



Psychiatrische Kasuistik

Zwangsbehandlung bei schwerer Anorexia nervosa

Anamnese

Eine 19-jährige Patientin wird per Unterbringung nach BGB in die psychiatrische Klinik in eine geschlossene Station aufgenommen. Zuvor war sie über mehrere Monate in einer psychosomatischen Abteilung behandelt worden. Schließlich hatte sie die Behandlung abgebrochen und sich aus der Klinik entfernt, sodass eine Fahndung eingeleitet und die Patientin in der allgemein-psychiatrischen Abteilung vorgestellt wurde.

Bei der Patientin besteht eine langjährige Anorexia nervosa, das aktuelle Gewicht beträgt bei der Aufnahme 20,2

kg (BMI = 9,7). Seit Beginn der Erkrankung im achten Lebensjahr kam es wiederholt zu stationären Aufenthalten in wechselnden kinder- und jugendpsychiatrischen, pädiatrischen und Hospizeinrichtungen. Im Alter von 13 Jahren erfolgte die Anlage einer PEG-Sonde, über die die Patientin bis circa drei Wochen vor der aktuellen Aufnahme ernährt wurde. Trotz fast durchgängiger vollstationärer Behandlung mit kontinuierlicher Sondenernährung kam es in den vergangenen Jahren zu einer kontinuierlichen massiven Gewichtsabnahme der Patientin, denn sie tolerierte jahrelang nur unzurei-

chende Kalorienzufuhr und manipulierte zusätzlich an den Sonden. Schließlich wurde auf die Ernährung über eine Nasensonde umgestellt. Die Patientin entzog sich jedoch auch über diese Sonde selbst Flüssigkeit und Nahrung. Sie war bereits zweimal auf der Intensivstation und hatte Gerinnungsstörungen und einen massiven Transaminasenanstieg.

Mit Erreichen der Volljährigkeit wurde eine rechtliche Betreuung eingerichtet, um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten. Zunächst war das der Vater der Patientin, dieser lehnte jedoch notwendig werdende restriktivere Maß-

Fragen

1. Was ist kein DSM-IV-Kriterium für das Vorliegen einer Anorexia nervosa?

- a) Körpergewicht unter 85% des für die Altersgruppe zu erwartenden Normgewichtes
- b) Angst vor Übergewicht
- c) einmaliges Ausbleiben der Menstruation
- d) selbst herbeigeführter Gewichtsverlust

2. In welchem Fall ist die Zwangsernährung indiziert?

- a) BMI 17 kg/m², Amenorrhoe, Haarausfall
- b) 160 cm Körpergröße, 32 kg Körpergewicht, Hypokaliämie

- c) BMI 19,5 kg/m², Fieber, Erbrechen, Diarrhoe, Nahrungsverweigerung seit drei Tagen
- d) Körpergröße 172 cm, 50 kg, Gewichtsverlust von 2 kg in der letzten Woche, ambulante Psychotherapie

3. Welches Medikament ist geeignet, eine Gewichtszunahme bei schwerer Anorexia nervosa zu unterstützen?

- a) ASS 500 mg/d
- b) Olanzapin 10 mg/d
- c) Pimozid 4 mg/d
- d) Minocyclin 50 mg/d
- e) Aripiprazol 15 mg/d

4. Welches Vorgehen ist aus juristischer Sicht korrekt?

- a) Einrichtung einer rechtlichen Betreuung, Unterbringung nach BGB, Zwangsernährung bis Körpergewicht außerhalb des lebensbedrohlichen Bereiches
- b) Einrichtung einer rechtlichen Betreuung, Unterbringung nach PsychKG, Zwangsernährung bis Körpergewicht außerhalb des lebensbedrohlichen Bereiches
- c) Unterbringung nach PsychKG, Zwangsernährung bis BMI ≤ 18 kg/m² erreicht ist
- d) Einrichtung einer rechtlichen Betreuung, Unterbringung nach BGB, Zwangsernährung bis BMI ≤ 18 kg/m² erreicht ist

nahmen ab. Daher stellte die Berufsbetreuerin bei anhaltend fehlender Behandlungsbereitschaft der Patientin und gleichzeitig drohender vitaler Gefährdung schließlich beim zuständigen Gericht einen Antrag auf Unterbringung nach BGB auch gegen den Willen der Patientin.

Befund

Psychopathologischer Befund: Die Patientin ist bei Aufnahme wach, voll orientiert; Auffassung, Gedächtnis und Konzentration vermindert; Stimmung gedrückt, Affekt kaum schwingungsfähig; formales Denken verlangsamt, inhaltlich eingengt auf die Nahrungsaufnahme, Ängste vor einer schnellen Gewichtszunahme; wahnhaftes Erleben im Sinne einer unkorrigierbaren Überzeugung, ohne ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr überleben zu können; Zwangsgedanken und -handlungen mit Kontroll- und Zählzwängen vor allem bezüglich Nahrungsaufnahme. Lebensüberdross oder Todeswunsch wird verneint, keine Krankheits- oder Behandlungseinsicht; sie wünscht, nach Hause entlassen zu werden.

Körperlicher Status: kachektischer Habitus (BMI 9,7) Lanugobehaarung. Herzfrequenz 50/min, RR 80/40 mmHg, Temperatur 35,6°C. Bekannte Pseudoatrophia cerebri; kardial, pulmonal und neurologisch unauffällig.

