



Die Behandlung von Patientinnen mit schwerer und chronifizierter Anorexia nervosa („severe and enduring AN – SE-AN“)

Stephan Herpertz

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Managing Severe and Enduring Anorexia Nervosa

A CLINICIAN'S GUIDE

Edited by
Stephen Touyz
Daniel Le Grange
Hubert Lacey
Phillipa Hay

S. Herpertz · M. Fichter
B. Herpertz-Dahlmann · A. Hilbert
B. Tuschen-Caffier · S. Vocks
A. Zeeck *Hrsg.*

S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

2. Auflage

Behandlungsziele

Die Ziele bei der Behandlung der AN:

- Wiederherstellung und Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts
- Normalisierung des Essverhaltens
- Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
- Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene
- Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist.

Behandlungsvereinbarungen

- Zielgewicht
- wöchentlich zu erreichende Gewichtszunahme (Behandlungsvertrag)
- internationale Gewichtsvorgaben: 500–1000g Gewichtszunahme/Woche (APA 2006; NICE 2004)
- Ziel bei stat. Behandlung: Gewichtsrestitution bei Erwachsenen BMI $\geq$ 18,5 qm; Ausnahme: Intervallbehandlung bei niedrigem Ausgangsgewicht
- Initiale Gewichtsentsw.: gute Vorhersage des Therapieergebnisses, Identifikation von Risikopatientinnen (Boehm et al. 2016; Hartmann et al. 2007; Remschmidt & Müller 1987; Wales et al. 2016)
- Sistieren der Gewichtszunahme - Entlassung aus therapeutischen Gründen, alternativ Sondenernährung, Wiederaufnahme möglich

Empfohlene Gewichtszunahmen in den unterschiedlichen Leitlinien

American Psychiatric Association (USA)	0,9-1,4 kg/Woche (stationär) 0,2–0,5 kg/Woche (ambulant)
National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines for AN (Great Britain)	0,5–1 kg/Woche (stationär) 0,5 kg/Woche (ambulant)
Spanische Leitlinien	> 0,5 – 1,0 kg/Woche
Deutsche Leitlinien	0,5 – 1 kg/Woche

(nicht) evidenzbasierte Psychotherapie

- Psychotherapie Behandlungsverfahren der ersten Wahl
- Kognitive Verhaltenstherapie
- CBT-E (erweiterte kognitive-behaviorale Therapie)
- Psychodynamische Therapie
- Fokale Psychodynamische Psychotherapie (FPT)
- Psychoanalyse
- Familienbasierte Ansätze
- “Specialist Supportive Clinical Management“ (SSCM)
- Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)
- Interpersonelle Therapie (IPT)

Es liegt keine ausreichende Evidenz dafür vor, dass eines dieser Verfahren einem anderen überlegen ist.

Verlauf der Anorexia Nervosa bei 119 Therapiestudien in Abhängigkeit von dem Beobachtungszeitraum

Systematisches Review: 119 Studien, 3147 Patienten, follow-up 1- 9 Jahre
geheilt: 47% (0-92%),
gebessert: 34% (0-75%),
gestorben: 5%;
chronischer Verlauf: 21% (0-79%)

Outcome Variable	Percent of Subjects, by Duration of Follow-Up					
	<4 Years (N=577)		4–10 Years (N=2,132)		>10 Years (N=438)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Mortality	0.9	2.0	4.9	4.3	9.4	8.3
Recovery	32.6	23.4	47.0	15.7	73.2	16.2
Improvement	32.7	12.7	32.4	14.1	8.5	9.5
Chronicity	34.4	18.5	19.7	10.6	13.7	8.7

*p<0.001.

“Most clearly, vomiting, bulimia, and purgative abuse, chronicity of illness, and obsessive-compulsive personality symptoms are unfavorable prognostic features.”

