

Josef Laimbacher

Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexie und Bulimie

Ein Zeitschriftenreferat aus der Reihe «Newsletter Psychosomatik»¹

Die frühzeitige Diagnose von psychiatrischen Komorbiditäten, insbesondere von Persönlichkeitsstörungen, ist bei jugendlichen Patientinnen mit Essstörung zentral für die Planung der multiprofessionellen Behandlung sowie entscheidend für den Krankheitsverlauf und Therapieerfolg.

Einleitung

Die klassischen Essstörungen, wie die Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, aber auch deren atypische Formen sind häufig schwer verlaufende und zur Chronifizierung neigende Erkrankungen. Sie belasten nicht nur die Patientin selbst, sondern auch ihr gesamtes soziales Umfeld (u.a. Familie, Partner, Schule, Arbeitsplatz). Davon betroffen ist überwiegend das weibliche Geschlecht. Wir gehen davon aus, dass 2% der jungen Frauen zwischen 15 und 35 Jahren von einer Anorexie betroffen sind, bei der Bulimie gehen wir von einer Häufigkeit von 2–4% aus (hohe Dunkelziffer).

Neben den schwerwiegenden somatischen Folgeerkrankungen (u.a. Osteoporose, sekundäre Amenorrhoe mit konsekutiven Fertilitätsstörungen, metabolische Störungen, nutritive Mangelzustände, Herz-/Kreislauferkrankungen, gastrointestinale Störungen, vor allem bei gleichzeitigem Laxantienabusus usw.) prägen insbesondere die komorbiden psychiatrischen Störungen den Schweregrad der Krankheit und deren Verlauf.

Die lege artis durchzuführende Behandlung von Essstörungen erfolgt in einem multiprofessionellen Therapiesetting (bio-psycho-soziales Behandlungsmodell) und erstreckt sich meist über Jahre. Die meisten Fälle können ambulant betreut und gelöst werden. Spezifische psychiatrische und psychosomatische Angebote im stationären Setting sind hingegen notwendig bei vitaler Bedrohung und bei Versagen ambulanter Therapieprogramme in der Akutphase sowie insbesondere für Fälle mit chronifiziertem Krankheitsverlauf.

Die Studie

Ziel der hier besprochenen Publikation war es, das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei essgestörten Patientinnen zu evaluieren. Dies erfolgte anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-II). Dabei wurden insgesamt 99 Patientinnen (MAlter = 16,3 ± 1,6) auf das zusätzliche Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung untersucht. Mitberücksichtigt wurde in dieser Studie auch der Einfluss von Alter, psychischen Achse-I-Komorbiditäten und Behandlungsart auf die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung. Diese Untersuchung bestätigt den hohen Anteil einer oder mehrerer komorbider psychiatrischer Achse-I-Störungen. Bei 80,7% der Patientinnen lag eine solche Störung vor (vor allem affektive und somatoforme Störungen sowie Angsterkrankungen). Eine Persönlichkeitsstörung gemäss SKID-II wurde bei 30,3% der untersuchten Patientinnen diagnostiziert. Dabei fiel auf, dass Anorexia nervosa vom Binge-purging-Typ (58,5%) und Bulimia nervosa (48%) deutlich häufiger waren als An-

orexia nervosa vom restriktiven Typ (14,1%). Persönlichkeitsstörungen wurden in der mittleren (15,0–16,11 Jahre) und ältesten Altersgruppe (≥17 Jahre) signifikant öfter gefunden.

Die Resultate dieser Studie belegen, wie wichtig es ist, bei Patienten mit komplexen Essstörungen bereits in der ersten Abklärungs- und Therapiephase nach psychiatrischen Komorbiditäten, inklusive Persönlichkeitsstörungen, zu explorieren. Die Suche nach diesen Störungen muss aber auch im Langzeitverlauf laufend berücksichtigt werden.

Die nach Möglichkeit frühzeitige Diagnose von psychiatrischen Komorbiditäten ist zentral für die Planung und den Umfang der multiprofessionellen Behandlung sowie entscheidend für den Krankheitsverlauf und schliesslich für den Therapieerfolg.

Rolle der Grundversorger

Auf Grund der Häufigkeit von Essstörungen müssen insbesondere auch die medizinischen Grundversorger damit rechnen, dass sie in ihrer Sprechstunde mit diesen Krankheitsentitäten konfrontiert werden. Sie sollten über die notwendigen Kenntnisse verfügen, um frühzeitig bei auffälligem klinischem Bild zumindest die Verdachtsdiagnose «Essstörung» stellen zu können. Dabei ist der Hausarzt vor allem als Triagestelle von zentraler Bedeutung. Er ist das erste Glied der Behandlungskette. Durch eine fachlich fundierte Triage kann er eine allfällig notwendige Überweisung an eine regional verankerte Fachstelle vornehmen. Diese Fachstelle muss insbesondere in der Lage sein, eine umfassende Psychodiagnostik hinsichtlich psychiatrischer Komorbiditäten leisten zu können. Eine umfassende somatische Standortbestimmung ist ebenfalls zwingend und kann bei genügender Kenntnis und Interesse auch in einer Grundversorgungspraxis geleistet werden.

Im Anschluss an die psychologische/psychiatrische, somatische und soziale Primärdiagnostik ist die Absprache des multiprofessionellen Therapiesettings unabdingbar. Dabei müssen die entsprechenden Verantwortlichkeiten (Fallführung, Fallverantwortung) geregelt werden.

Der Schweregrad und der Krankheitsverlauf wird aus meiner Erfahrung meistens durch die Ausprägung der psychiatrischen Komorbiditäten bestimmt. Dabei spielt auch das allfällige Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung eine bedeutende Rolle. Diese Störung kann sich aber auch erst während des Krankheitsverlaufs manifestieren, so dass eine permanente Wachsamkeit und Sensibilisierung auf das mögliche Vorliegen von psychiatrischen Komorbiditäten äusserst wichtig ist.

Korrespondenz:

Dr. med. Josef Laimbacher, Chefarzt Jugendmedizin
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen
FMH für Kinder- und Jugendmedizin
FA Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP
josef.laimbacher[at]kispisg.ch

Im Anschluss an die Primärdiagnostik ist die Absprache des multiprofessionellen Therapiesettings unabdingbar

¹ Als Grundlage für diesen Beitrag dient der folgende Artikel: Bottin J, Salbach-Andrae H, Schneider N, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkühl U. Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2010;38(5):341–50.