

Kognitive Verhaltenstherapie bei Bulimia nervosa



Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa

Corinna Terpitz

Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin, Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern

Zusammenfassung: Die kognitive Verhaltenstherapie für Essstörungen ist eine evidenzbasierte wirksame Methode zur Behandlung der Bulimia nervosa. Sie basiert auf einem multifaktoriellen und lerntheoretischen Störungsmodell, in dem Ursachen, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen berücksichtigt und in einer Verhaltensanalyse zusammengefasst werden. Im Therapieprozess kommen symptomorientierte Standardverfahren zum Einsatz. Es werden Fertigkeiten wie Emotionsregulation, interpersonelle Kompetenz und kognitive Techniken vermittelt. Einen besonderen Stellenwert haben dabei der niedrige Selbstwert und die Körperunzufriedenheit. Schliesslich wird mit den Betroffenen unter Einbezug von individuellen Bedürfnissen an persönlichen Zielen gearbeitet.

Schlüsselwörter: Bulimia nervosa, kognitive Verhaltenstherapie, Störungsmodell

Abstract: Cognitive behavioural therapy for eating disorders is an evidence-based effective method for the treatment of bulimia nervosa. It is based on a multifactorial and behavioral disorder model in which causes, triggering and maintaining conditions are considered and summarized in a behavioral analysis. Symptom-oriented standard procedures are used in the therapy process. Skills such as emotion regulation, interpersonal competence and cognitive techniques are taught. The low self-esteem and body dissatisfaction are of particular importance. Finally, personal goals are worked on with the patient, taking into account individual needs.

Keywords: Bulimia nervosa, cognitive behaviour therapy, disorder model

Résumé: La thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles de l'alimentation est une méthode efficace fondée sur des données probantes pour le traitement de la boulimie mentale. Il est basé sur un modèle multifactoriel et théorique des troubles d'apprentissage dans lequel les causes, le déclenchement et le maintien des conditions sont considérés et résumés dans une analyse comportementale. Des procédures standard axées sur les symptômes sont utilisées dans le processus thérapeutique. Des compétences telles que la régulation des émotions, la compétence interpersonnelle et les techniques cognitives sont enseignées. La faible estime de soi et l'insatisfaction corporelle sont particulièrement importantes. Enfin, des objectifs personnels sont élaborés avec les personnes concernées, en tenant compte des besoins individuels.

Mots-clés : Boulimie nerveuse, thérapie cognitivo-comportementale, modèle de troubles

In der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) wird die Überbewertung von Figur und Gewicht für den Selbstwert als wichtiger Faktor in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa (BN) verstanden (Abb. 1) [1]. Patientinnen und Patienten berichten beispielsweise, dass sie sich während der Adoleszenz im Vergleich mit anderen oder von anderen auf Grund ihres Aussehens und des Gewichts abgewertet oder ausgeschlossen gefühlt haben. Sie unternehmen grosse Anstrengungen, ihr Gewicht zu senken und möglichst niedrig zu halten, indem sie restriktiv essen und dabei viel Sport treiben. In der Folge treten auf Grund der Unterversorgung Essanfälle auf, die durch Erbrechen, Sport und restriktives Essverhalten kompensiert werden. Durch die Essanfälle wird die Angst vor einer Gewichtszunahme und vor einem Kontrollverlust beim Essen grösser. Die Betroffenen erleben ausserdem eine Zunahme von dysfunktio-

onalen Kognitionen in Bezug auf ihr Essverhalten, ihr Gewicht und ihren Körper. Es entsteht das typische Mindset einer Essstörung mit hohen Anteilen an essstörungsbezogenen Gedanken. Alltägliche Entscheidungen und soziale Aktivitäten werden der BN zunehmend untergeordnet. Der Selbstwert wird immer mehr von Figur und Gewicht sowie der Fähigkeit zur Restriktion abhängig gemacht. Es läuft ein Teufelskreis aus Restriktion, Essanfällen, Angst vor Gewichtszunahme und niedrigem Selbstwert ab. Im Verlauf kann die Bulimie auch die Funktion einnehmen, negative Emotionen zu vermeiden und Anspannung abzubauen, oder Konflikten im sozialen Umfeld aus dem Weg zu gehen.

