



Von der Forschung in die Praxis

*Neue Ansatzpunkte in der Behandlung der
adoleszenten Anorexia nervosa*

Prof. Dr. Tanja Legenbauer

Potentielle Interessenskonflikte

Honorare für Manuale/ Bücher im Bereich Essstörungen und Körperbildstörungen von Springer, Hogrefe, De Gruyter and Kohlhammer.

Drittmittel für Studien im Bereich Essstörungen und Adipositas vom BMB und der Schweizer Anorexia nervosa Stiftung

Worum es heute geht

Aktuelle Herausforderungen

- Steigende Behandlungszahlen
- Behandlungserfolg optimierbar
- Richtungsweisende Ansätze?

Hauptmerkmale der Anorexie

Niedriges
Körpergewicht

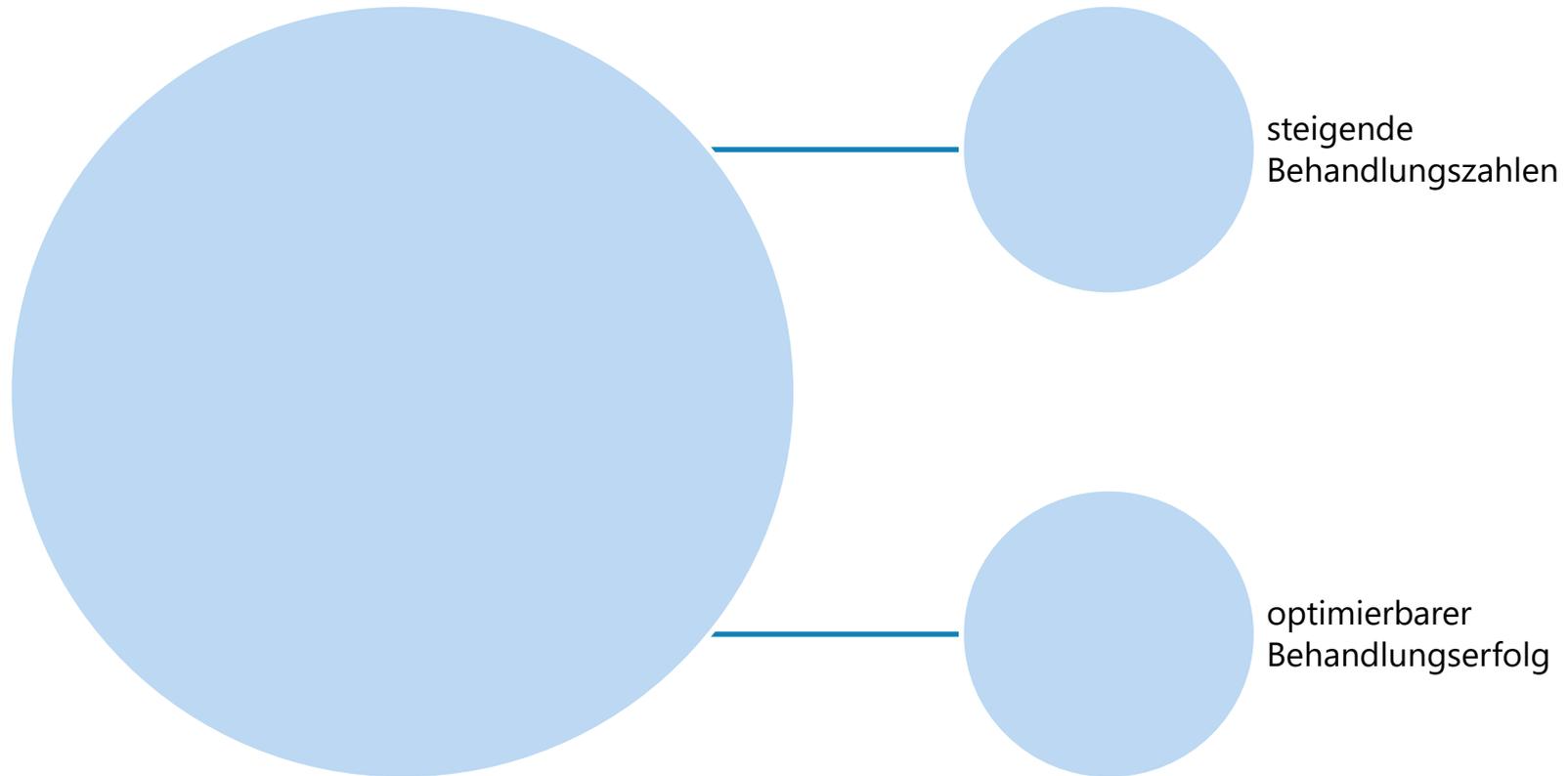
Massive Angst vor
Gewichtszunahme

Verzerrte
Wahrnehmung des
eigenen Körpers

Fakt ist, dass

- Bevölkerungsbasierte Studien zeigen: Nur 50% der Betroffenen mit Anorexie begeben sich in **Behandlung**.
- Die **ersten drei Jahre** gelten als **kritisches Zeitfenster** (frühe Genesung = hohe Chance auf Heilung; Odd's Ratio = 10,5).
- **Die Hälfte** der stationär behandelten adoleszenten AN-Patienten werden mind. **zweimal** aufgenommen.
- Die durchschnittliche Dauer bis zur **Genesung** beträgt **sechs bis sieben Jahre**.

Herausforderungen in der Behandlung



Herausforderung 1

Steigende Behandlungszahlen und jüngere Patient:innen?

KIGGS zeigt:

Rückläufige Zahlen für jüngere Patient:innen in Deutschland bei 11-13jährigen vor Corona

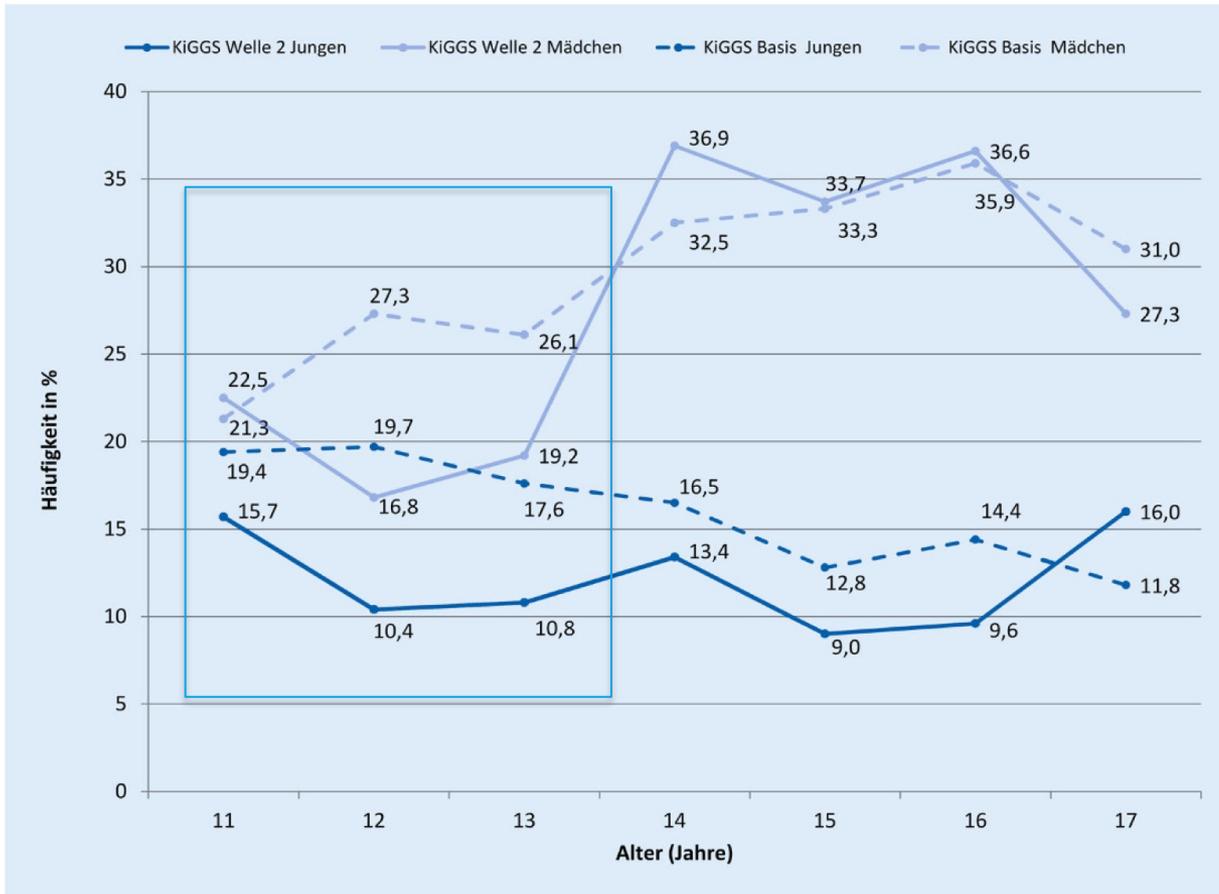


Abb. 1 ◀ Prävalenz von Essstörungssymptomen nach SCOFF zu KiGGS-Basis (2003–2006; $N = 6599$) und Welle 2 (2014–2017; $N = 6018$) im Altersverlauf und getrennt nach Geschlecht. Darstellung der Häufigkeiten in %

Abbildung und Tabelle entnommen aus Cohrdes et al., 2019: Bundesgesundheitsblatt 10, S. 1199, 1200.

