

# Akutbehandlung der Anorexia nervosa bei Minderjährigen

## Neue Behandlungsstrategien

### 13. Fachtag Werdenfelser Weg

3. Mai 2022

Priv.-Doz. Dr. med. Katharina Bühren

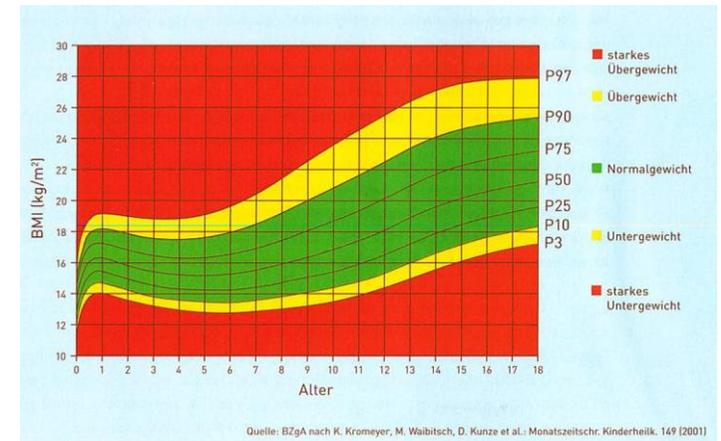
kbo-Heckscher-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik, Psychotherapie



## Definition der Anorexia nervosa (ICD 10)

**Selbstverursachter bedeutsamer Gewichtsverlust** oder  
unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme

Körpergewicht mindestens 15% unterhalb der Norm  
(**BMI < 10. Altersperzentile**)



**tiefverwurzelte Überzeugung, trotz Untergewicht zu dick zu sein**

Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse

Bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät Störung der pubertären Entwicklung einschließlich des Wachstums, die nach Remission häufig reversibel ist.

# Deutlicher Gewichtsverlust

eingeschränkte Nahrungsaufnahme:

- Vermeidung hochkalorischer Speisen
- Meiden von Essenssituationen
- Ritualisiertes Essverhalten



erhöhte körperliche Aktivität

Erbrechen und/oder Abführmittelmissbrauch  
und/oder Missbrauch anderer Substanzen  
zur Gewichtsreduktion



# Gewichtspubie

---

Panische Angst vor Gewichtszunahme

Exzessive Gewichtskontrollen

Überzeugung, schon von geringen Mengen  
massiv zuzunehmen

„Gequält-Sein“ durch ständige Gedanken an Essen, Figur und Gewicht und  
Angst vor dem Essen



# Körperbildstörung

- Erleben des eigenen Körpers trotz objektiven Untergewichtes als zu dick
- Wahrnehmen des Gewichtes anderer Menschen als realistisch
- Keine Beeinflussung der Überzeugung, zu dick zu sein durch sachliche Argumentation von anderen (z.B. Eltern oder Ärzten) möglich



# Psychiatrische Komorbiditäten

- Angsterkrankungen (20-60%)
  - Soziale Phobie (20-55%)
  - Trennungsangst (17-66%)
- Zwangserkrankungen (20-40%)
- Affektive Störungen (15 – 60 %)

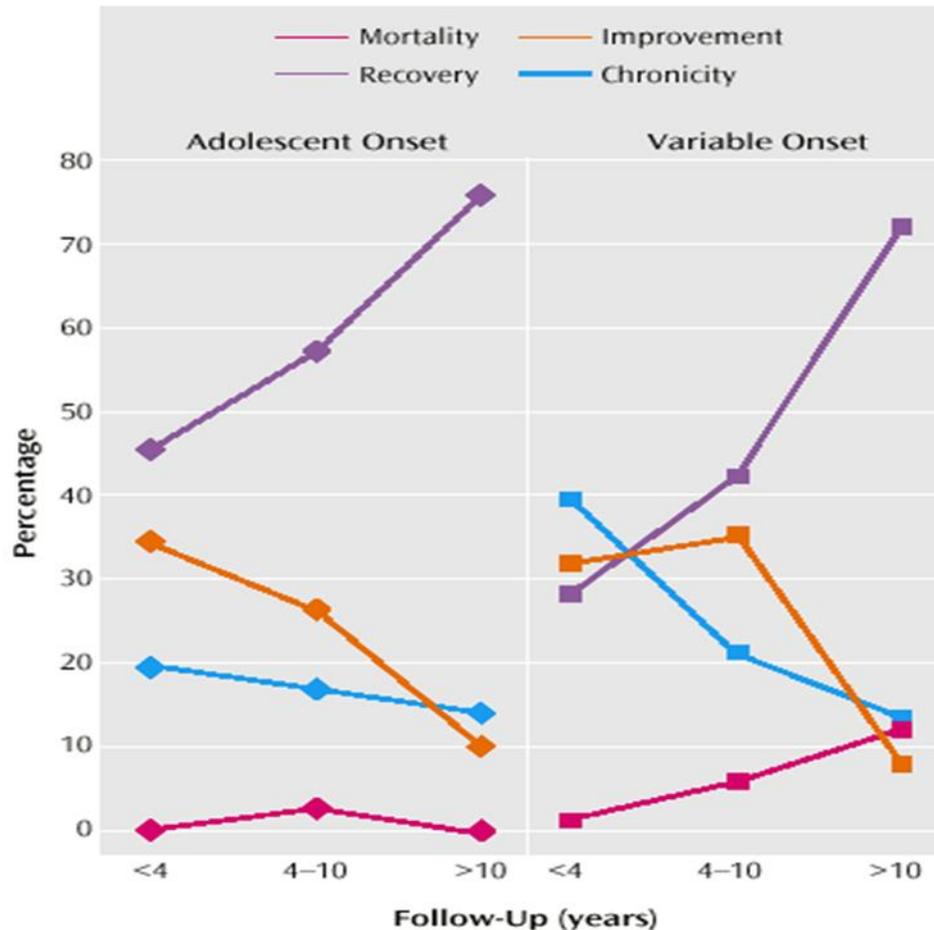


# Epidemiologie

---

- 40% der Neuerkrankungen im Altersbereich 15-19 Jahre (Smink et al., 2012; Micali et al., 2013)
- Anstieg der AN bei 15-19-Jährigen bis ca. Jahr 2000, ab dann stabile Ersterkrankungsraten auf hohem Niveau
- Steigende Inzidenz bei den unter 14-Jährigen (Nicholls et al., 2011)
- Zunehmend mehr stationäre Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen (D, GB), Anstieg um 40% während der Corona-Pandemie

FIGURE 1. Outcome of Anorexia Nervosa in 119 Patient Series by Duration of Follow-Up and Age at Onset<sup>a</sup>



<sup>a</sup> A total of 577 patients had less than 4 years of follow-up, 2,132 had 4–10 years of follow-up, and 438 had more than 10 years of follow-up.

- Heilungsquote von 70-80%
- Sehr geringe Mortalität
- ABER: hohe Rückfallraten im Sinne wiederholter stationärer Aufnahmen

# Langzeit-Verlauf bei adoleszenter AN

(schwedische Community-Studie, n= 51)

	18 Jahre	30 Jahre
Mortalität	0 %	0%
Persistierende Essstörung davon AN	12 % 6 %	16% 6%
Psychische Störungen (DSM-IV) affektive Störungen Zwangsstörungen	39 % 22 % 16 %	38%
Arbeitslosigkeit wg. psych. Störungen	25 %	HrQoL ↓