Im Artikel verwendete Abkürzungen

BN Bulimia nervosa
CBT Kognitive Verhaltenstherapie

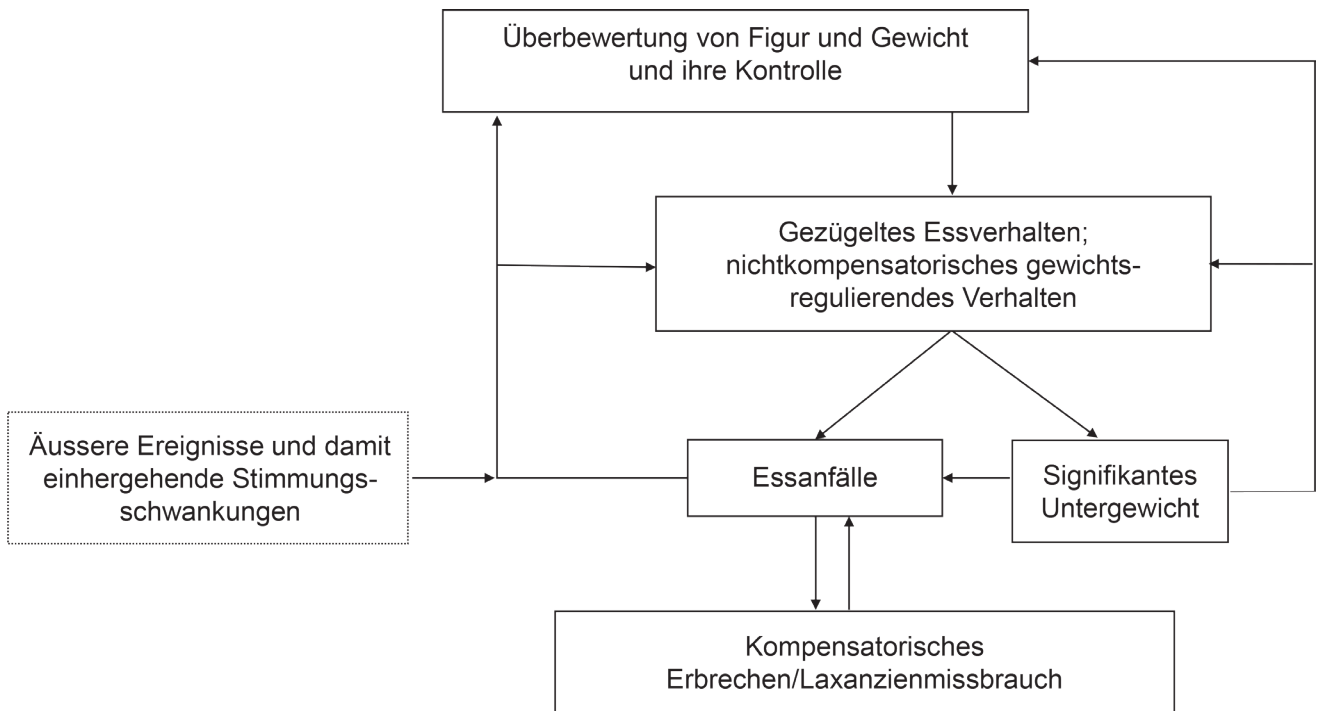


Abbildung 1. Das transdiagnostische kognitiv-behaviorale Modell (nach Fairburn CG: Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Mit freundlicher Genehmigung von Schattauer © J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart).

Anstatt im beruflichen oder sozialen Kontext Bedürfnisse zu äussern und damit längerfristig Stress zu reduzieren, erfolgt die kurzfristige Stressregulation durch Essanfälle.

