Binge-
Eating
Störung

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Übersicht

1. **Beschreibung**
2. Ätiologie
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Literaturempfehlungen

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Geschichtliche Perspektive

- **Gelage** werden bereits in der Antike/ dem Mittelalter
- 1959: Erstmalige Beschreibung der Binge-Eating Störung durch Albert Stunkard
- 1994: Erstmals Definition als Forschungsdiagnose im **DSM-IV** (nicht näher bezeichnete Essstörungen)
- 2013: Aufnahme der BES als eigenständige Essstörung im **DSM-V**
- Aufgeführt im **ICD-10** als F50.8 (sonstige Essstörung)
- **ICD-11:** 6C02 Binge-Eating Störung

Les Romains de la décadence, Thomas Couture, (1874)

Fallbeispiel einer Patientin

Die Patientin Lena X. (16 Jahre, Hauptschülerin, Eltern getrennt, bei der Mutter lebend) erscheint zur stationären Behandlung aufgrund von Essstörungssymptomatik und komorbider depressiver Symptomatik. Im Aufnahmegespräch berichtet sie wie folgt:

Ich leide seit meiner frühen Kindheit unter meinem großen Appetit und meinem Gewicht. Schon in der Grundschule wurde ich wegen meiner Figur gemobbt und gehänselt, seit dem Übertritt in die weiterführende Schule ist es immer schlimmer geworden. Mittlerweile habe kommt es bei mir, vor allem nach der Schule, zu Essanfällen. Dabei gehe ich typischerweise zu Hause an den Kühlschrank und esse alles, was mir in die Hände kommt. Anschließend und manchmal schon währenddessen empfinde ich große Scham und Ekel gegenüber mir selbst, häufig kommt es aufgrund der Essanfälle zu heftigen Streits zwischen mir und meiner Mutter. Ich habe selbst schon versucht, mein Essen einzuschränken um mein Gewicht zu reduzieren, aber nichts hat funktioniert. Ich habe das Gefühl, dass mir mein Körper bei allem im Weg steht, mittlerweile gehe ich eigentlich kaum mehr aus dem Haus. Aus Angst, weiter abgewertet zu werden, hab ich zuletzt auch vermehrt den Schulbesuch vermieden.

Das Gewicht bei Aufnahme betrug 127 kg (BMI: 43,4 kg/m2), es bestehen mehrere körperliche Komorbiditäten unter anderem Bluthochdruck und Diabetes Typ II.

DSM-5	ICD-11	Erläuterung
A. Wiederholte Episoden von **Essanfällen**. Gekennzeichnet durch: 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 2 Stunden), wobei diese **Nahrungsmenge erheblich größer** ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2. Das Gefühl, während der Episode die **Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren** (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben	Häufige, wiederkehrende Episoden von **Essanfällen**.	Umgrenzter Zeitraum, in dem ein **subjektiver Kontrollverlust** über das Essen erlebt wird, deutlich mehr oder anders gegessen wird als gewöhnlich und man sich nicht imstande fühlt, das Essen zu beenden oder die Art der Nahrungsmittel oder die gegessene Nahrungsmenge einzuschränken.

APA/ Falkai et al. (2018); ICD-11 (WHO, 2019); Meule (2020)

DSM-5	ICD-11	Erläuterung
B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit **mindestens 3 der folgenden Symptome** auf: 1. Wesentlich schneller essen als normal 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl. 3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt. 4. Alleine essen aus Scham über die Menge, die man isst. 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen	Die Essanfälle gehen häufig mit negativen Emotionen wie Schuld oder Ekel einher.	

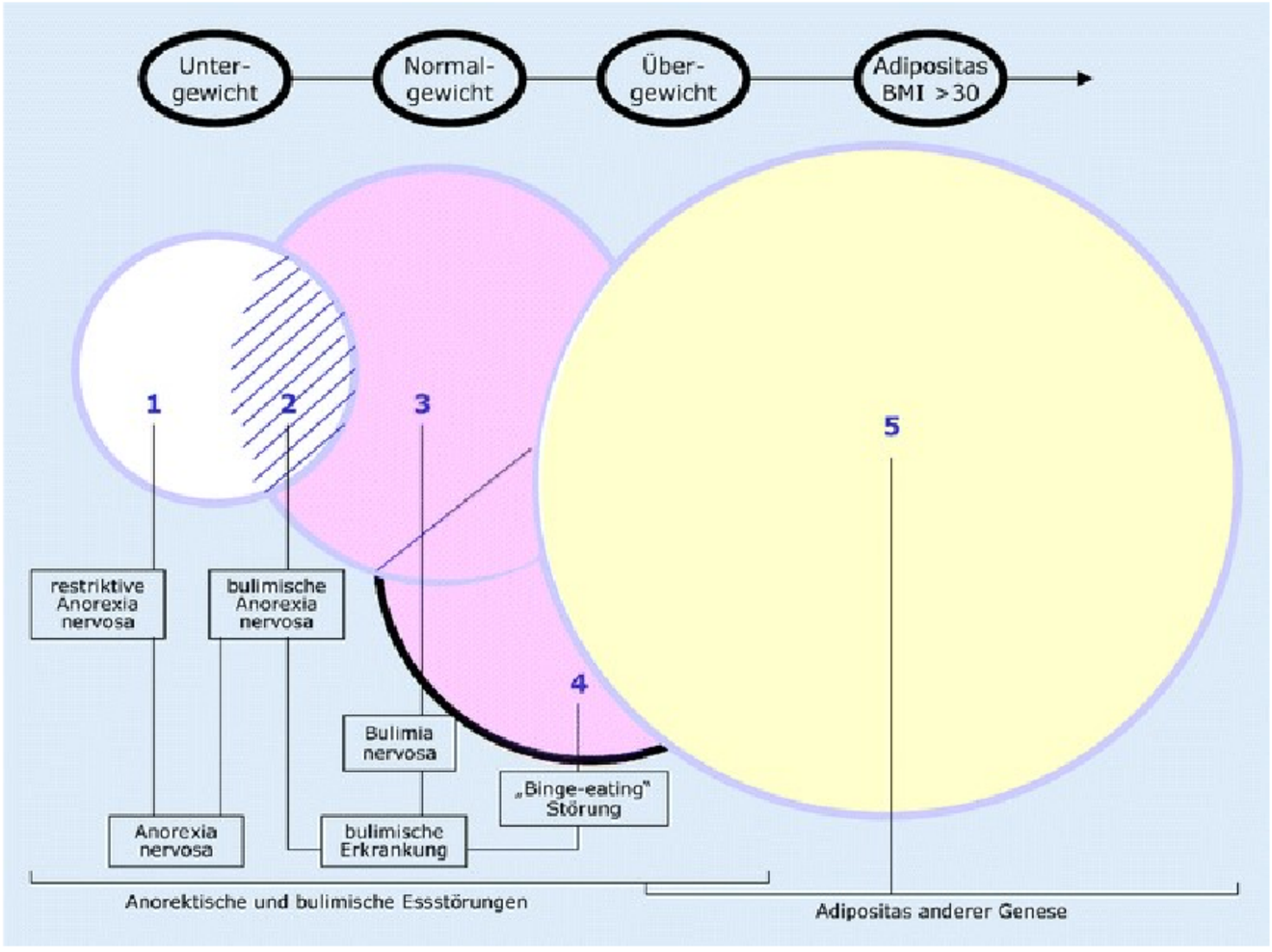
APA/ Falkai et al. (2018); ICD-11 (WHO, 2019); Meule (2020)

