

KONZEPTE DER STATIONÄREN BEHANDLUNG VON EßSTÖRUNGEN IM JUGENDALTER: EIN KRITISCHER ÜBERBLICK

A. Karwautz

Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien

STATIONÄRE
BEHANDLUNG
VON
EßSTÖRUNGEN
IM JUGENDALTER

Concepts of inpatient treatment of eating disorders in adolescence

Summary

Inpatient treatment of patients with eating disorders traditionally is multi-dimensional and in need of a multi-professional team. Bulimia nervosa requires inpatient treatment only in case of severe co-morbidity, whereas most patients with anorexia nervosa need at least one period of inpatient treatment. There are numerous inpatient treatment packages for anorexia nervosa, however, scientific reports on their successfulness are

rare. It seems to be difficult to evaluate one or the other component used within these multi-dimensional packages. Typical inpatient treatment programs for adolescent anorexia nervosa and a review of the existing research on inpatient treatment for anorexia nervosa will be presented and their problems are discussed.

Keywords: eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, adolescents

ZUSAMMENFASSUNG

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind die beiden häufigsten Eßstörungen im Jugendalter. Ihre Behandlung ist traditionellerweise multidimensional und benötigt ein multiprofessionelles Team. Bulimia nervosa muß nur dann stationär behandelt werden, wenn massive Komorbidität vorliegt, PatientInnen mit Magersucht benötigen aber meist zumindest eine stationäre Therapiephase. Es liegen viele Beschreibungen von stationären Therapieprogrammen vor, allerdings ist einerseits deren Beschreibung oft unzureichend, so daß sie sich einem direkten Vergleich entziehen, andererseits gibt es nur wenige Publikationen, die den Erfolg solcher Programme dokumentieren. Es scheint schwierig, den Beitrag einzelner Strategien innerhalb der multimodalen Settings für den Behandlungserfolg zu untersuchen. Im folgenden werden typische Programme der stationären Therapie vorgestellt, Evaluationsstudien zusammengefaßt, die Unterschiede der Programme für Erwachsene und Jugendliche herausgestellt und die Probleme dieses Forschungsbereichs beleuchtet. Auf die belegte Wertigkeit des Einsatzes neuerer Psychopharmaka wird eingegangen. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2001; 2 (4): 33–39.

EINLEITUNG

Stationäre Therapieprogramme für Magersucht und Bulimie sind traditionellerweise Multikomponenten-Programme. Ihre Mehrdimensionalität hängt mit der Fülle an Risikofaktoren [1, 2] sowie mit körperlicher und seelischer Komorbidität [3] zusammen, die beim Ausbruch und bei der Aufrechterhaltung der Erkrankung beim einzelnen eine Rolle spielen. Die Therapieprogramme sind somit der Versuch, auf verschiedenen Interventionsebenen im multiprofessionellen Team (z. B. biologisch, psychologisch, körperlich und sozial) anzusetzen.

Dabei ist die hohe *Strukturiertheit* des therapeutischen Milieus besonders wichtig (im Sinne einer „holding function“), welche größtmögliche Sicherheit für die Betroffenen gewährleisten soll.

Die verschiedenen Ebenen der Behandlung sind hierarchisch strukturiert, das Ausmaß der durch das Personal übernommenen Kontrolle ist in den verschiedenen Phasen unterschiedlich stark (siehe z. B. [4]).

PatientInnen mit Magersucht (Anorexia nervosa) – der selteneren, aber schwereren der beiden in den internationalen Klassifikationen ICD-10 und

DSM-IV definierten Eßstörungen (diagnostische Kriterien siehe z. B. American Psychiatric Association Guidelines [5]) – benötigen meistens, zumindest am Beginn einer Behandlungsepisode, eine stationäre Aufnahme [6–8].

PatientInnen mit Bulimie hingegen benötigen stationäre Behandlung lediglich in Fällen schwerer Komorbidität (z. B. depressive Episoden, Drogenabusus, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität) und sind ansonsten ambulanten Therapieversuchen in der Regel gut zugänglich.

Für die stationäre Behandlung magersüchtiger PatientInnen steht eine Vielzahl an Behandlungsprogrammen zur Verfügung. Die Indikationsstellung zur Aufnahme in solche Programme erfolgt im besten Fall den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend, sie unterliegt aber auch medizinökonomischen Bedingungen, die nicht immer das Beste für den einzelnen bedeuten müssen.