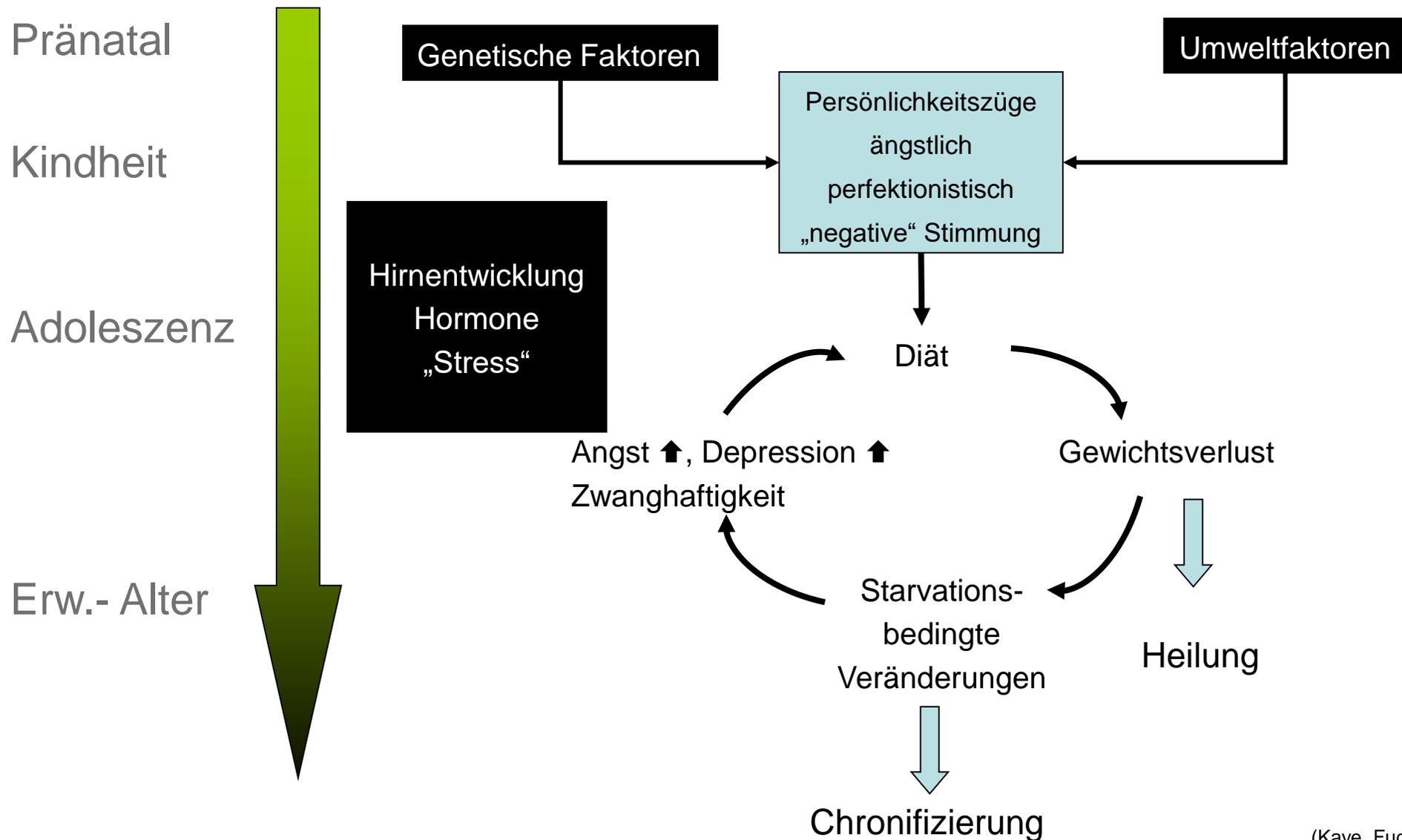
## Kindliche AN (<14 Jahre)

	Morgan-Russell General outcome at follow-up (n = 51)			
	good n = 21 (19 female) 41.2% mean (SD) or n (%)	intermediate n = 18 (17 female) <sup>1</sup> 35.3 % mean (SD) or n (%)	poor n = 12 (all female) 23.5% mean (SD) or n (%)	p-value
BMI at follow-up [kg/m <sup>2</sup> ]	20.7 (1.4)	19.2 (3.3)	18.8 (3.5)	0.04 <sup>2</sup>
EDI-2 global score at follow-up	224.4 (50.7)	258.9 (76.9)	290.7 (72.6)	0.03
BDI-II global score at follow-up	5.8 (6.3)	13.5 (10.7)	17.2 (11.5)	0.007
Mental health-related quality of life (MCS) at follow-up	46.4 (8.7)	37.7 (13.6)	36.7 (11.1)	0.04

Zum Vergleich: gutes Outcome bei Erkrankung im Jugendalter: 70-80%

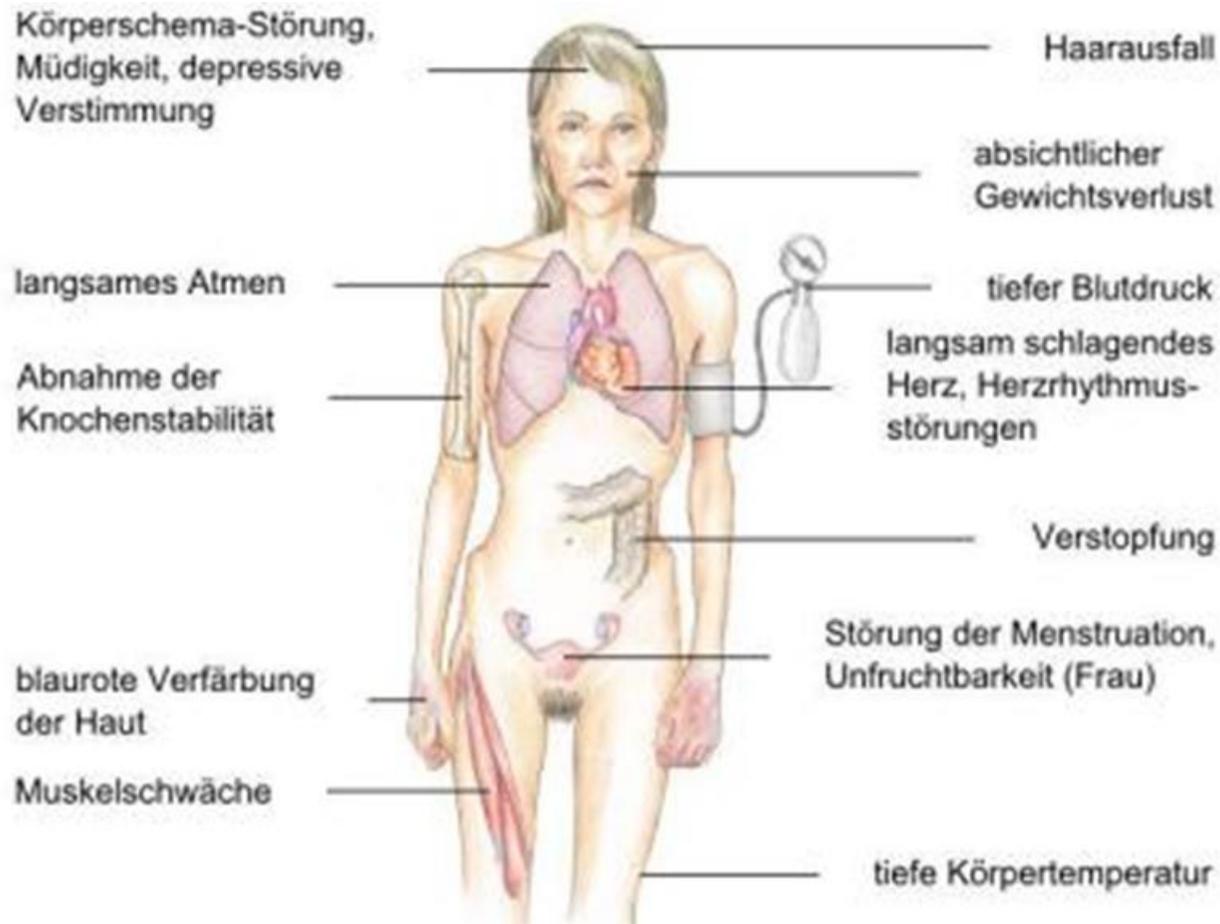
Kinder haben eine besonders schlechte Prognose