DSM-5	ICD-11	Erläuterung
C. Es besteht deutlicher **Leidensdruck** wegen der Essanfälle.	Die Essanfälle werden als sehr belastend erlebt.	
D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens **einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten** auf.	Essanfälle treten einmal pro Woche oder häufiger über einen Zeitraum von mehreren Monaten auf	
E. Die Essanfälle treten **nicht** gemeinsam mit wiederholten unangemessenen **kompensatorischen Maßnahmen** wie bei der BN und nicht ausschließlich im Verlauf einer BN oder AN auf.	Anders als bei BN folgen den Essanfällen keine regelmäßigen, unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern	• Kein selbstinduziertes Erbrechen • Kein Missbrauch von Laxanzien oder Klistieren • Keine anstrengende körperliche Aktivität

APA/ Falkai et al. (2018); ICD-11 (WHO, 2019); Meule (2020)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Bulimische und anorektische Essstörungen



Fichter (2008)

- Hauptunterschied zur BN: **keine** regelmäßigen gewichtskompensatorischen **entgegensteuernde Maßnahme**
- Essanfälle bei Übergewichtigen mit BES mit **600 – 3000 kcal** meist kleiner als bei BN
- **Bei BES nur in 30 – 50% vorausgehende Restriktion (Diäten),** dennoch auch hier immer wieder Episoden von Fasten und Diäten
- Ähnlich wie bei BN **Überbewertung von Gewicht und Figur,** aber kein Diagnosekriterium

DSM-Kriterien	Binge-Eating-Störung	Bulimia Nervosa
Essanfälle mit Kontrollverlust	✓	✓
Spezifische Merkmale der Essanfälle (schneller essen oder negative Gefühle nach Essanfällen)	✓	✗
Leidensdruck	✓	✗
Häufigkeit (min. 1-mal wöchentlich für min. 3 Monate)	✓	✓
Unangemessene kompensatorische Maßnahmen (min. 1-mal wöchentlich für min. 3 Monate)	✗	✓
Körperbildprobleme	✗	✓

SCHÖN KLINIK
Roseneck

BES und Adipositas

- **Adipositas:** Übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper unabhängig von der Ätiologie → keine psychische Störung
- BES häufigste Essstörung bei adipösen Patienten
- Überbewertung von Körper/ Gewicht bei adipösen Patienten mit BES i.d.R. deutlicher als bei adipösen Patienten ohne BES
- Deutlich höhere Komorbidität psychischer Erkrankungen bei Patienten mit BES (und zusätzlicher Adipositas)
- Eine Rückgang der Essattacken führt nicht automatisch zur Gewichtsreduktion!

KLASSIFIKATION	BMI (kg/m2)
Normalgewicht	18,00 - 24,99
Übergewicht (Präadipositas)	25,00 - 29,99
Adipositas (Fettleibigkeit) Grad I	30,00 - 34,99
Adipositas (Fettleibigkeit) Grad II	35,00 - 39,99
Adipositas (Fettleibigkeit) Grad III	≥ 40,00

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Epidemiologie, Verlauf, Prognose

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge-Eating-Störung
Prävalenz	Punktprävalenz von 0,7% für Frauen im Risikoalter 15-35 Jahre	Punktprävalenz von 1 - 3% für Frauen im Risikoalter 15-35 Jahre	1,9% Lebenszeitprävalenz (Jahresprävalenz 0,1%)
W:M	9:1	9:1	3:2
Beginn	ca. 14 – 18 Jahre	ca. 18 – 19 Jahre	Ca. 20 – 30 Jahre
Verlauf und Prognose	Variabel; Mortalität: 5 – 16%	Besteht meist mehrere Jahre; intermittierender oder chronischer Verlauf; Mortalität kaum erhöht	50% Remission im ersten Jahr, 67% Remission nach 12J., 10 – 20% chronisch; Mortalität kaum erhöht

Fichter (2015); Hilbert & Tuschen-Caffier (2010); Jacobi et al. (2014; 2016); Kessler et al. (2013);

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Komorbidität

- Rund **80%** der Patienten mit BES leiden zusätzlich zur BES komorbid an anderen psychischen Problemen/ Störungen
- Depression ca. 30-50%
- Angststörungen ca. 20%
- Substanzmissbrauch/ - abhängigkeit ca. 10%
- Adipositas bis zu 40%
- Häufig komorbide körperliche Erkrankungen im Zusammenhang mit Übergewicht (z.B. Magengeschwüre, Bluthochdruck)

Keski-Rahkonen & Mustelin (2016); Kessler et al. (2013)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

