

# Essstörungen und Suchterkrankungen

## Ein integrierter Behandlungsansatz

Sylvia Beisel

salus klinik Lindow

4. Netzwerktreffen Essstörungen Sachsen, 7.11.2018



# Forschungsstand

- Zahlreiche Studien weisen auf einen engen Zusammenhang zwischen **Substanzgebrauchsstörungen (SUD)** und **Essstörungen (ED)** bei Frauen hin

(u.a. Bulik et al., 1992; Pearlstein, 2002; CASA, 2003; Franko et al., 2005; Gadella & Piran, 2007; Hudson et al., 2007; Harrop & Marlatt, 2010; Baker et al., 2010 und 2013; Franko et al. 2013; Fouladi et al. 2015)

# Forschungsstand

- **Prävalenzraten von substanzbezogenen Störungen (SUD) bei Essstörungen (ED)** werden mit 17%-46% angegeben (Harrop & Marlatt, 2010)
- **Prävalenzraten von Essstörungen bei Menschen, die schädlichen Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen betreiben (SUD)** mit über 35%
- **Unterschiede** erklären sich durch:
  - Stichprobe (klin. Population oder Allgemeinbevölkerung),
  - mangelnde Differenzierung der Essstörungssubgruppen
  - mangelnde Unterscheidung zw. schädlichem Konsum und Abhängigkeit von einer Substanz
  - mangelnde Unterscheidung zw. Art der Substanz

# Forschungsstand

- Prävalenzraten von **Essstörungen** und **Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit** liegen zwischen 25% und 34%,
- Prävalenzraten von **Essstörungen** und **Drogenmissbrauch/-abhängigkeit** liegen zwischen 18% und 26% (Hudson et al., 2007)
- **Prävalenzraten von Substanzgebrauch** bei **Jugendlichen mit Essstörungen** sind im Vergleich zu normalgewichtigen Peers um 20-40% erhöht, Dominanz liegt beim Alkohol (Müller et al. 2000, Gregorowski et al., 2013, Mann et al., 2014)

# Forschungsstand

- Prävalenzraten von **Anorexie (AN)** und **Substanzgebrauch** sind widersprüchlich:
  - Annahme, dass der Substanzkonsum bei AN nur geringfügig erhöht sei (Calero-Elvira et al., 2009)
  - Annahme, dass es keinen Unterschied zw. AN und BN bzgl. des erhöhten Substanzkonsums gibt mit Prävalenzraten von 27% für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit Lifetime bei Essstörungen (Baker et al., 2010, Franko et al., 2005)
- Hohe Evidenz für Annahme, dass Prävalenzraten für ED und SUD deutlich erhöht sind, wenn „purging“ vorliegt (Krug et al., 2009; Root et al., 2010, Baker et al., 2010, Harrop & Marlatt, 2010; Gregorowski et al., 2013)

# Forschungsstand

- **Essstörungen** (AN als auch BN) gehen häufiger der SUD voraus als umgekehrt (Bulik et al., 2004; Franko et al., 2005; Baker et al. 2010 und 2013)
- **Reihenfolge der Erkrankung** (erst AN oder zuerst Substanzabhängigkeit) scheint nicht mit einem spezifischen Symptommuster einherzugehen (Baker et al., 2013)
- **Substanzmissbrauch**, lange Krankheitsdauer, niedriges Gewicht und geringes psychosoziales Funktionsniveau sind **Prädiktoren für erhöhte Mortalität bei AN** (Crow et al., 2009; Keel et al., 2003)

# Forschungsstand

- Unterschiede zw. den ED Subgruppen bzgl. des Substanzkonsums werden v.a. mit Mangel an Kontrollfähigkeit, emotionaler Dysregulation, impulsivem Verhalten und „Binge“ bzw. „Purging“ Verhalten in Verbindung gesehen
- weibl. Jugendliche mit „Purging“ Verhalten haben erhöhtes Risiko Drogen zu nehmen oder „Binge Drinking“ zu praktizieren (Field et al., 2012)
- -> je intensiver das „Binge“/ „Purging“ Verhalten, desto häufiger der schädliche Konsum von Substanzen (Fouladi et al., 2015)

