



PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE BEI ESSSTÖRUNGEN: CHANCEN UND GRENZEN

Prof. Dr. Tanja Legenbauer
**LWL Universitätsklinik Hamm für Kinder- und
Jugendpsychiatrie**
Ruhr Universität Bochum

RUB

Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL

Persistenz

■ 1-2 Jahre ■ 3-5 Jahre ■ 6-9 Jahre ■ 10-14 Jahre ■ 15-17 Jahre



Wie entwickelt sich Übergewicht

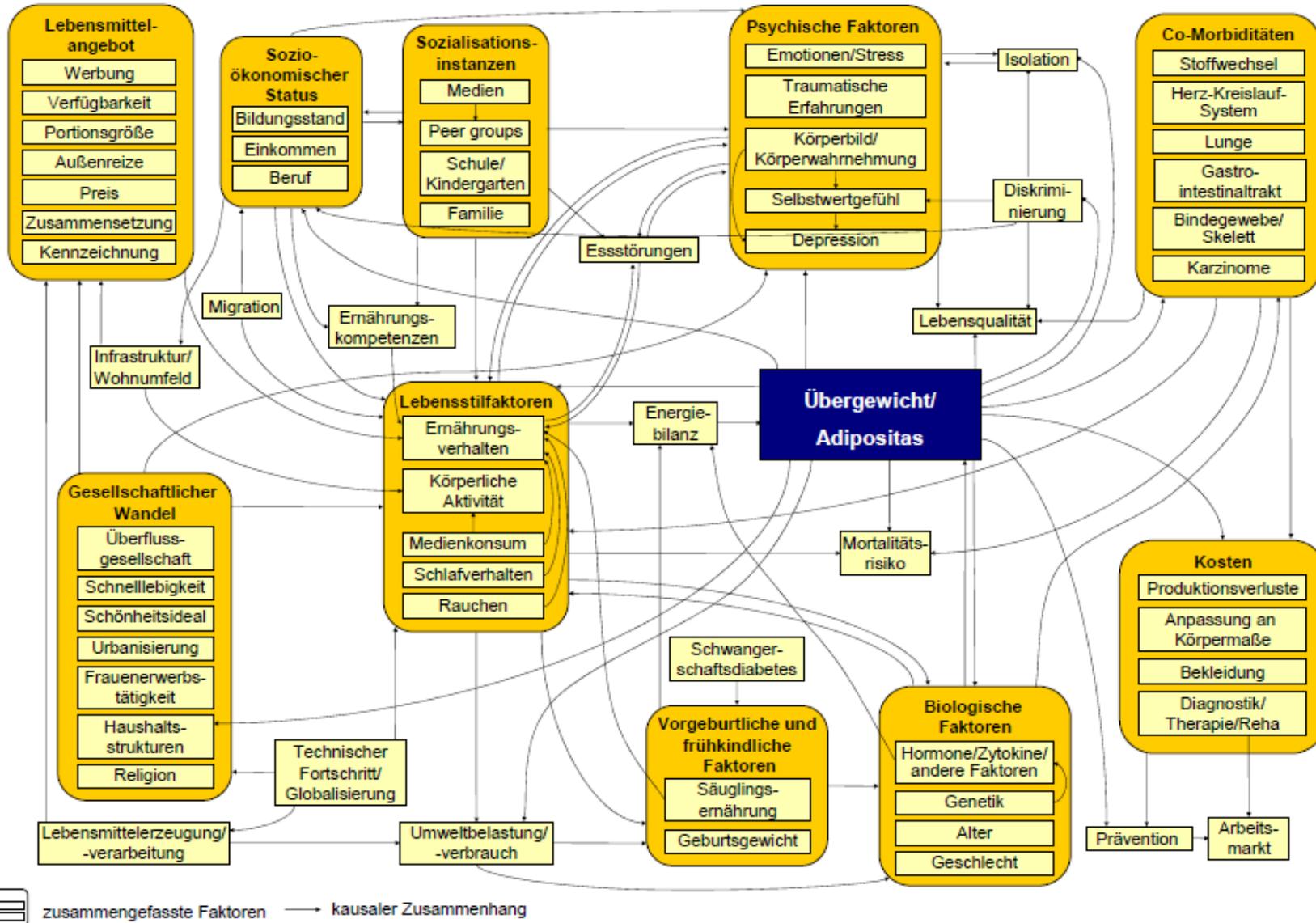
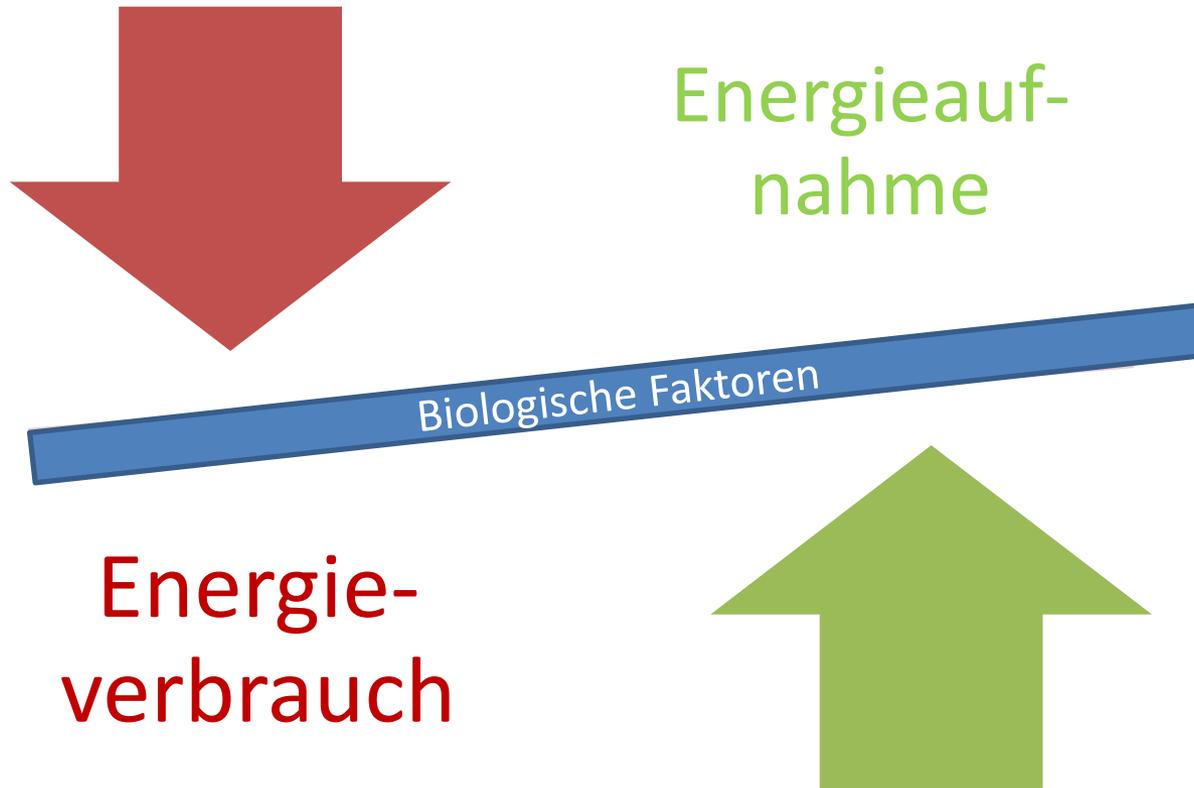