# Multimodales Störungsmodell

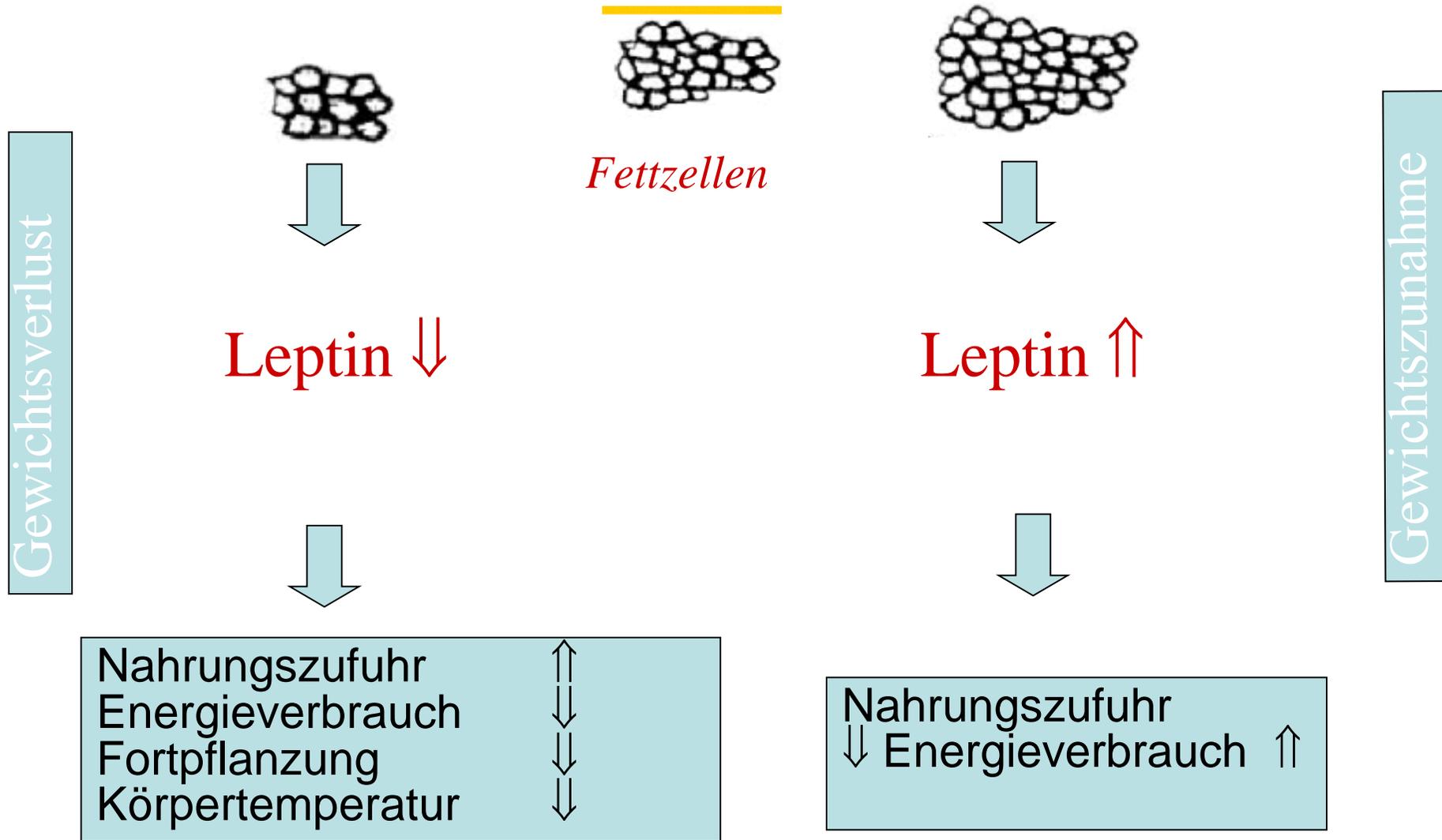


(Kaye, Fudge & Paulus 2009)

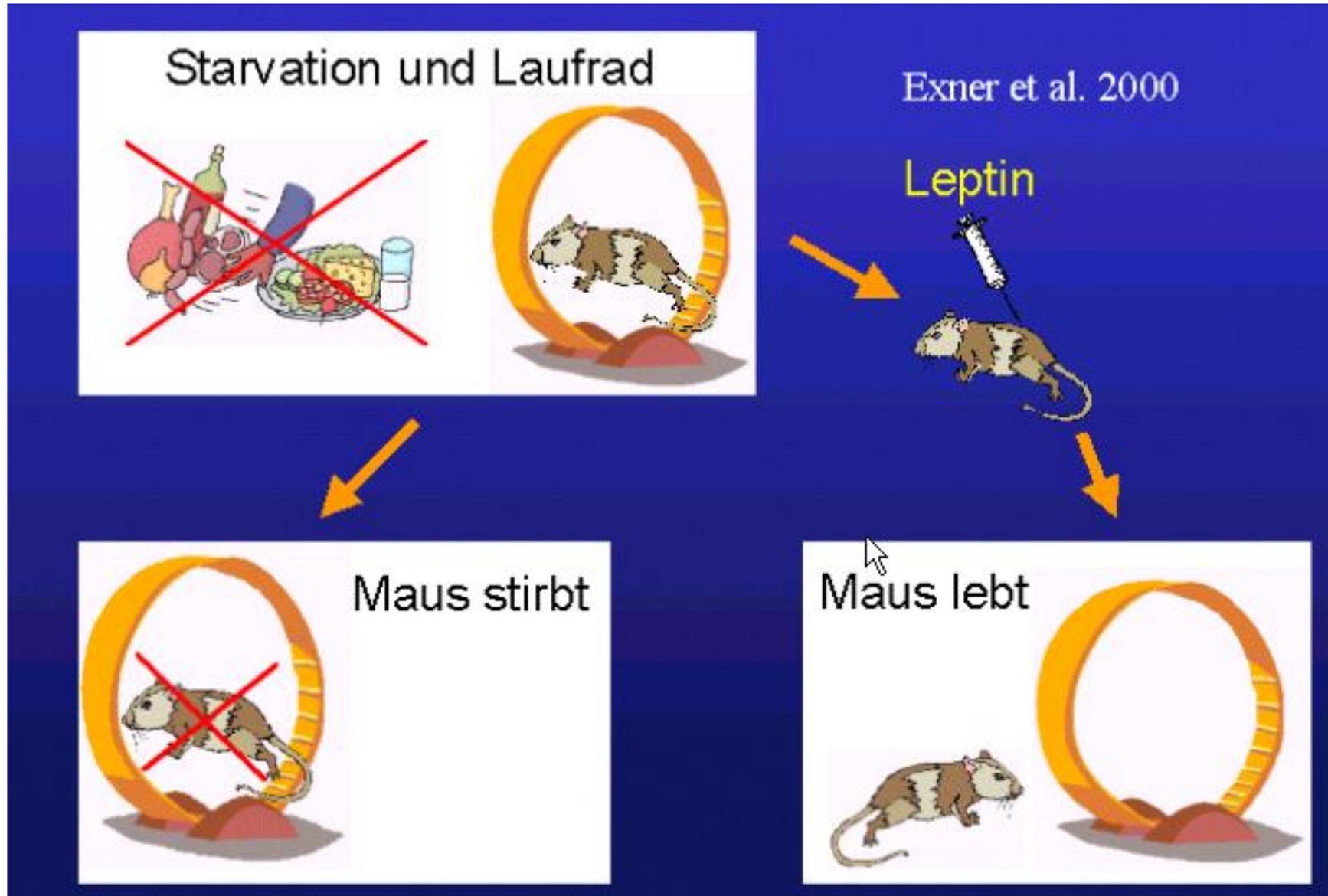
# Psychische und körperliche Folgen des Hungerns