# Forschungsstand

- Komorbidität Essstörung und Substanzmissbrauch **beeinträchtigt Behandlungsverlauf und -ergebnis** (beider) Störungen, v.a. wegen Mangelernährung und Funktionalität des Substanzkonsums bei der Emotionsregulation (Bulik et al., 1992; Woodside & Staab, 2006; Merlo et al., 2009, Thompson-Brenner et al., 2008, Harrop & Marlatt, 2010)
- -> Daher häufiges **Fazit in der Literatur:**
  - frühzeitige Diagnostik von Substanzproblemen bei ED (im Sinne der Prävention)
  - gemeinsame Behandlung von ED und SUD
  - Evaluation von Behandlungskonzepten für ED und SUD (Harrop & Marlatt, 2010, Fouladi et al., 2015)

# Was spricht für gemeinsame Behandlung? 1

- hohe Komorbidität von Essstörungen und Störungen durch Substanzgebrauch
- größere Gefährdung (höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko)
- schlechterer Behandlungserfolg
- Auswirkung der Substanzeinnahme auf die Hunger- und Sättigungsregulierung
- Funktionalität des Substanzgebrauchs im Rahmen der Essstörung zur Gefühlsregulierung und umgekehrt

# Was spricht für gemeinsame Behandlung? 2

- Beeinträchtigung erprobter (Sucht-) Behandlungsansätze durch Mangelernährungszustand
- Notwendigkeit der Wiederernährung/ Gewichtszunahme
- hohe Rückfallgefährdung bei beiden Störungsbildern erfordert Identifikation von (gemeinsamen) Risikosituationen/ gefährlichen Verhaltensweisen  
-> RF Präventionstraining
- enge Beziehung zwischen bulimischen RF und nachfolgenden Alkohol RF

# Empfehlungen für die Behandlung

- **S 3 Leitlinien Essstörungen(2010):**
  - Bei schwerer Suchtproblematik und Essstörung wird die **gleichzeitige, längerdauernde, stationäre Behandlung** empfohlen, wenn die Behandlungsstätte Erfahrung mit beiden Störungsbildern hat (**AN, BN & SUD**)!
- **S 3 Leitlinien alkoholbezogener Störungen (2015):**
  - **Komorbide Störungen** bei alkoholbezogenen Störungen sollen mittels **intensiver Interventionen** in die **stationäre Behandlung einbezogen** werden

**Der Blick in die  
Patientenrealität...**

# Frau A.

- 41 Jahre, wohnungslos, keine Partnerschaft, ALG II
- Abitur, Studium der Volkswirtschaftslehre abgebrochen, kaufm. Angestellte, seit 3 Jahren arbeitslos (wegen Erkrankung)
- seit 15.LJ AN, seit 18.LJ BN, derzeit AN (bul. Typ), BMI 14,5
- Seit 23.LJ Alkoholkonsum, zunächst gelegentlich, am WE, seit 36. LJ abendlicher Weinkonsum (1l) nachdem Mutter (wichtige Bezugsperson) an Krebs erkrankt, seit 1 J. bis zu 3l/d.
- 3 Entzugsbehandlungen, 1 AEB, nach 6 Wochen vorzeitige Entlassung wegen zu niedrigem Gewicht, Wiederaufnahme bei höherem Gewicht angeboten.
- Aufnahme in Psychosomatik wegen AN
- Entlassung nach 1 Tag wegen der Suchtproblematik

# Integrierte Behandlung von Essstörungen und Suchterkrankungen

- Gleichwertige Behandlung beider Störungsbilder von Beginn an (Beisel et al., 2010)
- Teilnahme an evaluiertem Behandlungsprogramm für Abhängigkeitserkrankungen (Lindenmeyer, 2002)  
UND  
kognitiv-verhaltenstherapeutischem  
Behandlungsprogramm für Essstörungen  
(u.a. Fairburn 2008, dt. 2012)

# Welche Subtypen von Essstörungen werden behandelt?

- **Anorexia nervosa** (Untergewicht, fakultativ Essanfälle und gegensteuernde Maßnahmen)
- **Bulimia nervosa** (Essanfälle, gegensteuernde Maßnahmen, kein Untergewicht)
- **Binge-Eating-Störung** (Essanfälle, keine konsequenten gegensteuernden Maßnahmen, i.d.R. Übergewicht)