KRITERIEN FÜR DIE STATIONÄRE AUFNAHME

Die Kriterien für eine stationäre Aufnahme sind (in Anlehnung an die Richtlinien der American Psychiatric Association [5]) in Tabelle 1 zusammengefaßt.

BEHANDLUNGSBEDINGUNGEN

Innerhalb der letzten 10 Jahre haben sich die medizinökonomischen Bedingungen stationärer Therapien für Eßstörungen dramatisch verändert. Einerseits sind tagesklinische Strukturen in den meisten Ländern Europas und den USA entstanden; in Österreich ist hier in den letzten Jahren lediglich eine sehr verdienstvolle Planung, aber bisher keine Finanzierung

erfolgt; andererseits ist der ökonomische Druck auf die Gesundheitssysteme (die passenden Stichworte dazu sind managed-care-approach und cost-effectiveness) der USA, Englands und auch anderer Teile Europas massiv geworden (zu einer detaillierten Diskussion siehe auch [9] sowie [10]). Dieser Druck führt zu verkürzten stationären Aufnahmen von im besten Fall 4–6 Wochen Dauer oder im schlechtesten Fall zu ein- bis zweiwöchigen Aufnahmen, da die Versicherungen eine darüber hinausgehende Kostenübernahme ablehnen. Es entsteht der Druck, Patienten unter den sekundären Diagnosen (z. B. Dehydratation, Hungerzustand etc.) aufzunehmen und sie dann frühzeitig und ohne Behandlung der zugrundeliegenden psychiatrischen Störung wieder zu entlassen, was insgesamt einer Chronifizierung Vorschub leisten kann und nachweislich zu einem höheren Risiko für Rückfälle führt [11]. Die Magersucht hat die höchste Mortalität und

Komorbidität aller psychiatrischen Erkrankungen [12]. Es ist daher wichtig, so rasch und frühzeitig wie möglich möglichst umfassend zu behandeln, was eine gewisse Dauer (die über die ökonomische Rentabilität der 3-Wochen-Frist der LKF hinausgeht) erfordert.

Ein Aufenthalt von 6–8 Wochen (oft auch mehrmalig mit Pausen) ist aus therapeutischer Sicht unbedingt notwendig und sollte nicht aus artifizialen, nicht am Patientenbedürfnis orientierten Gründen verkürzt werden müssen.

BEHANDLUNGSRICHTLINIEN

Für die stationäre Behandlung kindlicher und jugendlicher (aber auch erwachsener) PatientInnen stehen verschiedene Richtlinien zur Verfügung, die zur weiterführenden Lektüre empfohlen werden können:

1. Die American Psychiatric Association hat zum zweiten Mal [5] Richtlinien vorgelegt, die einige wenige – vor allem im diagnostischen Bereich – Kinder- und Jugendspezifika enthalten.

2. Steiner und Lock [13] betonen besonders die Komplexität der Therapie im multidisziplinären Team.

3. Die Society of Adolescent Medicine [14] betont, daß Jugendliche besser in jugendspezifischen Settings behandelt werden sollten als im Rahmen allgemeinspsychiatrischer Stationen.

4. In einem großen Review von Robin et al. [15] wird die Gewichtsstabilisierung als erstes und wichtigstes Therapieziel betont und der Restauration eines „gesunden“ Körpergewichtes der Vorrang vor einer vollkommenen seelischen Heilung als stationäres Therapieziel gegeben.

5. Steinhausen [16, 17] betont neben der Gewichtsrestitution als hauptsächlichem Therapieziel den Wert verhaltensmedizinischer (operanter wie auch kognitiver) Interventionen für das Erreichen der Heilung der zugrundeliegenden Störungen.

6. Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [18] als auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [19] haben rezent Leitlinien zur Behandlung der Eßstörungen vorgelegt, die in Buchform und im Internet abrufbar sind.

7. Eine besondere Betonung erfährt die Rolle der therapeutisch ausgebildeten Krankenschwester als wesentliche Mitte der stationären Therapie für Adoleszente und Erwachsene im Konzept von Treasure et al. [7].

8. Therapiespezifika für adoleszente Patienten mit besonderer Betonung kognitiver Techniken und schonender Gewichtszunahmestrategien werden bei Touyz [20] dargestellt.