Verlauf der Anorexia Nervosa bei 119 Therapiestudien in Abhängigkeit vom Alter bei Krankheitsgewinn

Percent of Subjects, by Age of Subjects

Outcome Variable	Adolescents Only (N=784)		Adolescents and Adults (N=2,315)	
	Mean	SD	Mean	SD
Mortality	1.8	2.5	5.9	5.7
Recovery	57.1	15.0	44.2	21.8
Improvement	25.9	16.7	30.7	16.6
Chronicity	16.9	7.5	23.5	14.9

*p>0.05. **p<0.001.

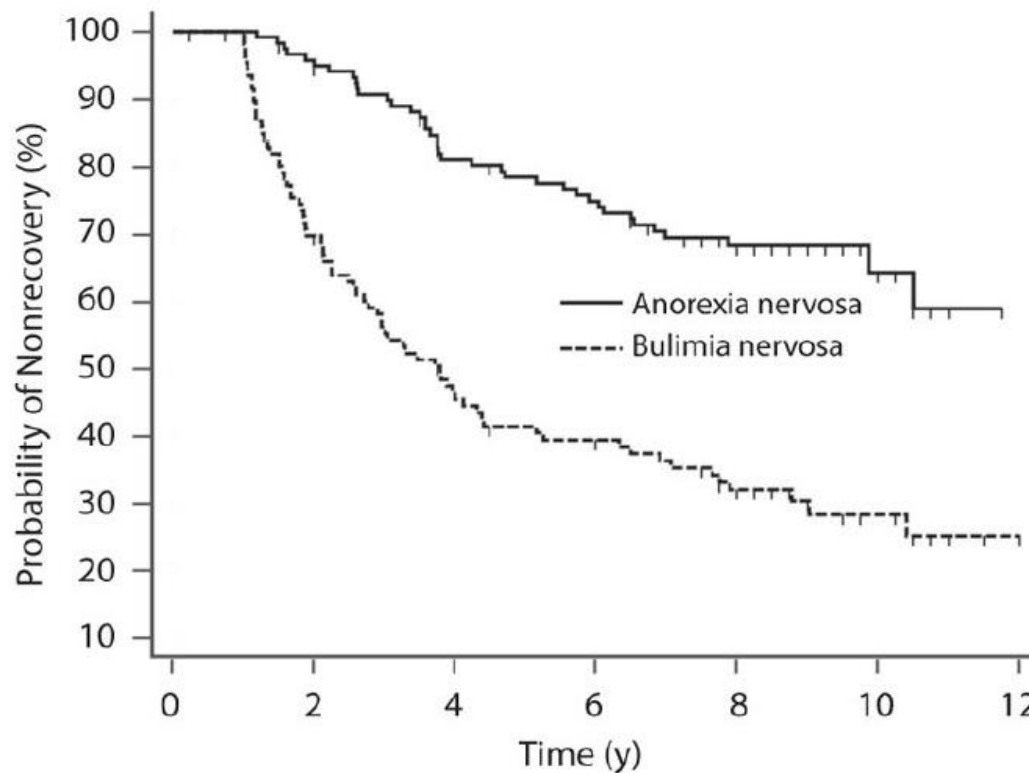
Pat. mit Beginn der AN in der Adoleszenz zeigen einen günstigeren Verlauf mit höherer Genesungsrate, weniger Chronifizierung und niedrigerer Mortalität im Vergleich zu Pat. mit späterem Beginn.

Genesung von AN und BN nach ca. 22 Jahren

Massachusetts General Hospital Longitudinal Study of Anorexia and Bulimia Nervosa

Studie: 1987 – 2013; n = 246, (AN: 136; BN: 110), drop-out: 23%

- Genesung nach 9 Jahren: 31.4%; nach 22 Jahren: 62.8%
- ca. die Hälfte der Pat. mit AN, die nach 9 Jahren noch an AN erkrankt waren, waren nach 22 Jahren genesen.
- frühe Genesung - gute Prognose (OR = 10.5; 95% CI, 3.77–29.28)



TR-EAT - Therapy amount and Outcome Of Inpatient Psychodynamic Treatment Of Eating Disorders in Germany (1993-1998)