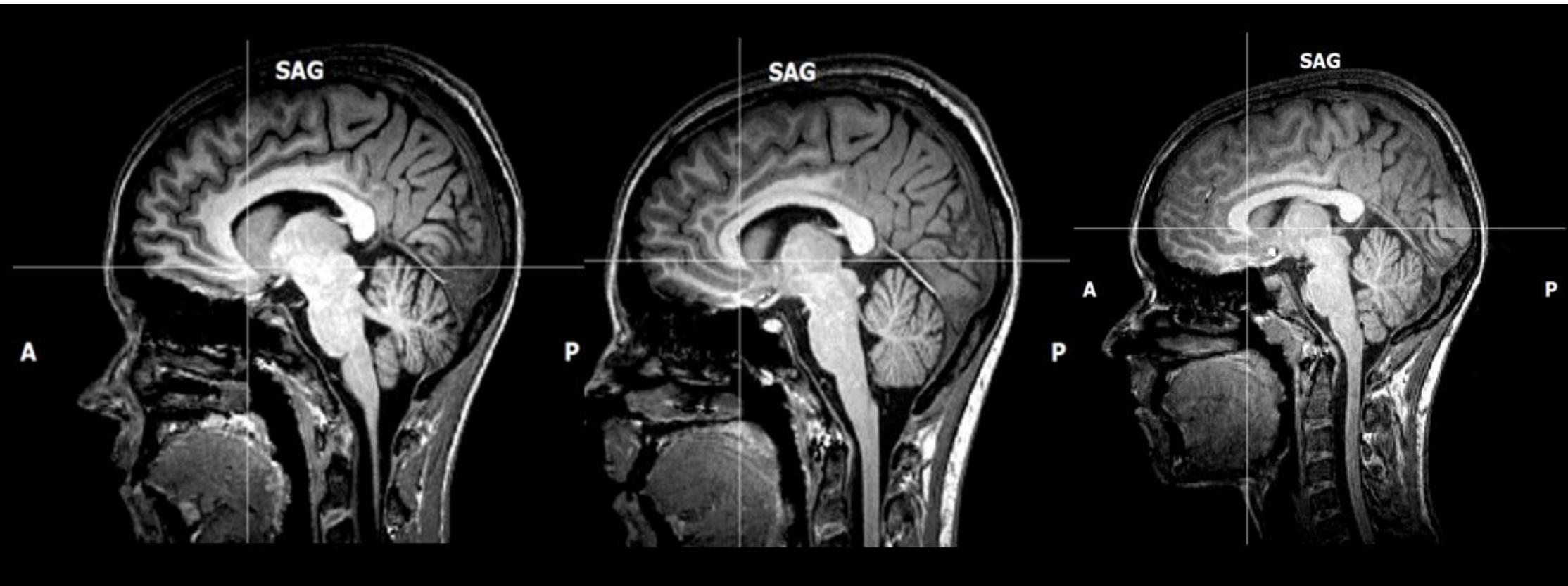


# Sekundärfolgen des Hungerns: Leptin



# Hungerbedingte Hyperaktivität: Leptinvermittelt



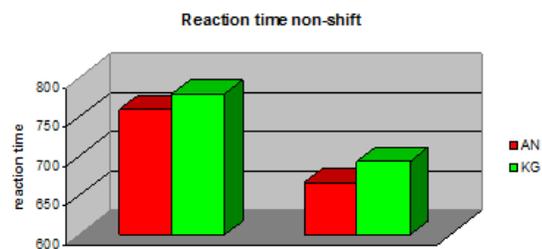
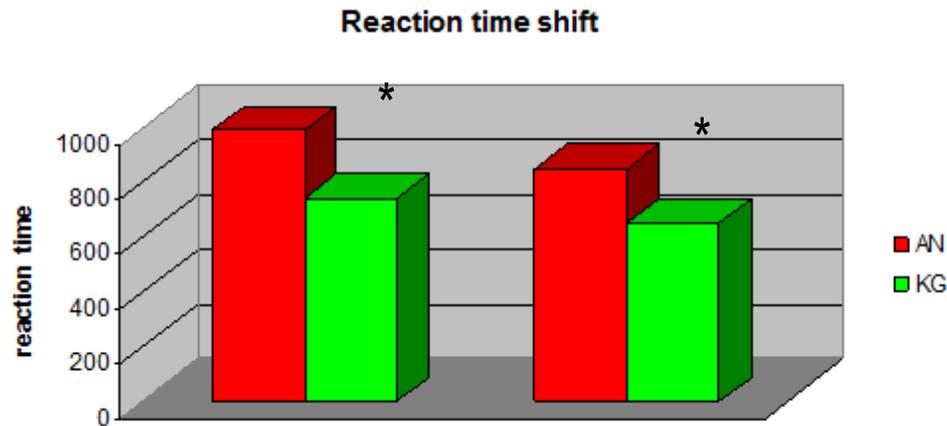


**Patientin mit akuter AN  
Kontrolle**

**Gewichtsrehabilitierte  
Patientin mit AN**

**Gesunde**

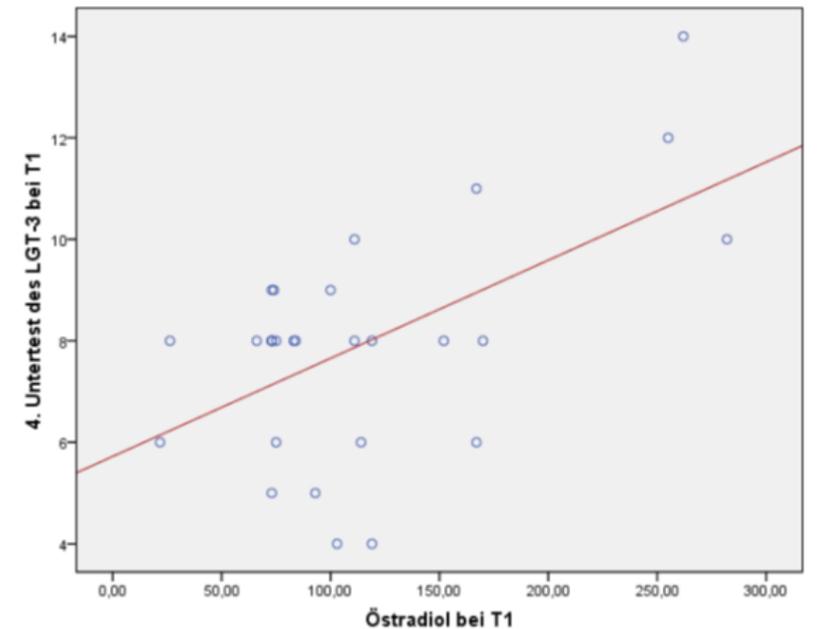
# Kognitive Einschränkungen beachten



ANT

Eingeschränkte kognitive Flexibilität

Bühren et al., 2011, JNT



$r=0.454$ ;  $p=0.017$

Eingeschränktes verbales Lernen bei niedrigen Östrogen-Spiegeln

Bühren et al., 2012, JNT

## Darstellung für Patient\*innen

---

„Deine Eltern machen sich große Sorgen um Dich und ich kann das gut verstehen.“

„Egal, wie wir die Krankheit nennen, Du siehst hier, dass Deine Labor- und EKG-Ergebnisse nicht in Ordnung sind. Wenn Du weiter abnimmst kannst Du sterben. Deshalb müssen wir dringend dafür sorgen, dass sich Deine Werte verbessern.“

„Alle Symptome, z.B. Frieren, Deine traurige Stimmung, Dein Haarausfall und das Ausbleiben der Regel kommen davon, dass Du nicht genug isst.“

„Was könntest Du schaffen zu essen?“

„Es kann sein, dass die Krankheit zu stark ist, und der Spruch: Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg!, der bisher in Deinem Leben meistens funktioniert hat, hier nicht funktioniert und wir Dich mehr unterstützen müssen.“

- kaum kontrollierte Studien zur Behandlung in Kindes- und Jugendalter
- Behandlungsleitlinien (S3) stützen sich überwiegend auf klinische Erfahrungen und Expertenmeinungen sowie auf Studien an erwachsenen Patientinnen



# Behandlung in Deutschland



Methode: Versendung eines Fragebogen an 163 deutsche kinder- und jugendpsychiatrische/psychosomatische Kliniken zu allgemeinen Charakteristika der Kliniken, Diagnostik und Therapie von Anorexia nervosa

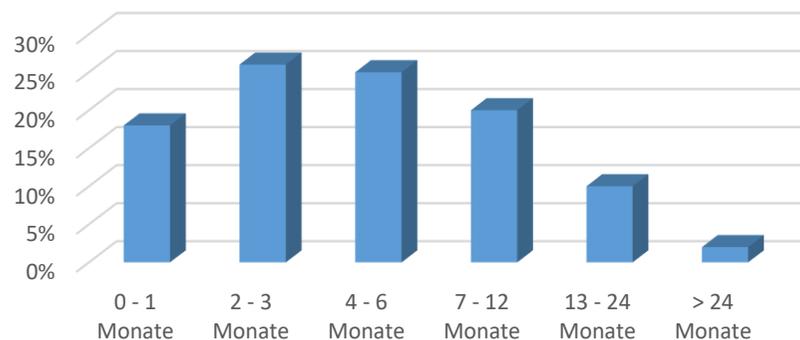
Stichprobe: 84 Kliniken, die Kinder und Jugendliche mit Essstörungen behandeln