Abb. 1: Einflussfaktoren auf und Auswirkungen von Übergewicht/Adipositas in ihrer Vernetzung (Schneider et al. 2009)

Im Kern...



Basistherapie für Kinder- und Jugendliche*

Sitzung	Trainingsblöcke	Inhalte
1-2	Was man essen und trinken kann, um fit zu sein.	<ul style="list-style-type: none"> •Gruppen- und Motivationsaufbau •Ernährungswissen
3-4	Warum man dick wird und wie man es verhindern kann.	<ul style="list-style-type: none"> •Ätiologiewissen •Ernährungswissen
5-6	Warum man sich bisher ungünstig ernährt hat und wie man es besser machen kann.	<ul style="list-style-type: none"> •Essverhalten •Positive und negative Konsequenzen
7-8	Wie man es schaffen kann, nur bei wirklichem Hunger zu essen.	<ul style="list-style-type: none"> •Günstige Essverhaltensweisen •Emotionsinduzierte und emotionale Auslöser
9-10	Wie man seine Stärken nutzen kann, um sich wohler zu fühlen.	<ul style="list-style-type: none"> •Stärken •Selbst- und Fremdbild •Sozialkompetentes Verhalten
11-12	Wie es nach dem Training weitergehen kann.	<ul style="list-style-type: none"> •Transfer •Rückfallprophylaxe •Wissensfestigung

Wissen

Wahrnehmung

Selbstmanagement, Umgang mit

Problemen, Transfer

*Warschburger et al., 2005; erfüllt die Erfordernisse der Leitlinien der DAG für multimodale Adipositas therapie für KJ

Erfolg von Gewichtsreduktionsprogrammen bei KiJu

Ambulante Behandlung

■ Wilfley et al. 2007

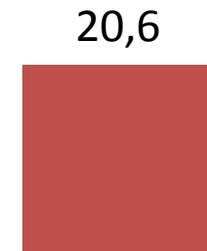


Prozentuale Gewichtsreduktion vom Ausgangsgewicht

Stationäre Behandlung

■ Prozentuale Abnahme an Übergewicht Post

■ Prozentuale Abnahme an Übergewicht Follow-up

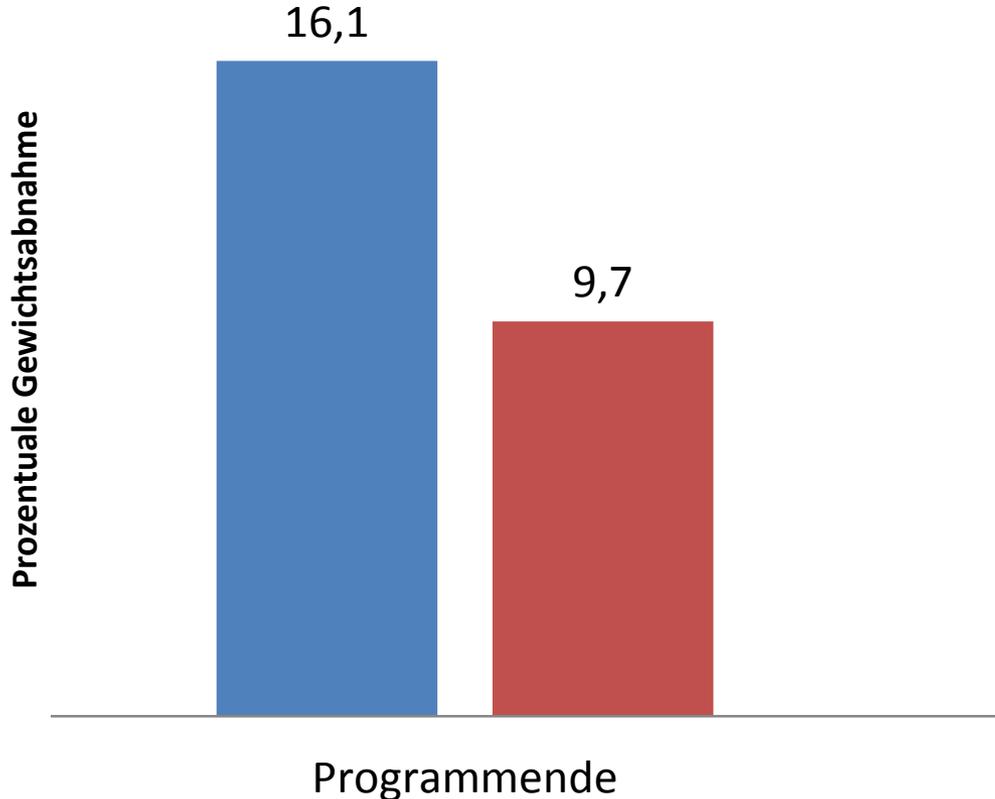


Kelly & Kirschbaum, 2011

CAVE Metaanalyse von Kelly & Kirschbaum: 22 Studien prä-post, 11 Studien mit variablem Follow-up 4 Monate bis 3,6 Jahre.