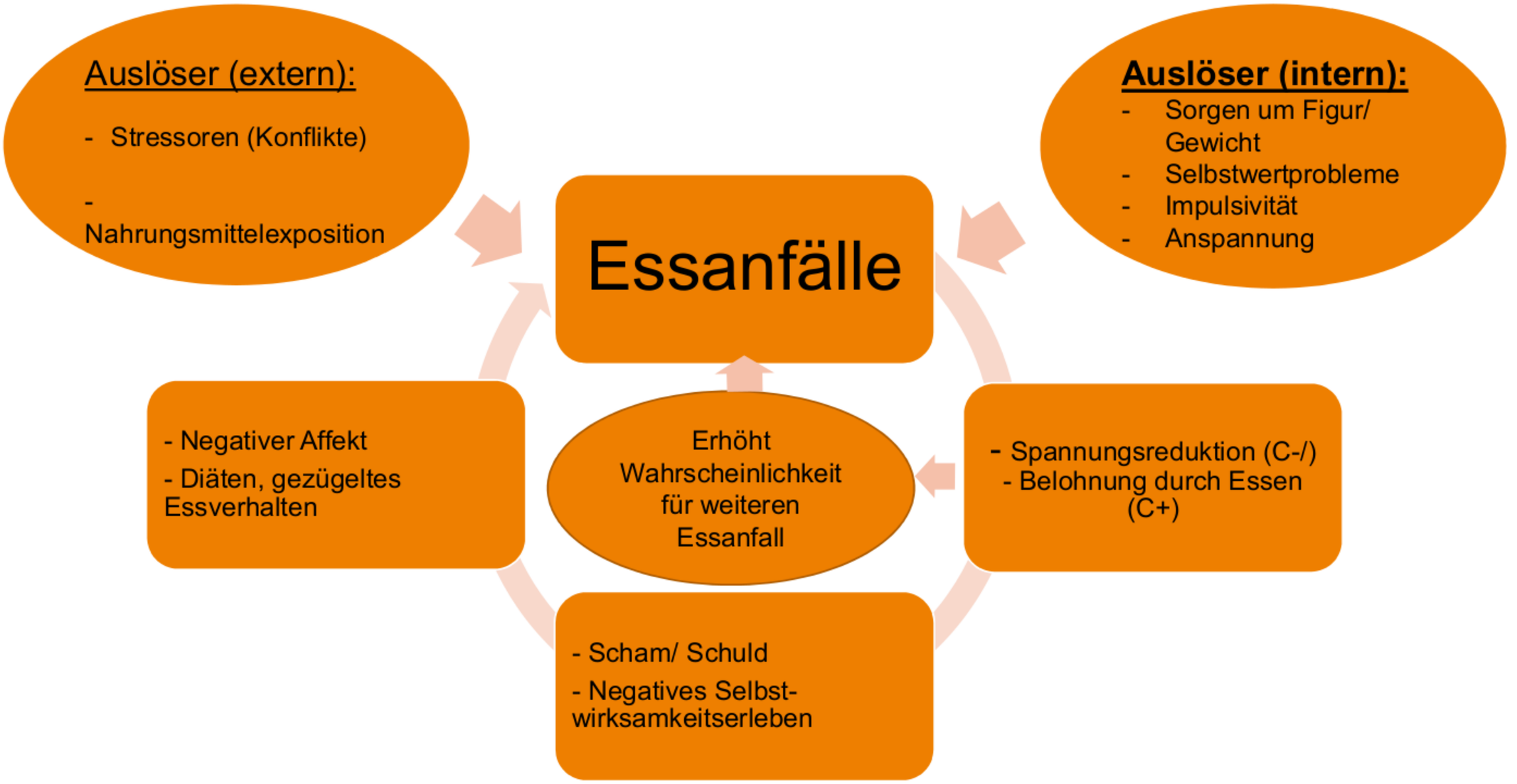
Übersicht

1. Beschreibung
2. **Ätiologie**
3. Diagnostik
4. Therapie
5. Literaturempfehlungen

INDIVIDUELLE FAKTOREN			UMWELTFAKTOREN
	PRÄDISPONIERENDE FAKTOREN:		
	– **Genetische Faktoren** – **Adipositas im Kindes- und Jugendalter** – **Probleme im Bereich exekutiver Funktionen (z.B. Impulsivität)**	– **Elterliches Übergewicht** – **Elterliche bzw. familiäre Essprobleme** – **Restriktiver Erziehungsstil bzgl. Ernährung** – **Sexueller und körperlicher Missbrauch**	
	AUSLÖSENDE FAKTOREN:		
	– **Sorgen um Figur und Gewicht** – **Selbstwertprobleme** – **Perfektionismus**	– **Belastungen, z.B. kritische Lebensereignisse wie Trennungen, negative Kommentare in Bezug auf Figur und Gewicht**	
	AUFRECHTERHALTENDE FAKTOREN:		
	– **Probleme im Bereich exekutiver Funktionen (z.B. Impulsivität)** – **Negative Affekte und Dysregulation negativer Affekte** – **Sorgen um Gewicht und Figur** – **Selektiv-negative Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse** – **Selbstwertprobleme** – **Diäthalten, gezügelter Essstil**	– **Belastungen, z.B. interpersonelle Konflikte, Exposition gegenüber Figur und Gewicht** – **Exposition gegenüber Nahrungsmitteln**	

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Arbeitsmodell für die Aufrechterhaltung der BES



Tuschen – Caffier & Hilbert (2016)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Arbeitsmodell für die Aufrechterhaltung der BES

Auslöser (extern):
- Mobbing wegen Gewicht in der Schule
- Hunger + voller Kühlschrank zu Hause

Auslöser (intern):
- **Selbstabwertung**
- **Anspannung**
- **Traurigkeit/ Angst**

Essanfälle

- Negativer Affekt
- Vorsatz „ab jetzt Diät zu halten“
- Erhöhte Grundanspannung

Erhöht Wahrscheinlichkeit für weiteren Essanfall

- Spannungsreduktion (C-/)
- Belohnung durch Essen (C+)

- Scham
- Angst („Wie erkläre ich meiner Mutter, dass so viele Lebensmittel im Kühlschrank fehlen?“)
- Enttäuschung („ich habe es nicht geschafft, mich zu züglen“)

Tuschen – Caffier & Hilbert (2016)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Übersicht