## Ergebnis:

- **Therapeutische Basisangebote** (Einzeltherapie, familien-basierte Interventionen und Psychoedukation) **in allen Kliniken vorhanden**
- spezifische Vorgehensweisen beim **Gewichtsmanagement** sowie psychotherapeutische und psychopharmakologische **Therapiekonzepte heterogen**

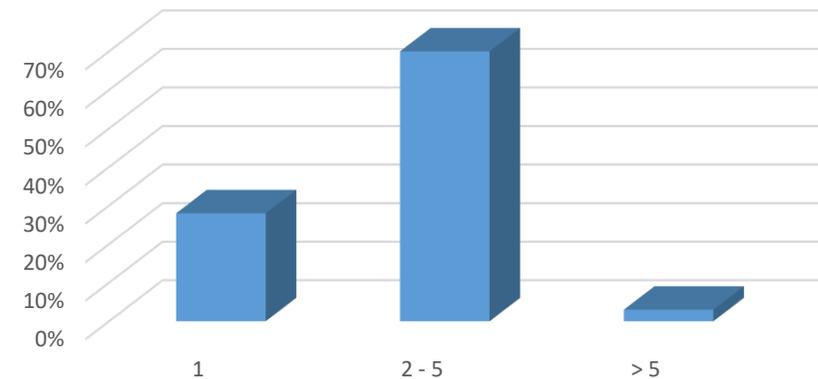
# Möglichst frühzeitig behandeln

## Krankheitsdauer bis zum ambulanten Erstkontakt



Ambulanter Erstkontakt durchschnittlich nach 6 Monaten

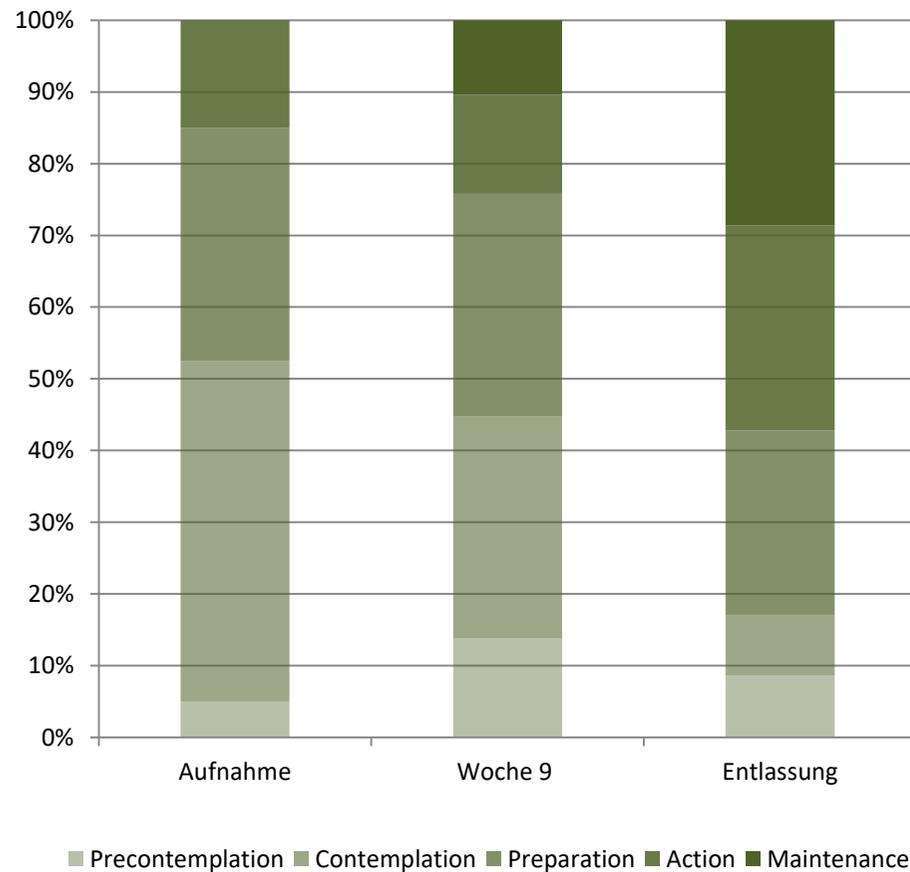
## Anzahl der unterschiedlichen Ärzte/Therapeuten



Meist Ärzte/Therapeuten verschiedener Fachrichtungen involviert

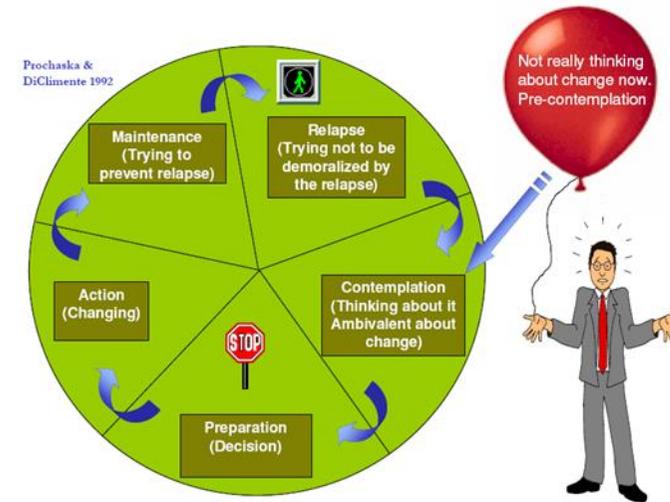
- Mehr Aufklärung
- bessere Vernetzung zwischen Allgemeinmedizinern/Kinderärzten und Spezialisten

# Veränderungsmotivation beachten



(ANSOCQ, Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire)