KIGGS zeigt:

Rückläufige Zahlen für jüngere Patient:innen in Deutschland bei 11-13jährigen vor Corona

Tab. 2 Unterschiede in der Prävalenz von Essstörungssymptomen nach SCOFF im Trend zwischen KiGGS-Basiserhebung (2003–2006; $N = 6633$) und Welle 2 (2014–2017; $N = 6018$), stratifiziert nach Altersgruppe und Geschlecht; geprüft mittels unadjustierter logistischer Regression

	KiGGS Basis^a % (95 %-KI)	KiGGS Welle 2 % (95 %-KI)	UOR (95 %-KI)	p
<i>Alter</i>				
11–13 Jahre	21,8 (19,8–23,9)	15,8 (14,0–17,7)	0,82 (0,8–0,9)	<0,01
14–17 Jahre	23,1 (21,63–24,68)	22,3 (20,71–24,58)	0,98 (0,9–1,1)	0,67
<i>Geschlecht</i>				
Jungen	15,9 (14,5–17,4)	12,1 (10,6–13,8)	0,86 (0,8–0,9)	<0,01
Mädchen	29,7 (27,9–31,7)	27,9 (25,6–30,3)	0,96 (0,9–1,0)	0,22
<i>Gesamt</i>	22,6 (21,4–23,8)	19,8 (18,5–21,3)	0,92 (0,9–1,0)	<0,01

Signifikante Unterschiede mit $p < 0,01$ sind fettgedruckt

95 %-KI 95 % Konfidenzintervall

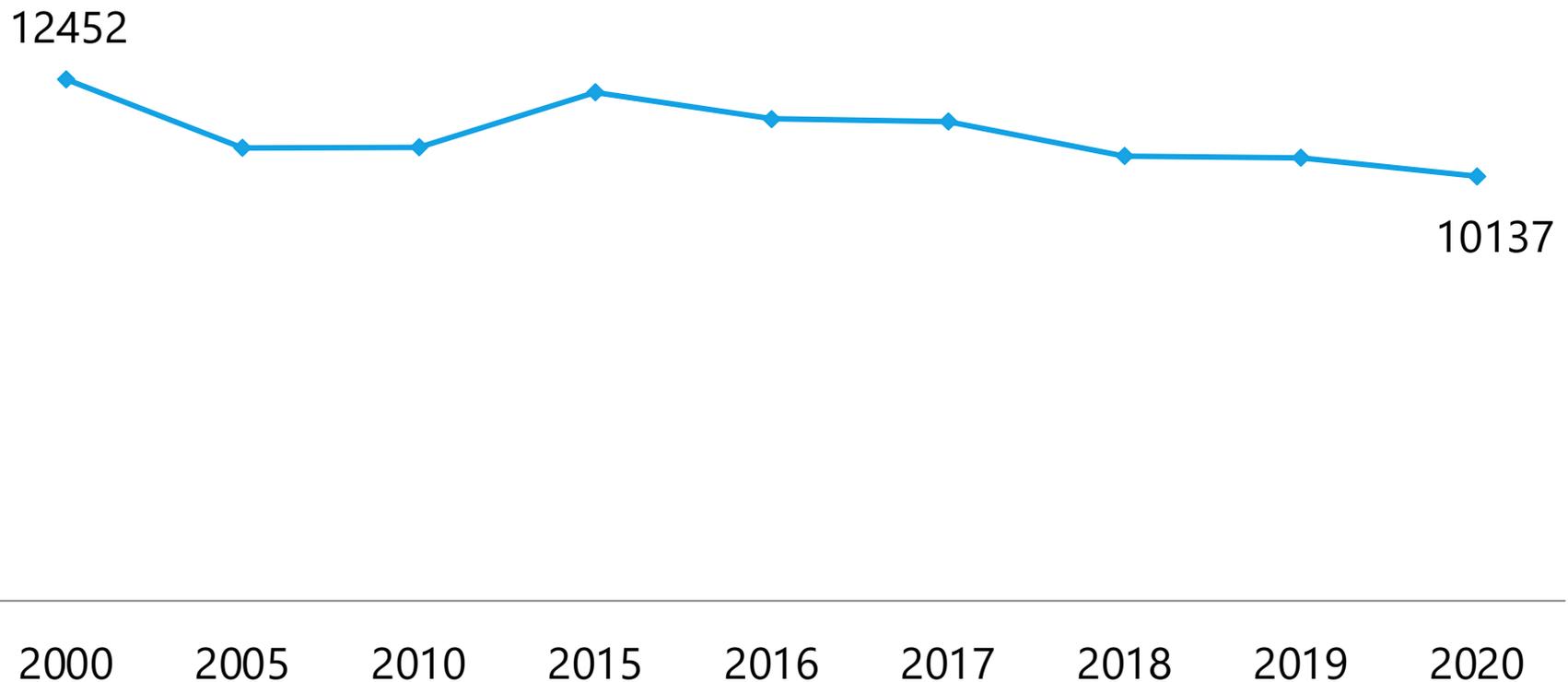
UOR unadjustierte Odds Ratios. Abweichungen in den Prävalenzangaben zu Essstörungssymptomen zur KiGGS-Basiserhebung [14] resultieren aufgrund von jeweils an die aktuelle Gesellschaftsstruktur angepassten, unterschiedlichen Gewichtungen

