

Vorlesung vom 03.01.2006

Bulimia nervosa

Symptomatik

- Bulimia nervosa erst Anfang der 80iger Jahre als eigenständige Essstörung beschrieben
- Zuvor BN als Subkategorie der AN eingeordnet,
- Im Vergleich zur AN haben BN höheres Durchschnittsgewichts (meist im Normal-bereich) → daher BN als eigenständige Essstörung ins DSM-III aufgenommen
- Hauptmerkmal der BN wiederholtes Auftreten von Essanfällen

Charakteristika von Essanfällen

- Dauer: zwischen 15 und 60 Minuten, teilweise auch länger
- Durchschnittliche Häufigkeit: etwa zehn Mal pro Woche
- Orte: über 50% zu Hause, meistgeheim
- Durchschnittlich verzehrte Nahrungsmenge: ~ 1200 - 11500 kcal (im Mittel: ~ 3000 kcal)
- Nahrungsmittel: Meist hochkalorische und verbotene Lebensmittel

Symptomatik

- Neben episodischen Essanfällen meist stark gezügeltes Essverhalten bzw. intermittierendes Fasten
- Nahrungsmittel meist in gute und schlechte unterteilt → Verbotensliste Verbotensliste
- Weiteres wichtiges Merkmal sind kompensatorische („selbstreinigende“) Verhaltensweisen:
 - selbstinduziertes Erbrechen,
 - übermäßige körperliche Bewegung,
 - Fastenkuren,
 - Missbrauch von Laxantien (Abführmittel),
 - Diuretika (Entwässerungsmittel) oder
 - anderen Substanzen.

Exkurs: Wirkweise von Medikamenten

- Laxantien: verstärkte Abgabe von Wasser und Elektrolyten von der Darmwand in das Darminnere => Entleerung des Darmes (jedoch *nachdem* die meisten Kalorien bereits vom Körper aufgenommen wurden)
- Diuretika: vermehrte Wasser- und Kochsalzausscheidung über die Nieren
- Appetitzügler: zentrale Stimulation des Stoffwechsels und des

Energieverbrauches, Hemmung des Appetit- und Sättigungszentrums im Gehirn

- **Schilddrüsenhormone:** Stoffwechsel wird „angekurbelt“
→ Gewichtsabnahme
- **Reduktion des Insulins bei Diabetikern:** Anstieg des Blutzuckers führt zu einer Glukosurie, d.h. einer Ausscheidung des Blutzuckers im Harn

Exkurs: Auftretenshäufigkeit von Gegenmaßnahmen

- 80-90% **erbrechen** (meist mit Finger, teilweise mit Gegenständen ausgelöst; manchmal Würgreflex automatisiert)
- 1/3 **Laxantienmissbrauch**
- Ca. 18% Betroffener nehmen **Diätpillen** bzw. 21% **Diuretika** im letzten Monat
- Zusätzl. Häufig **exzessiver Sport** (trotz Verletzung o. medizinischer Gründe o. vernachlässigen anderer sozialer Aktivitäten)

Exkurs: Funktion von Gegenmaßnahmen

Kurzfristige Funktion dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie wie

- Linderung unangenehmer körperlicher Völlegefühle
- Reduktion der Angst vor einer Gewichtszunahme
- Abbau von Anspannung

→ durch gestörtes Essverhalten werden negative Gefühlszustände frühzeitig beendet (Betäubung, Erschöpfung)

→ ABER: meist im Anschluss an Essanfall mit Erbrechen kommen Selbstkritik, Schuldgefühle, depressive Stimmungslage auf.

Längerfristige Folgen

- Entwicklung eines Teufelskreises durch die Ablenkung bzw. Verschiebung des negativen Affektes

Fortsetzung: Symptomatik

- **übertriebene Beschäftigung** mit Figur und Gewicht bzw.
- panische **Angst vor einer Gewichtszunahme**,
- **überragende Bedeutung** von Figur und Gewicht für **Selbstwertgefühl**.
- **Störung des Körperbildes**, d.h. die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird verzerrt und die emotionale Qualität, in welcher der eigene Körper erlebt wird, verändert sich ins Negative.
- reale Gewicht bulimischer Frauen schwankt beträchtlich zwischen Unter- bis Übergewicht

Diagnosekriterien bei Bulimia nervosa

- Essanfälle

- Gegenmaßnahmen
- Zeitkriterium
- Selbstwertbeeinträchtigung

Kriterium A: Essanfälle

A. Wiederholte Episoden von "Essattacken".

Eine Essattacken-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:

- Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
- (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

Kriterium B: Gegenmaßnahmen

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichts-zunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.