Tabelle 1: Kriterien einer stationären Aufnahme

1) Somatisch

- Bradykardie: Herzfrequenz unter 40 Schlägen pro Minute
- Arterielle Hypotonie: Blutdruck unter 80/50 mmHg
- Hypokaliämie
- Hypophosphatämie
- Gewichtsverlust unter die 2. (bzw. auch schon 9.) Perzentile des Body Mass Index (BMI)
- Akuter Gewichtsverlust auch dann, wenn keine Unterschreitung eines relativ normalen Gewichtes eingetreten ist.

2) Psychologisch/psychiatrisch

- Mittelgradig bis schwergradig depressive Episode
- Suizidalität
- Geringe Motivation trotz lebensgefährlichen Gewichtsverlusts

3) Psychosozial

- Hochpathologische und krankmachende Familieninteraktionen
- Keine zu erwartende massive Störung des Lebensablaufs durch die stationäre Aufnahme

4) Weitere

- Kein Erfolg der ambulanten Behandlung (ist abhängig von vorhandenen Ressourcen von z. B. tagesklinischen Strukturen)
- Notwendigkeit hochstrukturierter Umweltbedingungen und permanenter Supervision, z. B. der Mahlzeiten

9. Spezifika für die Behandlung der kindlichen und präpubertären Eßstörungen finden sich bei Lask [21] und Honig und Sharman [22]. Sie sind aus dem in Europa führenden Team der Behandlung dieser Altersgruppe am Great Ormond Street Hospital in London hervorgegangen. Dabei wird besonders darauf hingewiesen, daß Familienarbeit (neben klassischer Familientherapie) essentiell bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist.

Der phasenhafte Ablauf eines stationären Programmes der Magersuchtbehandlung soll anhand eines typischen Behandlungsprogramms dargestellt werden [4] (Tabelle 2).

TEAMARBEIT

Im folgenden sollen die Rollen der einzelnen Mitglieder im therapeutischen Team einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station und ihr möglicher Beitrag zum Gelingen der Behandlung eßgestörter Patienten umrissen werden.

Das multiprofessionelle Team ist primär an einem Miniteamsystem orientiert, das aus ÄrztInnen, diplomierter Krankenpflegeperson und SozialpädagogInnen besteht. In diesen Miniteams werden sämtliche relevanten Informationen ausgetauscht, mit den Betroffenen besprochen und Entscheidungen vorbereitet. Die Leitung des Gesamtkonzeptes obliegt dem Kinder- und Jugendpsychiater, der die Behandlung koordiniert. Die AssistenzärztInnen, die im direkten regelmäßigen psycho-edukativen Kontakt mit den PatientInnen und deren Eltern stehen, erheben die Anamnesen, bearbeiten die medizinischen Probleme und erläutern das therapeutische Angebot. Die Krankenpflegeperson kümmert sich um Ernährungsberatung und Ernährungspläne, supervidiert die Gruppenmahlzeiten bzw. die Nahrungsaufnahme, hält Kochgruppen ab und steht im permanenten direkten psycho-edukativen Kontakt mit den

Betroffenen. Weiters leitet sie die Elternberatungsgruppe gemeinsam mit dem Kinderpsychiater. Die PsychologInnen und PsychotherapeutInnen führen die notwendigen psychodiagnostischen Untersuchungen durch, nehmen an der diagnosenunspezifischen Gruppentherapie teil, motivieren zu individueller Psychotherapie, leiten Gruppen zum sozialen Kompetenztraining und für diagnosenspezifische kognitive Verhaltenstherapie. Die SozialarbeiterInnen und FamilientherapeutInnen führen familien-diagnostische Interviews durch und nehmen an der Elternberatungsgruppe teil. Sie motivieren die Familie im gegebenen Fall zum Beginn einer Familientherapie. Die PhysiotherapeutInnen führen ein supervidiertes Trainingsprogramm und eine Gruppe für Körperwahrnehmung und Körpertherapie durch und bieten allen Betroffenen auch Einzelarbeit im Bereich Körperwahrnehmung und Körpertherapie an. Die SozialpädagogInnen sind im Bereich der Milieuthherapie tätig und für die Tagesstruktur der PatientInnen verantwortlich. Weiters leiten sie Aktivitätsgruppen, Kunst- und Malgruppen sowie ein

Freizeitprogramm. Die LehrerInnen nehmen Schulkontakte wahr und unterrichten die Schüler, die PsychotherapeutInnen (je nach Verfügbarkeit) führen Tanztherapiegruppen oder Musiktherapiegruppen.