^aReferenzkategorie

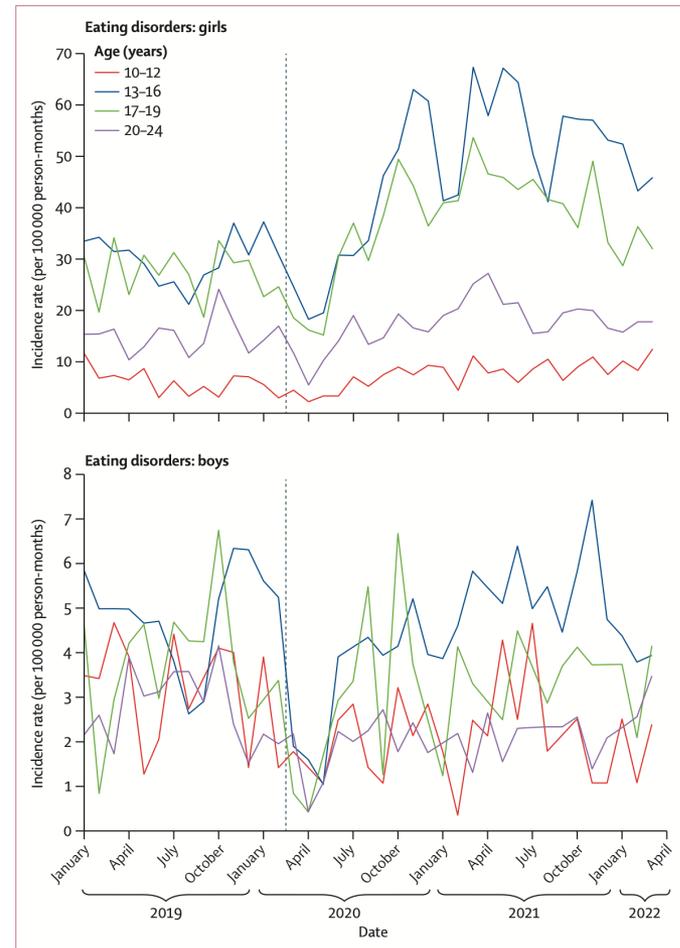
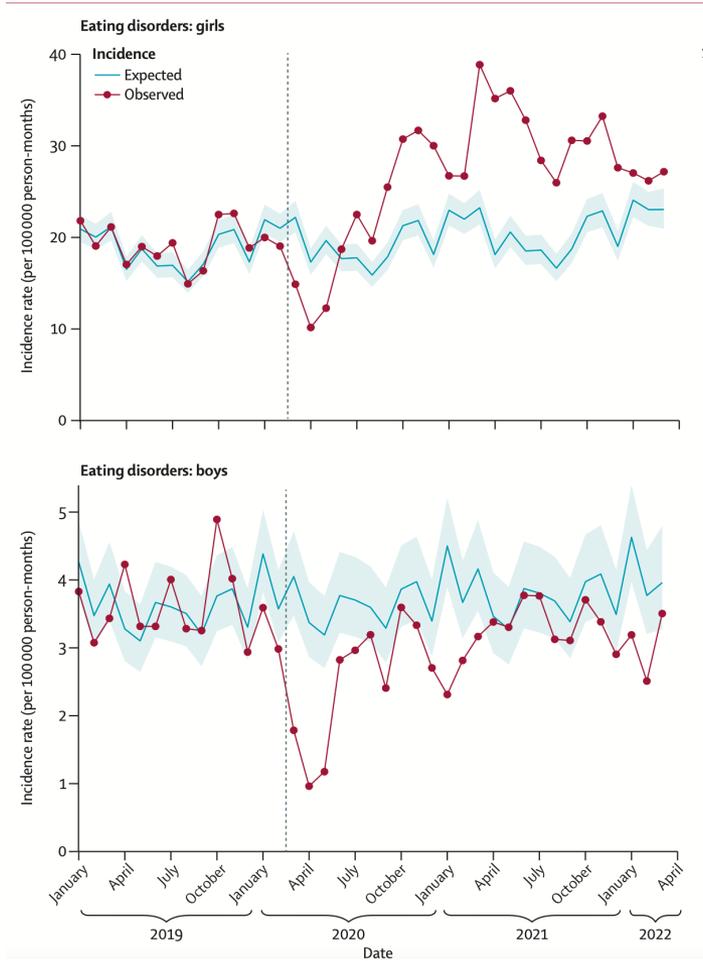
Abbildung und Tabelle entnommen aus Cohrdes et al., 2019: Bundesgesundheitsblatt 10, S. 1199, 1200.

Rückläufige stationäre Inanspruchnahme (vor Corona)

**Anzahl stationär behandelter Patient:innen mit
Essstörungen in Deutschland**

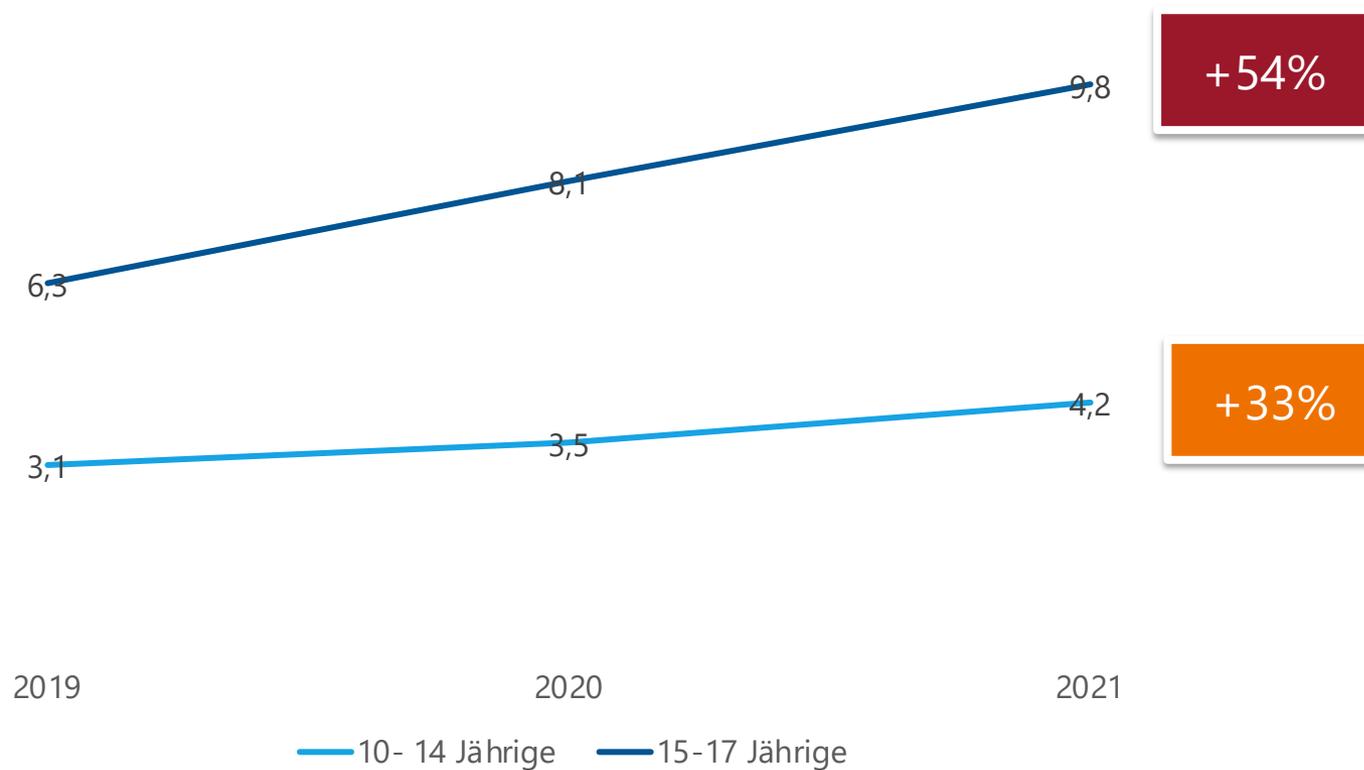


Anstieg der Erkrankungsraten während der Pandemie



ABER: Neudiagnose Essstörung bei Kindern- und Jugendlichen seit 2019

Anzahl Neuerkrankung pro 1.000 Fälle



ABER: Neudiagnose Essstörung bei Kindern- und Jugendlichen seit 2019

Hochgerechnet auf alle gesetzlich Krankenversicherte sind 4000 Mädchen zusätzlich an Essstörungen erkrankt.

Besorgniserregend!

- Oftmals erkennen die Eltern die Magersucht erst sehr spät und unterstützen erstes Diätverhalten
- Je jünger die Erkrankung auftritt, desto schlechter ist die Prognose:
 - Es gibt wenig empirisch überprüfte Behandlungsangebote für Kinder
 - Kinder haben zeigen weniger Einsichtsfähigkeit in die Erkrankung
 - Oft genetische Vorbelastung
 - Ggf. stärkere Sensibilität auf Veränderungen zerebraler Prozesse

Herausforderung 2

Unzureichender Behandlungserfolg

Was ist empfehlenswert in der Standardbehandlung

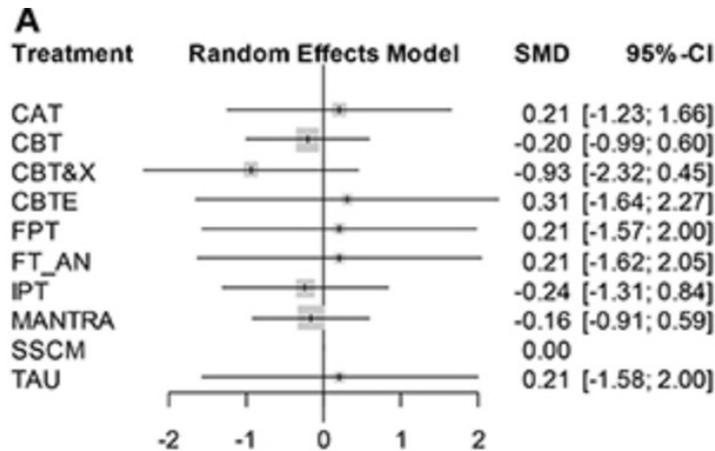
Bisherige Forschung zeigt essstörungsspezifische Elemente und Fokus auf Gewichts- und Ernährungsmanagement sinnvoll!