1. Beschreibung
2. Ätiologie
3. **Diagnostik**
4. Therapie
5. Literaturempfehlungen

SCHÖN KLINIK Roseneck

Diagnostische Ziele/ Instrumente und Ablauf der diagnostischen Erhebung

Diagnostisches Ziel	Instrument
Allgemeine Orientierung/ Überblick	Erstgespräch/ Exploration
Diagnostische Abklärung der BES/ komorbider Störungen	Interviews (SKID bzw. DIPS; EDE) & Selbstbericht (EDE-Q, BDI-II, BSI)
Anamnese und Krankengeschichte	Biographiearbeit
Identifikation relevanter Auslösefaktoren/ verbesserte Introspektion	Führen von Tagebüchern/ Essprotokollen
Problem- und Verhaltensanalyse, kognitive Vorbereitung	SRC-Modell, Vermittlung eines plausiblen Erklärungs- und Änderungsmodells

Nach Tuschen–Caffier & Hilbert (2016)

Zentral: Diagnostik wiederholter Episoden von Essanfällen

- Essanfall an sich
  - Objektiv große Menge
  - Subjektiver Kontrollverlust?
- Assoziierte Merkmale
  - Schneller gegessen?
  - Aversives Völlegefühl?
  - Essen ohne Hunger?
  - Alleine Essen aus Scham?
  - Ekel, Deprimiertheit, Schuldgefühle nach dem Essen?
- Leidensdruck ?
- Häufigkeit (min. ein Essanfall pro Woche/ über 3 Monate)
- Keine regelmäßige Kompensation (Abgrenzung zur BN)

Fallbeispiel: Ein Essanfall von Lena X.

„Meistens hatte ich die Essanfälle direkt nach der Schule. Als ich nach Hause kam war ich typischerweise sehr gestresst, hungrig und erschöpft und bin direkt von der Haustür in die Küche und an den Kühlschrank gegangen. Meine Mama war um diese Zeit meist noch arbeiten und ich war alleine zu Hause.“

„Ich habe dann direkt aus dem Kühlschrank, eigentlich alles gegessen, was mir in die Hände kam. Anfangs hatte ich dabei schon noch Hunger, aber irgendwann habe ich die Sachen einfach nur noch in mich reingestopft. Häufig hatte ich auch schon Bauchschmerzen aber ich habe immer weiter gegessen, es war als könnte ich nicht aufhören, fast wie ein Zwang war das! Im ersten Moment habe ich mich dann auch meistens gut gefühlt, aber dann kam schon die Angst, wie ich meiner Mutter erklären soll, warum so viele Lebensmittel fehlen. Außerdem habe ich mich sehr häufig vor mir selbst geekelt und mich geschämt.“

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Abklärung assoziierter Probleme

- **Körperbildprobleme**
- Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Figur?
- Wie fühlen Sie sich, wenn sie sich im Spiegel sehen?
- Vermeiden sie Aktivitäten, bei denen andere ihre Figur sehen können (Schwimmen, Sport, etc.)?
- Wie wichtig ist ihr Körpergewicht für Sie, um sich als Mensch wertvoll zu fühlen?
- …..

Nach Tuschen–Caffier & Hilbert (2016)

Abklärung assoziierter Probleme

- **Selbstregulationsprobleme:**
- Kommt es vor, dass sie spontan etwas tun, worüber Sie sich im Nachhinein ärgern oder was sie vielleicht bereuen? (riskantes Fahren, größere Geldausgaben, sexuelle Kontakte mit wechselnden Personen?)
- Verlieren Sie manchmal – neben dem Problem mit dem Essen – die Kontrolle über ihr Verhalten, z.B. indem sie exzessiv Alkohol trinken?
- ….

- **Emotionsregulationsprobleme:**
- Kommt es vor, dass Sie relativ schnell intensive Gefühle, wie z.B. Wut entwickeln?
- Fällt es Ihnen schwer, sich zu beruhigen?
- Wie gehen sie mit intensiven Gefühlen typischerweise um?
- …

→ Spezifische Abklärung möglicher assoziierter Probleme wichtig für die Therapieplanung/ Interventionsauswahl!

Nach Tuschen–Caffier & Hilbert (2016)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Übersicht

1. Beschreibung
2. Ätiologie
3. Diagnostik
4. **Therapie**
5. Literaturempfehlungen

Empfehlungen zur Behandlung der BES:

- Psychotherapie gilt als **erste Wahl** zur Behandlung der BES
- Die **KVT** verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege für erwachsene PatientInnen und soll diesen daher als Therapie angeboten werden (A)
- Daneben begrenzte Evidenz für **tiefenpsychologisch fundierte** Psychotherapie (O)
- Wirksamkeitsbelege für **manualisierte Selbsthilfe** (mit KVT Elementen) → Sollte PatientInnen empfohlen werden (B)
- Belege für die Wirksamkeit medikamentöser Behandlung (SSRI bzw. SSNI), jedoch ist aktuell kein Medikament für die Behandlung von BES zugelassen → Medikamente können jedoch eingesetzt werden (Off-Label-Use) wenn Psychotherapie nicht möglich ist (B)

S3-Leitlinien Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (2018)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Therapieziele

- **Behandlung der Symptome**
- Essanfälle
- Essstörungsspezifische Psychopathologie
- **Behandlung weiterer psychischer Beschwerden**
- z.B. Selbstwert- und Schamproblematik
- Affektregulation
- **Behandlung komorbider psychischer Störungen**
- z.B. Depression/ soziale Ängste
- **Prävention bzw. Rückfallprophylaxe**

➢ **Wichtig: Das Behandlungsanliegen vieler Patienten zielt auf eine <u>Gewichtsreduktion</u> ab!**

S3-Leitlinien Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (2018)

- **Modul zur Therapie des Essverhaltens**
- Systematische Selbstbeobachtung des Essverhaltens und Analyse der Funktionalität
- Verhaltensbezogene Maßnahmen zur Regulation des Essverhaltens (u.a. bezüglich Mahlzeitenstruktur und Nahrungszusammensetzung)
- Identifikation dysfunktionaler Kognitionen bezüglich Essen und Ernährung
- Aufbau eines regelmäßigen Bewegungsverhaltens

- **Modul zur Therapie der Körperbildstörungen**
- Interventionen bezüglich negativer Annahmen und Gefühle gegenüber der Figur/ dem Gewicht (z.B. durch Körperexpositionen/ kognitive Interventionen)

- **Modul zur Therapie dysfunktionaler Stressreaktionen**
- Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung (Nahrungsmittel, spezifische Stressoren)
- Kognitive Interventionen und Fertigkeitentrainings (Emotionsregulation, Kommunikation, Problemlösen)

Nach Tuschen–Caffier & Hilbert (2016)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

… und das Gewicht?