Zu Beginn einer CBT werden mit den Betroffenen entsprechend diesem Verständnis ein Krankheitsmodell und eine individuelle Verhaltensanalyse erstellt. Anhand der Verhaltensanalyse wird bestimmt, welche symptomorientierten Interventionen erfolgen und welche Fertigkeiten und Kompetenzen aufgebaut werden müssen.

In der erweiterten kognitiven Verhaltenstherapie (CBT-E) von Fairburn [1], dem Behandlungsmanual für kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie von Legenbauer und Vocks [2], wie auch im Manual «Teufelskreis Bulimie» von Tuschen-Caffier [3] wird nach einer motivationalen Phase an der Kernsymptomatik des Essverhaltens, des Körperbilds und der Körperzufriedenheit gearbeitet. Im Verlauf folgen dann die Vermittlung von Fertigkeiten und Kompetenzen sowie die Arbeit am Selbstwert. Darüber hinaus können persönliche Muster und Ziele, Beziehungen, Komorbiditäten und Persönlichkeitsaspekte sowie die Funktion der Essstörung in Bezug auf die Lebenssituation berücksichtigt werden (Abb. 2).

Motivationale Phase

Die Gesprächsführung ist darauf ausgerichtet, Betroffene selbst die Nachteile der Essstörung und die Vorteile einer Veränderung benennen zu lassen. In der Beziehungsgestaltung sollte berücksichtigt werden, dass die Bulimie eine «heimliche» Erkrankung darstellt, die mit erheblichen Schamgefühlen verbunden ist. Der Mut, über Ess-

anfälle und Erbrechen zu sprechen, sollte entsprechend validiert werden. Durch Vorwegnahme der typischen Abläufe bei Bulimie kann der Therapeut oder die Therapeutin die Symptomatik normalisieren und damit Schamgefühle abbauen. Im Laufe der Behandlung wird die Betroffene in ihrer Selbstverantwortung gestärkt [3].

Bereits im Erstgespräch und zu Beginn der Therapie wird ein Krankheitsmodell erarbeitet. Dabei kommen Psychoedukation und Ratgeber wie «Die Bulimie besiegen» von Schmidt und Treasure [4] oder «Hilferuf Essstörung» von Leibl, Wach und Voderholzer [5] zum Einsatz. Als grösste Hürde zeigt sich hier die oft tief verwurzelte Angst vor einer Gewichtszunahme bei normalem Essverhalten. Patientinnen und Patienten kommen mit der Vorstellung in die Therapie, dass die Essanfälle ein persönliches Versagen bedeuten und der oder die Behandelnde Unterstützung bietet, die Essanfälle mit mehr Selbstkontrolle zu unterbinden. Mitunter erwarten sie von sich selbst, die Essanfälle von heute auf morgen abstellen zu können. Mit grosser Wahrscheinlichkeit kommt es zum erneuten Misserfolg, weil die Selbstkontrolle auf Dauer nicht durchzuhalten ist. Die Behandelnden müssen darauf achten, dass die Betroffenen sich nicht selbst überfordern, sondern Ziele formulieren, die in kleinen Schritten im Alltag erprobt und integriert werden.

Symptomorientierte Therapie

Essverhalten

Hilfreich ist die Selbstbeobachtung anhand von Essprotokollen, sodass die Restriktion als Auslöser für Essanfälle