Laborparameter: Hb 9,1 g/dl, Hkt 0,27, Erythrozyten 3,05/pl, Leukozyten 2,55/nl, TPZ 75%, aPTT 38,5, Kreatinin 0,54 mg/dl, Harnstoff 68 mg/dl, Protein gesamt 6,2 g/dl, GGT 86 U/l, weitere Werte im Normbereich.

Verlauf

Die Aufnahme auf die geschlossene Station gestaltet sich aufgrund räumlicher Distanz zur internistischen und Intensivstation problematisch, da im Ernstfall eine intensivmedizinische Versorgung der Patientin mit großen zeitlichen Verzögerungen verbunden ist. Der Gerichtsbeschluss sieht jedoch die Unterbringung auf einer „geschlossenen psychiatrischen Station“ vor, sodass die Patientin bis zur Klärung der Rechtslage zunächst auf dieser Station verbleibt. Der Amtsrichter erklärt sich im Verlauf mit der Unterbringung nach BGB auch auf einer offenen Station einverstanden, solange

eine engmaschige Betreuung mit Verhinderung eines erneuten Behandlungsabbruchs gewährleistet werden kann. Die rechtliche Betreuerin stimmt ebenfalls zu, sodass die Verlegung der Patientin auf eine offene psychiatrische Station mit Nähe zur Intensivstation erfolgt. Das weitere Behandlungsprozedere wird mit der Patientin abgesprochen. Sie erhält erneut eine PEG-Sonde, nachdem die Nasensonde nicht mehr korrekt sitzt. Bei anhaltender Manipulation der Patientin an der Sonde wird eine 4-Punkt-Fixierung und eine 24-stündige Überwachung erforderlich. Zur Verhütung eines Refeeding-Syndroms mit der Gefahr einer Hypophosphatämie, Natriumretention und Hypokaliämie wird die Sondennahrung sehr langsam aufdosiert. Die Ernährung erfolgt ausschließlich über die Sonde. Hierunter kommt es zu einer Gewichtszunahme von einem Kilogramm

innerhalb einer Woche. Die Patientin wird täglich gewogen, das Ergebnis wird ihr bei weiter bestehenden Ängsten vor einer schnellen Gewichtszunahme jedoch nicht mitgeteilt. Eine unterstützende Psychopharmakologie erfolgt mit Olanzapin 7,5 mg/d, Dronabinol 5 mg/d sowie Lorazepam 2 mg/d. Bis zum Erreichen eines Körpergewichtes außerhalb des lebensbedrohlichen Bereiches wird dieses Vorgehen beibehalten. □

AUTOREN

Eva Janina Brandl, Dr. Carolin Opgen-Rhein, Adrian Kraschewski, Dr. Martin Tuszewski, Dr. Peter Neu

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
E-Mail: eva-janina.brandl@charite.de

Lösungen

1c, 2b, 3b, 4a

zu 1: Anorexia nervosa ist definiert durch einen selbst herbeigeführten Gewichtsverlust unter 85% des für Alter und Größe zu erwartenden Körpergewichtes, ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme, durch eine Körperschemastörung sowie Amenorrhoe länger als drei Monate bei prämenopausalen Frauen [1]. Die Prävalenz liegt bei 0,7% bei weiblichen und 0,1% bei männlichen Jugendlichen [2], die erkrankungsbezogene Mortalität bei circa 5% [3].

zu 2: Durch Zwangsernährung kann zwar eine Gewichtszunahme von etwa 3–4 BMI-Punkten erreicht werden [6, 7, 8], die Mortalität von gegen ihren Willen behandelten Patienten nach etwa 5,7 Jahren lag in einer Studie mit 12% jedoch deutlich über der Mortalitätsrate von 2,5% bei freiwillig behandelten Patienten [6]. Die Zwangsernährung bei Anorexie ist daher eine möglichst zu vermeidende Therapiestrategie und sollte nur dann erfolgen, wenn andere Optionen anhaltend scheitern. Dann jedoch sind sie die bisher einzig mögliche Option, um eine vitale Gefährdung abzuwenden.

zu 3: Bei schwergradiger Anorexia nervosa mit extremer Gewichtsphobie, Körperschemastörung oder ausgeprägter Hyperaktivität kann ein Therapieversuch mit atypischen Neuroleptika erfolgen (z.B. 5–10 mg/d Olanzapin) [9].

zu 4: Da die Mortalität ab einem BMI ≤ 13 kg/m² dramatisch ansteigt [4], sollte hier die Indikation zur Unterbringung nach BGB und Behandlung auch gegen den Willen der Patienten geprüft werden. Diese sollte jedoch zügig beendet werden, sobald keine Lebensgefahr mehr besteht [5].

Literatur

1. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Göttingen 2001
2. Herzog W et al. Therapeutische Umschau. 2006; 63: 5391–43
3. Steinhausen HC. American Journal of Psychiatry. 2003; 159: 1284–93
4. Hebebrand J et al. American Journal of Psychiatry. 1997; 154: 566–9
5. Thiel A & Paul T. Medizinische Psychologie 2007; 57: 128–35
6. Ramsay R et al. British Journal of Psychiatry 1999; 175: 147–53
7. Laakmann G et al. Nervenarzt 2006; 77: 35–49
8. Griffith RA et al. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997; 31: 525–31
9. Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2007; 117–130