Kriterium C: Zeitkriterium

C. Essattacken und unangemessene Kompensationsverhalten kommen 3 Monate lang im Durchschnitt mindestens 2xpro Woche vor.

Kriterium D und E

D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Subtypen

„Purging“- Typus“:

Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

„Nicht-Purging“ – Typus

Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.

Kurzfristige Folgeerscheinungen

- Aufgrund des häufigen Erbrechens oft schwerwiegende Beeinträchtigungen des **Gastrointestinaltraktes**:
 - durch Magensäure Entzündungen und Verletzungen der Speiseröhrenschleimhaut (in seltenen Fällen Risse)
 - Magenschleimhautentzündungen (seltener Magenwandperforation)
 - Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse)

Veränderungen im Mundbereich:

- Zahnbeschwerden wie Zersetzung des Zahnschmelzes,
- Schwellungen der Speicheldrüsen
- Entzündungen der Rachenschleimhaut.

Elektrolytabnormalitäten

- wie bei AN; durch Erbrechen aber insbesondere möglich: Kalium- und Natriumsenkungen → Nierenschäden
- Metabolischen Alkalose (Verschiebung des pH-Wertes in basische Richtung → Einführung von Kalium in Zellen → Durch diesen Verschiebungsprozess entsteht Kaliummangel außerhalb der Zellen → Symptome wie Muskelverkrampfungen, Atemverflachung oder Extrasystolen am Herzen)

Blutbild:

- Anämie oder Absenkung Leukozytenzahlen seltener als bei Anorexia nervosa.

Kardiovaskulärer Veränderungen

- Nur wenige Studien zu kardialen Veränderungen bei BN
- häufig Arrhythmien bedingt durch Elektrolytveränderungen

Endokrinologischer Veränderungen

- trotz selten bestehenden Untergewichts in 20 bis 50% der Fälle eine Amenorrhoe
- 40% unregelmäßiger Zyklus

Langfristige Folgeerscheinungen

Osteoporose

- weitaus weniger als bei AN
- Befundlage inkonsistent
- Annahme:
durch starke Gewichtsabnahme und Untergewicht nimmt Knochendichte ab
→ bei normalgewichtigen Frauen mit BN ohne rapide Gewichtsabnahmen daher keine verminderte Knochendichte

Reproduktiven Systems:

- langfristig Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit nur in den ersten Jahren
- Langzeitverlauf 75% der BN fruchtbar
- Verbindung zwischen Essstörungen und Polycystischen Ovarialsyndrom (PCOS):
 - Hinweise auf ein gehäuftes Vorkommen cystischer Veränderungen der Eierstöcke bei BN
 - bei Remission Normalisierung der Ovarien

Diabetes mellitus

- Assoziation mit Typ 1 als auch Typ 2
- Diabetes geht meist BN voran,
- eher Risikofaktor
- bei komorbidem Diabetes Typ I:
 - Manipulationen mit Insulin („Insulin-Purging“)
 - Durch unzureichende Insulinsubstitution mögliche Folgen des Diabetes (z.B. Nerven-schädigungen) verstärkt

Internistische Differenzialdiagnosen

- Malabsorptionssyndrome
- Maldigestionssyndrome (z.B. chronische Pankreatitis)
- Dysphagie (neuromuskulär oder mechanisch bedingt)
- Funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes
- Gastritis
- Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni
- Maligne Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- Hepatitis
- Diabetes mellitus
- Colitis ulcerosa
- M. Crohn
- Hypophysenvorderlappen-insuffizienz (M. Simmonds)
- Hypo- oder Hyperthyreose
- Hyperparathyreodismus
- Nebennierenrinden-insuffizienz (M. Addison)
- unerwünschte Wirkung von Medikamenten oder Drogen (z.B. Alkohol, Appetitzügler, Zytostatika, Digitalis usw.)