Daher:

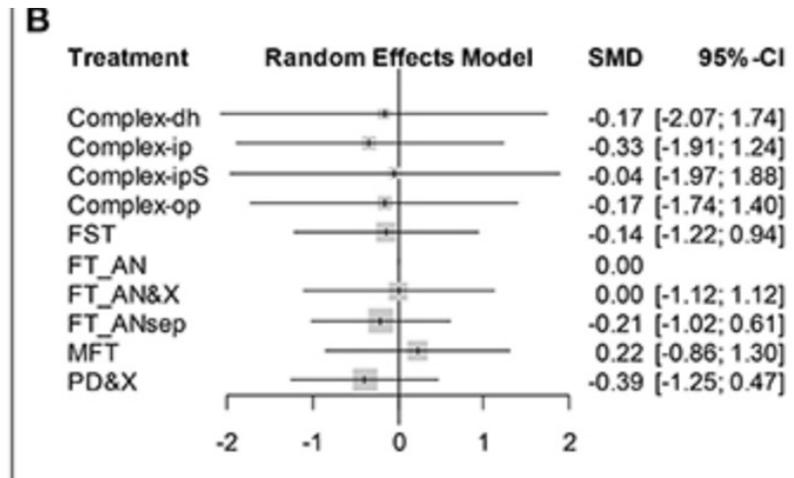
- **Klaren Vereinbarungen** über das anzustrebende Zielgewicht in Form eines Therapievertrags.
- Erstellen eines **Ernährungsplans** zur Erreichung des Zielgewichts.
- **Unterstützung** bei der regelmäßigen Einnahme der geplanten **Mahlzeiten** durch geschultes Personal /Einbindung der Familie.
- Regelmäßige Kontrolle der **Gewichtsentwicklung**.
- **Motivierung** zur Gewichtszunahme durch Belohnung erzielter Erfolge.

Psychotherapie der Anorexie auf dem Prüfstand: Metaanalyse

Erwachsene



Jugendliche



Die Ergebnisse zeigen keine Überlegenheit einer der Verfahren gegenüber den anderen.

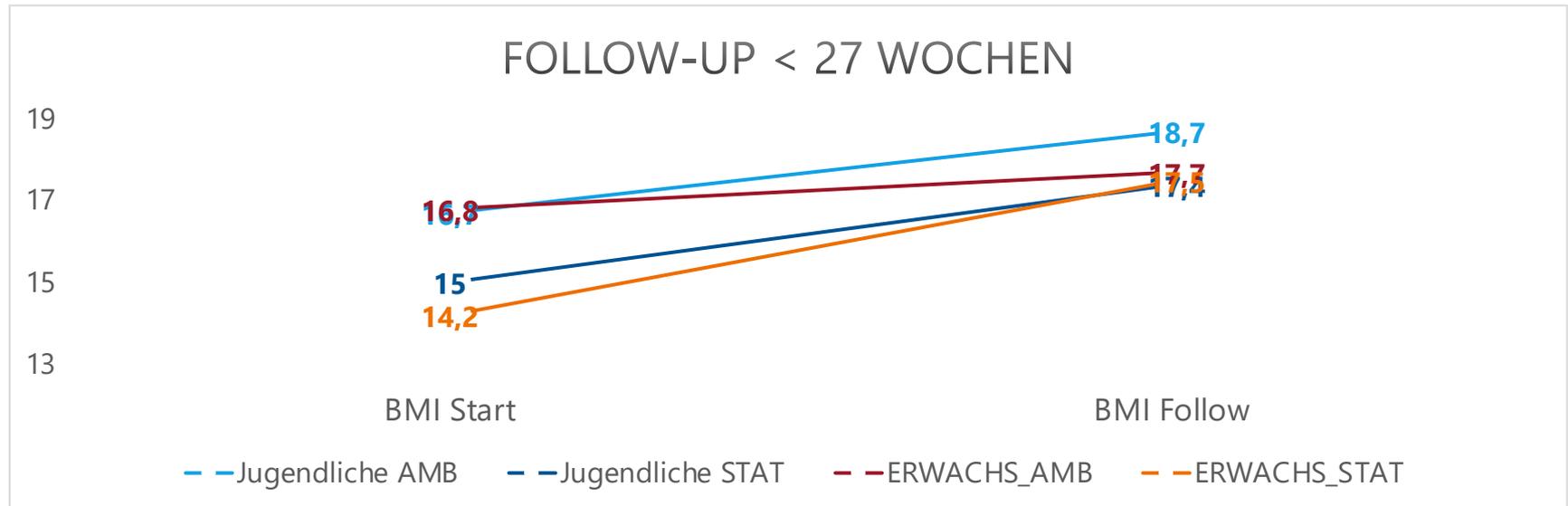
Die Behandlung scheint bei Jugendlichen effektiver zu sein.

Psychotherapie der Anorexie auf dem Prüfstand

Verfahren mit der besten empirischen Evidenz:

- Focal Psychodynamic Psychotherapy (FPT)
- Maudsley Model of Anorexia nervosa Treatment for Adults (MANTRA)
- Enhanced cognitive behavior Therapy (CBT-E)
- Family Based Therapy (FT_AN)
- Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

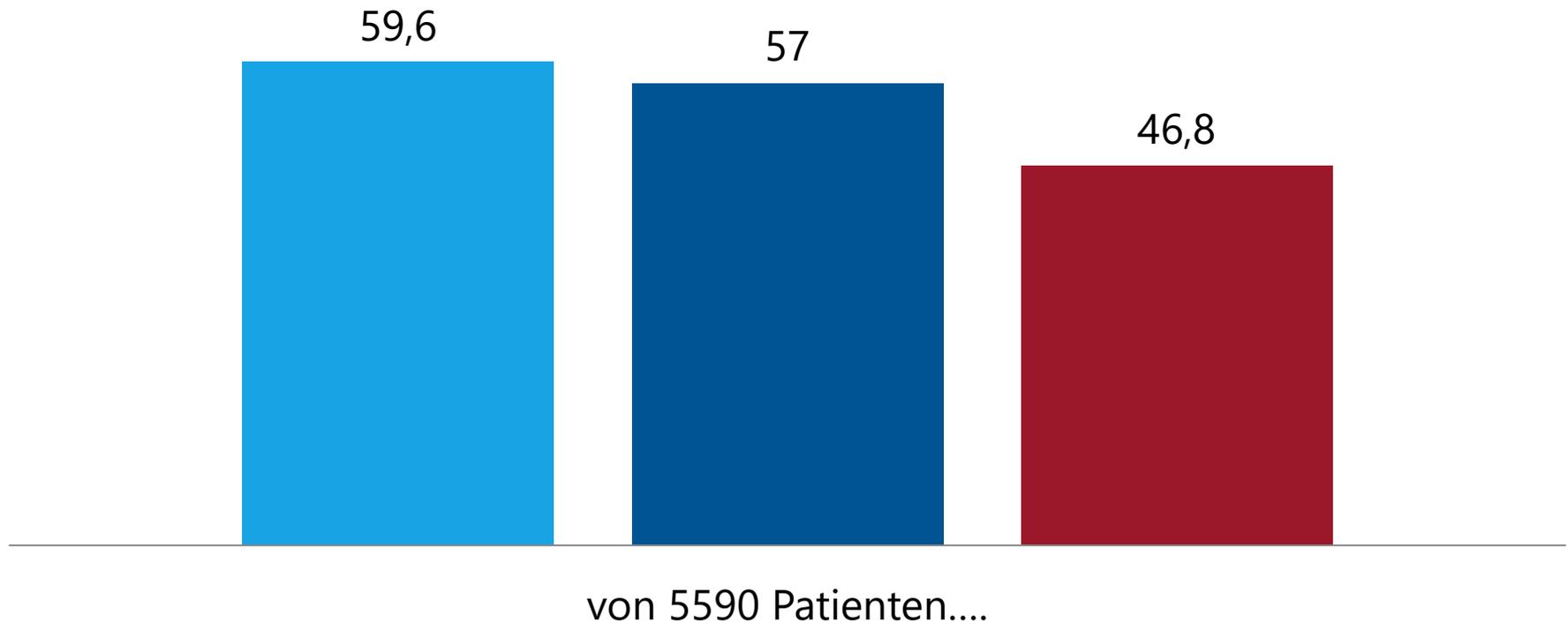
Erzielte Gewichtszunahme über alle Studien hinweg



- Stationäre Behandlung startet generell mit geringerem BMI (<15kg/m²).
- Im stationären Setting: Mittlere Gewichtszunahme bei Erwachsenen 537g/Woche, Jugendliche 615g/Woche.
- Im Vergleich ambulant deutlich niedriger (105g/W Erw. vs. 192 gr/W Jugendliche).