GEWICHTSRESTITUTIONSPROGRAMME

Da die Hauptziele der stationären Behandlung eine Gewichtsrestitution und der Beginn einer psychotherapeutischen Arbeit sind, ist es wichtig, auf die Methoden, die für die Gewichtsrestitution zur Verfügung stehen, etwas näher einzugehen. Eine Gewichtsrestitution ist darum so wichtig, da, wie sich schon in den Fastenexperimenten der Nachkriegszeit (siehe [8]) gezeigt hatte, viele der Symptome, die bei Magersucht auftreten (Depressivität, pathologische Zentriertheit auf dysfunktionale Gedanken, die sich um Essen und Kontrolle drehen, Heißhungeranfälle etc.), durch den Hungerzustand her-

Tabelle 2: Ziele eines 5-Phasen-Programmes zur AN-Therapie

Phase 1:

Somatische Kontrolle – Ernährung mittels Nasen-Magen-Sonde, Bettruhe, Ausschluß der Familie. Beziehungsaufbau – Beginn individueller Psychotherapie

Phase 2:

Gewichtszunahme – verordnetes Nahrungsangebot, von Schwestern supervidiertes Essen, Einbezug der Familie, Einbezug anderer Patienten der Station

Phase 3:

Selbstkontrolle bezüglich Essen – intensive Einzeltherapie, Familientherapie, Gruppentherapie

Phase 4:

Einbezug von Familie und sozialer Umwelt – Familientherapie, Freunde, Vorbereitung auf ambulante Phase

Phase 5:

Ambulante Phase – Familientherapie, Einzeltherapie, Gruppentherapie, Selbsthilfegruppen

Dauer: Phasen 1 bis 4 dauern 3 bis 6 Monate, Phase 5 dauert mindestens 2 Jahre.

vorgerufen und verstärkt bzw. aufrechterhalten werden, was die Korrektur der Mangelernährung therapeutisch zwingend notwendig macht.

Wurden früher „strikte Regime“ (z. B. [23, 24]) oder „die Trias des Schreckens“ (Bettruhe, Nasensonde, Neuroleptika) zur Therapie der Magersucht eingesetzt, haben sich in den letzten Jahren immer mehr sogenannte „lenient flexible programs“ (dt. in etwa: flexible milde bzw. schonende Programme) [20] mit gutem Erfolg durchgesetzt. So wird z. B. eine Gewichtszunahme zwischen 700 g und 1500 g pro Woche verlangt, die PatientInnen sind frei, sich auf der Station zu bewegen, dürfen am Wochenende auch stundenweise nach Hause gehen. Lediglich bei fehlender Gewichtszunahme wird eine Restriktion auf das stationäre Umfeld vorgenommen. Bettruhe kann heute als obsolet betrachtet werden. Auch bei massivem Untergewicht kann Bettruhe negative medizinische Folgen haben (z. B. kann die Phosphatausschwemmung aus dem ohnehin osteopeniegefährdeten jugendlichen Stützapparat diese noch verschlimmern). Die strikten Programme und die schonenderen Programme haben sich als gleich gut wirksam erwiesen, deswegen fehlen heute die Argumente für die strikten Regimes [20, 25]. Der Einsatz von Nasen-Magen-Sonden ist nur in Ausnahmefällen notwendig und kann – nach unserer Erfahrung – nach kurzer Zeit (einigen Tagen) auch bei stark untergewichtigen PatientInnen wieder beendet werden. Ein additiver Einsatz von Psychopharmaka ist lediglich zur Therapie von komorbiden Störungen (Depression, Zwangssymptomatik) sinnvoll, allerdings ist die Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRIs) im Zustand starker Unterernährung gering [26], SSRIs sind allerdings für eine Rückfallprophylaxe bei gewichtsrestituierten Anorexia nervosa-Patienten und bei Patienten mit Bulimia nervosa sinnvoll [27]. Additiver Einsatz von Neuroleptika bei Schwerstkranken ist neuerdings wieder in Diskussion (z. B. [28, 29]).