Psychiatrische Differentialdiagnosen

Neurologische Erkrankungen mit Störungen der Nahrungsregulation

- Tumore des ZNS → Heißhungerattacken in atypischer Ausprägung

Adipositas

- auch unkontrollierbarer Heißhunger → es fehlen aber: Erbrechen oder andere Maßnahmen der Gewichtsgegenregulation (**siehe** Binge Eating Disorder)

Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie)

- Essverhalten wird aufgrund von Wahnvorstellungen verändert → es fehlen: Körperschemastörungen und übersteigerte Angst, dick zu werden

Komorbide Störungen

Affektive Erkrankungen:

- Am häufigsten komorbid Affektive Störungen (Dysthymie, Major Depression → meist familiär/genetisch bedingt)
- Lebenszeitprävalenz für MD bei BN 46% (wesentlich höher als in Allgemeinbevölkerung)
- depressive Symptome sowohl vor, während als auch nach BN
- Neuere Studien: Dysthymie scheinbar deutlich häufiger als angenommen

Angststörungen

- Am ehesten Soziale Phobie
- Angstsymptome in sozialen Situationen, in denen es zur Bewertung von Aussehen oder Leistung kommen kann („Die lachen bestimmt über mich“ oder „Das schaffe ich nicht“)
- Auswirkungen auf den Therapieprozess: BN mit komorbider SP weniger engagiert bei der Behandlung

Zwanghafte Symptome

- Seltener als bei AN
- Meist im Rahmen der BN als ritualisiertes Vorgehen bei Essanfällen, putzen der Wohnung und Ähnlichem.

Substanzmissbrauch

- vermehrter Alkoholkonsum, um soziale Ängste zu unterdrücken oder Einsamkeitssituationen zu bewältigen bzw. negative Gefühle zu kompensieren.
- Amphetamine oder andere Stimulantien werden häufig eingenommen, um das Hungergefühl zu unterdrücken.
- Daher häufig komorbider Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit

Persönlichkeitsstruktur

- Impulskontrollstörungen/damit assoziierte Persönlichkeitsstörungen gehäuft bei BN
- Ca. 1/3 BN Merkmale einer PS
- Am häufigsten Borderline- PS

Existenz von 2 Komorbiditätsmustersubtypen:

- Erster Subtypus: Depressionen
- Zweiter Subtypus: Angst- und Persönlichkeitsstörungen
- Stärkeres Risikoverhalten bei zweitem Subtyp: vermehrter Alkohol- und Tabakkonsum, höhere Suizidalitätsrate, defizitäre Impulskontrolle, geringes generelles Funktionsniveau)

Epidemiologie

Prävalenz

- Auftretenswahrscheinlichkeit der BN ca. **3x höher als für AN**
- Im **anglo-amerikanischen** Raum stabile Prävalenzraten um 1% für Bulimia

nervosa seit den 90igern

- Im **deutschsprachigen Raum** Prävalenzraten für junge Erwachsene zwischen 1 und 3% (
- **Untersuchung von Westenhöfer (2001)**
 - Prävalenzrate für Frauen 2,4% im Jahre 1990; 1,1% im Jahre 1997.
 - Männer 1990 hohe Prävalenzrate von 2,1%, 1997 bei 1,1%

Inzidenz

- Während gute epidemiologische Studien zu Inzidenzraten bei AN nur **wenige, analoge Untersuchungen** zu BN.
- Dies wird auf den **späten Einschluss der BN** in das DSM zurückgeführt
- Die wenigen Studien nutzten die **ICD-10 zur Diagnosestellung**.
- Datengrundlage zumeist **medizinische Datenbanken** oder **Aufzeichnungen von Krankenakten** aus Allgemeinarztpraxen oder Krankenhäusern
- **Inzidenzraten** von 11,5 bis 13,5 Fällen pro 100.000 Einwohner.
- Ähnlich wie bei AN höchste Anzahl von Neuerkrankungen bei **Mädchen und jungen Frauen zwischen 20 und 24** Jahren mit 82 Fällen pro 100.000 Einwohner.
- Zuwächse von ca. 15% Neuerkrankungen pro Jahr für die Zeit zwischen **1988 und 1993** → Neueinführung der Diagnose
- Getrennt nach **Geschlechtern** Inzidenzraten bei 26,5 Fällen für Frauen und für Männer bei 0,8 Fällen pro 100.000 Einwohner (= Verhältnis von 33:1 Frauen zu Männern)