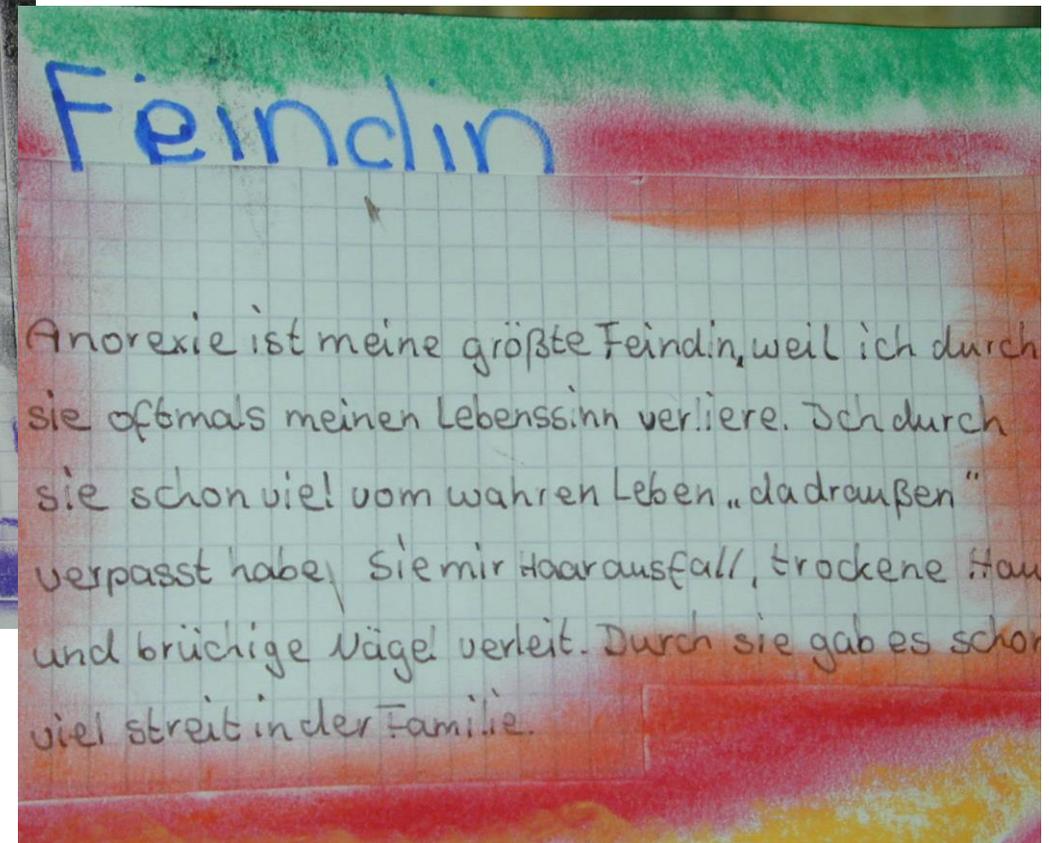
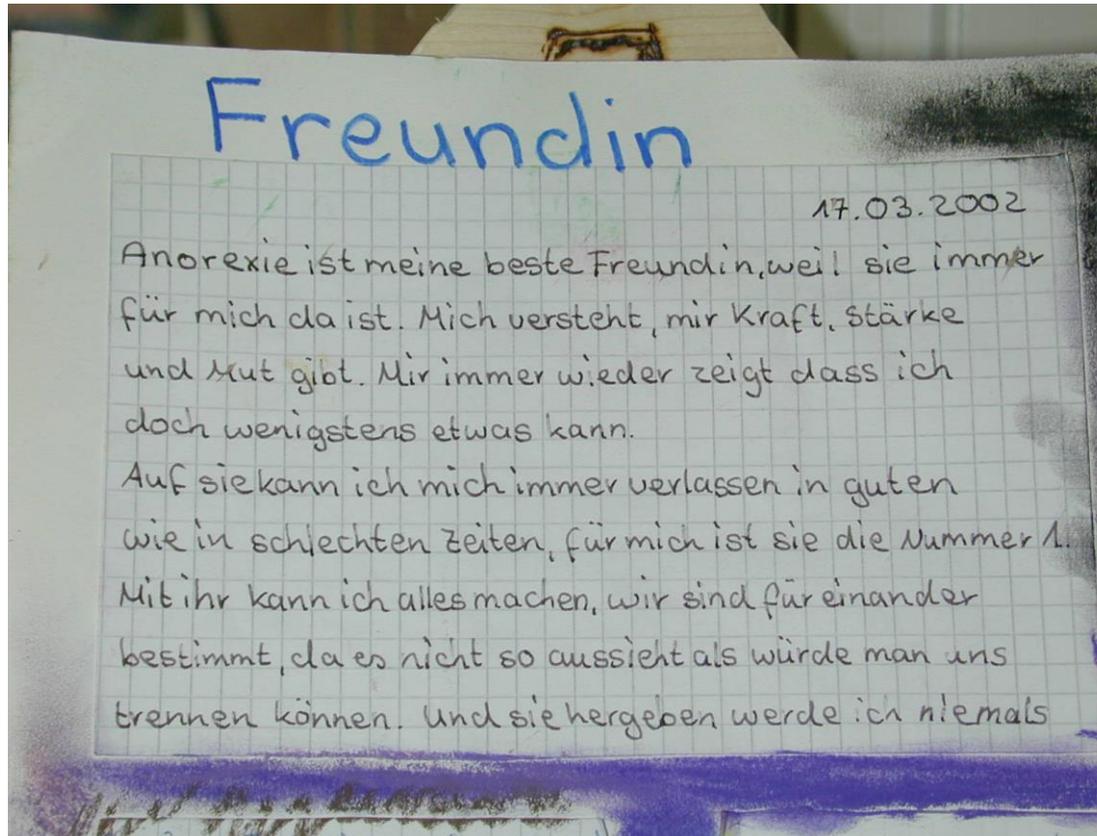
Hillen et al., 2015, BMC Psychiatrie



Signifikanter Zusammenhang zwischen Veränderungsmotivation bei Aufnahme und:

- Aufnahme-BMI
- Krankheitsdauer
- Essstörungspsychopathologie

# Briefe an die Magersucht



Hilft den sekundären Krankheitsgewinn zu verstehen!

# Behandlungssetting

---

## Ambulante Behandlung möglich bei:

- Gewichtsabnahme < 10 kg
- Körperliche Stabilität (Labor, EKG)
- Keine komplette Nahrungs- und Flüssigkeitsrestriktion
- Gewichtszunahme von ca. 300 g pro Woche kann erreicht werden
- Keine ausgeprägte Psychopathologie

# Behandlungssetting

---

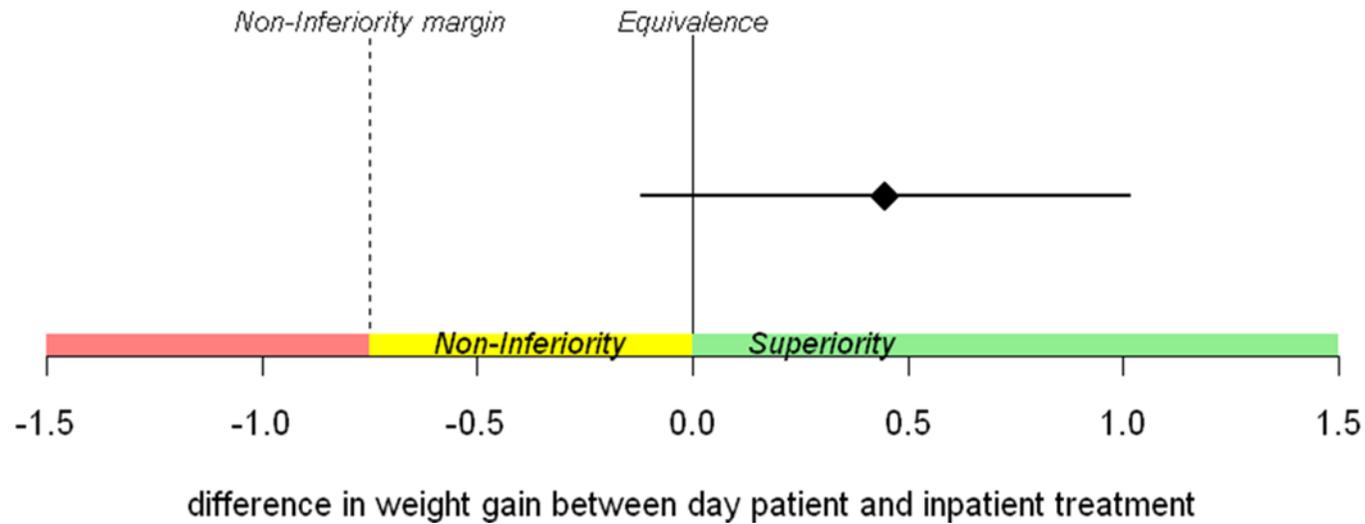
## Stationäre Behandlung indiziert bei:

- Kritischem Untergewicht
- medizinischen Kriterien (insbes. Körperliche Komplikationen, z. B. massive Kaliumverluste durch Erbrechen)
- Kompletter Nahrungs- und/oder Flüssigkeitsverweigerung
- Hoher Frequenz von Heißhungerattacken und Erbrechen
- Fortschreiten des Gewichtsverlustes trotz ambulanter Behandlung
- Suizidalität
- Schwerwiegender begleitender psychiatrischen Störung
- Festgefahrener familiäre Interaktion
- Sozialer Isolation