# Welche Subtypen von Abhängigkeitserkrankungen werden behandelt?

- Alkoholabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit und weiterer Substanzgebrauch (V.a. THC, Kokain)
- Medikamentenabhängigkeit (Sedativa)

# Integrierte Behandlung von Essstörungen & Suchterkrankungen

- Bei gleichzeitigem Vorliegen einer **Essstörung** und einer **Substanzabhängigkeit** erfolgt Zuweisung in die **Suchtabteilung**
  - Teilnahme an einer spezialisierten Bezugsgruppe für PatientInnen mit Essstörungen und Suchterkrankung (4x/Wo.)
  - Teilnahme an der Essstörungsgruppe (4x/Wo.)
  - Einzeltherapie (1-2x/Wo.)
  - Teilnahme an der therapeutischen Tischbegleitung 2x/tägl.
  - Teilnahme an der Lehrküche (1Woche/3Wochen)
  - Teilnahme an achtsamkeitsbasierten Körper-/ Sporttherapien
  - Reittherapie
  - Ergotherapie

# Die Diagnostikphase

# 2 – 3 tägige Intensivdiagnostik

Therapeutisches Erstgespräch

Medizinische Aufnahmeuntersuchung

Psychologische Fragebogen:

Allgem. Diagnostik (u.a. BDI, SCL, AUDIT, PFB, FEV)

Störungsspezifische Diagnostik (EDI2, FFB, EDE-Q)

Laboruntersuchungen

- **Auswertungsgespräch:**

Rückmeldung der Diagnosen und der Testdiagnostik ,  
Vermittlung eines Störungsmodells, Therapieplanung

Aufnahmebericht an Vorbehandler



**Therapiephase**

# Therapeutische Schwerpunkte bei Essstörungen

- Zwei grundlegende Behandlungsschwerpunkte :
  - **Ernährungsmanagement:** Normalisierung des Essverhaltens und Gewichtssteigerung bzw. -stabilisierung
  - **Bearbeitung weiterer Problembereiche,** die mit der Essstörung assoziiert sind:  
Verbesserung der soz. Kompetenz, des Selbstwertes, der Emotionsregulation, der Konflikt- und Problemlösefertigkeiten **und der Körperakzeptanz**
- Überlappung beider Bereiche!

# Hierarchie der Therapieziele i. d. Behandlung von Essstörungen & Substanzabhängigkeit

- Abwendung akuter Lebensgefahr
- Reduzierung therapiegefährdender Verhaltensweisen (Suizidandrohungen, Selbstverletzungen, Nichteinhalten von Absprachen)
- **Abstinenz/**
- Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens
- Modifikation dysfunktionaler Schemata im Bereich Figur, Gewicht, Ernährung
- Aufbau von Verhaltensfertigkeiten
- Spezifische Behandlung affektiver Störungen
- Spezifische Behandlung posttraumatischer Störungen
- Spezifische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen
- Unterstützung beim Erreichen individueller Ziele

# **Spezifische Therapieelemente in der Behandlung von Essstörungen & **Substanzabhängigkeit****

- **Einzeltherapie**
- **Bezugsgruppe Essstörungen**
- **Bezugsgruppe Essstörungen und Sucht**
- **Therapeutisch begleiteter Mahlzeitentisch**
- **Lehrküche**
- **Körperbildtherapie**

# Bezugsgruppe Essstörungen

- 4 mal pro Woche (je 90 Min.) mit folgenden Modulen:
  - Psychoedukation
  - Motivationsaufbau
  - Kognitive Therapie
  - Verbesserung der Emotionsregulation
  - Fertigkeitentraining (Skillsaufbau)
  - Körperbildtherapie
  - Rückfallprophylaxe
  - Sowie wöchentliche Essprotokollbesprechung