Mortalitätsrate

- Datenlage zur Mortalität bei Bulimia nervosa eher schlecht zu bezeichnen.
- Metaanalyse:
 - Mortalitätshäufigkeit bei Bulimia nervosa 11 Tote bei 2692 untersuchten Patienten (=0,4%).
 - 7,4% bei einem Nachuntersuchungszeitraum von 11 Jahren.ABER: event. Kohorteneffekte
- standardisierte Mortalitätsrate wahrscheinlich bei 1,5%
- Keine Angaben zu den Todesursachen

Verlauf

- Störung beginnt meist zwischen dem 15. und 21. Lebensjahr; gehäuft bei Frauen mit leichtem bis mäßigem Gewichtsproblem.
- Bulimische Symptomatik oft nach Phasen strenger Diät; nicht selten Episoden einer Anorexie, die vor BN aufgetreten sind
- Behandlung meist erst nach einigen Jahren
- Verlauf von etwa 40% der BN ist entweder chronisch oder intermittierend (d.h. Remissionsphasen wechseln sich mit dem Wiederauftreten von „Fressattacken“ ab)
- 40% zeigen nach Therapieende vollständige Besserung

Störungsspezifische Risikofaktoren

- Übergewicht der Eltern,
- Eigenes Übergewicht in der Kindheit,
- Negative bzw. kritische Bemerkungen der Familie über Figur, Gewicht und Aussehen
- Gesundheitsprobleme/psychische Störungen wie MD oder Angstst. in der frühen Kindheit.
- Gewichtssorgen (muss noch repliziert werden),
- Diätverhalten
- Negatives Körperbild
- Flucht- und vermeidendes Bewältigungsverhalten
- Wahrgenommene geringe soziale Unterstützung
- Erhöhte Neurotizismuswerte

Stabile Risikofaktoren

- früher Beginn der Pubertät
- das weibliche Geschlecht als

Variable Risikofaktoren

- frühere psychiatrische Komorbidität
- sexueller Missbrauch und
- niedrigen Selbstwertgefühl.
- ABER: uneinheitliche Datenlage bzw. fehlende Längsschnittstudien ähnlich wie bei AN
- Daher Aussagen zu Einflüssen familiärer Dysfunktion/Psychopathologie u. Bindungsstilen, nicht möglich.

Störungsmodelle BN

- Auch bei BN Unterscheidung in prädisponierend, auslösend und aufrechterhaltende Faktoren
- Prädisponierende Faktoren ähnlich AN
 - Soziokulturelles Schönheitsideal
 - familiäre Faktoren (biologische Faktoren
 - Individuelle Faktoren
- Aufrechterhaltende Faktoren vor allem Gezügelter Essverhalten und Defizite im Copingverhalten

Aufrechterhaltende Faktoren:

Gezügelter Essverhalten

- Definiert als **selbstaufgelegte Nahrungsdeprivation** und wird eingesetzt, um ein Gewicht unterhalb des eigenen „**Set Point**“ zu erreichen bzw. zu halten
- Bestimmte **Regeln** bzgl. Begrenzung der aufgenommenen Nahrungsmittel bzw. Auswahl best. niederkalorischer Nahrungsmittel

- Bei **Verstoß** gegen selbstauferlegten Regeln entsteht Versagensgefühl und gefolgt Kontrollverlust über Essen
- Vor allem „**Alles-oder-Nichts-Denken**“ große Rolle.
- Auch **starke negative emotionale Zustände** wie Angst, Depression oder Stress können zu Enthemmung führen