Meta-Analyse* VLCD vs LCD

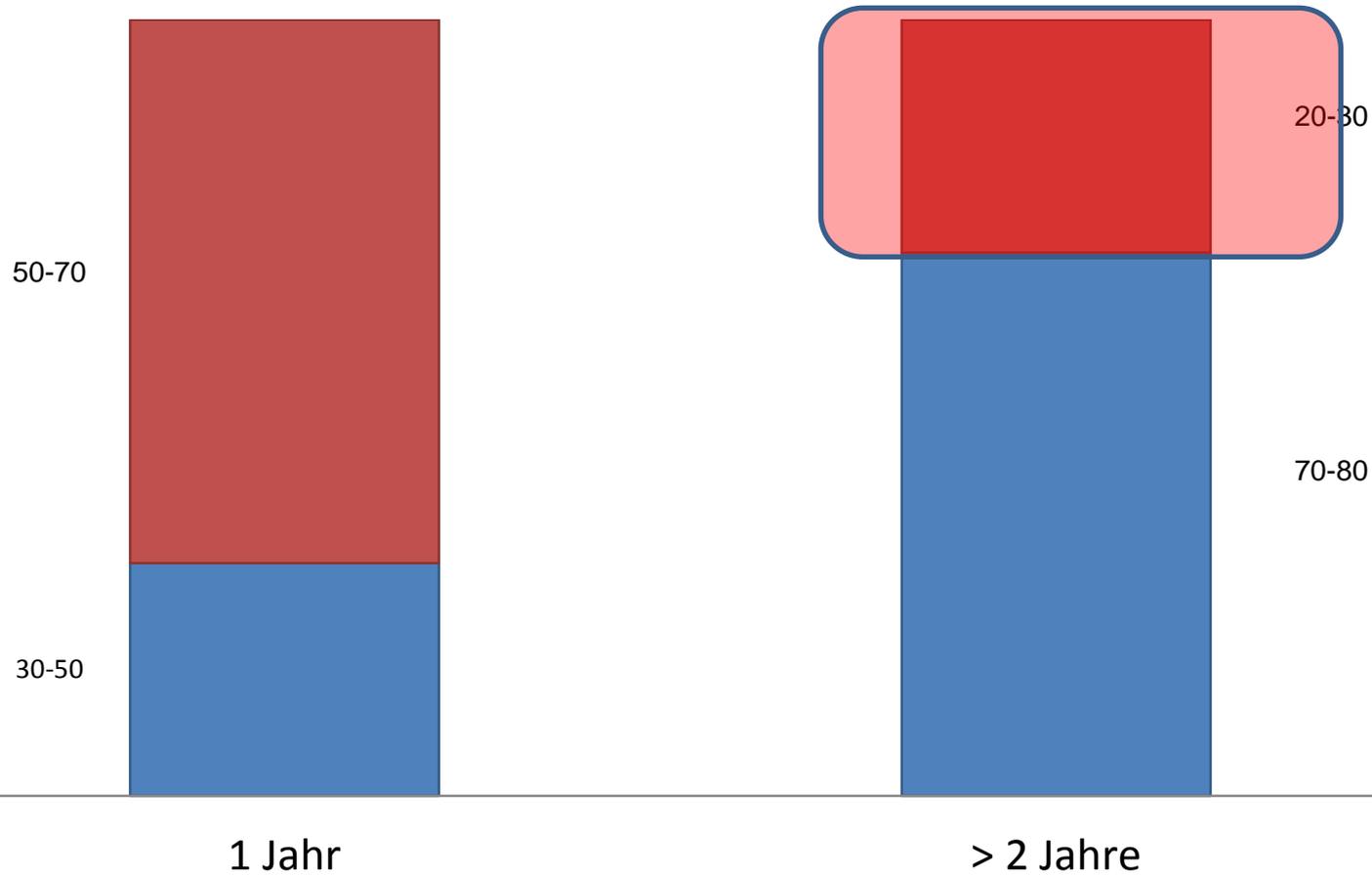
■ VLCD ■ LCD



*Tsai & Wadden, 2006, 6 Studien; VLCD: 400-600kcal/Tag, LCD: 1000-1800kcal/Tag
Programmdauer: 8-24 Wochen, Follow-up bis 26 Monate

Langfristiger Erfolg?

- Erfolgreich Gewichtsabnahme gehalten ...
- erneute Gewichtszunahme bei..



Stand der Dinge: Weight Maintenance Therapy

- 42 Studien (1984-2007; RCT) mit unterschiedlichen Ansätzen zeigen
 - generell geringere Gewichtszunahmen nach Weight maintenance Therapy gegenüber keiner.
 - Effektstärken im kleineren bis mittleren Bereich.