# Wochenplan für Sarah, Essstörung und Sucht

Zeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.50	6.50 Wiegen			6.50 Wiegen			
7.10	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück	7:10-7:50 Frühstück
8:00	8:00-9:30 Bezugsgruppe (Sucht)	8:15-11:00 Therapeutisches Reiten	8:00-9:30 Bezugsgruppe (Sucht) (SO)	8:15-11:00 Therapeutisches Reiten	8:00-9:30 Bezugsgruppe (Sucht)	Ruhezeit	
9:00						Ergotherapie	
10:00						Ergotherapie	
11:00	11:00-14:00 Lehrküche & Mittagessen	11:00-14:00 Lehrküche & Mittagessen	11:00-14:00 Lehrküche & Mittagessen	11:00-14:00 Lehrküche & Mittagessen	11:00-14:00 Lehrküche & Mittagessen	Ruhezeit	
12:00						12:45-13:30 Mittagessen	
13:00						13:30-14:30 Ruhezeit	
14:00	14:00-14:50 Körpertherapie	Einzelgespräch	14:00-14:50 Körpertherapie	Einzelgespräch	14:00-14:50 Körpertherapie		
15:00	15:00-16:30 Essstörungs- gruppe	15:00-16:30 Essstörungs- gruppe	15:00-16:30 Essstörungs- gruppe (SO)	15:00-16:30 Essstörungs- gruppe	15:00-16:30 Essstörungs- gruppe/ Essprotokolle	Freizeit, Besuchszeit etc.	
16:00						Freizeit, Besuchszeit etc.	
17:00							
18:00	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen	18:10-19:00 Abendessen
19:00	Ruhezeit /Freizeit	Ruhezeit	Ruhezeit	Selbsthilfegruppe	Ruhezeit	Ruhezeit	Ruhezeit

# Psychoedukation

- Folgen von Mangelernährung/Überernährung
- Folgen von gezügeltem Essverhalten und Erbrechen
- Gewichtsregulierung („Set-point“)
- Wechselwirkung Substanzgebrauch, Essverhalten und Stimmung

# Wechselwirkung Essstörung und Suchtmittel

- Amphetamine (Appetitzügler), Ecstasy:
  - starke Appetitlosigkeit
- Kokain:
  - Appetitzügelnd, bei Abhängigkeit Verlangen nach Essen
- Alkohol:
  - häufig im Wechsel mit Ess-Brechanfällen, bei restriktivem Essverhalten rasche körperliche Folgeschäden (Leberzirrhose), Appetitsteigernd, Gefahr des Kontrollverlustes beim Essen größer
- Cannabis:
  - Appetitsteigerung, Gefahr von Heißhungeranfällen und Kontrollverlust gesteigert