Dysfunktionales Coping

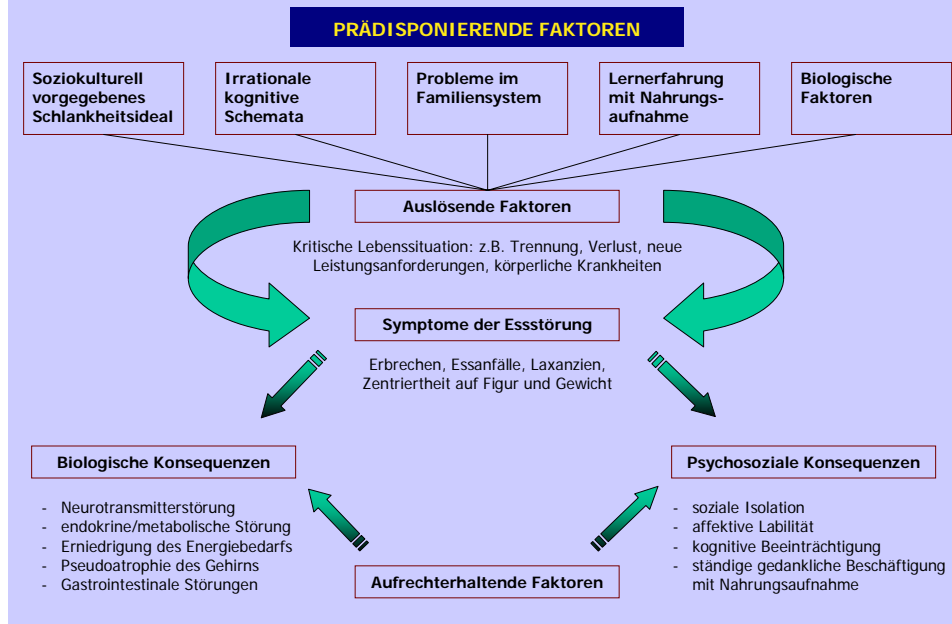
- Nachweis: **Stresswahrnehmung und Stressbewältigungsverhalten** in Verbindung mit Aufrechterhaltung von bulimischer Symptomatik
- **Stressempfinden:**
Frauen, die unter Essanfällen leiden, empfanden tägliche Belastungen als
 - stressreicher als gesunde Kontrollpersonen
 - nahmen an Tagen mit höherem Ausmaß von Stress mehr Kalorien zu sich als an weniger stressigen Tagen

Dysfunktionales Coping

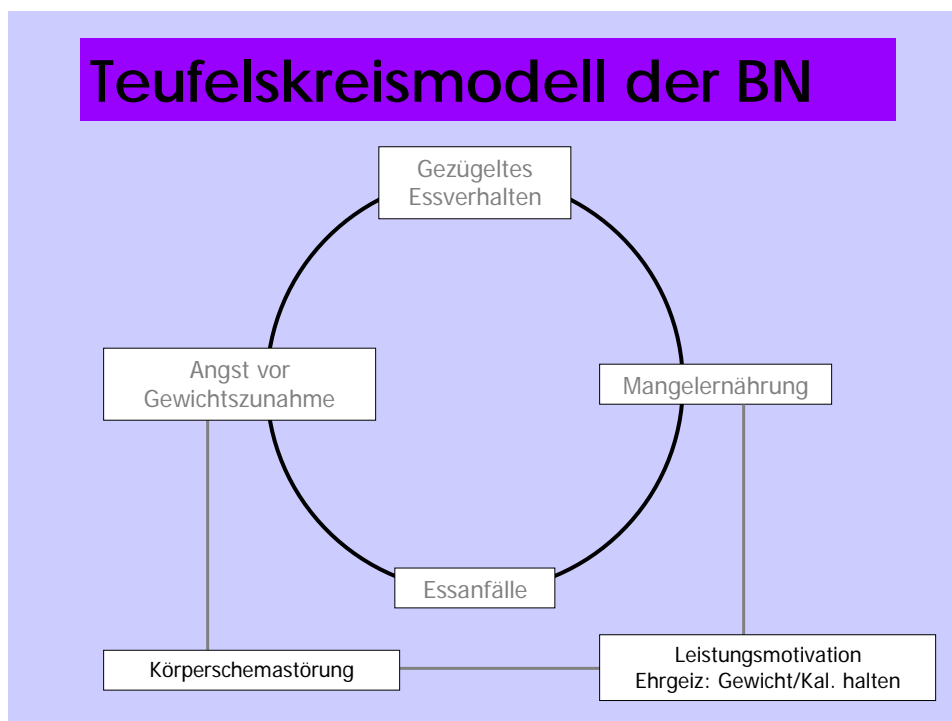
- **Stressbewältigung bei BN**
 - geringe Fähigkeit, negative Gefühlszustände auszuhalten, sich zu entspannen, zu beruhigen
 - mehr vermeidendes Bewältigungsverhalten als Gesunde
 - häufiger Ablenkung
 - Häufiger emotionsorientiertes Coping als Gesunde
 - mehr kognitive Vermeidung und Verdrängung in Konfliktsituationen
 - Neigung, sich selbst zu beschuldigen und weniger Unterstützung bei anderen zu suchen.
- Vermehrter Einsatz von Ablenkungsstrategien= höheres Risiko Essanfall zu erleiden