MI-basierte Weight Loss Maintenance

(West et al., 2011)

Anzahl an erfolgreichen Abnehmern (%)



N = 338; 1/3 Education Programm; 2/3 6 Monate Lifestyle-Intervention mit 12 Monate Weight loss Maintenance; randomisiert zu a) skill based oder b) Motivation

Prädiktoren erneuter Gewichtszunahme bei Erwachsenen

- Insgesamt kürzere Dauer der Stabilisierung (<2 Jh)
- Weniger konsistente Ernährungsweise
- höherer Fast Food Konsum
- höherer Fernsehkonsum
- Kein regelmäßiges Frühstück
- Höhere Ausprägung depressiver Symptome
- Höhere Ausprägung von unkontrolliertem Essen (Skala Enthemmung FEV)

(Thomas & Wing, 2009)

Prädiktoren für Therapieerfolg bei Erwachsenen

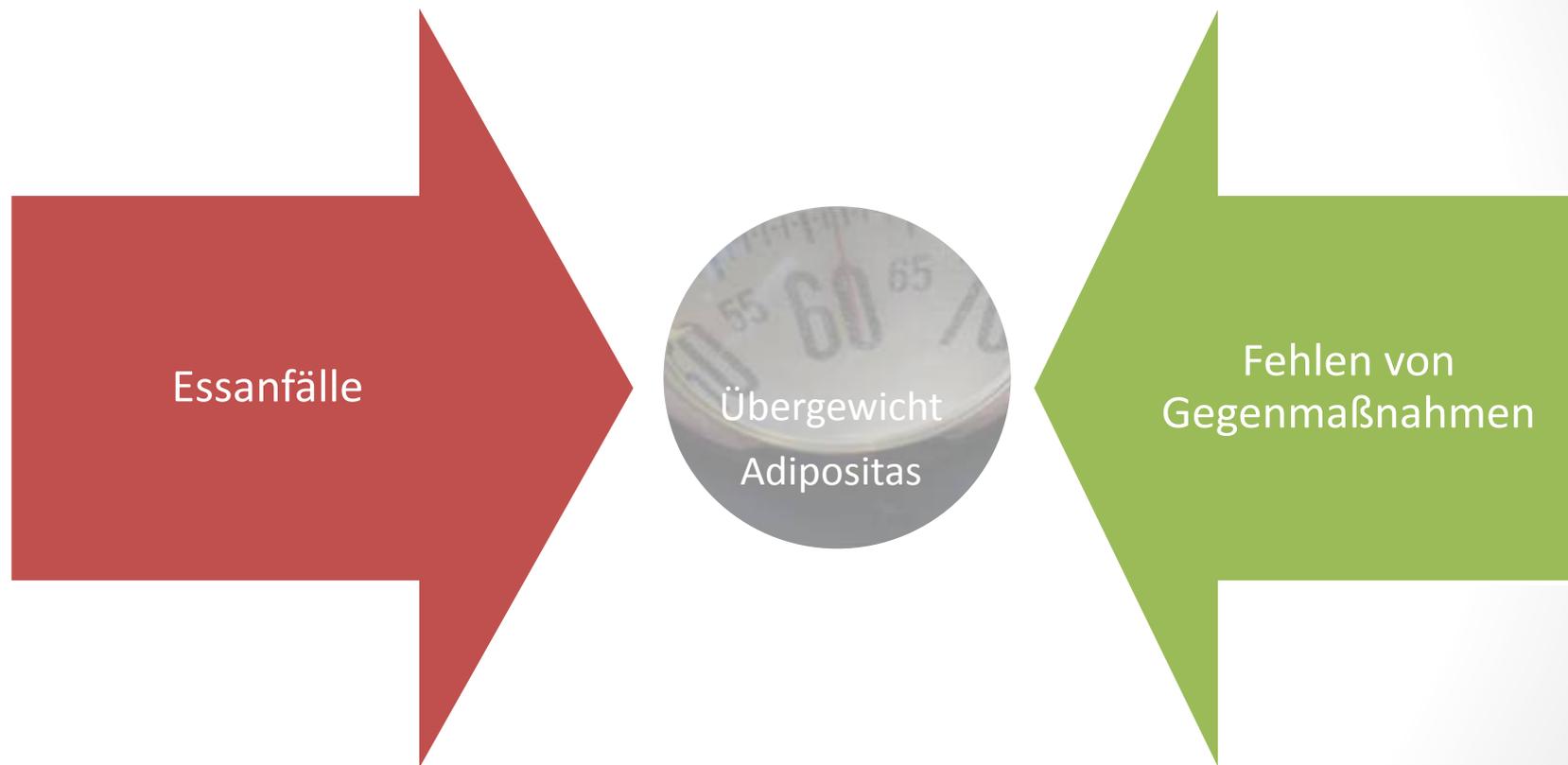
- hoher Ausgangs-BMI
- wenige vorangegangene Diätversuche
- hohe Eigenmotivation
- positives Körperbild
- Realistische Gewichtsabnahmeerwartung
- **Hohe Selbstkontrolle**

*Teixera et al., 2005

Einfluss hoher Impulsivität auf Gewichtsreduktion

- Geringere Impulsivität ist positiv mit Therapieerfolg korreliert (Nederkoorn et al., 2006).
- Geringe Werte im Bereich Hyperaktivität – Unaufmerksamkeit (SDQ) sowohl kurz- als auch langfristig in ambulanter Adipositasstherapie ein zentraler Erfolgsprädiktor (N = 1916 aus verschiedenen Einrichtungen).

Adipositas und Binge Eating



- Bei Erwachsenen ca. 30% adipöser Menschen in Gewichtsreduktionsprogrammen adipös
- über 30% der Personen mit BES sind adipös

Treasure et al., Lancet, 2010; Kessler et al. Biological Psychiatry, 2013

Kriterien der BES (nach DSM-V)

- a. Essanfälle mit Kontrollverlust
- b. Essverhalten während der Essanfälle
- c. Subjektives Leiden
- d. Zeitkriterium

Tab. 1: Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5 [17]