THERAPIESTUDIEN

Beschreibungen des therapeutischen Settings und der Bestandteile der multimodalen Strategien sind, wie oben dargestellt, zahlreich vorhanden. Studien, die die Erfolge der Therapieprogramme beforschen, sind allerdings nur sehr spärlich verfügbar (z. B. [30–33]). Die Fallzahlen sind meist klein, eine differentielle wissenschaftliche Betrachtung der Wertigkeit verschiedener Bestandteile der Programme ist nahezu nicht vorhanden. Man kann von einem langwierigen Verlauf der adolescenten Anorexia nervosa ausgehen. Immerhin sind etwa 70 % der PatientInnen nach 5 Jahren [33] und die meisten Patienten nach 10–15 Jahren Nachuntersuchungszeit normalgewichtig und erfüllen keine diagnostischen Kriterien mehr [30]. Etwa ein Drittel der restriktiven Anorexia nervosa-PatientInnen (kein Erbrechen, keine Heißhungeranfälle) entwickelt im Verlauf Heißhungeranfälle [30].

Strategien zur Gewichtszunahme sind im kurzfristigen 3-Jahres-Verlauf erfolgreich (48 % mit gutem, 19 % mit mittlerem und 24 % mit schlechtem Erfolg) [34]. Weiterreichende Untersuchungen sind ausständig.

Bei aller Unumgänglichkeit von stationären Aufnahmen in einer großen Anzahl an PatientInnen betont eine rezente Studie [35] auch die Gefahren stationärer Therapien für die Betroffenen. Besonders die individuellen Kosten für die Patienten, wie z. B. die Unterbrechung der Ausbildung und des familiären Lebens, eine mögliche weitere Reduktion des Selbstwertgefühls und des Vertrauens in die eigenen sozialen Fähigkeiten sollten dabei bedacht werden. Die Vorteile stationärer Therapie im Vergleich zu ihren möglichen Nachteilen sollten dringlich untersucht werden.

BESTEHEN UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DER THERAPIE ERWACHSENER UND ADOLESZENTER?

Signifikante Wachstumshemmung, Verzögerung des Eintritts in die Pubertät und Unterbrechung der psychosexuellen Entwicklung sind bei Jugendlichen im Unterschied zu Erwachsenen besonders zu beachten. Die Motivation zur Behandlung ist bei Jugendlichen auch von der Motivation, Unterstützung und den Erwartungen der Eltern abhängig, und eine Kooperation derselben ist daher vom Beginn an essentiell. Der Einsatz von Medikamenten (z. B. SSRIs) bei einem sich entwickelnden Gehirn und Neurotransmittersystem ist noch relativ wenig beforscht, so daß derzeit nicht prinzipiell von gleicher Wirkung wie bei Erwachsenen ausgegangen werden kann. Ein spezifischer kinder- und jugendpsychiatrischer psychopharmakologischer Forschungsansatz ist daher zukünftig besonders notwendig [36]. Die gesamte Familie ist als Therapieresource zu betrachten, und familiäre Konflikte sind in direkter Weise mit allen Betroffenen anzusprechen. Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz (z. B. Autonomie bei emotionaler Verbundenheit) müssen in vermehrter Form das Zentrum der Behandlung sein (siehe auch [37]). Selbsthilfemanuale und geleitete Selbsthilfe scheinen uns bei Jugendlichen in begrenztem Ausmaß einsetzbar, da es bisher keine adäquaten Bücher, die auf die Probleme dieser Altersgruppe fokussieren, gibt. Kognitiv-therapeutische Gruppen speziell für Jugendliche dürften gemischten Gruppen von Erwachsenen und Jugendlichen überlegen sein. Sowohl zusätzliche therapeutische Einzelkontakte als auch begleitende Elternarbeit müssen dabei zusätzlich zum Einsatz kommen. Auch interpersonelle Therapie scheint ein erfolgversprechender Ansatz zu sein,

wurde aber bisher noch nicht bei eßgestörten Jugendlichen eingesetzt [38, 39].

BESTEHEN UNTERSCHIEDE IN DER THERAPIE ZWISCHEN ADOLESZENTEN UND KINDERN?

Die meisten Strategien, die für adolescente Patienten passen, sind auch für präpubertäre Kinder angemessen. Voraussetzung ist allerdings, daß das Team der betreuenden Station genügend Erfahrung mit eßgestörten Kindern hat und einen altersadäquaten Zugang gewährleisten kann (z. B. sind nonverbale Methoden, künstlerische Therapien und imaginative Verfahren besonders geeignet).

HABEN SPEZIALISIERTE EINRICHTUNGEN BESSERE ERFOLGE ALS NICHTSPEZIALISIERTE ALLGEMEINEINRICHTUNGEN?