Multimodales Modell

Mehrdimensionales Störungsmodell



Teufelskreismodell der BN



Messinstrumente für BN

Eating Disorder Examination (EDE)- Interview (Fairburn & Cooper, 1993; dt. Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004):

- 4 Skalen:
 - **Gezügeltes Essverhalten** („Haben Sie während der letzten 4 Wochen bewusst versucht, bestimmte Regeln das Essen betreffend einzuhalten wie bspw. eine Kaloriengrenze, festgelegte Essensmengen oder best. Nahrungsmittel?“),
 - **Essensbezogene Sorgen** („Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?“),
 - **Gewichtsbezogene Sorgen** („Wie wäre das für Sie, wenn ich Sie bitten würde, sich nur 1x pro Woche zu wiegen?“),
 - **Figurbezogene Sorgen** („Hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl, zu dick zu sein?“)
- Einordnung der Antworten in Kategorien (nie, weniger als die Hälfte der Tage, die Hälfte der Tage, mehr als die Hälfte der Tage, täglich)
- Zusätzlich 25 diagnostische Items zu Essanfällen und Gegenmaßnahmen
- Kann auch bei AN und BED eingesetzt werden zur Differenzialdiagnose

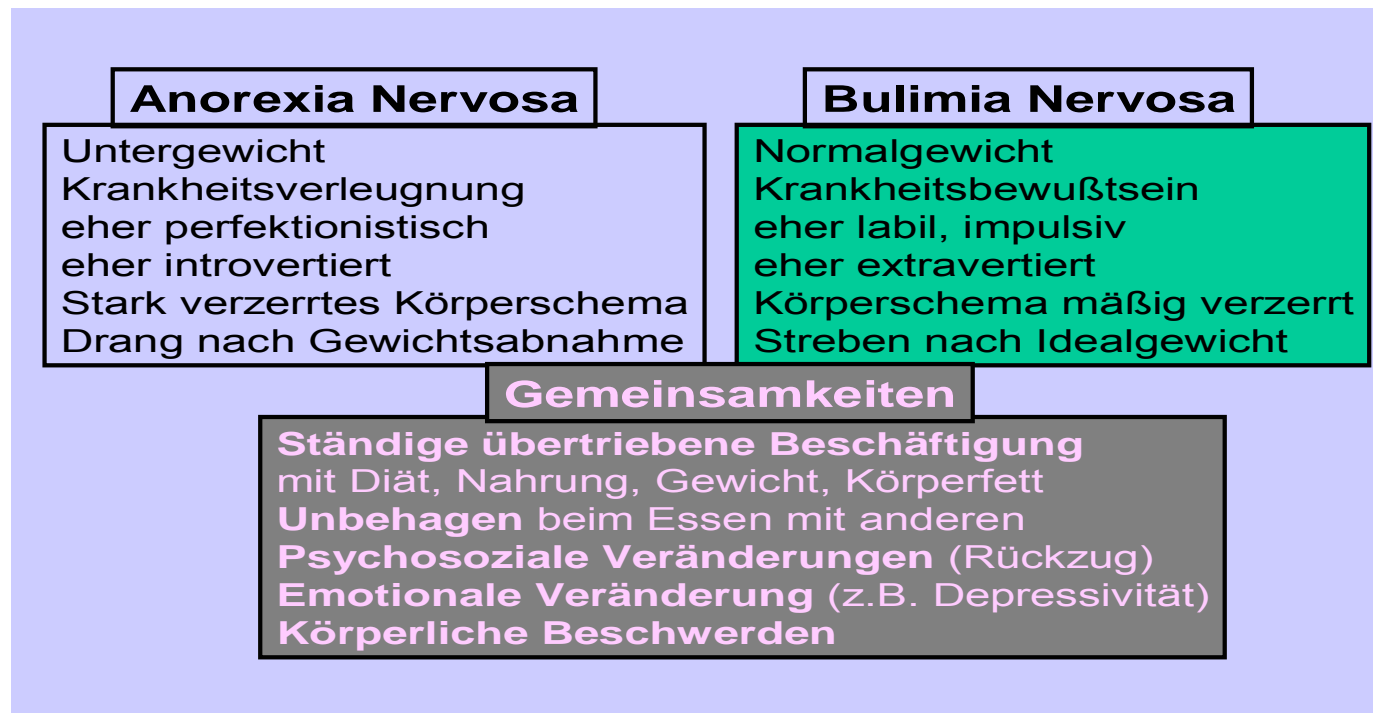
Gängige Verfahren für Essstörungen allgemein