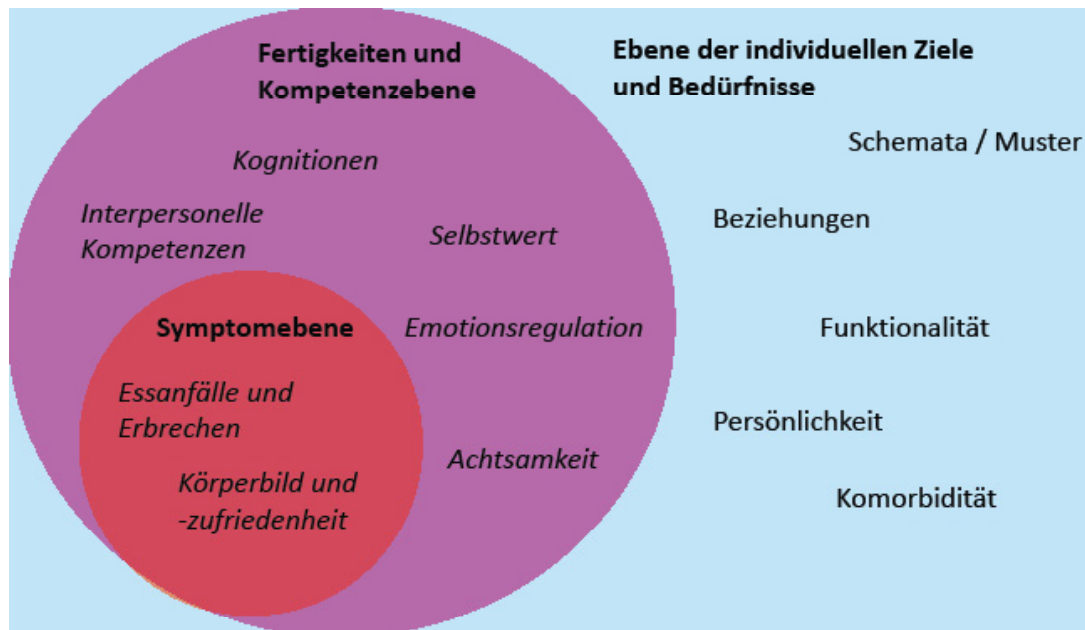


Abbildung 2. Behandlungsebenen Bulimie.

sichtbar wird. Mit einer Verhaltensanalyse, die Auslöser und Konsequenzen eines Essanfalls verdeutlicht, können Risikosituationen identifiziert werden. Um die Essanfälle reduzieren zu können, braucht es den Aufbau eines ausgewogenen Essverhaltens. Strukturierte Essstage mit konkreten Essensplänen helfen, Orientierung zu geben. Die Mahlzeiten werden zu festen Zeiten am Tisch eingenommen, ohne sich beim Essen abzulenken. Stufenweise können «verbotene» Nahrungsmittel in den Ernährungsplan aufgenommen werden. Dieses Vorgehen ist bereits konfrontativ und löst Angst vor Gewichtszunahme aus. Essprotokolle werden zunächst zu diagnostischen Zwecken eingesetzt, im Verlauf können Veränderungen im Essverhalten abgebildet und damit auch die Angst vor Kontrollverlust und starker Gewichtszunahme reduziert werden.

Im therapeutischen Setting kann auch mit geplanter Exposition in Bezug auf die Essanfälle gearbeitet werden. Hierbei werden die hochkalorischen Nahrungsmittel, die nur bei einem Essanfall konsumiert werden, bewusst eingekauft und mit allen Sinnen kontrolliert wahrgenommen, jedoch nicht gegessen. Dieses Expositionstraining findet zunächst mit der oder dem Behandelnden statt, im zweiten Schritt übt die Betroffene für sich allein. Mit dem Erleben von Kontrolle über diese Nahrungsmittel wird die Angst reduziert.

Zunehmend ist es erforderlich, an Ernährungsmythen und ungünstigen Essverhaltensregeln unter Einbezug von kognitiven Techniken zu arbeiten.