Eine Studie von Crisp et al. an Erwachsenen [40] weist nach, daß die Mortalität in Gegenden ohne Spezialrichtungen höher ist, als in solchen mit diesen Möglichkeiten. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen liegen uns zur Beantwortung dieser medizinisch wichtigen Frage keine Daten vor.

IST DIE THERAPIEFORSCHUNG IM BEREICH STATIONÄRER ESSSTÖRUNGEN ZU KOMPLEX ODER GAR UNMÖGLICH?

Lediglich einige wenige Studien gehen über den Versuch hinaus, Gewichts-zunahmeprogramme im Kurzverlauf

zu evaluieren. Besonders die Bewertung der Sinnhaftigkeit und Relevanz einzelner Therapiebestandteile für den gesamten Heilungsprozeß ist gänzlich unbeforscht. Der Grund dafür scheint mir die Komplexität der multimodalen Settings zu sein, die sich im Laufe der Jahrzehnte entwickelt haben und lediglich in ihrer Gesamtheit evaluiert wurden. Der zusätzliche Einsatz einer einzelnen Methode im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wäre eine der Möglichkeiten, die Wertigkeit dieser Methode im Konzert der Methoden zu erforschen.

KONKLUSION

Mehrdimensionale Programme sind der „golden standard“ der stationären Behandlung von Magersucht im Kindes- und Jugendalter, die an Richtlinien orientiert sind. Therapie findet in spezialisierten Teams statt, welche in der Lage sind, bio-psycho-soziale Behandlung über längere Phasen der Erkrankung anzubieten. Die Errichtung spezialisierter Einrichtungen wäre medizinisch aufgrund günstiger Prognosen dieser schweren Erkrankungen sinnvoll. Auch das Zurverfügungstellen von Förderungs-mitteln für Therapieforschung in diesem komplexen Bereich wäre den Verantwortlichen dringend zu empfehlen.

FORSCHUNGSDESIDERATE

1. Weitere Studien zum Verlauf adoleszenter und kindlicher PatientInnen mit Magersucht.
2. Studien, die die Wertigkeit einzelner Programmteile evaluieren.
3. Studien, die stationäre mit ambulanten Settings vergleichen (z. B. [31]).
4. Weitere Studien, die den Verlauf von PatientInnen mit Beginn im Kin-

des- oder Jugendalter mit solchen mit Beginn im Erwachsenenalter vergleichen.

5. Studien, die verschiedene Therapiemethoden miteinander vergleichen (z. B. ähnlich [41, 42]).
6. Forschung über den Wert von psychiatrischen Unterbringungen in dieser Altersgruppe und deren entwicklungsabhängigen ethischen Voraussetzungen [38].
7. Evaluation der optimalen Dauer eines stationären Aufenthaltes.
8. Replikationsstudien – dazu müssen allerdings die Beschreibungen der verwendeten Methoden in den Publikationen detaillierter sein.
9. Weitere Studien zur spezifischen Wirksamkeit neuerer Antidepressiva bei Anorexia und Bulimia nervosa.

Literatur:

1. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 468–76.
2. Karwautz A, Rabe-Hesketh S, Hu X, Zhao J, Sham P, Collier DA, Treasure J. Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a study using a discordant sister-pair design. *Psychol Med* 2001; 31: 317–29.
3. Karwautz A, Treasure J. Eating Disorders (Chapter 5). In: Aggleton P, Hurry J, Warwick I (eds). *Young People and Mental Health*. John Wiley & Sons Press, Chichester, 2000; 73–90.
4. Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. Anorexia nervosa im Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 1988; 136: 718–23.
5. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision) *Am J Psychiatry* 2000; 157 (Suppl 1): 1–39.
6. Fairburn CG. Eating disorders. In: Clark DM, Fairburn CG (eds). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 1997; 209–41.
7. Treasure J, Todd G, Szukler G. Inpatient treatment of anorexia nervosa. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (eds). *Handbook of eating disorders*. Wiley Press, Chichester, 1995; 275–91.
8. de Zwaan M, Karwautz A, Strnad A. Therapie von Essstörungen. Überblick über Befunde kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapie-studien. *Psychotherapeut* 1996; 41: 275–87.