Verfahren		Beschreibung
EDI-2	Eating Disorder Inventory 2 [Garner et al. 1983; dt. Paul & Thiel, 2005]	64 Items, 11 Skalen (z.B. Schlankheitsdrang, Körperzufriedenheit, Perfektionismus)
FFB	Fragebogen zum Figurbewusstsein [Cooper et al. 1987; dt. Waadt et al. 1992]	36 Items; negative Kognitionen und Gefühle im Umgang mit der eigenen Figur
DEBO	Dutch Eating Behavior Question-naire [van Strien et al. 1986]	30 Items; extern bestimmtes, gezügeltes Essverhalten (restrained eating) und gefühlsinduziertes Essverhalten

Subskalen des EDI-2

SUBSKALEN EDI	ITEMBEISPIELE
Streben nach Dünnsein	7 Items; z.B. "Ich denke über Diäten nach"
Bulimische Symptome	7 Items; z.B. "Ich beschäftige mich gedanklich mit Essanfällen"
Unzufriedenheit mit der Figur	9 Items; z.B. "Ich empfinde meinen Bauch als zu dick"
Ineffektivität	10 Items; z.B. "Ich fühle mich unfähig als Mensch"
Angst vor dem Erwachsenwerden	8 Items; z.B. "Ich wünschte, ich wäre jünger"
Perfektionismus	6 Items; z.B. "Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein"
Zwischenmenschliches Misstrauen	7 Items; z.B. "Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen"
Interozeption	10 Items; z.B. "Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden"

Gemeinsamkeiten



Therapie der BN

- Motivierung
- Anamnestiche Gewichtskurve
- Selbstbeobachtung (Essprotokolle)
- Veränderung des Essverhaltens/ Reduktion von Essanfällen und Erbrechen
- Kognitive Techniken
- Studien zur Wirksamkeit

Einsatz von Essprotokollen

Anfangsphase:

- „Bestandaufnahme“: genaue Beschreibung der Eßstörung
- Erkennen (innerer und äußerer) Auslösebedingungen für das spezifische Essverhalten
- Aufschluss über Introspektionsfähigkeit und Motivation

Therapieverlauf:

- Unterbrechung automatisierter Abläufe im Erleben und Verhalten
- Aufbau von Kontrolle über vermeintlich unkontrollierbares Verhalten
- Erkennen zugrundeliegender Konflikte
- Beobachtung und Bewertung von Veränderungsschritten

Endphase:

- Identifikation noch bestehender „kritischer“ Situationen
- Identifikation von neu auftretenden Auslösesituationen

Vereinbarung über einen strukturierten Eßtag (Waadt et al., 1992)

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, an folgenden Tagen der nächsten Woche strukturiert zu essen:

Das bedeutet:

- Ich nehme mindestens 3 Hauptmahlzeiten zu mir und achte darauf, daß eine davon warm zubereitet ist. Die Zeiten zwischen den Hauptmahlzeiten sollen 5-6 Stunden nicht überschreiten
- Ich nehme am Vormittag und am Nachmittag je eine kleine Zwischenmahlzeit zu mir
- Ich verwende keine Diätprodukte
- Ich baue in eine Mahlzeit ein bisher „verbotenes“ Nahrungsmittel ein
- Ich werde an diesem Tag nicht erbrechen
- Ich werde an diesem Tag keine Abführ- oder Entwässerungsmittel gebrauchen

Bei Vertragserfüllung belohne ich mich mit:

Bei Nichterfüllung verpflichte ich mich zu:

Ort: _____ / Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____ / Unterschrift Therapeut/in: _____

Abbau von Essanfällen

• Ebene der Selbstkontrolle:

- Bedingungen unter denen das Problemverhalten nicht oder seltener auftritt?
- Was hat Pat. selbst dazu beigetragen?
- Was sind erfolgreiche Strategien?
- Heißhungerattacken auch dann, wenn Erbrechen nicht möglich?

• Ebene der Eigenverantwortung:

- Beginn des Essanfalls? Gedanken ans Essen, Einkaufen oder schon Morgens ?
- Wer steuert Einkaufen? Entscheidung zu essen? Entscheidung zu erbrechen?

• Ebene der Ausnahmen:

- Unterbrechung des Essanfalls? Aufschieben oder Abbruch?
- Was passiert bei Unterbrechung?

Spezifische Auslöser für Essanfälle

Interne (emotionale) Auslöser

- Frustration
- Ärger und Wut
- Langeweile
- Einsamkeit
- Angst
- Unglücklichsein
- Scham
- selbstdestruktive Tendenzen

Externe (situative) Auslöser

- Konfrontation mit „verbotenen“ Nahrungsmitteln“
- Beschäftigung mit der eigenen Figur

Stimuluskontrolltechniken

- Stimulusbedingungen, unter denen das problematische Verhalten auftreten darf, sollen systematisch beseitigt oder eingegrenzt werden
- Schrittweise einführen und ausweiten
- Strategien lassen sich aus Analyse der Selbstkontrolle der Pat. entwickeln oder müssen teilweise neu entwickelt werden
- Pat. sollen sich möglichst konkrete Strategien für den Umgang mit kritischen Situationen im voraus überlegen

Alternative Verhaltensweisen

- Infolge der BN oft soziale Aktivitäten u. Hobbies vernachlässigt
- Gedanken/Aktivitäten auf Essstörung zentriert
- Alternative Verhaltensweisen zum Essanfall in Form positiver Aktivitäten finden und etablieren

Kognitive Defizite

- Liegen in Form von Grundannahmen und automatisch negativen Gedanken vor
- Werden durch fehlerhafte Informationsverarbeitung aufrechterhalten

Grundannahmen & automatische Gedanken

Vorgehen in der kognitiven Therapie

- Identifikation der dysfunktionalen Gedanken
- Identifikation der dysfunktionalen Gedanken
- Überprüfung dieser Gedanken

Modifikation automatischer Gedanken

Dazu folgende Techniken möglich:

- Disputation von Denkfehlern
- Begriffklärung
- Beweise hinterfragen
- Gegenbeweise sammeln
- Verzerrungen benennen
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Alternative Erklärungen suchen

Bsp. Alternativen Gedanken entwickeln

Vorgehen in der kognitiven Therapie

- Identifikation der dysfunktionalen Gedanken
- Überprüfung dieser Gedanken
- Identifikation der zugrundeliegenden dysfunktionalen Überzeugungen und Wertvorstellungen
- Identifikation der dysfunktionalen Gedanken
- Überprüfung dieser Gedanken
- Identifikation der zugrundeliegenden dysfunktionalen Überzeugungen und Wertvorstellungen
- Überprüfung dieser Überzeugungen und Wertvorstellungen

Wirksamkeit der Therapie

Meta-Analyse

Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei BN u AN (Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1997)

- Psychotherapeutische Verfahren zeigen gute Effekte hinsichtlich primärer Symptomatik und Depressivität
- Psychologische Behandlungsansätze sind pharmakologischen mit Antidepressiva überlegen
- Kombinierte Behandlungsansätze zeigen vergleichbare Effekte wie alleinige psychologische Behandlung