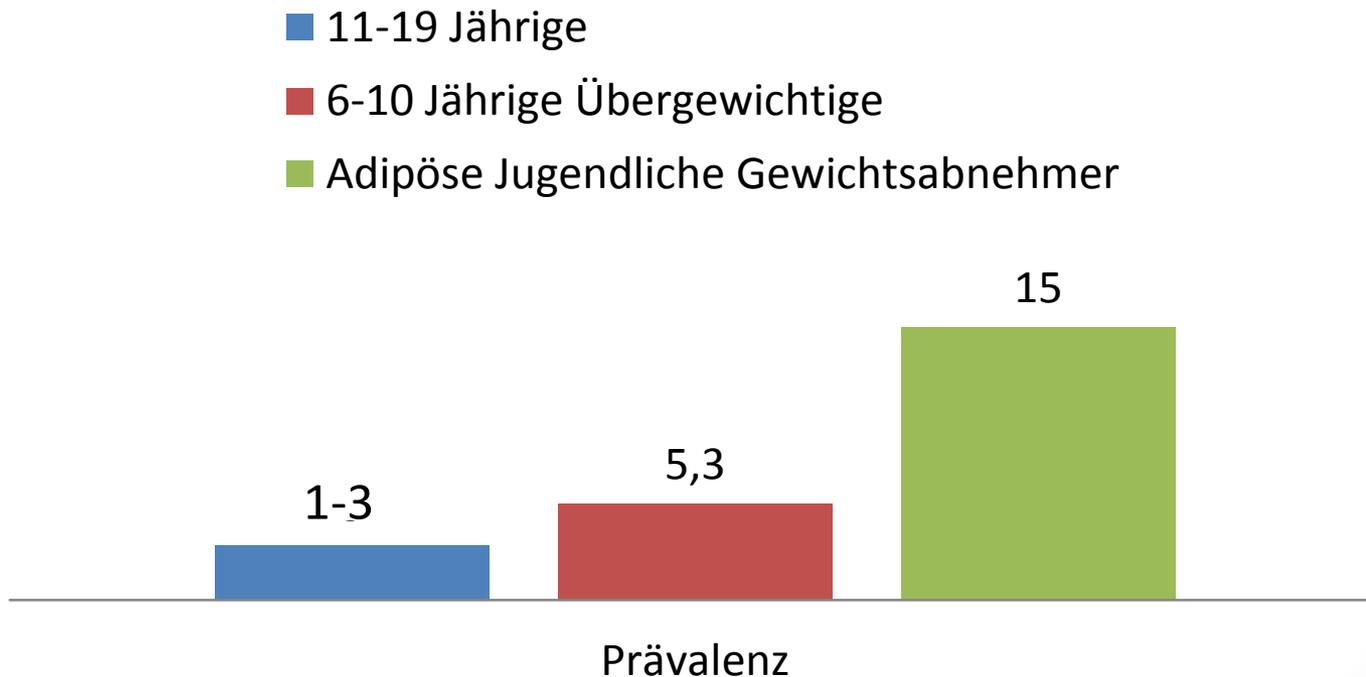
A	Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist charakterisiert durch die beiden folgenden Eigenschaften: 1. Essen einer Nahrungsmenge, in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden), welche größer ist als die Menge an Essen, die die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit unter vergleichbaren Umständen essen würden. 2. Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten (z. B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder zu kontrollieren, was oder wie viel man isst).
B	Die Essanfälle sind gekennzeichnet durch mindestens drei der folgenden Kriterien: 1. Schneller essen als gewöhnlich 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl 3. Essen einer großen Nahrungsmenge ohne dass ein körperliches Hungergefühl besteht 4. Heimliches Essen, aus Schamgefühl über die Menge, die man isst 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Niedergeschlagenheit oder Schuldgefühle nach dem Überessen.
C	Es besteht ein deutliches Leiden aufgrund der Essanfälle.
D	Die Essanfälle treten durchschnittlich mindestens einmal die Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf.
E	Die Essanfälle sind nicht mit wiederholtem Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen wie bei Bulimia nervosa assoziiert (z. B. Erbrechen) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Weiterhin können verschiedene Schweregrade spezifiziert werden: gering (1–3 Essanfälle pro Woche), moderat (4–7 Essanfälle pro Woche), schwer (8–13 Essanfälle pro Woche), hochgradig (14 oder mehr Essanfälle pro Woche).

Merkmale der BES bei KiJU

- Symptome der BES können bereits bei Kindern auftreten. CAVE: keine eindeutige Definition Anzahl Essanfälle bei Kindern.
- Bereits ein Essanfall pro Monat mit erhöhter Psychopathologie assoziiert.
- Erlebter Kontrollverlust bedeutsamer als tatsächlich gegessene Menge.
- Kontrollverlust über das Essen wird bereits von Kindern ab 8 Jahren berichtet.
- Überessen oder heimliches Essen schon bei Kindern im Kindergartenalter.