9. Robinson S, Liberman S, Dare C, Curry A. Counting the cash: ethics and market forces in relation to the provision of treatment for eating disorders. In: Vandereycken W, Beumont PJV (eds). Treating eating disorders. Ethical, legal, and personal issues. New York University Press, New York, 1998; 230–60.
10. Andersen AE. Treatment of eating disorders in the context of managed health care in the United States: a clinician's perspective. In: Vandereycken W, Beumont PJV (eds). Treating eating disorders. Ethical, legal, and personal issues. New York University Press, New York, 1998; 261–82.
11. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1070–2.
12. Treasure J. Gemeinsam die Magersucht besiegen. Campus Verlag, Frankfurt/Main, 1999.
13. Steiner H, Lock J. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 352–9.
14. Kreipe RE, Golden NH, Katzman DK, Fisher M, Rees J, Tonkin RS, Silber TJ, Sigman G, Schebendach J, Ammerman SD. Eating disorders in adolescents. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1995; 16: 476–9.
15. Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 421–46.
16. Steinhausen HC. Anorexia und Bulimia nervosa. In: Steinhausen HC, Aster M von (eds). Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim, 1993; 383–410.
17. Steinhausen HC. Klinische Leitlinien bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 121–8.
18. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg). Behandlungsleitlinie Essstörungen. Steinkopff, Darmstadt, 2000; 1–50. (Kurzform im Internet: <http://www.dgppn.de>)
19. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hrsg). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Essstörungen (F50). Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2000. (Im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/ll/kjpp-011.htm>)
20. Touyz SW, Garner DM, Beumont PJV. The inpatient management of the adolescent patient with anorexia nervosa. In: Steinhausen HC (ed). Eating disorders in adolescence. De Gruyter, Berlin, New York, 1995; 247–70.
21. Lask B. Overview of management. In: Lask B, Bryant-Waugh R (eds). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. Psychology Press, Hove, UK, 2000; 167–85.
22. Honig P, Sharman W. Inpatient management. In: Lask B, Bryant-Waugh R (eds). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. Psychology Press, Hove, UK, 2000; 265–88.
23. Engel K, Wilfarth B. Therapy results and follow-up of an integrated inpatient treatment for severe cases of anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 1988; 50: 5–14.
24. Engel K, Meyer AE. Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten (Zusammenfassender Bericht über ein Forschungsprojekt). *Z Psychosom Med Psychoanal* 1991; 37: 220–48.
25. Touyz SW. Ethical considerations in the implementation of behaviour modification programmes in patients with anorexia nervosa: a historical perspective. In: Vandereycken W, Beumont PJV (eds). Treating eating disorders. Ethical, legal, and personal issues. New York University Press, New York, 1998; 216–29.
26. Ferguson CP, La Vie MC, Crossan PJ, Kaye WH. Are serotonin selective reuptake inhibitors effective in underweight anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 1999; 25: 11–7.
27. Kaye WH, Gendall K, Strober M. Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 825–38.
28. La Via MC, Gray N, Kaye WH. Case reports of olanzapine treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 363–6.
29. Mehler C, Wewetzer C, Schulze U, Warnke A, Theisen F, Dittmann RW. Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10: 151–7.
30. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 339–60.
31. Gowers S, Norton K, Halek C, Crisp AH. Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1994; 15: 165–77.
32. Steinhausen HC. Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 271–6.
33. Steinhausen HC, Boyadjieva S, Grigoriou-Serbanescu M, Seidel R, Winkler-Metzke C. A transcultural outcome study of adolescent eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 60–6.
34. Jenkins ME. An outcome study of anorexia nervosa in an adolescent unit. *J Adolesc* 1987; 10: 71–81.
35. Gowers SG, Weetmen J, Shore A, Hossain F, Elvins R. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 138–41.
36. Nissen G, Fritze J, Trott GE. Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Fischer Verlag, Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck, 1998.
37. Pike KM, Wilfley DE. The changing context of treatment. In: Smolak L, Levine MP, Striegel-Moore R (eds). The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and treatment. Lawrence Erlbaum, Mahwah, New Jersey, 1996; 365–97.
38. Manley RS, Smye V, Srikaneswaran S. Addressing complex ethical issues in the treatment of children and adolescents with eating disorders: application of a framework for ethical decision-making. *Eur Eat Disord Rev* 2001; 9: 144–66.
39. Mufson L, Moreau D, Weisman MM, Klerman G. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Guilford Press, New York, 1993.
40. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LK. Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 104–7.
41. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 1994; 15: 111–6.
42. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1482–9.

Entspricht in Teilen einem Vortrag am First World Congress on Women's Mental Health, Berlin, März 2001