# Suchtmittel zur Gefühlsregulierung

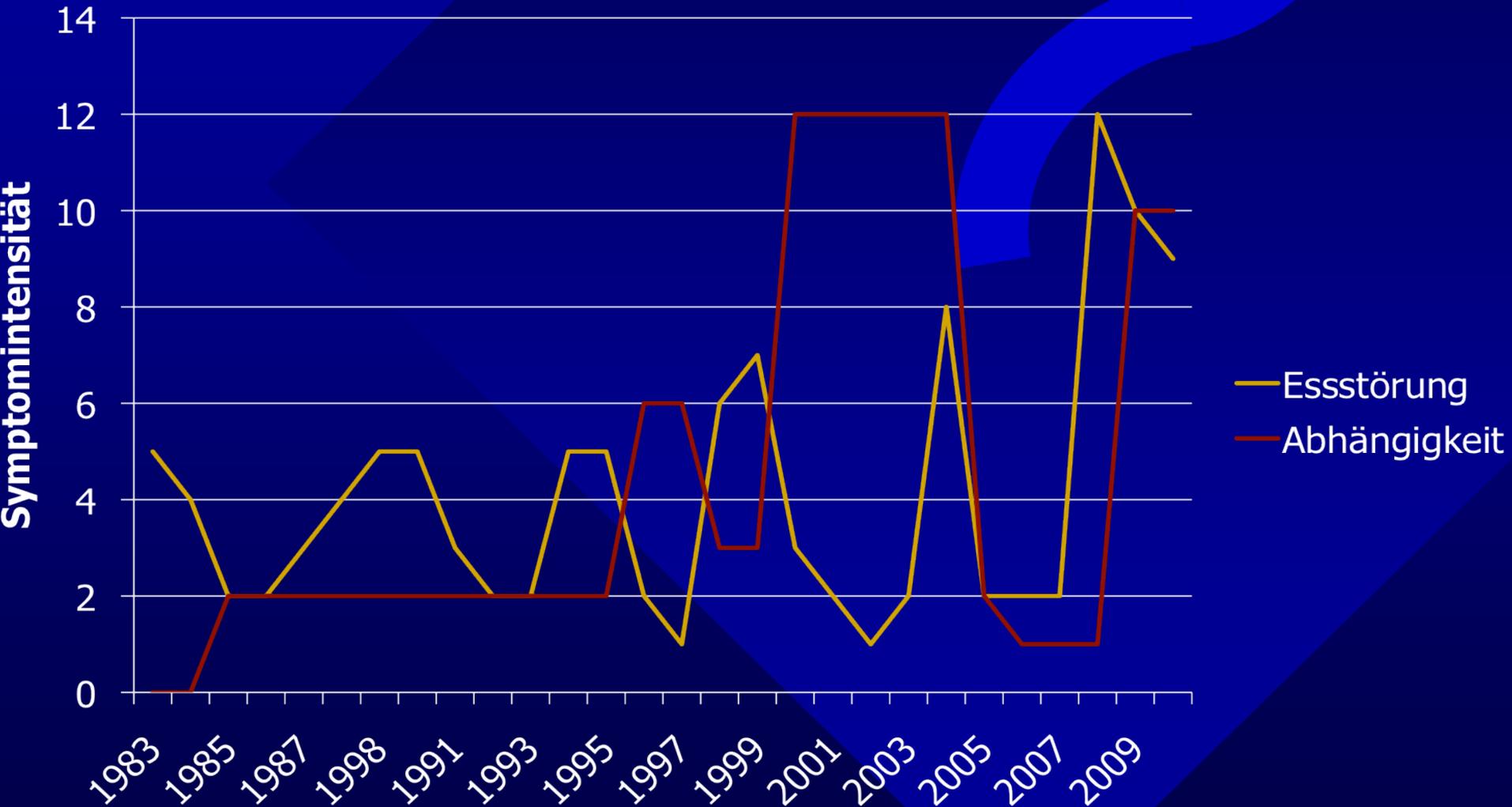
- Je nach Suchtmittel kommt es zur Verstärkung oder Abschwächung vorherrschender Stimmungen
  - Es kann zur verstärkter Aggressivität, Depressivität, Euphorie oder Benommenheit kommen
  - Es kann Rückzugsverhalten oder Kontaktaufnahme fördern
  - Es kann sexuelles Verlangen fördern
  - Es kann zu „gesteigertem Selbstvertrauen“/Herabsetzung der Hemmschwelle kommen
- ->weiterer Substanzkonsum hat unmittelbare Auswirkung auf die Behandlung typischer Problembereiche von Patientinnen mit Essstörungen

# Motivationsaufbau

- Brief an die Essstörung als „beste Freundin“/ „schlimmste Feindin“
- Vor- und Nachteile der Essstörung
- Vierfelderschema
- Lebenslinien „Alkohol und Essstörung“

# Lebenslinie Alkohol/Essstörung

(Beisel et al., 2010)



# Lebenslinie

- Häufig ist ein Wechsel zwischen Phasen mit intensiver Essstörungssymptomatik und Phasen mit intensivem Suchtmittelkonsum erkennbar
- Bei Versuchen, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren, tritt i.d.Regel die Essstörungssymptomatik als Strategie zur Spannungsreduktion verstärkt auf
- Abstinenzbemühungen scheitern daher häufig zwangsweise, da die Betroffenen sich in einem körperlich labileren Zustand befinden, der eine Rückfallgefährdung massiv erhöht

# Emotionsregulation

- AN, BN oder BED und Suchtpatienten unterdrücken oder vermeiden häufig Emotionen, haben Probleme sie zu erkennen oder drücken sie weniger aus
- Unangenehme Emotionen beeinflussen Essverhalten, lösen Essanfälle, Erbrechen oder Suchtdruck aus
  - Anwendung von Achtsamkeitsübungen
  - Qi Gong/Tai Chi/therapeutisches Reiten/Fußparkour
  - Radikale Akzeptanz
  - Differenzierung von Emotionen
  - Identifikation von Auslösesituationen Emotionen
  - Entgegengesetztes Handeln üben