Auftretenshäufigkeit für BES im Kinder- und Jugendalter



Häufigkeit nur für objektive Essanfälle im Kindesalter 6,2%

Aus Hartmann und Hilbert, 2013; Tetzlaff & Hilbert, 2014

BES und Adipositas

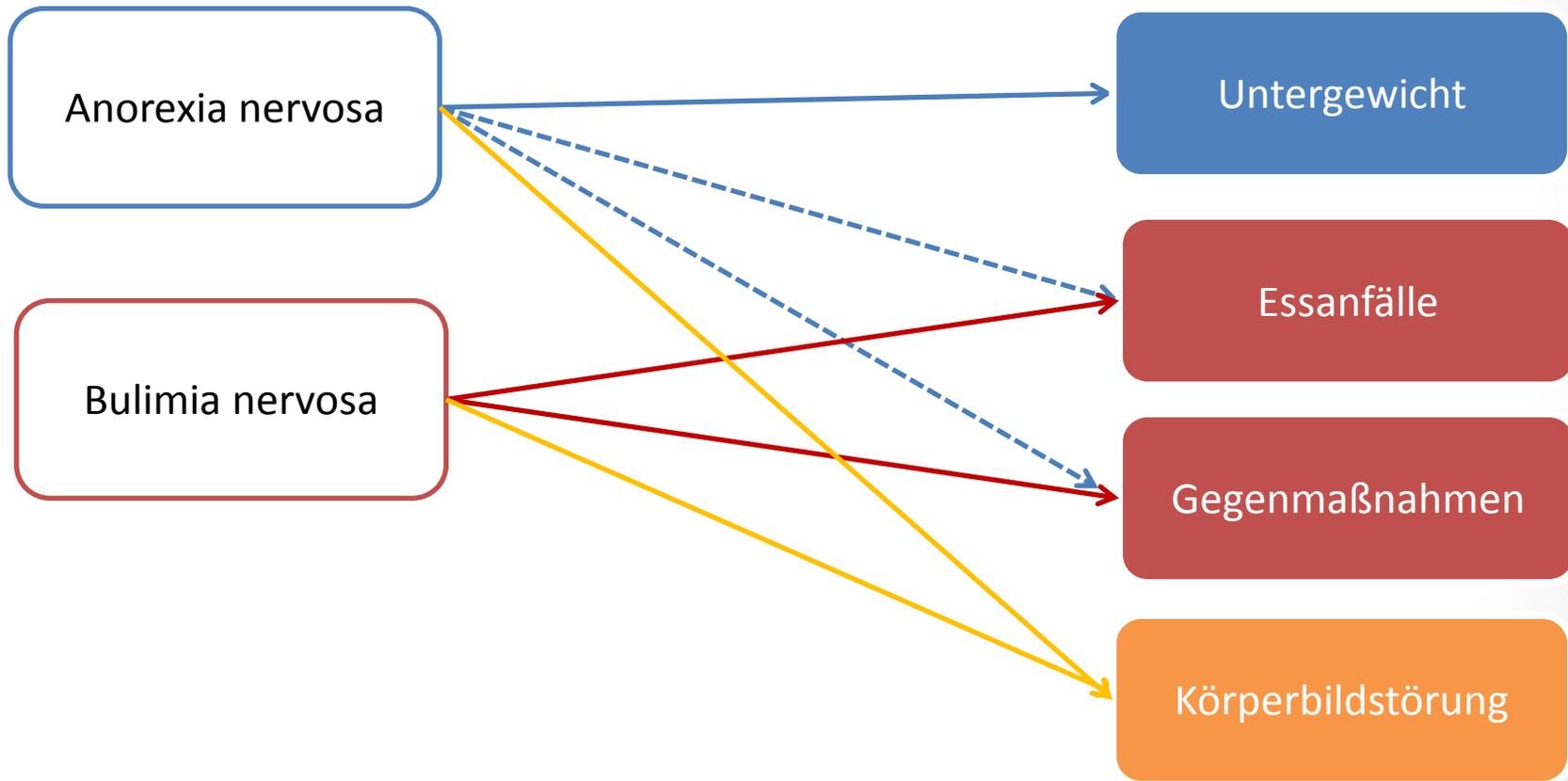
- Auslösefaktoren für Essanfälle erkennen und verändern. Mögliche Methoden:
 - Psychoedukation/Ernährungsmanagement
 - Selbstbeobachtungen
 - Stimulus- und Reaktionskontrolle.
 - Ggf. Umgang mit negativen Affekten verbessern.
 - Spiegelexposition
- Über Abbau Essanfälle Gewichtsreduktion angestrebt.
- Bei jüngeren Kindern Eltern in Behandlung einbeziehen.

Fazit

- Adipositas chronische Erkrankung
- Frühe Interventionen notwendig
- Langfristige Stabilisierung von Gewichtsabnahme
- Defizitäre Affektregulation/Trait Impulsivität
Risikofaktor der Beachtung finden sollte
- Komorbide Essstörung (BES) bedenken, da damit
assoziierte Einstellungen mit höherem Risiko für
medizinische Komplikationen einhergehen.

UND DIE ANDEREN ESSSTÖRUNGEN?