## Treatment of Childhood and Adolescent Anorexia Nervosa – Comparison of Day patient and Inpatient Treatment







Non-Inferiority  
 $p = 0.0001$

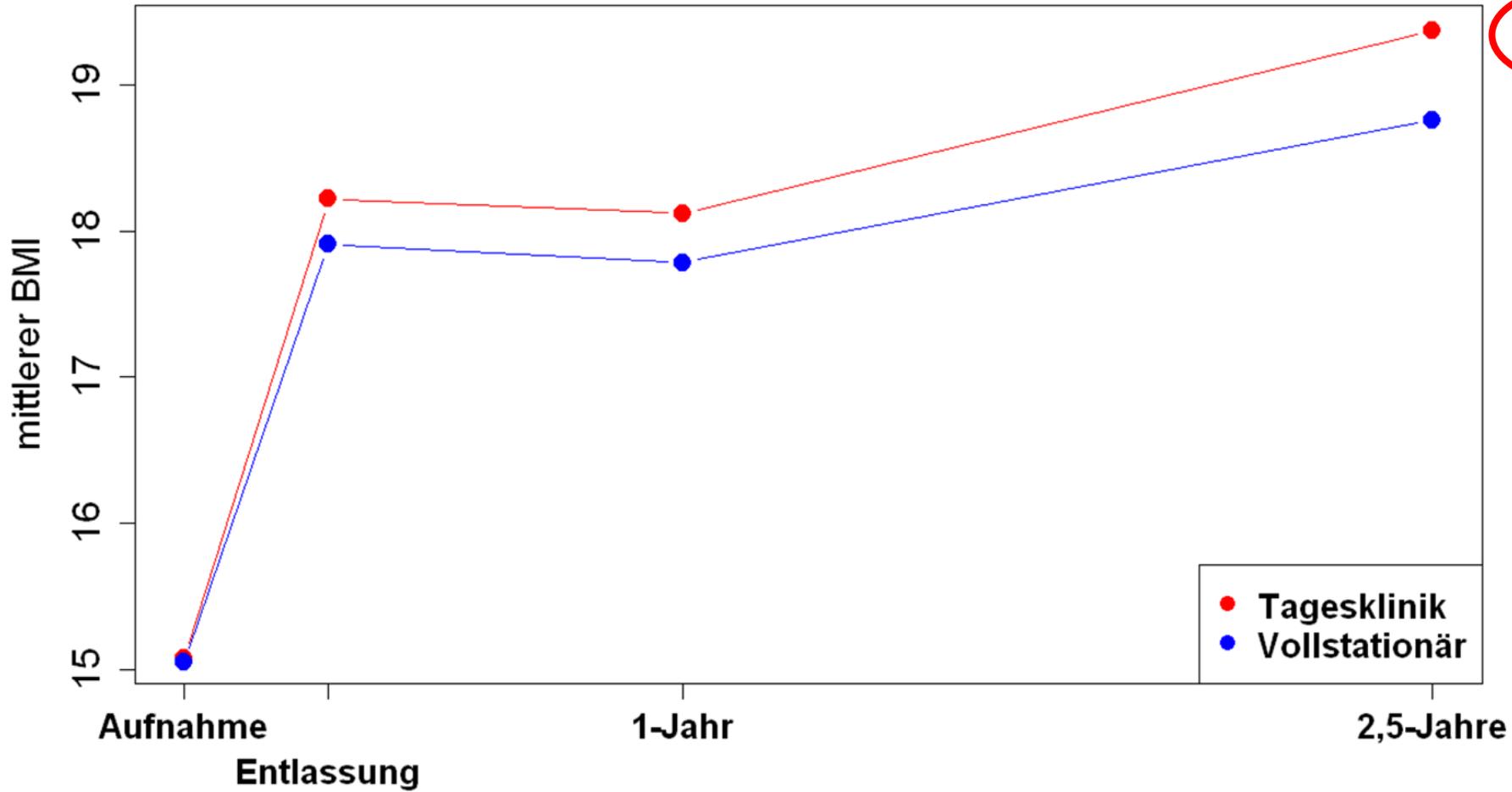
Superiority  
 $p = 0.12$

Die tagesklinische Behandlung ist der vollstationären Behandlung nicht unterlegen.

# TK-Behandlung

---

- effektive Behandlungsalternative bei der jugendlichen Anorexia nervosa
- 20% weniger Kosten
- besseres psychosexuelles Outcome nach einem Jahr
- Subjektiver/klinischer Eindruck:
  - bessere Übertragbarkeit der therapeutischen Inhalte in den Alltag
  - erleichterte soziale Reintegration



Die tagesklinische Behandlung ist der vollstationären Behandlung überlegen.

Received: 20 January 2020 | Revised: 8 April 2020 | Accepted: 19 May 2020  
DOI: 10.1002/erv.2755



RESEARCH ARTICLE

WILEY

## ‘Therapists in action’—Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment

Beate Herpertz-Dahlmann<sup>1</sup> | Christoph Borzikowsky<sup>2</sup> | Sophie Altdorf<sup>1</sup> | Kathrin Heider<sup>1</sup> | Astrid Dempfle<sup>2</sup> | Brigitte Dahmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy of the RWTH Aachen, Aachen, Germany

<sup>2</sup>Institute of Medical Informatics and Statistics, Kiel University and University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel, Germany

**Correspondence**

Beate Herpertz-Dahlmann, Department for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy of the RWTH Aachen, Neuenhofer Weg 21, D-52074 Aachen, Germany.  
Email: bherpertz@ukaachen.de

**Funding information**

Ministry of Labor, Health and Social Policies of the State of North-Rhine-Westphalia, Germany, Grant/Award Number: Research grant

**Abstract**

**Objective:** It was the aim of this pilot study to apply a novel eating disorder (ED)-specific home treatment (HoT) to adolescents with anorexia nervosa (AN) and to investigate its feasibility, effects and safety.

**Method:** Twenty-two patients consecutively admitted to the hospital and fulfilling DSM-5 criteria for typical or atypical AN received HoT after 4–8 weeks of inpatient treatment. During the first two months of HoT, the patient and her family were visited on average three to four times per week, during the third and fourth months of HoT once or twice a week by a multi-professional team. Body mass index, ED and general psychopathology, quality of life and treatment satisfaction were assessed in the patients at admission, start and end of HoT and the 1-year follow-up as well as carers' skills and burden.

**Results:** The majority of patients successfully achieved target weight within HoT and maintained it successfully at the 1-year follow-up. ED and general psychopathology in the patients and carers' skills improved significantly associated with a high treatment satisfaction.

**Conclusions:** HoT seems to be a promising new tool to improve outcome in adolescent AN and to reduce time of hospitalisation. Larger randomised controlled trials are needed to generalise these results.

**KEYWORDS**

adolescence, anorexia nervosa, community-based treatment, home treatment, outcome

# „Vier Säulen“ der Essstörungstherapie

---

1. Somatische Rehabilitation,  
Ernährungstherapie und Psychoedukation
2. Psychotherapeutische Behandlung
3. Einbeziehung der Familie
4. **In Einzelfällen** medikamentöse Therapie und  
Behandlung der Komorbidität



*Die Patientin ist krank und nicht „verweigernd“*

- Akzeptanz von scheinbar unter willkürlicher Kontrolle stehenden Verhaltensweisen (z.B. Bewegungsdrang, Erbrechen) als Symptome einer schwerwiegenden Erkrankung erleichtert angemessene Reaktion