Einerseits ist der Gedanke Gewicht zu reduzieren bei einer BES mit Adipositas zunächst angemessen

Gleichzeitig ist der Gedanke häufig ein überwertiges Anliegen der Patienten mit BES

(„erst wenn ich 40 kg leichter bin, beginnt mein Leben“)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

… und das Gewicht?

Gewichtsabnahme und –kontrolle bei BES:

- Konservative Gewichtsreduktionsprogramme → Prävalenz der BES zwischen 20 bis 30 %
- Ziel → Änderung des Lebensstils in den Bereichen Ernährung und Bewegung (Bsp.: 3 Mahlzeitenstruktur, Reduktion der Kohlenhydrat- und Fettzufuhr, Aufbau regelmäßiger körperlicher Aktivität)
- Empfehlung eines Energiedefizits von mindestens 500 kcal/d → Erwartbarer Gewichtsverlust von ca. 0,5 kg/ Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten
- Schon vor Behandlungsbeginn: Erarbeitung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren von Übergewicht
- **Konsekutives Vorgehen** → Erst BES-Therapie, dann ggfs. Gewichtsreduktionsprogramm (Simultanes Vorgehen nur, wenn Essanfälle nicht durch Restriktion getriggert werden)
- Keine Evidenz, dass eine Besserung psychischer Symptome wie auch der Essstörungssymptomatik mit einer alleinigen Gewichtsabnahme einhergeht

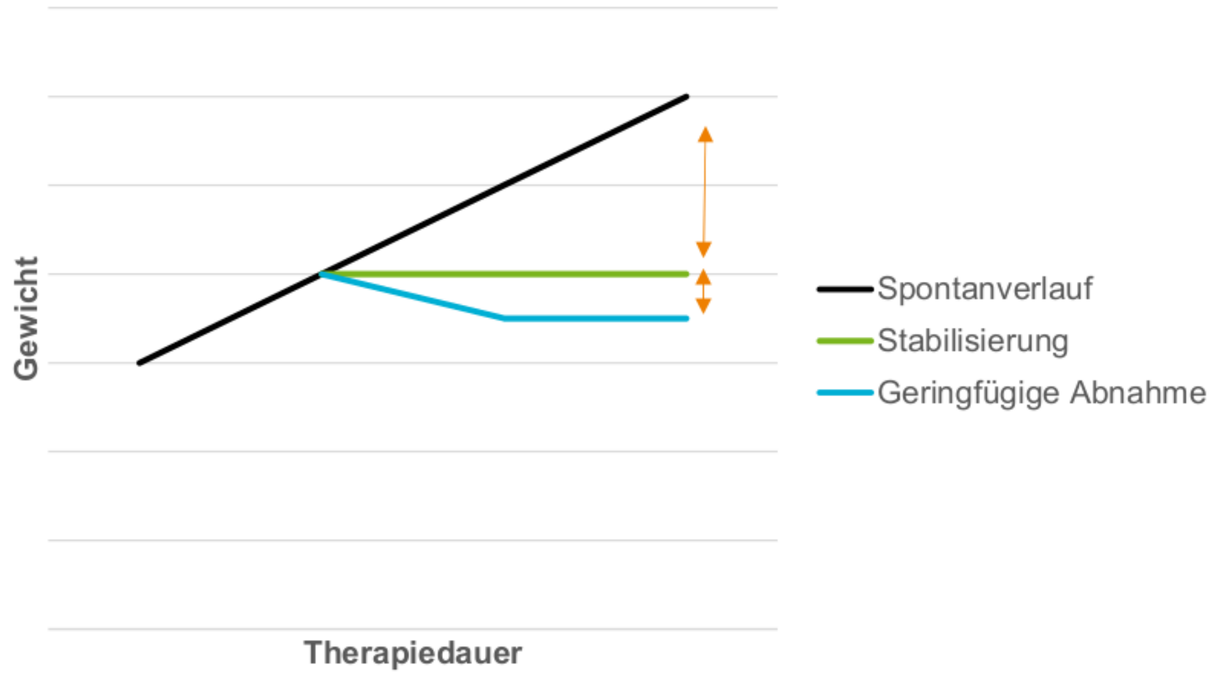
Brownley et al. (2016); de Zwaan (2002); S3-Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas (2014); Treasure et al. (2010); Vocks et al. (2010)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

… und das Gewicht?

- Auch **moderate Gewichtabnahme** als Ziel und Erfolg (z.B. 0,5 kg/ Woche)
- Fokus der Behandlung auf erfolgreiche und langfristige **Gewichtsstabilisierung**
- Fokussierung **kognitiver Faktoren** , v.a. Verbesserung des Selbstwertgefühls
- Training **flexibler Kontrolle** anstatt rigidem Essverhalten

Bewertung des langfristigen Therapieerfolgs im Vergleich zum Spontanverlauf (nach Rössner 1992)



Ellrot & Pudel (1996); Fairburn & Cooper (1996), Rössner (1992)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Einbezug des Umfelds

Vorbildfunktion reflektieren

- Überprüfen eigener Einstellungen
- Ungesundes Diätverhalten/ Selbstabwertung abbauen

Verhaltenstraining mit den Eltern

- Wie verhalte ich mich bei Essanfällen?
- Unterstützung bei der Mahlzeitenstruktur
- Stimuluskontrolle

Psychoedukation der Familie

- Verständnis über auslösende/ aufrechterhaltende Faktoren aufbauen
- Warum sind Kontrolle/ Druck kontraproduktiv?