# Fertigkeitentraining/Skillsaufbau

- Verbesserung der Stresstoleranz:
  - Führen von Spannungskurven
  - Entwicklung alternativer Verhaltensweisen zur Spannungsreduktion anstelle von Essen, HHA, Erbrechen, Bewegungsdrang, Selbstverletzung oder Suchtmittelkonsum
  - ->Notfallkoffer erstellen mit z.B. Chilischote, Igelball, Coolpacks, Eiswürfel, Ammoniak

# • **Körperbildtherapie**

## • **Graduierte In -Vivo Exposition:**

- Seilübungen
- Körperumrisszeichnungen
- Körpervideo
- Spiegelkonfrontation

Intensität der Konfrontation



# Ernährungsmanagement

- Therapeutische Tischbegleitung
- „Ruheraum“
- Essprotokolle
- Gewichtsvereinbarungen
- Wiegen
- Lehrküche

# Therapeutisch begleiteter Mahlzeitentisch

- Eine der wichtigsten Interventionen im Ernährungsmanagement, denn:
  - große Ängste vor dem Essen
  - Vermeidung sozialer Kontrolle
  - Verlust der Mahlzeitenstruktur
  - Vermeidung bestimmter Lebensmittel
  - Mangelndes Wissen über ausreichende/ausgewogene Ernährung
- ZIEL: Unterstützung beim Aufbau eines geregelten Essverhaltens

# „Ruheraum“

- Unterstützungsangebot für PatientInnen mit
  - starker bulimischer Symptomatik
  - ausgeprägtem Bewegungsdrang
  - unzureichender Gewichtszunahme
- → Responseprevention

# Selbstorganisation: Führen von Essprotokollen

- Notieren von
  - Situation, Gefühle, Gedanken, Verhalten vor und nach dem Essen
  - Hunger und Sättigung
  - Essens- und Trinkmenge
  - Gegensteuernde Maßnahmen wie Erbrechen, Bewegung, Abführmittel, Appetitzügler, Insulin, Diuretika, Schilddrüsenpräparate

# Weitere Maßnahmen

- Bewegungs- und Entspannungstherapie
- Werktherapie
- Teilhabe bezogene Maßnahmen
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Paar- und/oder Familiengespräche
- Partnerseminare
- Therapeutische Heimfahrten
- Selbsthilfegruppenbesuche
- Nachsorgevorbereitung

# Abschlussphase

- Rückfallprävention
- Vorbereitung ambulanter Weiterbehandlung
- Abschlussdiagnostik
- Abschlussgespräch -> Saluskarte

# Rückfallprophylaxe

- Expositionstraining, Ablehnungstraining
- Rückfall oder Vorfall
- Notfallkoffer erstellen
- Vorbereitung auf den „Ernstfall“
- Essensplan für zuhause
- Realitätserprobung bei therapeutischer HF
- Ambulante Weiterbehandlung