*Die Erkrankung ist sowohl „Freundin“ als auch „Feindin“ für die Patientin*

- Ambivalenz bezüglich des Gesundungsprozesses gehört zur Krankheit: die

# Externalisierung

Externalisierung der  
Magersucht

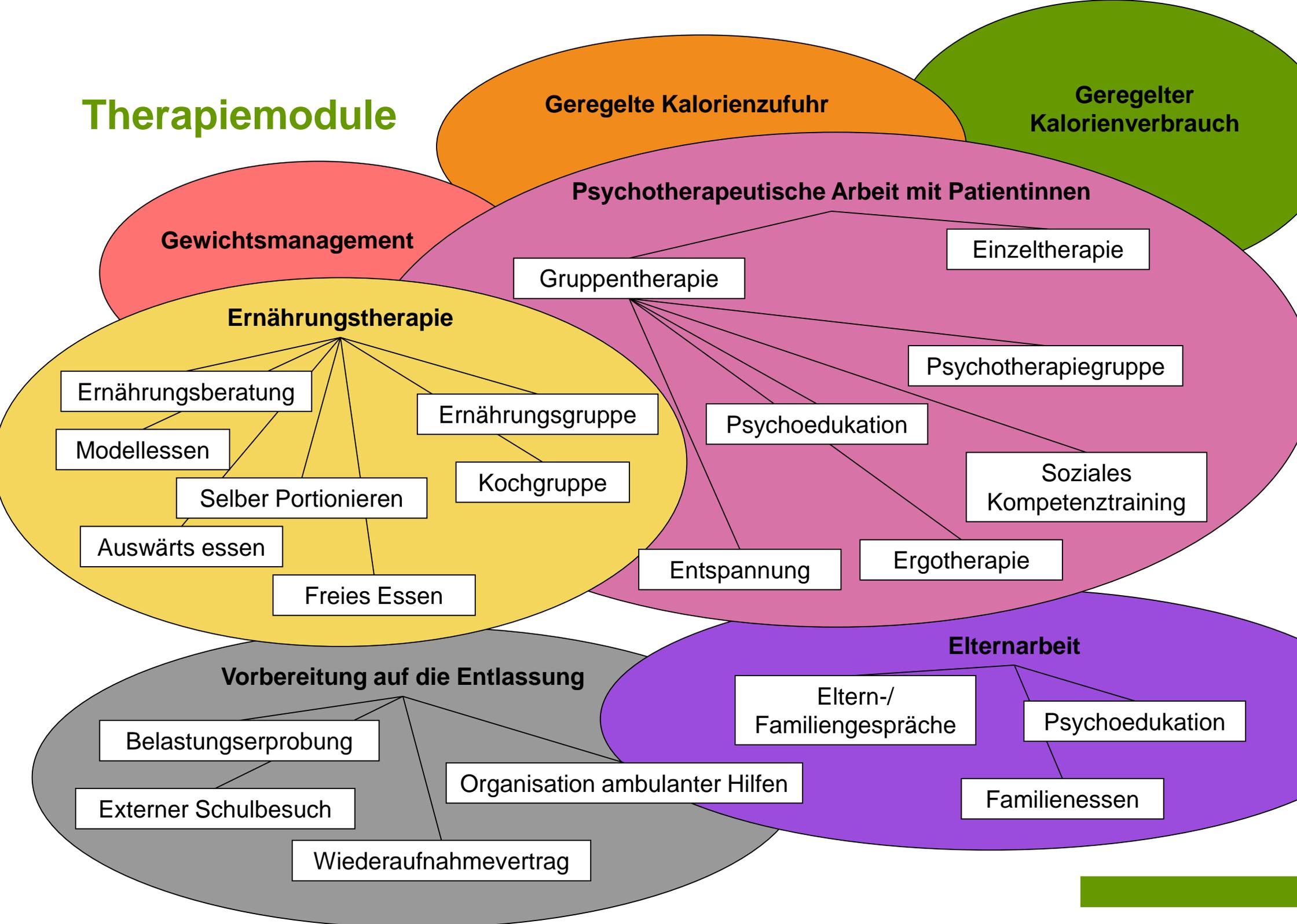


Aus L. Fairfield

„Anna, Tyranna und der Kampf ums Essen“

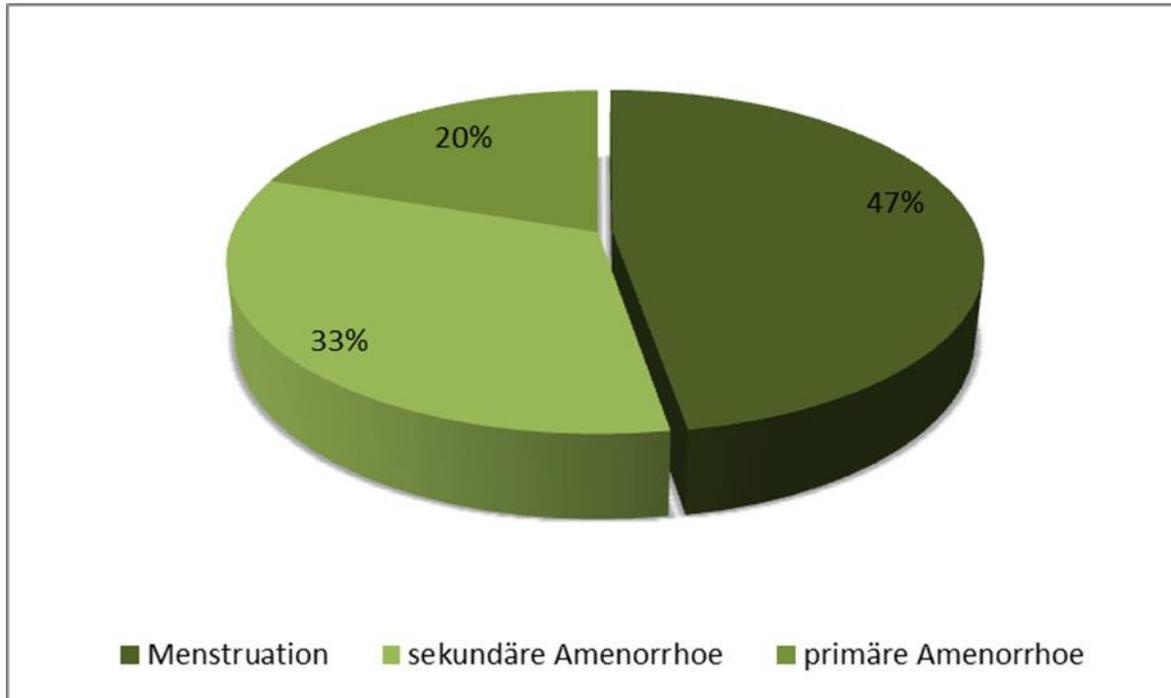
Patmos Verlag 2011

# Therapiemodule



# Behandlungsziel

Menstruationsstatus 1 Jahr nach Behandlungsbeginn



Prognostische Faktoren:

- Praemenarche
- hoher präorbider BMI
- lange Behandlungsdauer
- + Entlassung bei Zielgewicht

Empfehlung: Erreichen eines Gewichtes um die 20. BMI-Altersperzentile, vor allem bei nicht-chronischer AN

Bei Patientinnen mit hohem präorbiden BMI Zielgewicht ggf. nach oben korrigieren

# Individueller Ernährungsplan (2600 kcal)

## Frühstück:

1/2 P. Milch  
2 Körnerbrötchen  
1 P. Frischkäse + 1 Ecke Camembert  
1 P. Konfitüre

## Zwischenmahlzeit:

1 Becher Fruchtjoghurt  
5 EL Cornflakes  
1 Stück Obst  
**oder**  
1 Milchbrötchen  
1 P. Frischkäse  
1 Stück Obst

## Mittag:

1 Portion Mittagessen

## Zwischenmahlzeit:

1 P. Milch  
10 EL Kellogs (Schokos)  
2 Teile aus  
1 Müsliriegel, 1 Stück Rührkuchen, 1 Duplo, 1 Obstriegel

## Abend:

1 Sch. Mehrkornbrot + 2 Sch. Graubrot  
1 P. Frischkäse + 1 Sch. Käse  
1 Sch. gek. Schinken  
Rohkost

## Spät:

1 Becher Fruchtjoghurt  
1 Stück Obst  
4 Mini-Kokos-Zwiebäcke + 2 Butterkekse

# Sondenernährung

- Essen nicht mehr möglich aufgrund ausgeprägter Gewichtsphobie
- Extremes Untergewicht mit körperlichen Komplikationen (bessere Ausnutzung der Sondennahrung und geringeres Volumen)
- Entlastung vom „Essenskampf“. Reduktion unangenehmer Gefühle und Gedanken in Verbindung mit Nahrungsaufnahme („Auszeit“)
- Aufbau einer Motivation („Lust auf Essen“)
- Aufteilung wie später die Mahlzeiten



**Nicht zu lange  
warten!  
Nicht als  
Druckmittel  
einsetzen!**

## Medikamentöse Therapie

---

- Keine kausale Therapie möglich
- In Einzelfällen medikamentöse Unterstützung zur Verminderung der depressiven und zwanghaften Symptomatik sowie der deutlichen körperlichen Anspannung und des Bewegungsdrangs

# Zwangsbehandlung

---

- Bei klarer, einheitlicher Haltung der Eltern ist eine tatsächliche richterliche Anordnung der Behandlung selten notwendig.
- Die Entscheidung über eine Zwangsbehandlung ist in jedem Einzelfall zu prüfen, eine alleinige Orientierung am BMI reicht hierfür nicht aus.
- Psychotherapie ist auch unter Zwang möglich. Dabei ist Transparenz, respektvoller Umgang und Einbezug in Entscheidungen soweit möglich besonders wichtig.
- Gesetzlich wird die Zwangsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen über §1631 b BGB geregelt.
- Über §1666 BGB und §42 SGB VIII ist eine medizinisch notwendige Behandlung im Falle einer Ablehnung durch die Sorgeberechtigten möglich.

## Take Home

---

- Die Magersucht ist eine neurobiologische Erkrankung
- Gewichtszunahme und Wiedereinsetzen der Menstruation sind vorrangige Therapieziele
- Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn ist von entscheidender Bedeutung für die langfristige Prognose
- Eine Zwangsbehandlung ist in Einzelfällen zu Beginn unerlässlich, im Verlauf aber dann meist nicht mehr notwendig
- Auch im Rahmen der Zwangsbehandlung werden die Patientinnen so viel wie möglich aktiv in Entscheidungsprozesse im Behandlungsverlauf einbezogen

Danke  
für Ihre Aufmerksamkeit!

[Katharina.Buehren@kbo.de](mailto:Katharina.Buehren@kbo.de)