Merkmale von Essstörungen



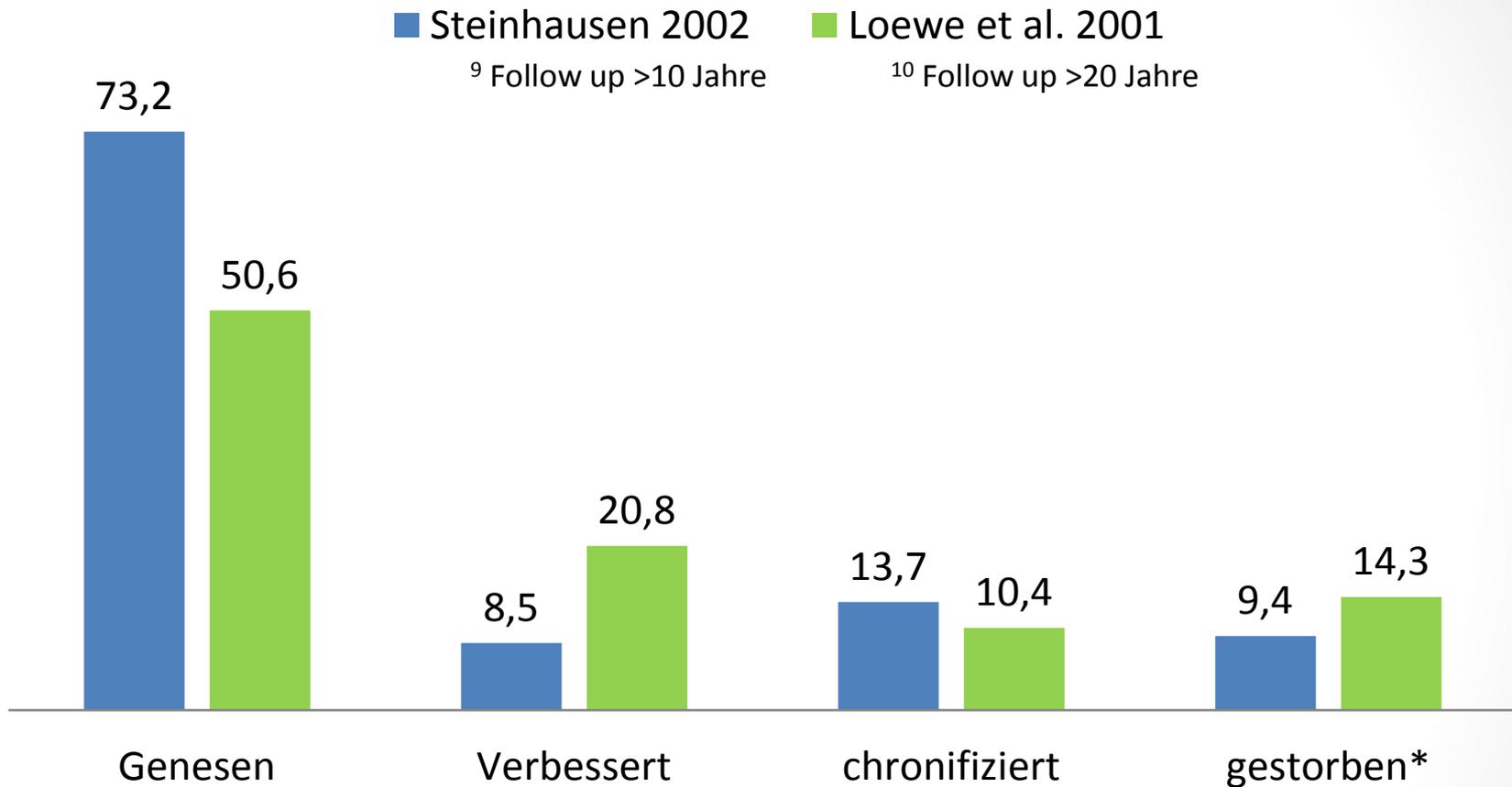
Spezifische Ziele Essstörungsbehandlung

- Gewichtsrestitution bzw. Abbau von Essanfällen und Erbrechen; bei BES ggf. auch Gewichtsreduktion
- Behandlung der körperlichen Folgeerscheinungen
- Steigerung der Behandlungsmotivation
- Psychoedukation hinsichtlich Ernährung und Essverhalten
- Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Gefühle und Einstellungen im Zusammenhang mit der Essstörung
- Behandlung assoziierter komorbider psychiatrischer Probleme wie depressive Verstimmungen, Impulskontrollstörungen, niedriges Selbstwertgefühl u. ä.
- Unterstützung der Familie oder ggf. Familientherapie
- Rückfallprophylaxe

State of the art – erfolgreich?

- Mehrere RCTs zur Behandlung von Essstörungen (national/international) zeigen, dass
 - die KVT Status als Methode der Wahl für die Behandlung insbesondere der BN bekräftigen bzw. weiter ausbauen konnte.
 - der Wissensstand zur Behandlung der AN sich verbessert hat.
 - die Befundlage zur Behandlung der Binge Eating Störung (BES) gut ist.
 - KVT bei BES geeignete Intervention ist (Abstinenzrate bei Behandlungsende besser als bei BN).

Verlauf der Anorexia nervosa



*medizinische Komplikationen, aktiver Suizid/Suizid durch Nahrungsverweigerung
Heilungsprognose für adoleszente Anorexie verbessert/günstiger als bei Erwachsenen¹¹

Quo Vadis?

- **Motivational Enhancement Therapy**

Table 2

Impact of Motivational Interviewing (MI) on patients with Eating Disorders (ED) at post-treatment and follow-up.

Study	Control group	ED	Type of MI	Results relating to motivation (M), eating disorder behaviours (EDB), eating attitudes (EA) and body mass index (BMI)
<i>Post-treatment</i>				
Geller et al. (2011)	Yes	AN, BN, EDNOS	5 sessions MI	No differences between the clinical and control groups: 37% versus 61% were highly ambivalent respectively
Willinge et al. (2010)	No	AN, BN EDNOS	Motivation enhancement (MET)	Significant increases in M, significant decreases in EDB and EA, BMI increased significantly for those people with AN
Wade et al. (2009)	Yes	AN	4 sessions MI	No differences from the control group
Cassin et al. (2008)	Yes	BED	1 adapted MI session	The MI group had a higher level of confidence to change compared to the control group
Dean et al. (2007)	Yes	Not stated	4 sessions MET	No differences from the control group
Dunn et al. (2006)	Yes	BN, EDNOS	1 session MET	The MI group had a higher level of motivation to change compared to the control group
Gowers and Smyth (2004)	No	AN	Motivational assessment	Significant increases in M and BMI, significant decreases in EA
Feld et al. (2001)	No	AN, BN EDNOS	4 sessions MET	Significant increases in M
Treasure et al. (1999)	Yes	BN	4 sessions MET	The CBT group had a higher level of motivation to change than the MET group
<i>Follow-up</i>				
Geller et al. (2011)				No differences between the clinical and control groups: 19% versus 45% were highly ambivalent respectively
Willinge et al. (2010)				Significant increases in M, significant decreases in EDB and EA
Wade et al. (2009)				No differences from control group
Cassin et al. (2008)				The MI group has less EDB than the control group
Dean et al. (2007)				No differences from control group
Dunn et al. (2006)				The MET group had less binge eating than the control group

Veränderung Motivation + Essverhalten/Gewicht

Erhöhung NUR Veränderungsbereitschaft

Quo Vadis?

- **Motivational Enhancement Therapy**
- **Körperbild:** Training der Aufmerksamkeitslenkung zur Reduktion des Aufmerksamkeitsbias → Reduktion körperlicher Unzufriedenheit

Quo Vadis?