Stärkung familiärer Ressourcen

- Gemeinsame Mahlzeiten ohne Druck
- Emotionale Unterstützung
- Förderung alternativer Selbstwertquellen

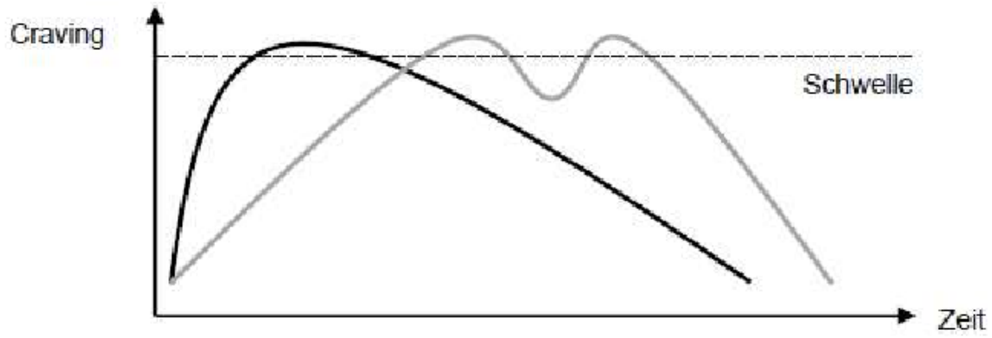
Förderung wertschätzender Kommunikation

- Wertfreies Sprechen über Figur/ Essen/ Gewicht
- Offene, unterstützende Kommunikation anstatt Kontrolle/ Vorwürfe

- Lena X gelang es durch den Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur **ihr Essverhalten zu Normalisieren** und **eine Abstinenz von Essanfällen** zu erreichen. Durch den simultanen Aufbau von **regelmäßiger Bewegung** im Alltag konnte sie insgesamt 12 Kg Gewicht reduzieren.
- Anhand der Durchführung von konkreten Verhaltensexperimenten sowie der aktiven **positiven Auseinandersetzung** mit dem eigenen Körper konnte sie zunehmend mehr **Körperakzeptanz** aufbauen und die Überwertigkeit von Figur und Gewicht relativieren.
- Simultan mit dem Abbau des symptombezogenen Vermeindungsverhaltens konnte die Patientin gezielt positive Aktivitäten aufbauen und in ihren Alltag integrieren, wodurch es zu einer anhaltenden **Stabilisierung von Stimmung und Antrieb** kam.
- Durch die multimethodale Förderung der **Emotionswahrnehmung und –Regulation** gelang es der Patientin schrittweise mehr assertives Verhalten aufzubauen und sich bedürfnisorientierter zu verhalten. Durch die gleichzeitige Aktive Förderung eines positiveren Umgangs mit der eigenen Person kam es zu einer deutlichen Verbesserung des **Selbstwerts** und des **Selbstwirksamkeitserleben.**
- Abschließend wurde mit Lena X. der **Transfer in den Alltag** geplant und schwierige Situationen und deren Bewältigung im Rahmen der **Rückfallprophylaxe** erarbeitet.

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Umgang mit Craving



Anstieg des Cravings (Stimuluskontrolle)	Vor dem Essanfall (Reaktionskontrolle)	Während dem Essanfall (Reaktionskontrolle)
- Mahlzeitenplan erstellen und einhalten - Achtsam Essen (z.B. nicht vor dem Fernseher - Nur mit vollem Magen einkaufen - Mit Einkaufsliste einkaufen - Nahrungsmittel, welche typischerweise bei einem Essanfall gegessen werden nur in kleinen Mengen vorrätig haben - Gesunde, kalorienarme Snacks in Reichweite haben - Für kritische Zeitpunkte am Tag positive oder ablenkende Aktivitäten	- Laut bis 100 zählen - So lange wie möglich hinauszögern - Situation verlassen/ sich ablenken - Bewegungsskills/ Hochanspannungsskills - Telefonat führen	- Mit Besteck essen - Zu Beginn des Essanfalls Wecker auf 2 Minuten stellen und erneut versuchen Strategien anzuwenden - Sitzgelegenheit verändern (Gymnastikball statt Couch)