Pat.: n = 1.171

43 psychosomatische Abtlg., Kliniken; AN: n = 233; BN: n = 422

Katamnese 2,5 Jahre

Symptomfrei bei Katamnese: AN: 33%; BN 25%

Teilremission: AN: 58%; BN: 74%

Rezidive innerhalb Katamnese: AN: 32,6%; BN: 37,4%

Höchste Rezidivquote innerhalb der ersten 6 bis 7 Monate, wenige Rezidive nach 1 Jahr

Prädiktoren: AN: angestrebtes Gewicht, Krankheitsdauer, EDI Scores, Spezialisierung der Klinik, weitere ambulante Behandlung

MEPP - The Multicenter Effectiveness Study of Inpatient Treatment in Departments of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy

Pat.: n = 2.094

Pat. mit Essstörungen: n = 267; AN: n = 151

19 psychosomatische Universitätskliniken; Katamnese 1 Jahr

	F50.0 AN (n=91)	F50.1 atyp. AN (n=60)
Alter	M=28,52, SD=10,27	M=29,22. SD= 10,65
Geschlecht (Anteil Frauen)	N=89 (97,8%)	N=51 (85,0%)
Familienstand (Anteil in Partnerschaft)	N=31 (34,1%)	N=22 (36,7%)
Berufstätigkeit (Anteil an Beschäftigung)	N=30 (33,0%)	N=21 (35,0%)
Durchschnittliche Behandlungsdauer (Tage)	N=68,56, SD=44,99	N=57,86, SD=25,03

MEPP - The Multicenter Effectiveness Study of Inpatient Treatment in Departments of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy prä-, post-Erhebung

Anorexia Nervosa (N=91)

<u>BMI T0</u>		<u>BMI T1</u>				
N	M (SD)	N	M (SD)			
88	15.43 (1.40)	82	16.75 (1.38)	$t(80)=-9.00$	$p<.001$	$d_z = 1.00$
<u>EDEQ T0</u>		<u>EDEQ T1</u>				
N	M (SD)	N	M (SD)			
91	3.55 (1.46)	91	1.87 (1.29)	$t(90)=14.01$	$p<.001$	$d_z = 1.47$
<u>PHQ-D T0</u>		<u>PHQ-D T1</u>				
N	M (SD)	N	M (SD)			
91	1.69 (.70)	91	1.22 (.68)	$t(90)=8.13$	$p<.001$	$d_z = 0.85$

MEPP - The Multicenter Effectiveness Study of Inpatient Treatment in Departments of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy

Prä-, Post-Erhebung

Anorexia nervosa (F50.0):

nach Behandlung:

- BMI > 17,5 kg/qm: 27,5% (n=25)
- BMI > 18,5 kg/qm: 9,9% (n=9)
- EDEQ: Bereich der Normalstichprobe: 74,7%

atyp. Anorexia nervosa (F50.1):

nach Behandlung:

- BMI > 17,5 kg/qm: 75,0% (n=45)
- BMI > 18,5 kg/qm: 63,3% (n=38)
- EDEQ: Bereich der Normalstichprobe: 65,0% (n=39)

Komorbide Persönlichkeitsstörungen

Bei erwachsenen Pat.: 50% komorbide Persönlichkeitsstörungen (Farstad et al. 2016; Martinussen et al. 2017)

- zwanghafte
- vermeidende
- abhängige
- Borderline

Persönlichkeitsmerkmale (dimensional) (Farstad et al. 2016)

- Perfektionismus ↑
- Neurotizismus ↑
- Vermeidungsverhalten ↑
- Extraversion ↓
- Selbstregulierungsfähigkeit ↓

Severe and enduring Anorexia nervosa (SE-AN)

Keine Genesung bei ca. 20–25% (Berkman, Lohr & Bulik, 2007; Steinhausen, 2002)

- ➡ “chronisch” (langer Verlauf), “therapierefraktär”
“severe and enduring anorexia nervosa” (SE-AN);
- ➡ physische, psychische und soziale Beeinträchtigung

- Motivational: “treatment resistance” (Hamberg et al. 1989; Vitousek et al. 1998);
“treatment refusal” (Goldner 1989)
- Chronizität: “chronic and recalcitrant” (Yager 1992), “chronic, treatment-resistant” (Strober 2004; 2009), “have not benefitted from traditional treatment approaches” (Williams 2010)
- Dauer der Krankheit (7 Jahre) (Touyz et al. 2013)
- Dauer + Schwere der Krankheit (Robinson 2009)
- Dauer + Schwere + Therapieversagen (Golan 2013)

Es gibt keine abschließende Definition der SE-AN

„Da die Gewichtsphobie für die Störung pathognomonisch ist, führt jede Behandlung, die der Gewichtszunahme Vorrang einräumt, bei der ersten Gelegenheit zu deren Vermeidung oder vorzeitigen Abbruch“.

Was ist bei der Behandlung von SE-Patientinnen zu beachten?

Keine Leitlinien

- geringes Selbstwertgefühl aufgrund von häufigem Scheitern
- Ausschluß von Behandlungsoptionen oder Entlassung bei Nicht-Einhalten von Zielabsprachen
- Überzeugung zu versagen, Mangel an Vertrauen in Therapeuten und Behandlung

Therapie-Stolpersteine

- Settingwechsel (stationär, teilstationär, ambulant)
- Therapieintensivierung bei med. Risiko - dysfunktionales Lernen

Negative Stigmatisierung

- „therapierefraktär“, „ein hoffnungsloser Fall“, etc.
- Therapieabbrüche („Vertragsbruch“)
- häufige Mitteilung, „was passieren würde“, nicht, warum die Entscheidung getroffen wird (Entmündigung)

Therapieziele (mit Pat. zusammen aushandeln)

- realistische Ziele
- direktes Ansprechen von Diskrepanzen
- kein Stillstand, sondern pos. Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen
- Individuelle Ausrichtung der Behandlung
- Kombination aus Wissen der Pat., welche Interventionen persönlich wirksam sind und Wissen des Therapeuten, welche Strategien zielführend sind

Änderung des Fokus (“harm reduction model”)

- geringere Bedeutung der Gewichtszunahme
- Kompromiss zwischen
 - Selbstgefährdung
 - Stressabbau
- Förderung von
 - Sozialleben
 - Lebensqualität,
 - Freizeitgestaltung
 - Optimismus
 - Selbstfürsorge

The Community Outreach Partnership Program (COPP)

- Stat. + amb. Therapie (n=15, Alter: 31 Jahre, Anamnese 15,2 Jahre, Therapiedauer: 2 Jahre)
- Fokus: Lebensqualität (QoL) (Steigerung Autonomie, Hoffnung, psychosoz. Fertigkeiten), weniger Fokus auf Essstörungssymptome

„Results indicated that COPP participants experienced significant improvements in

- global distress,
- hopelessness,
- BMI
- eating disorder symptoms

There were no significant changes in QoL, which was surprising given that this was the primary target of this program.”

Integrativer Behandlungsansatz

- Psychotherapie (CBT), narrative Therapie, Ernährungstherapie, med. Versorgung
- n = 258; Anamnese: 6–7 Jahre, Therapiedauer: 1,5 – 4 Jahre, dropout: 8%,
- Fokus: Kompetenzsteigerung, soziale Fähigkeiten, Freizeitgestaltung
- genesen/gebessert (prä-, post): 69%, nach 4 Jahren: 68%

CBT-AN (Pike et al. 2003)

fokussiert auf dysfunktionale Kognitionen und Verhalten, motivationale und Schematherapie-orientierte Psychotherapie

Vier Phasen:

1. Einleitung der Behandlung, Motivationsklärung
2. Strategien zur Bekämpfung der Gewichtszunahme, kognitive Fähigkeiten Verzerrungen und Verhaltenstörungen im Zusammenhang mit Essen und Gewicht
3. schemabasiertes Arbeiten an Problemen, die über den spezifischen Bereich von Essen und Gewicht hinausgehen
4. Überprüfung des Therapieverlaufs, Konsolidierung der Erfolge, Vorbereitung der Fortsetzung der Arbeit selbständig nach Therapieende

Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

Zwei unterschiedliche Komponenten

- klinisches Management: Linderung der Symptome von AN, Gewichtszunahme und Restrukturierung des Essverhaltens
- unterstützende psychotherapeutische Fokussierung auf Probleme, die von der Pat. identifiziert worden sind (V. McIntosh)

Cognitive Behavioral Therapy (CBT-AN) and Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

- RCT; Vergl. CBT-AN - SSCM; n = 63, Alter: 33,4 Jahre, Anamnese: 16.6 Jahre)
 - Dosis: 30 ambulante Sitzungen, 8 Monate
 - drop-out: 6 bzw. 12 Monate: 28,6%/20,6%
 - Fokus beider Therapien: Lebensqualität, Gesundheitsförderung
- ➡ Gewichtssteigerung nicht erforderlich

Ergebnisse:

- Prä-post: keine Unterschiede: Lebensqualität, Depression, psychosoziales Funktionsniveau, Gewicht, Essstörungspathologie, Veränderungsmotivation, Gesundheitsverhalten
- 6 Monate: CBT: besseres psychosoz. Funktionsniveau
- 12 Monate: CBT: geringere Essstörungspathologie

- Anstreben eines Krankheitsverständnisses
- Verständnis der aufrechterhalt. Faktoren
- einfache, erreichbare Ziele in Etappen umsetzen
- Ziele müssen klar und wiederholt formuliert werden
- Förderung der Autonomie und des selbstständigen Handelns
- Stabilisierung der Gesundheit, Vermeidung weiterer Verschlechterung
- Wiederherstellung eines bestimmten Körpergewichts nicht zwingend
- kein Vorwurf, wenn Anstrengungen von Seiten der Pat. ausbleiben
- Besprechung aller Interventionen, die als notwendig erachtet werden
- Angehörige umfassend informieren (Angehörigengespräche)
- qualifiziertes multidisziplinäres Team ist zwingend erforderlich

Lösungsmöglichkeiten

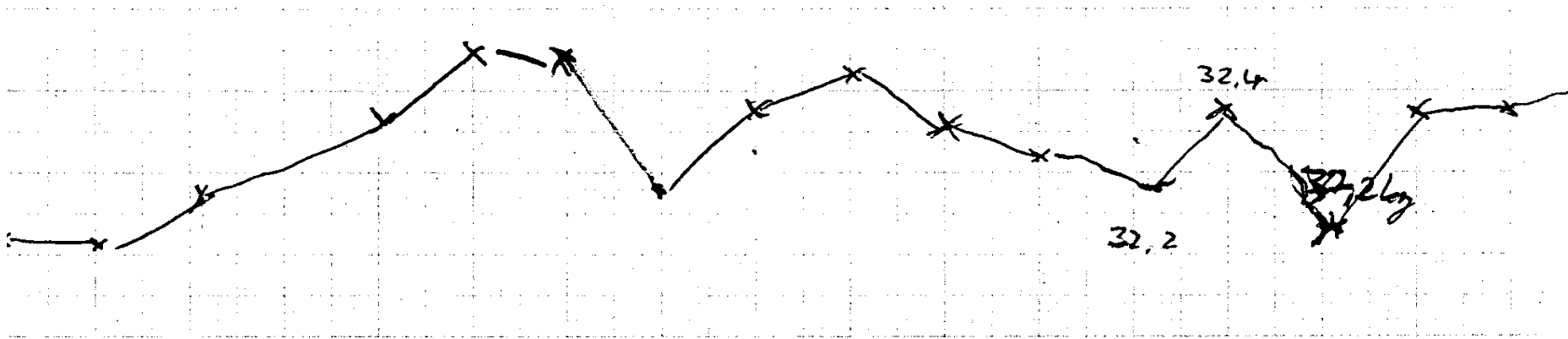
- Peer working – Unterstützung durch ehemals Betroffene
- supportive Gruppen: Fertigkeiten wie Kochen, Einkaufen und soziales Leben, Umgang mit Geld, etc. fördern
- essstörungsorientierte Wohngruppen