Restsymptomatik?

■ Gewichtsnormalisierung ■ Menstruation ■ Normalisiertes Essverhalten



Restsymptomatik?

Die aktuellen Behandlungsstrategien ...
sind durchaus optimierbar...

Ansatzpunkt 1: Den Übergang nach Hause erleichtern

Tagesklinik als Chance: Die ANDI-Studie

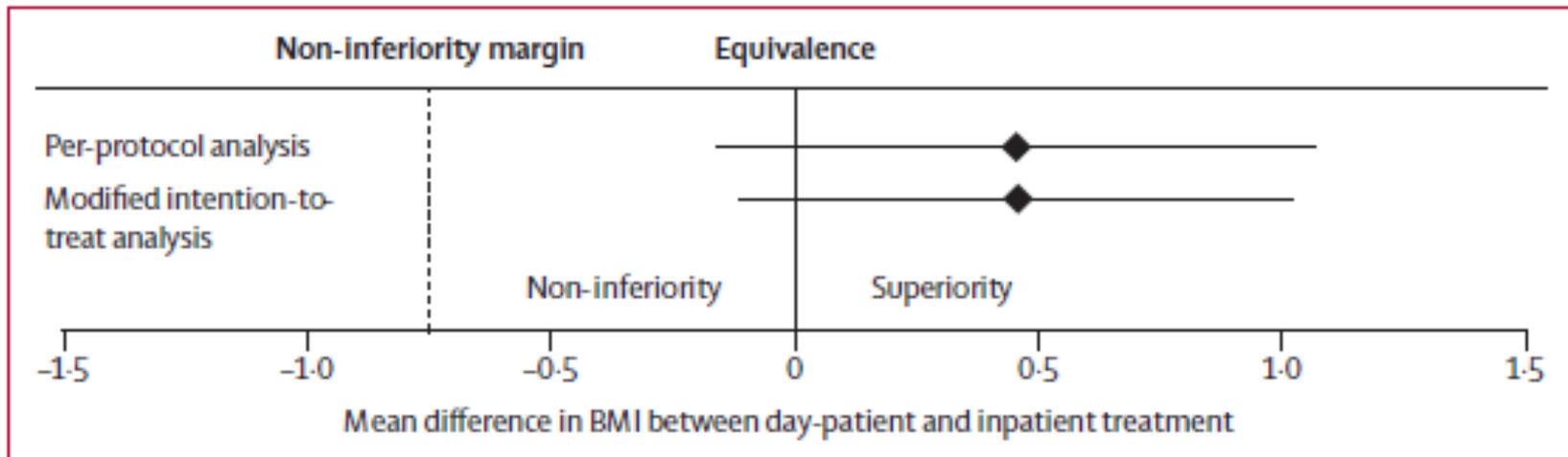


Figure 2: Primary endpoint analysis

Error bars are 95% CIs. The dashed line is the predefined non-inferiority margin (-0.75 kg/m^2). BMI=body-mass index.

Hometreatment – auch eine vielversprechende Behandlungsoption

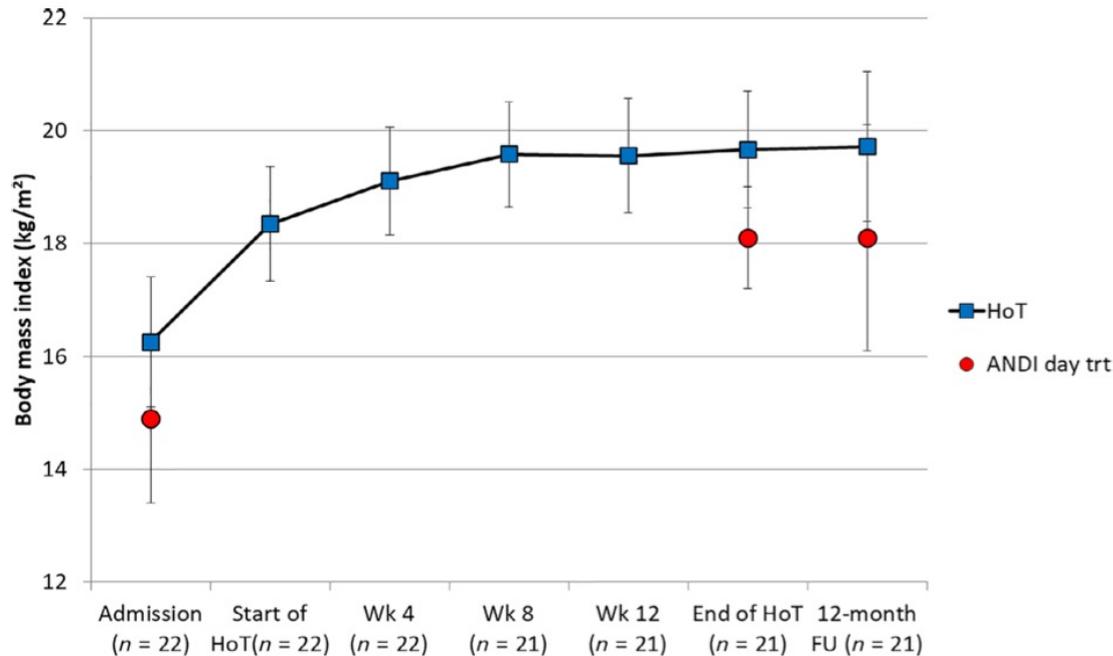
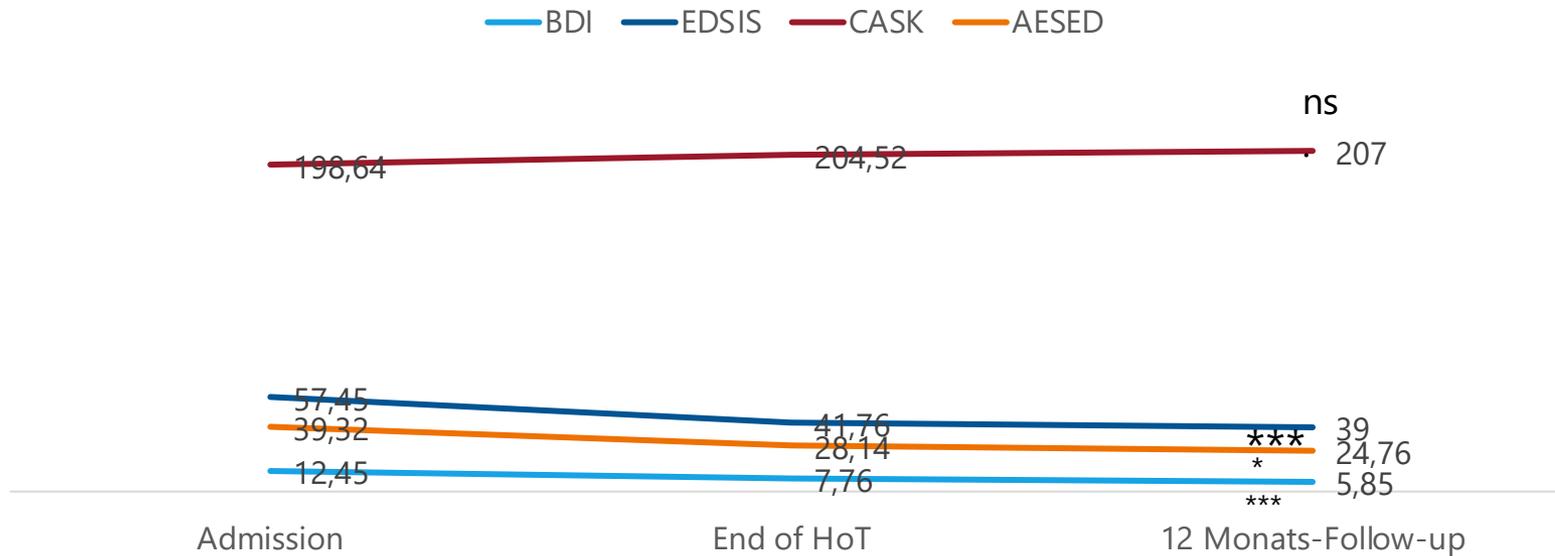


FIGURE 2 Development of patients' BMI from admission to the 1-year follow-up. Blue square symbols: HoT pilot study; red circle symbols: day treatment arm of ANDI study (Herpertz-Dahlmann et al., 2014). Symbols are mean values, and error bars denote standard deviations. BMI, body mass index; HoT, home treatment

Hometreatment stärkt die Eltern



AESED: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (Range 0 -132; höher besser)

EDSIS: Eating Disorders Symptom Impact Scale (0 - 96; höher stärkere Belastung)

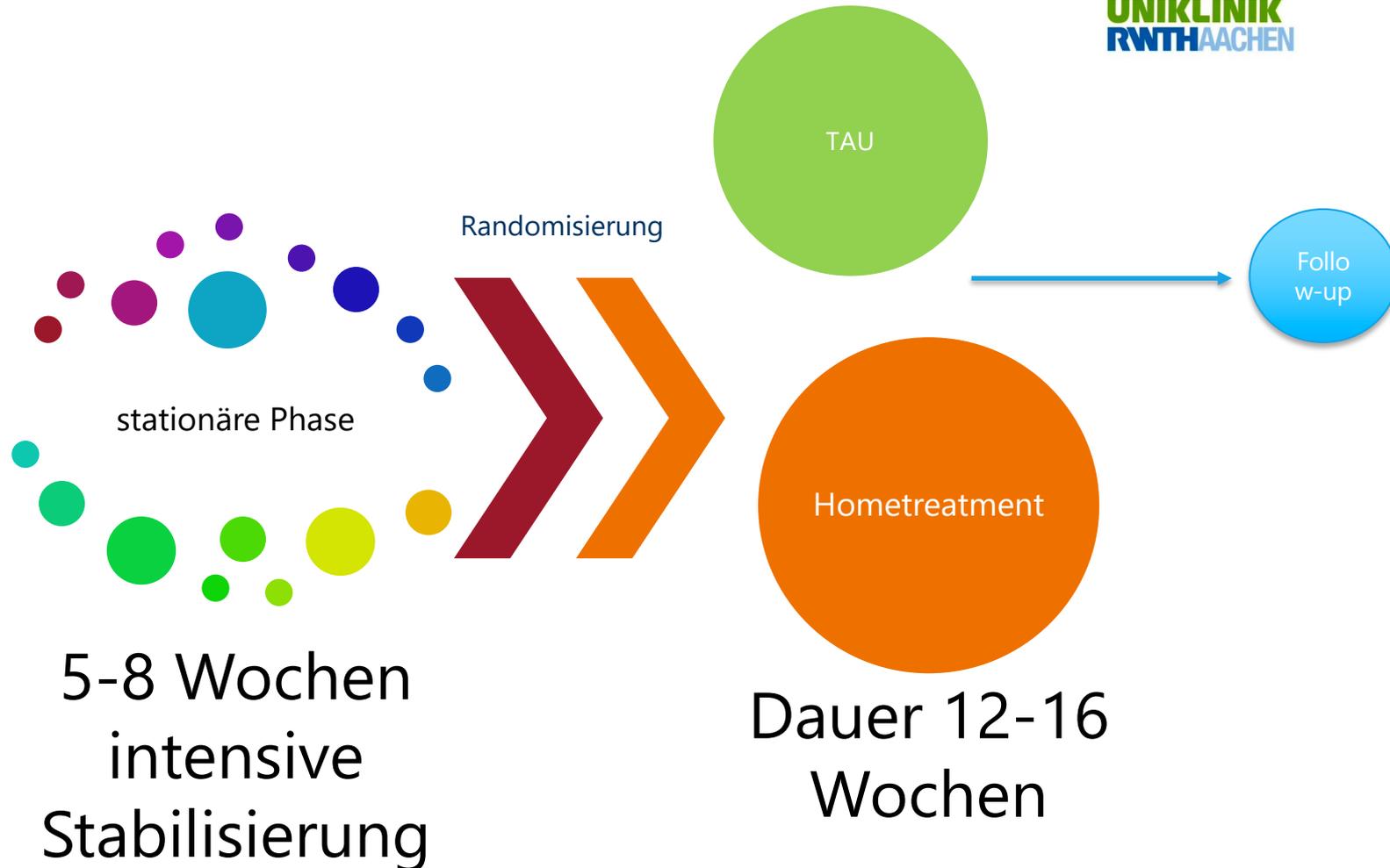
CASK: Caregiver Skills (range 0 - 600; höhere Werte bessere Bewältigung der Essstörung)

Die HoT-Studie



HOME
TREATMENT

UNIKLINIK
RWTHAACHEN



Ansatzpunkt 2: Nahrungsexposition zum Abbau der Angst vor Gewichtszunahme

Expositionsbehandlung bei Anorexie

Ein Weg zur Veränderung essensbezogener Ängste?

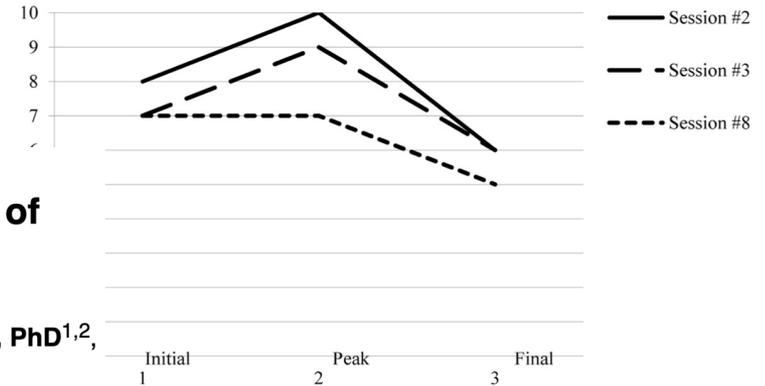
Zugrundeliegende Überlegung

- unrealistische Ängste verhindern eine angemessene (ausreichende) Ernährung
- durch Exposition Abbau von Ängsten möglich (äquivalent von Angstexpo bei Ängsten)
- dadurch wird Vermeidung von angstbezogenen Nahrungsmitteln abgebaut

Ablauf einer Nahrungsexposition bei Anorexie



Beispiel einer Case study



Overcoming Fear of Eating: A Case Study of a Novel Use of Exposure and Response Prevention

Deborah R. Glasofer, Ph.D.^{1,2}, Anne Marie Albano, PhD^{2,3}, H. Blair Simpson, MD, PhD^{1,2}, and Joanna E. Steinglass, M.D.^{1,2}

Figure 1. Example of Habituation Across Sessions

In each of these sessions, Emily was exposed to coffee with milk and sugar. Each line depicts the increase in anxiety rating (SUDS) during that session followed by within-session habituation. Between-session habituation is depicted by SUDS ratings decreases with repeated exposure.

Reprinted from Glasofer et al., 2015.

TABLE 1

Selections from Emily's Exposure Hierarchy.

SUDS	Eating-related situations and foods
10	French fries; pasta with olive oil; pizza
9	Finishing whole plate of food; portioning at a buffet; butter on toast/muffin; eating a meal at an "off" time
8	Iced latte; bagel and cream cheese (portioning from container); eating whole sandwich without picking apart; picking a snack quickly; not changing order at restaurant
7	Hot latte; smoothie from street cart (unknown calories); bagel and single-serve cream cheese; finishing a yogurt, small bag of chips; not walking after a meal
6	Eating ½ sandwich without picking it apart; not fidgeting/body-checking at a meal; hard-boiled egg; eating a snack at an "off" time
5	Bites of sandwich without picking it apart; instant oatmeal with fruit mixed in; drinking sips of juice at an "off" time; not fidgeting after a meal
4	Coffee with milk and sugar; fruit juice; finishing a portion of fruit salad; instant oatmeal; drinking sips of water at an "off" time
3	Fat free popcorn; cucumbers; lettuce
2	Egg whites
1	Plain coffee, water

Reprinted from Glasofer et al., 2015

Note: The full hierarchy used in treatment was much longer and spread across multiple pages.

Randomisiert- kontrollierte Folge-Studie

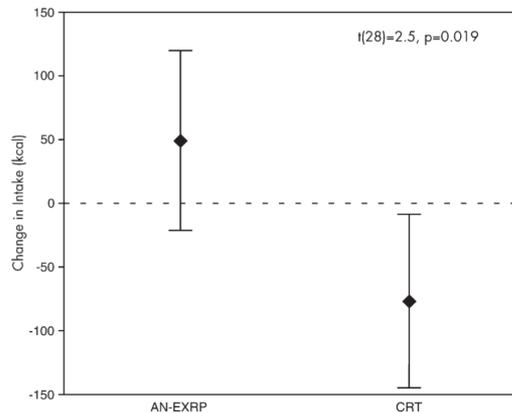
32 Patientinnen mit Anorexie

Expositionsbehandlung (n=16) vs. Cognitive Remediation Therapy (n=16)

- Signifikant höhere Kalorienaufnahme im Labortest
- Reduktion der Angstsymptome korreliert mit Anstieg der Nahrungsaufnahme im Labortest.

ABER: keine sign. Reduktion im Selbstbericht.

FIGURE 2. Change in test meal caloric intake in the Exposure and Response Prevention for AN (AN-EXRP) and Cognitive Remediation Therapy (CRT) groups. Change in caloric intake was measured as intake in a laboratory meal at Week 4–Week 0 for each individual. The figure shows mean change per group; bars represent 95% confidence intervals.



Expectation violation – ein neuer Approach zur Reduktion von Angst bei Anorexie

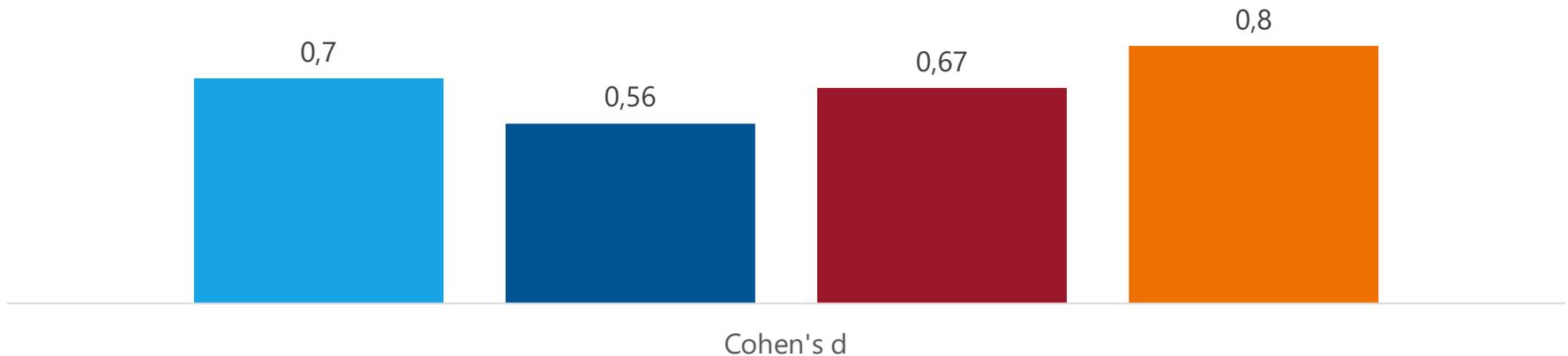
2 Einführungssitzungen (Diagnostik und Psychoedukation zu Angst, Sicherheitsverhalten, Rolle der Angst bei Anorexie, Rational von Expo)

8 Expositionssitzungen á 60 min (/Woche)

Rational basierend auf Angst-Expo von Craske et al. (2018) zur expectation violation.

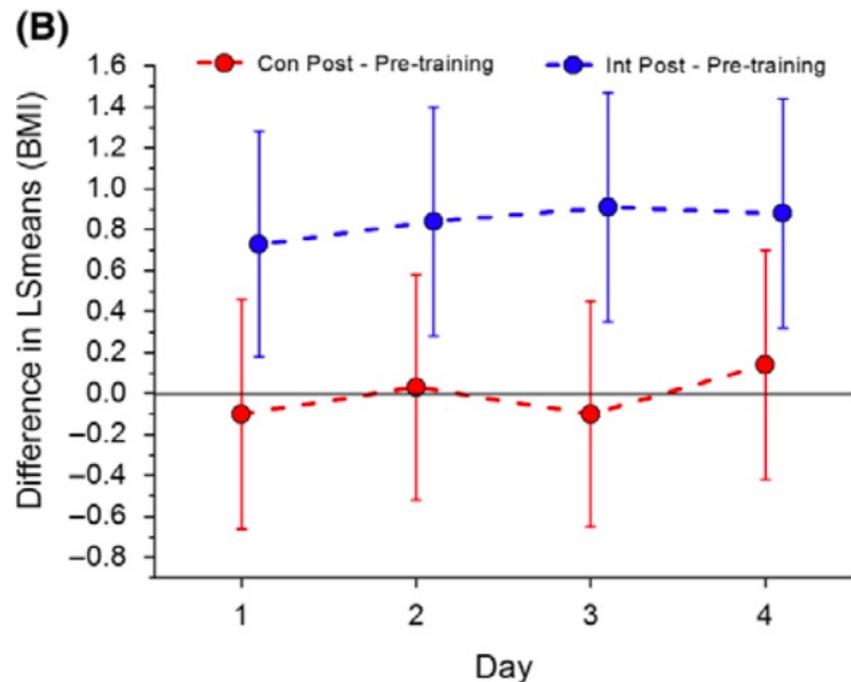
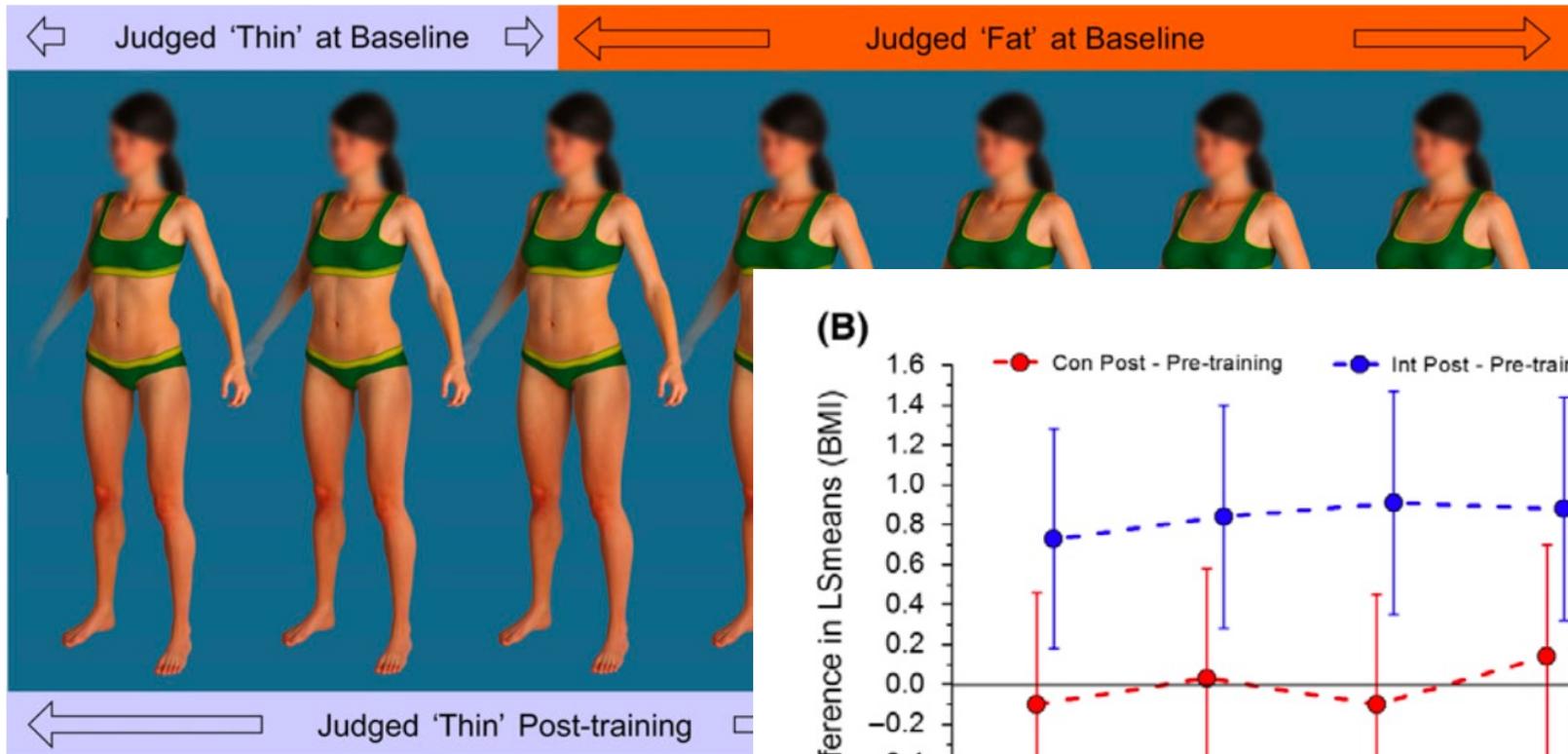
signifikante Veränderungen prä-post Intervention

■ BMI ■ EDE-Q Total score ■ ED-related preoccupation ■ DASS anxiety



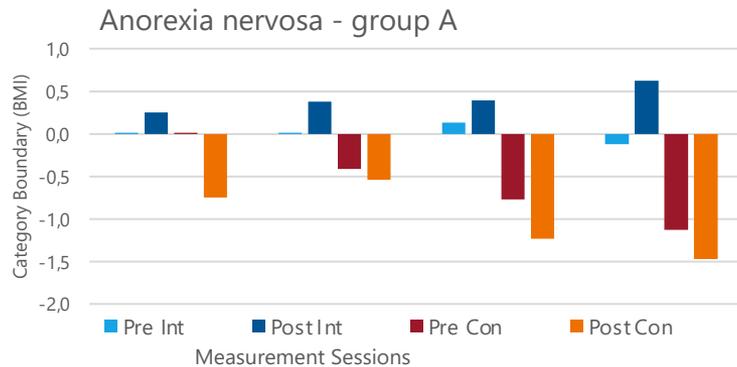
Ansatzpunkt 3: Körperbildinterventionen

Änderung des strengen Schlankheitsideals durch CBM

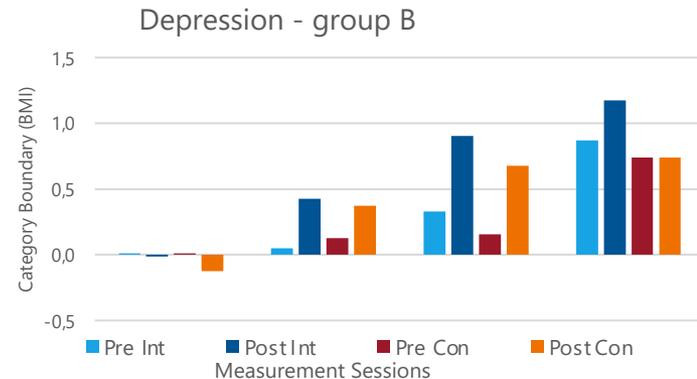
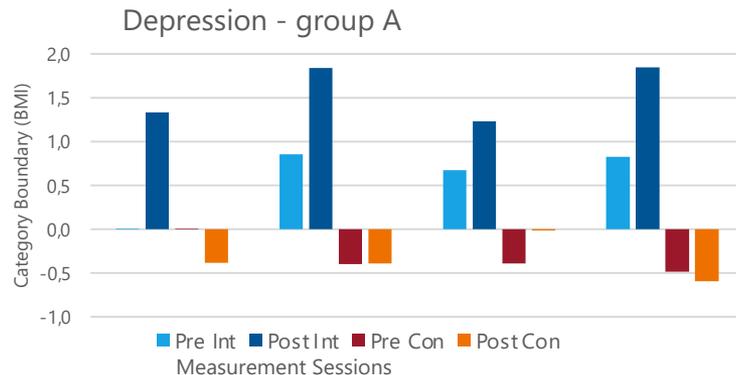
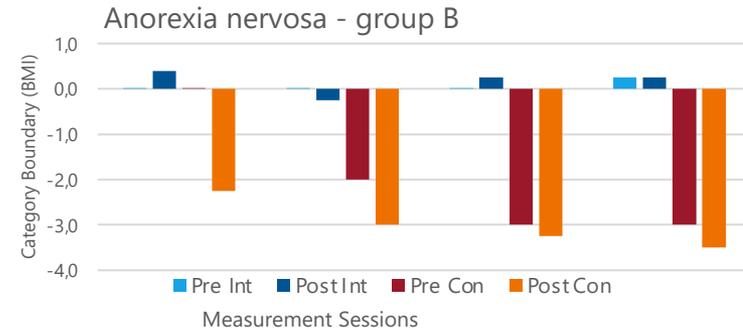


Task wirkt auch bei Jugendlichen – weitere Studien nötig!

Cross Over Beginn Feedback



Cross Over Beginn Kontroll

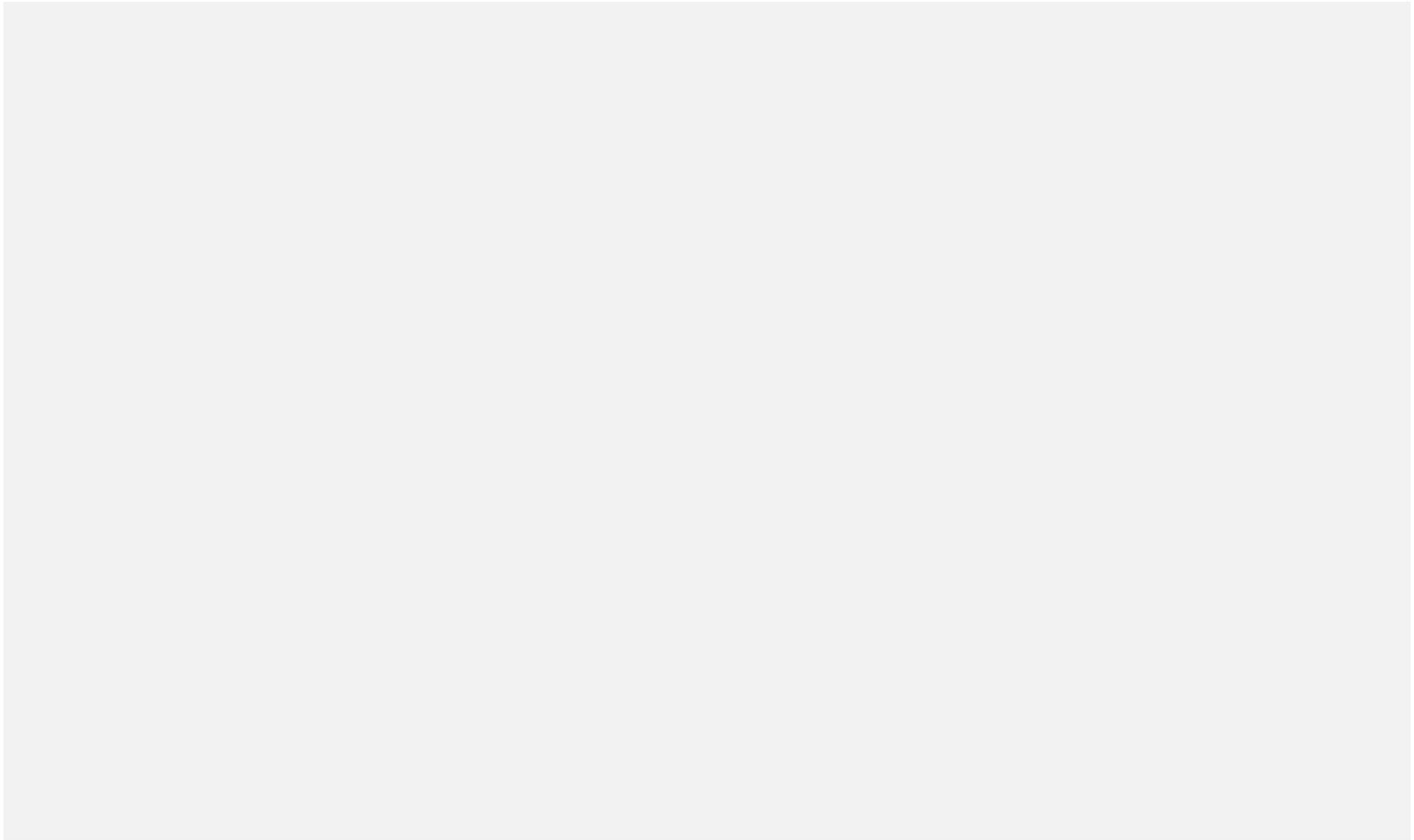


. A significant between-subject effect of diagnosis was shown both when examining the change during training time $F(1,24)=6,957; p=0,014; \eta_p^2 = 0,225$ and when examining including follow up $F(1,24)=6,596; P=0,017; \eta_p^2 = 0,216$.

Fazit

Essstörungenbehandlung...

- ist immer noch nicht ausreichend erfolgreich!
- bietet nicht genug Plätze für Betroffene
- muss sich ggf. neuen Wegen öffnen, um auch bislang unversorgte Patient:innen zu erreichen.



tanja.legenbauer@rub.de