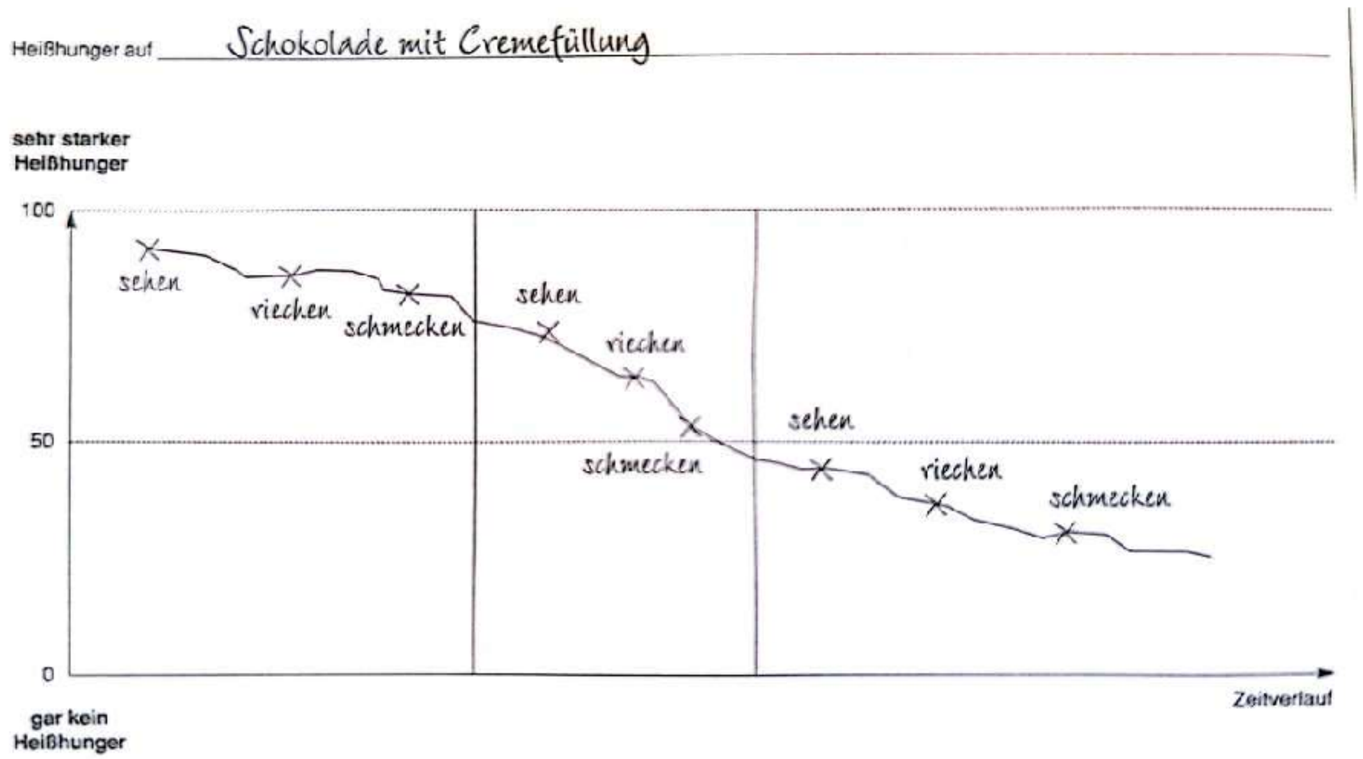
SCHÖN KLINIK
Roseneck

Nahrungskonfrontation

- Nahrungskonfrontation mit Reaktionsverhinderung → Ziel: Heißhungergefühl „kennenlernen“ und aushalten/ Förderung von Selbstkontrolle
- Vorbereitung:
    - Patient über Sinn der Übung aufklären
    - Nicht Durchführen wenn Patient „tatsächlich“ Hunger hat
    - Aufklären, dass Patient Lebensmittel in der Übung nicht essen soll
- Durchführung:
    - Pat. bringt „schwierige“ Lebensmittel in die Sitzung mit
    - Auswählen des Lebensmittels, das am ehesten Heißhunger erzeugt
    - Graduelles Vorgehen: Sehen, Riechen, Schmecken
    - Einschätzung des Heißhungergefühls nach jedem Durchgang (0 = kein Heißhunger; 100 = sehr starker Heißhunger)
    - Durchführung der Übung bis Heißhunger bei 30

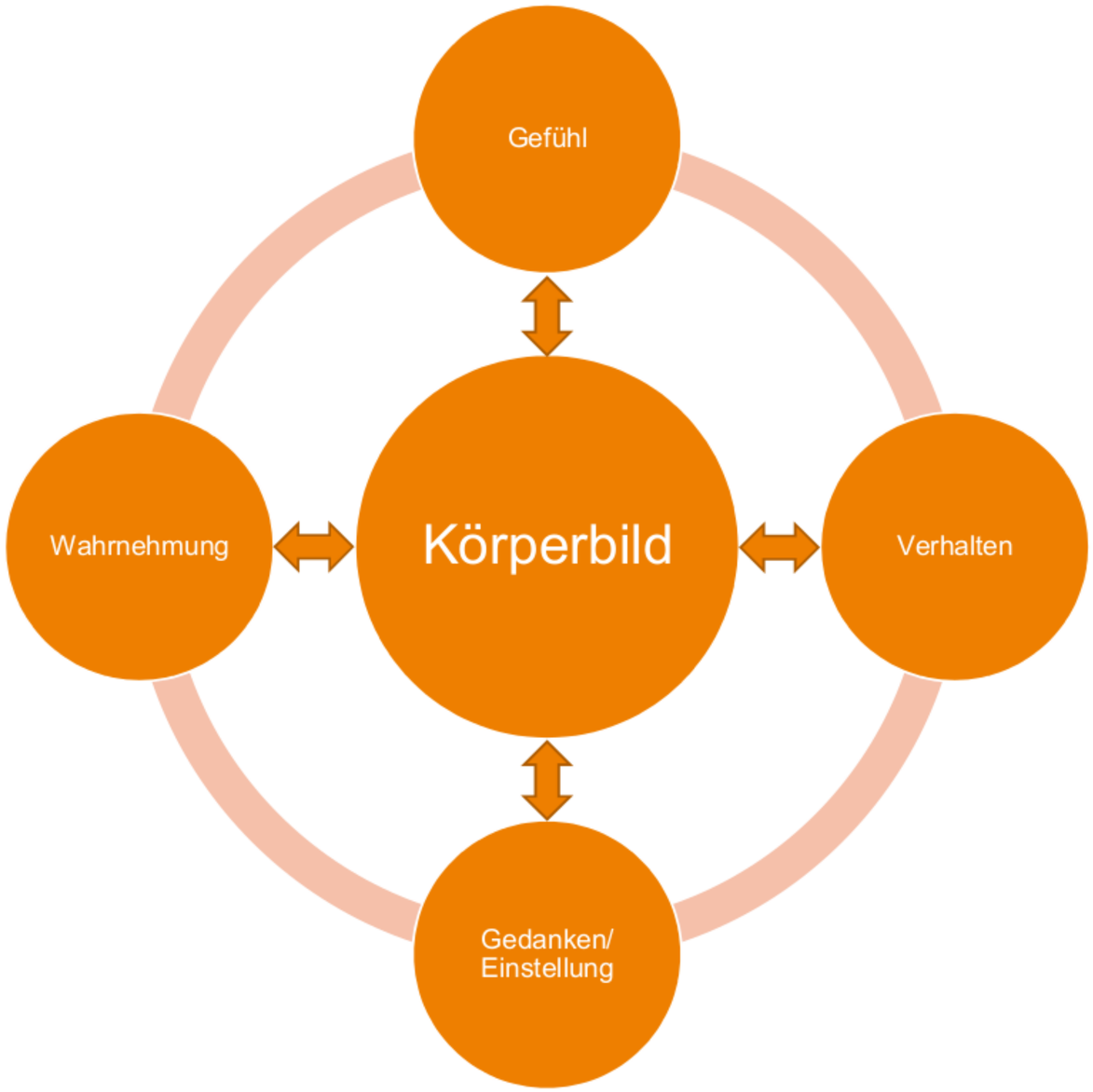
SCHÖN KLINIK
Roseneck

Nahrungskonfrontation



SCHÖN KLINIK
Roseneck

Körperbildtherapie



Entwicklung der Einstellungen zum eigenen Körper

frühe Kindheit bis zum Alter von 7 Jahren:

ab dem Alter von 8 Jahren bis zum Eintreten der Pubertät (ca. 12 bis 13 Jahre):

in der Pubertät:

nach der Pubertät bzw. im Erwachsenenalter / heute:

Spiegelexposition

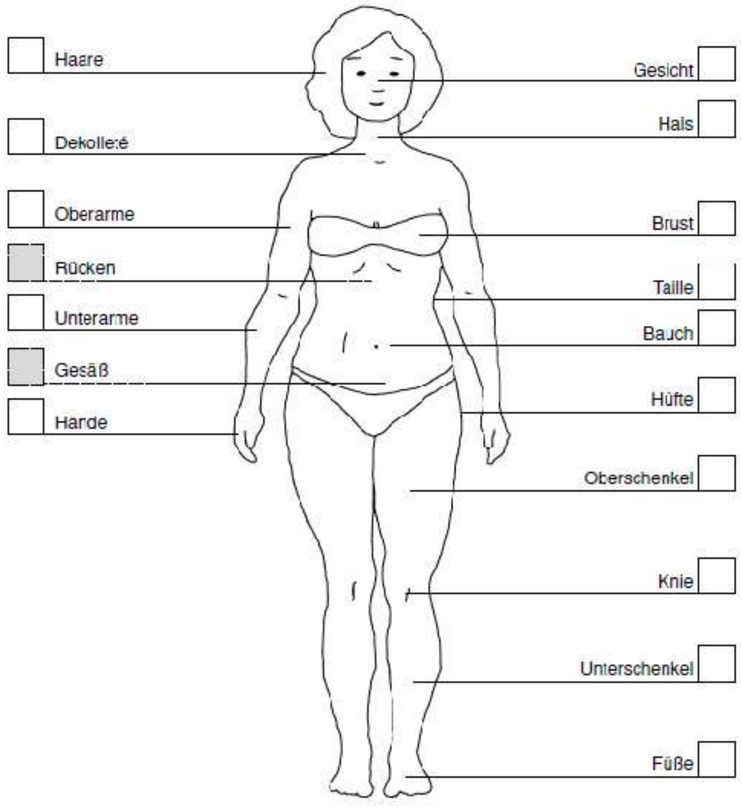
- Konfrontation des Patienten mit dem körperlichen Erscheinungsbild → Ziel: Habituation körperbezogener Ängste
- Vorgehen:
    - Kognitive Vorbereitung zu Ziel/ Ablauf/ Wirksamkeit der Übung
    - Graduiertes Vorgehen (Alltagskleidung – Figurbetonte Kleidung – Gymnastikanzug/ Badeanzug)
    - Objektives und möglichst neutrales Beschreiben anstatt subjektives Bewerten
    - Regelmäßig Angst und Anspannung abfragen
    - Ggfs. Korrekturen von verzerrten Wahrnehmungen durch den Therapeuten

Spiegelexposition

Arbeitsblatt 15: Bewertung einzelner Körperteile

Bitte tragen Sie in die Kästchen ein, wie Sie die einzelnen Körperteile bewerten. Verwenden Sie hierbei die folgende Skala:

−2 . . . . . 1 . . . . . 0 . . . . . +1 . . . . . +2
sehr negativ negativ neutral positiv sehr positiv



Aus Vocks & Legenbauer: Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. © 2010 Hogrefe, Göttingen

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Mögliche Instruktion für eine Spiegelübung

1. Nehmen Sie sich genug Zeit für die Übung
2. Führen Sie die Übung in einem Raum durch, in dem sie ungestört sind
3. Tragen sie am besten einen Bikini oder führen sie die Übung, wenn sie wollen nackt durch. Sollte dies anfangs zu schwierig sein, können sie die Konfrontation auch in eng anliegender Kleidung durchführen
4. Erstellen sie eine Rangreihe ihrer Körperteil dahingehend wie sehr diese ihnen gefallen
5. Beginnen sie mit dem Körperteil, der Ihnen am besten gefällt und arbeiten Sie sich dann hoch zu den Bereichen, bei denen Ihnen die Konfrontation schwerer fällt
6. Betrachten sie die einzelnen Körperzeile ganz intensiv im Spiegel und schreiben sie genau (laut oder im Geiste), was Sie sehen
7. Schauen Sie nicht von ihrem Körper weg und lenken Sie sich nicht ab
8. Beenden Sie die Übung erst, wenn sie einen deutlichen Rückgang der Gefühle verspüren
9. Führen Sie diese Übung mindestens einmal täglich durch
10. Belohnen Sie sich mit etwas Schönem, wenn Sie die Übung durchgeführt haben

Vocks & Legenbauer (2010)

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Probleme bei der Therapie von BED

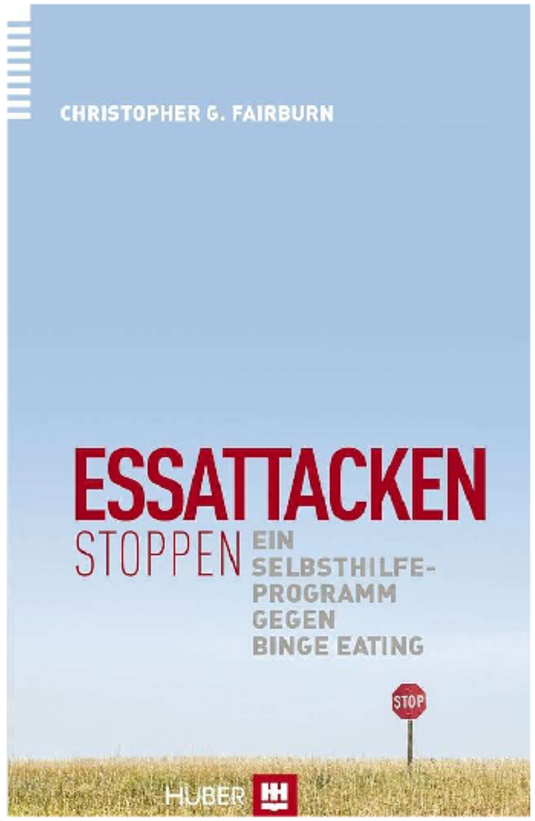
- Der Patient hält Diät/ weigert sich regelmäßig die „Richtmenge“ zu Essen
- Die Essanfälle des Patienten nehmen nicht ab
- Der Patient nimmt weiterhin an Gewicht zu
- Der Patient hält weiterhin an dem Gedanken fest „nur durch drastische Gewichtsabnahme, glücklich zu werden“
- …

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Literaturempfehlungen

SCHÖN KLINIK
Roseneck

Literaturempfehlungen



SCHÖN KLINIK
Roseneck

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!