Strukturierte, zielorientierte Behandlung

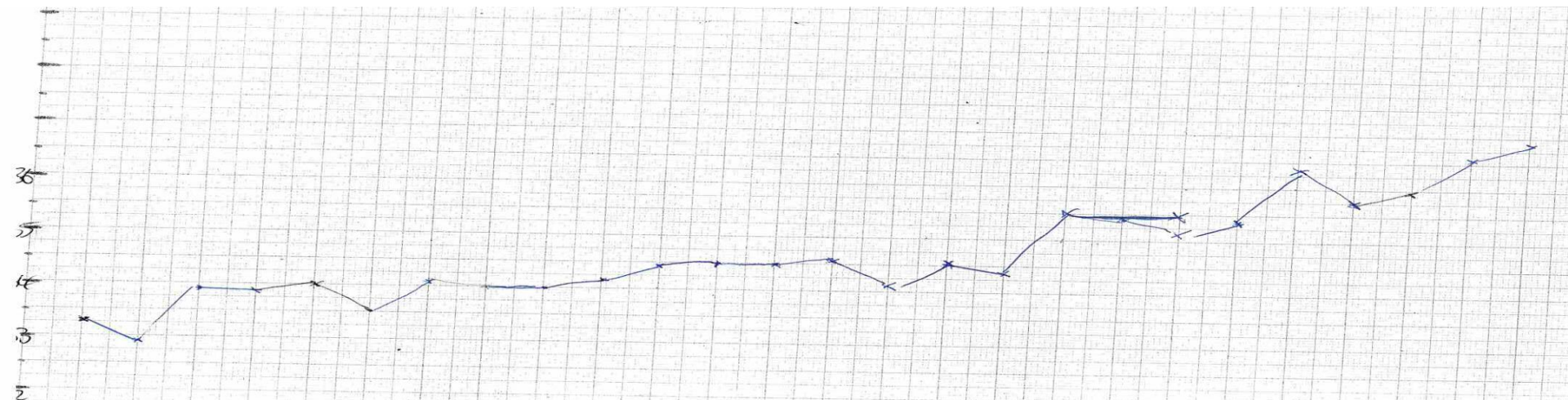
- keine Überwachung (Kalorienauf-, abgabe)
- Konsens, dass Veränderungen langsam erfolgen
- gemeinsam vereinbarte kurz- und längerfristige Therapieziele, wöchentliche Überprüfung und Diskussion
- keine ambitionierten Ziele
- Motiv, vollständig zu genesen, ist für Therapie nicht erforderlich, jedoch
- Bereitschaft, gemeinsam auf festgelegte Ziele hinzuarbeiten
- Entlassung, wenn Pat. kein Interesse an Zielsetzungen hat, jedoch Option der Wiederaufnahme

**43 jährige Pat., AN (F50.0) seit dem 23. Lebensjahr,
rezid. depressive Störung, mittelgradige Episode (F33.1)
Selbstverletzungen (Ritzen) aus Frustration über ihre Essstörung**

Oktober 2020



Januar 2022



Versorgungsschwierigkeiten

- Die medizinische Gefährdung wird überschätzt („Refeeding“)
- Aufnahmekriterium BMI>15 kg/qm (Indikation für amb. Therapie)
- Kontingenzverträge = state of the art („vom Gleichen noch mehr“)
- Versorgungseinheiten häufig zu klein, um Untergruppen zu ermöglichen (Kontingenzprinzip v.s. SE-AN-Behandlung, unterschiedliche Behandlungsverträge)
- vorwiegend ambulante Behandlung, dynamische Therapieansätze, Wechsel von ambulanter und (teil-) stationärer Behandlung
- große Expertise der Behandler
- schwierige Übertragungsbeziehungen (nicht primär kuratives Ziel)