- **Motivational Enhancement Therapy**
- **Körperbild:** Training der Aufmerksamkeitslenkung zur Reduktion des Aufmerksamkeitsbias → Reduktion körperlicher Unzufriedenheit
- **Sporttherapeutische Interventionen**

Trainingsablauf

4x pro Woche/ 60 Minuten; Aufwärmen → sportliche Aktivität (Stretching, Pilates, Gleichgewichtstraining, Krafttraining, Ballspiele) → cool down → verbaler Erfahrungsaustausch

Stufe 1

- Fokus auf Körperwahrnehmung,
- Achten auf physische Grenzen
- Reflexion von Beweggründen für Sporttreiben

Stufe 2

- Intensität sportlicher Aktivität steigern
- Identifikation dysfunktionaler Ziele und Erwartungen

Stufe 3

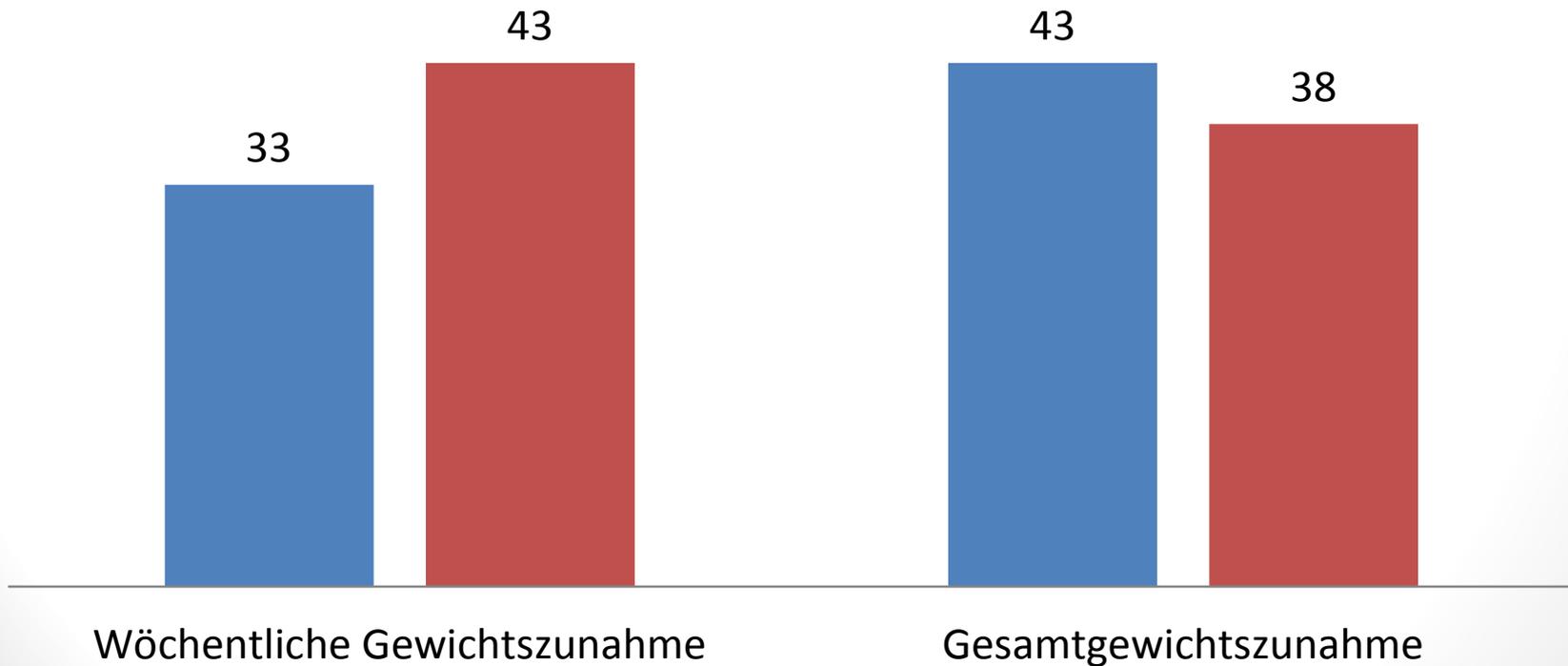
- Selbstständig sportlich aktiv
- Arbeit an spezifischen Schwierigkeiten

(gemäß Calogero & Pedrotty, 2006)

Calegero & Pedrotti (2004)

Prozentualer Anteil höher Gewichtszunahme bei Teilnehmern der Sportgruppe

■ AN-restrictive ■ AN-Binge/Purge



Quo Vadis?

- **Motivational Enhancement Therapy**
- **Körperbild:** Training der Aufmerksamkeitslenkung zur Reduktion des Aufmerksamkeitsbias → Reduktion körperlicher Unzufriedenheit
- **Sporttherapeutische Interventionen**
- **Cognitive Remediation Therapy:** neurobiologische Defizite (visuell-räumlichen Wahrnehmung, zentralen Kohärenz¹ und kognitiven Flexibilität²) mit neurobehavioralen Therapieansätzen behandelt

¹Fähigkeit, einzelne Informationen in Kontext zu integrieren;

² Denken und Handeln an veränderte Umgebungsbedingungen anpassen

Cognitive Remediation Therapy (Brockmeyer et al., 2013)

Inhalt und Ablauf der CRT

- 30 Übungseinheiten à 45 Minuten, davon 21 PC gestützt, 9 Sitzungen face-to-face (über 3 Wochen)

Ziel

- Kognitive Strategien und Prozesse der Informationsverarbeitung verbessern

Merkmale

- „wie denkt man und nicht was“, stark strukturiert, übungsbetont, spielerisch, grundlegende kognitive Dysfunktionen

Übungsbeispiele: Vexierbilder, Stroopaufgaben, globale Informationsverarbeitung (Figurenbeschreibungen)

Transferübungen: neue Wege, Möbel umstellen, anderer Klingelton, etc.

Fazit

- Behandlungserfolg insbesondere bei AN weiter optimierbar
- Neuere Therapieelemente nur additiv zur Standardbehandlung einsetzbar → trotz erst geringer Evidenz vielversprechend
- Genauere Wirkmechanismen bislang allerdings unklar

VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT

RUB

Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

LWL