Körperbild und -zufriedenheit

Von Bulimie Betroffene neigen dazu, sich selbst in Bezug auf ihren Körper, ihr Gewicht und ihre Figur negativ zu bewerten. Die visuelle Wahrnehmung im Spiegel ist zu-

meist auf die negativ bewerteten Körperregionen ausgerichtet. Auch die Wahrnehmung von Sättigung wird als Völlegefühl und «sich dick fühlen» erlebt. Dies führt zu körperbezogenem Vermeidungsverhalten, ungünstigem Kontrollieren und Vergleichen [6]. In Spiegelexpositionen werden Betroffene ermuntert, ihren Körper differenzierter, weniger auf Figur und Gewicht bezogen zu betrachten. Im Alltag können sie sich darin üben, Kontrollen im Spiegel abzubauen und auch im Kontakt mit anderen die Wahrnehmung bewusst auf andere Merkmale des Gegenübers zu richten, als dessen Gewicht oder Figur. Sie werden angeleitet, sich wieder mehr körperbezogenen Aktivitäten zu stellen, die ihnen unangenehm sind (sich eincremen, schwimmen gehen o.ä.). Auf der anderen Seite werden angenehme körperbezogene Aktivitäten gefördert. Was als angenehm oder unangenehm erlebt wird, ist individuell unterschiedlich. Ziel ist es, den Begriff von Attraktivität zu erweitern und den Selbstwert zunehmend von anderen Faktoren abhängig zu machen.

Fertigkeiten und Kompetenzen

Arbeit an Kognitionen und Überzeugungen

Kognitive Überbeschäftigung mit Essverhalten sowie Sorgen um Gewicht und Figur gehören zum Kern der Essstörungspsychopathologie [7]. Die Betroffenen erleben diese Gedanken als störend. In Protokollen können die dysfunktionalen Kognitionen identifiziert und individuellen Grundüberzeugungen zugeordnet werden. Die Gedanken können dann auf ihren Realitätsgehalt hin überprüft und entschärft werden. Metakognitionen können trainiert werden, in denen die Essstörungsgedanken um Essen,

Gewicht und Figur als solche wahrgenommen werden. Die Aufmerksamkeit kann dann bewusst auf anderes fokussiert werden, ohne sich inhaltlich mit den Gedanken zu beschäftigen. Da die Essstörungspsychopathologie mit einer ausreichenden Ernährung wieder abnimmt, gehen einige Autoren davon aus, dass die inhaltliche Auseinandersetzung mit den dysfunktionalen Kognitionen keine notwendige Intervention darstellt. Dennoch ist es für die meisten Betroffenen eine Erleichterung, die Gedanken zu identifizieren und ihre Grundüberzeugungen zu überdenken.

Perfektionismus und eine kritische Haltung sich selbst gegenüber sind häufige Persönlichkeitsmerkmale bei Menschen mit Essstörungen. Sie zeigen ein hohes Mass an Leistungsorientierung in Schule und Beruf und erwarten von sich, dass sie den Bedürfnissen anderer gerecht werden. Dies führt zur typischen Überlastung im Alltag, der von wenig Pausen oder Erholungsphasen geprägt ist. In der Folge werden die Ess-Brech-Anfälle als Entspannungs- und Stressregulation eingesetzt. Die kognitive Therapie setzt insbesondere an den perfektionistischen Grundüberzeugungen an.

Emotionsregulation und Achtsamkeit

Essanfälle werden überwiegend durch restriktives Essverhalten verursacht und ausgelöst und können durch ihre emotionsregulierende Wirkung die Essstörung aufrechterhalten. Im Laufe der Erkrankung machen Betroffene die Erfahrung, dass die Ess-Brech-Anfälle Entspannung ermöglichen. Viele berichten, dass sie währenddessen das ständige Bemühen um Disziplin und Funktionieren ablegen können. Bei emotionalen Schwierigkeiten, insbesondere bei interpersonellen Konflikten, können Essanfälle als Vermeidungsstrategie von negativen Emotionen eingesetzt werden. Versagensgefühle bei niedrigem Selbstwert und erhöhtem Leistungsanspruch oder Verlassenheitsgefühle bei interpersonellen oder psychosozialen Problemen sind die häufigsten emotionalen Auslöser für Essanfälle. Aus der dialektisch-behavioralen Therapie für Borderline-Störungen konnten therapeutische Strategien zur Verbesserung der Emotionsregulation auf Essstörungen übertragen werden [8]. Aus Verhaltensanalysen kann abgeleitet werden, welche Emotionen durch einen Essanfall vermieden werden. Es können Ablenkungsstrategien mit Skilltrainings eingesetzt werden. Um Emotionsvermeidung jedoch überwinden zu können, wird auch hier mit Exposition gearbeitet. Patientinnen und Patienten lernen, die emotional kritischen Situationen bewusster oder achtsamer wahrzunehmen, die Emotion zu akzeptieren. Dafür kommen achtsamkeitsbasierte Übungen wie Atemmeditation oder Body Scan zum Einsatz. Durch die bewusste Wahrnehmung der Emotionen auf einer Metaebene kann die oder der Betroffene mehr Kontrolle erleben und sich gegen einen Essanfall oder für eine andere Lösung entscheiden (z.B. bei Verlassenheitsgefühlen Kontakt mit einer vertrauten Person suchen).