# Expositionsübungen

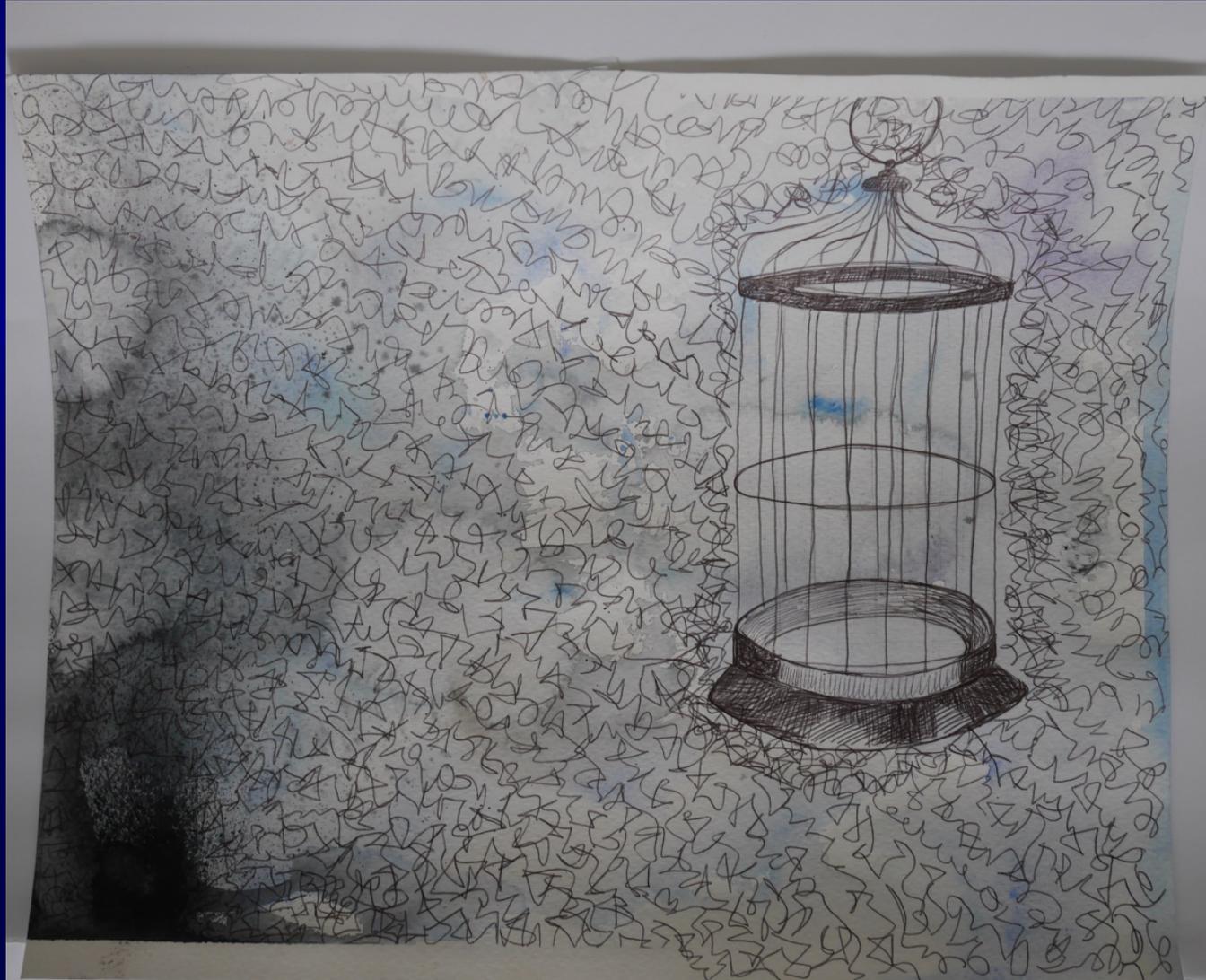
- Ziel: automatisierte, rückfallkritische Reaktionsweisen durch gezielte Neuerfahrungen in Risikosituationen verringern lernen
- Bei Patientinnen mit Sucht und Essstörung erfolgt Exposition i.d.R. mit Alkohol und Essen zusammen, wenn Essanfall Trigger für Trinken war
  - Zur Habituation bzw. Hemmung der Alkoholreagibilitätsreaktion (cue reactivity)
  - Zum Training kogn. Bewältigungsstrategien, um Verlangen widerstehen zu können
  - Zur Erhöhung der Abstinenzzuversicht

# Fazit

- Die kombinierte Sucht-Esstörungs-Behandlung stellt u.E. einen therapeutisch sinnvollen und effektiven Behandlungsansatz dar
- Die Ergebnisse dieser Studie stützen die Empfehlung der S3 Leitlinien (2010 und 2015) zur gemeinsamen Behandlung von AN und substanzbezogenen Problemen

# Bild einer Patientin über den Krankheits- und Therapieprozess

**GEFANGEN  
IM  
KÄFIG**



**AUS**



**BRUCH**

**FREIHEIT**



# Kontaktadresse

- Dr. Sylvia Beisel
- Ltd. Psychologin
- Salus klinik Lindow
- Strasse nach Gühlen 10
- 16835 Lindow
- Tel. 033933/88-115
- Mail: [beisel@salus-lindow.de](mailto:beisel@salus-lindow.de)