

Medikamente zur Behandlung von Essstörungen

9.1 Übersicht

- Unter Essstörungen versteht man persistierende Störungen des Essverhaltens, die zu einem veränderten Konsum oder einer Malabsorption von Nahrung führen und damit die körperliche Gesundheit und die psychosoziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Ein Maß für das Körpergewicht ist der Body Mass Index (BMI: Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]).
- Die Nahrungsaufnahme wird auf unterschiedlichen Ebenen gesteuert. **■** Tab. 9.1 gibt eine Übersicht über Inhibitoren und Stimulatoren der Nahrungsaufnahme.
- Zentrale und periphere Auswirkungen der veränderten Energiezufuhr tragen zur Aufrechterhaltung des pathologischen Essverhaltens bei und können komorbide psychische Störungen verstärken.
- Es gibt 4 Essstörungen, die neben der internistischen Basistherapie auch im Rahmen der psychiatrischen Pharmakotherapie behandelt werden können: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht), Binge-eating-Störung und Adipositas.
- Die Behandlung der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge-eating-Störung besteht indikationsabhängig mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung zumeist aus einer Kombination von Psychotherapie (vorwiegend kognitive Verhaltenstherapie [KVT], aber auch interpersonelle Psychotherapie [IPT]) und der Behandlung mit Antidepressiva. Die Adipositas ist eine primär internistische Erkrankung, die jedoch zentralnervös mitreguliert wird und mit psychischen Problemen einhergehen kann (z. B. Anpassungsstörungen, Impulskontrollstörungen). Deshalb erfordern die für die Adipositas neu zugelassenen Präparate jetzt auch eine Besprechung in der psychiatrischen Pharmakotherapie.
- Die Medikamente müssen im Rahmen eines *Gesamtbehandlungsplans* verordnet werden. Gewichtszunahme ist auch eine häufige Nebenwirkung von verschiedenen Psychopharmaka.

der hohen Abbruchrate. Trotz der oft wahnhaft anmutenden Überzeugung der Patienten, übergewichtig zu sein, waren Antipsychotika bislang unwirksam. Eine Ausnahme ist möglicherweise Olanzapin, das in einer kontrollierten Studie bezogen auf Gewichtszunahme und Therapieakzeptanz erfolgversprechend war. Dabei schienen die dysfunktionalen Kognitionen und die Dymorphophobie in erster Linie beeinflusst zu werden.

- Ein primäres Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung eines aus medizinischer Sicht akzeptablen Körpergewichts. Dabei sollte die parenterale (Zwangs-)Ernährung nur den Patienten vorbehalten bleiben, die unter psychoedukativen oder verhaltenstherapeutischen Maßnahmen keine Gewichtszunahme gezeigt haben. Eine zu schnelle Gewichtszunahme kann zu generalisierten Ödemen oder – in Einzelfällen – zu einer Herzinsuffizienz führen.

9.2.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa tritt bei 1–4% der Bevölkerung auf, wobei Frauen häufiger als Männer betroffen sind. Der Altersgipfel liegt bei 20–30 Jahren. Biologische Faktoren, individuelle Defizite, soziokulturelle Einflüsse und chronische Belastungen sollen eine ätiologische Rolle spielen. Bulimia nervosa tritt oft in Zusammenhang mit affektiven Störungen und bei Patienten mit Impulskontrollstörung, Drogenabhängigkeit, Angststörungen, dissoziativen Störungen und (anamnestischem) sexuellem Missbrauch auf. Im Gegensatz zur Anorexia nervosa weisen die Patienten eine Hyperorexie, Hyperphagie mit starken Gewichtsschwankungen bei Normal- bis Übergewicht auf. Die Prognose ist ungünstiger als bei der Binge-eating-Störung (s. unten).

- Hauptkriterien für die Diagnose sind:
 - rezidivierendes Binge eating, d. h. Konsum einer ungewöhnlich großen Menge an Nahrungsmitteln während eines bestimmten Zeitintervalls mit Kontrollverlust (mindestens 2-mal pro Woche für 3 Monate),
 - rezidivierendes Erbrechen, exzessive körperliche Betätigung oder Fasten (mindestens 2-mal pro Woche für 3 Monate),
 - übermäßige Beschäftigung mit Essen, Figur, Gewicht,
 - Ausschluss einer Anorexia nervosa.
- Es werden 2 Typen unterschieden:
 - der »Purging-Typ« (mit selbstinduziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) und

- der »*Non-Purging-Typ*« (ohne regelmäßiges Erbrechen/Laxanzienmissbrauch, aber mit anderen unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität).
- Placebokontrollierte Studien zeigten mit *Amitriptylin*, *Desipramin*, *Imipramin* und *Fluoxetin* eine gute Wirkung, nicht aber mit Moclobemid und Venlafaxin. Höhere Dosen hatten oft einen besseren Effekt. Die notwendige Dauer der medikamentösen Therapie ist noch unklar, für Desipramin und Fluoxetin, wie in einer neuen Studie gezeigt wurde, scheinen 24 Monate Erhaltungstherapie zur Rückfallprophylaxe günstig zu sein. *Fluoxetin* hat als einzige Substanz die Zulassung zur Behandlung der Bulimie (beste Wirkung bei 60 mg/Tag^z). Auch bei der Bulimia nervosa sollte eine Gabe von Antidepressiva nur im Rahmen eines *Gesamtbehandlungsplans* zusammen mit einer psychotherapeutischen Intervention erfolgen.
- Es gibt eine positive Doppelblindstudie mit *Ondansetron* (5-HT-Antagonist) 24 mg/Tag. Die relativ geringe Wirkstärke und pharmakoökonomische Aspekte lassen die Substanz gegenwärtig bei Bulimie jedoch nicht empfehlenswert erscheinen.
- *Topiramate* (75–200 mg/Tag) scheint ebenfalls wirksam und in dieser Dosierung gut verträglich zu sein. Es wurden positive Wirkungen auf Essanfälle und selbstinduziertes Erbrechen gefunden. Aufgrund seiner Wirkung auch bei Binge-eating-Störung und Alkoholabhängigkeit (zur Rückfallprophylaxe) hat es ein besseres Nutzen-Kosten-Profil als *Ondansetron*.

9.2.3 Binge-eating-Störung

Die Binge-eating-Störung kommt etwa doppelt so häufig wie die Bulimia nervosa vor (5–10% der Bevölkerung), wobei der Anteil der Frauen bei 60% liegt. Dieses Störungsbild ist durch den intermittierenden Verzehr großer Nahrungsmengen bei fehlender dauerhafter Beschäftigung mit der Figur gekennzeichnet und stellt (noch) kein allgemein akzeptiertes Krankheitskonzept dar. Da sich bei diesem Krankheitsbild im Gegensatz zur Bulimia nervosa keine regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen finden, sind die Patienten meist übergewichtig. Es findet sich im Gegensatz zur Adipositas ohne Binge-eating-Störung eine doppelt so hohe Inzidenz von affektiven Störungen und Angststörungen, gerade bei Frauen.

- Hauptkriterien für die Diagnose sind:
 - rezidivierendes Binge eating;