Interpersonelle Kompetenzen

Die Verbesserung interpersoneller Kompetenzen kann alltäglichen Stress reduzieren und damit die Essstörungssymptomatik indirekt beeinflussen. Das Vorgehen ist darauf ausgerichtet, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und anderen gegenüber zu verbalisieren. Dies kann anhand von persönlichen Alltagssituationen und mit sozialem Kompetenztraining eingeübt werden. Konkrete Beispiele sind «Nein sagen können beim Vorgesetzten», «mit Familienmitgliedern über die Essstörung sprechen» oder «andere um Unterstützung bei einem Projekt bitten».

Selbstwert

Der niedrige Selbstwert, der sich in körperlicher Unzufriedenheit widerspiegelt, wird bei der Bulimie über Restriktion im Essverhalten reguliert. Er wird kurzfristig von der erfolgreichen Restriktion abhängig gemacht. Auf der anderen Seite hat die Bulimie durch Scham- und Schuldgefühle einen negativen Einfluss auf den Selbstwert. Um den Selbstwert langfristig zu stärken, ist es deshalb von Bedeutung, ihn von Essverhalten und Körperbild loszulösen. Hierzu können kognitive Techniken eingesetzt werden. Durch die gezielte Ressourcenaktivierung in anderen Lebensbereichen und sozialen Beziehungen, die Anerkennung ermöglichen, kann der Selbstwert auf einem breiteren Fundament abgestützt werden.

Persönliche Ziele und Funktionalität

Die negativen Emotionen, die bei Essanfällen vermieden werden, stehen oft mit unerfüllten Grundbedürfnissen in Verbindung. Die Verlassenheitsgefühle werden Folge eines unerfüllten Bindungsbedürfnisses sein, die Versagensgefühle aus einem unerfüllten Grundbedürfnis nach Anerkennung resultieren. In der individuellen Therapie wird der Bezug der biografischen Erlebnisse und Beziehungserfahrungen zum gegenwärtigen Erleben hergestellt. So können aktuell Schemata oder automatische Reaktionsmuster mit entsprechenden Gefühlen, Gedanken, Körperempfindungen und Handlungstendenzen ausgelöst werden, die ihren Ursprung in der Vergangenheit haben.

Auch die aktuelle Lebenssituation in Bezug auf soziale und familiäre Beziehungen oder die berufliche Perspektive sind relevant für die Bedürfnisbefriedigung und werden in die Therapie einbezogen. In diesem Zusammenhang können sich auch Hinweise auf die Funktionalität der Essstörung ergeben, wenn die Bulimie beispielsweise einen Schutz vor einer engeren partnerschaftlichen Beziehung bietet, der sich der oder die Betroffene noch nicht gewachsen fühlt. Komorbide Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder Angststörungen müssen mitbehandelt werden und erfordern häufig eine intensivere Behandlungsform.

Key messages

- Die Arbeit an einem regelmässigen Essverhalten mit drei bis fünf Mahlzeiten am Tag ist entscheidend zur Reduktion von Essanfällen bei BN. Die grösste Hürde ist dabei die Angst vor einer Gewichtszunahme bei hoher Körperunzufriedenheit.
- Therapeutisch wird an der Verbesserung des Selbstwerts angesetzt, der sich sehr stark an Gewicht und Figur misst.
- Da die BN im Verlauf durch die dysfunktionale Emotionsregulation mit den Essanfällen aufrechterhalten wird, werden Methoden zur Emotionsregulation vermittelt und an den interpersonellen Kompetenzen gearbeitet.
- Die CBT ist evidenzbasiert und wird als Therapie der Wahl zur Behandlung der BN eingesetzt.

Lernfragen:

1. Eine Bulimia Nervosa entsteht aus Sicht der Kognitiven Verhaltenstherapie vor allem aus welchen zwei Gründen? (Mehrfachauswahl)
 - a) Niedriger Selbstwert und Unzufriedenheit mit dem Körper
 - b) Interpersonelle Konflikte und traumatische Kindheitserfahrungen
 - c) Diätverhalten und übermässiger Sport
 - d) Dysfunktionale Kognitionen und Emotionsvermeidung
2. Welche der folgenden Aussagen trifft für die verschiedenen Behandlungsmodule zu? (Einfachauswahl)
 - a) Die verschiedenen Behandlungsmodule können je nach Betroffener in der Behandlung frei ausgewählt werden.
 - b) Essverhalten und Körperbild und -unzufriedenheit zählen zu den Kernsymptomen und müssen immer mit behandelt werden.
 - c) Die Förderung von interpersonellen Kompetenzen und von Emotionsregulation ist für einen schnellen Therapieerfolg zu vernachlässigen.

Wirksamkeitsnachweise

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei BN ist in verschiedenen randomisiert-kontrollierten Studien auch im Vergleich zu anderen Therapieansätzen nachgewiesen worden [9–11]. Die fokussiert symptomorientierte Vorgehensweise eignet sich für weniger komplexe Erkrankungen mit geringer Komorbidität und Funktiona-

lität. Bei komplexeren Störungen sollten verstärkt Kompetenzen und Fertigkeiten aufgebaut sowie persönliche Muster, Komorbidität und die Funktionalität der Störung in die Therapie einbezogen werden [12].

Bibliografie

1. Fairburn CG: Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Stuttgart; Schattauer: 2012.
2. Legenbauer T, Vocks S: Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Berlin; Springer: 2014.
3. Tuschen-Caffier B, Florin I: Teufelskreis Bulimie. Göttingen; Hogrefe: 2002.
4. Schmidt Ulrike TJ, Alexander J: Die Bulimie besiegen. 9. Ausg. Weinheim; Beltz: 2016.
5. Leibl C, Wach G, Voderholzer U: Hilferuf Essstörung. Rat und Hilfe für Betroffene, Angehörige und Therapeuten. Stuttgart; Kohlhammer: 2018.
6. Vocks S, Legenbauer T: Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Göttingen; Hogrefe: 2010.
7. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41: 509–528.
8. Sipos V, Schweiger U: Therapie der Essstörungen durch Emotionsregulation. Stuttgart; Kohlhammer: 2012.
9. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM: Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Eat Disord 2007; 40: 321–336.
10. Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, et al.: A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. Psychol Med 2014; 44: 543–553.
11. Stig Poulsen, Susanne L, Folke S, et al.: A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 2014; 171: 109–116.
12. Fairburn CG, Bailey-Straebl S, Basden S, et al.: A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. Behav Res Ther 2015; 70: 64–71.

Manuskript akzeptiert: 26.08.2019

Interessenskonflikt: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Dr. phil. Corinna Terpitz

Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin
Universitätsklinik für Neurologie
Inselspital
3010 Bern

corinna.terpitz@insel.ch

1. Antworten a) und c) sind richtig.
2. Antwort b) ist richtig.
Antworten zu den Lernfragen: