

Vom Binge Eating zum Binge Drinking

Essstörungen und Suchterkrankungen
Ein integrierter Behandlungsansatz

Dr. Sylvia Beisel
salus klinik Lindow

Fachtagung ESSSTÖRUNGEN.SUCHT.HILFE. Hamburg, 22.11.2023



Essstörungen und Suchterkrankungen

- Sie haben Ihre Jahrestagung unter das Motto „Essstörungen & Substanzgebrauchsstörungen im Spannungsfeld der Hilfesysteme“ gestellt
- Was haben diese beiden Erkrankungen aus Sicht einer Patientin miteinander zu tun?
- Wie ist der Forschungsstand zur Thematik?
- Wie sieht eine integrierte Behandlung bei Essstörungen mit Substanzgebrauch aus?

Antwort einer Patientin:

Julia (28 J.) erzählt zu Beginn der Behandlung:

- Ich leide seit meinem 13. LJ an einer Essstörung.
- Ich wollte noch schlanker werden (obwohl ich ein normales Gewicht hatte). Ich bin mit mir und meinen Gefühlen nicht klar gekommen.
- Zuerst habe ich gehungert, dann habe ich Essanfälle bekommen.
- Aus Angst vor einer Gewichtszunahme habe ich regelmäßig erbrochen.
- Irgendwann war es nicht mehr genug, mit Essen und Erbrechen meine unangenehmen Gefühle und meine Spannung zu reduzieren.

Antwort einer Patientin:

- Mit 14 Jahren habe ich angefangen Alkohol zu trinken, zunächst nur auf Partys, später regelmäßig, zuletzt habe ich 0,5 Liter Schnaps mehrmals die Woche getrunken.
- Mit 15 Jahren begann ich Zigaretten zu rauchen.
- Kurze Zeit später rauchte ich die ersten Joints.
- Dann kamen die ersten Erfahrungen mit Speed, Ecstasy, Kokain und seit 10 Jahren nehme ich Crystal Meth im Wechsel mit Speed.

Antwort einer Patientin:

- Wenn das alles nicht mehr geholfen hat, um mit mir und meinen Gefühlen klar zu kommen, habe ich mich noch geritzt.
- Wenn ich versucht habe weniger Substanzen zu konsumieren, habe ich mehr Essanfälle erlebt.
- Wenn ich versucht habe, die Essstörung in den Griff zu bekommen und mich beim Essen gezügelt habe, ist das Verlangen nach den Suchtmitteln massiv gestiegen.

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%
- **Metaanalyse** über 43 Studien ergibt **Lifetime Prävalenz von 21,9%** bei **SUD bei ED**, Dominanz liegt bei Alkohol (Bahji et al., 2019)

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

- 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)
- Weibliche 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

- **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)
- **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

- Die Unterschiede bzgl. der Prävalenz des Substanzkonsums zwischen den Essstörungssubgruppen (AN, BN, BED) werden v.a. in Verbindung gesehen mit:
 - Mangel an Kontrollfähigkeit
 - Emotionaler Dysregulation
 - Impulsivem Verhalten und
 - „Binge“ bzw. „Purging“ Verhalten

Forschungsstand

- Komorbidität Essstörung und Substanzmissbrauch **beeinträchtigt Behandlungsverlauf und -ergebnis** (beider) Störungen
 - wegen Auswirkung des Mangelernährungszustandes
 - wegen Funktionalität des Substanzkonsums bzw. der Essattacken 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

- 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

Beispiel aus der gängigen Praxis

- 41 j. Frau, alleine lebend, wohnungslos, keine Partnerschaft
- Abitur, Studium der Volkswirtschaftslehre abgebrochen, kaufm. Angestellte, seit mehreren Jahren arbeitslos
- seit 15.LJ Essstörung, derzeit AN (bul. Typ), BMI 14,5
- Seit 23.LJ Alkoholkonsum, zunächst gelegentlich, seit 36. LJ abendlicher Weinkonsum (1l) seit 1 J. bis zu 3l Wein/d.
- 3 Entzugsbehandlungen, 1 AEB, nach 6 Wochen erfolgte vorzeitige Entlassung wegen zu niedrigem Gewicht, Wiederaufnahme ab BMI 16 wurde angeboten
- daraufhin zur Behandlung der AN in Psychosomatik begeben, dort erfolgte nach 1 Tag Entlassung wegen der ausgeprägten Suchtproblematik

**Konzept der integrierten
Behandlung von Essstörungen
und Suchterkrankungen**

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 Patient*innen 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

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

Therapiephasen

- Diagnostikphase
- Veränderungsphase
- Abschlussphase

Die Diagnostikphase

2 – 3 tägige Intensivdiagnostik

Therapeutisches Erstgespräch

Medizinische Aufnahmeuntersuchung

Psychologische Fragebogen

Allgemeine Diagnostik (u.a. BDI, SCL, AUDIT)

Störungsspezifische Diagnostik (EDI-2, FFB, EDE-Q)

Laboruntersuchungen

Auswertungsgespräch

Aufnahmebericht

Therapiephase

Therapeutische Schwerpunkte bei Essstörungen

- Zwei grundlegende
Behandlungsschwerpunkte :
 - Ernährungsmanagement
 - Bearbeitung weiterer Problembereiche

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

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
- ->fortgesetzter Substanzkonsum hat unmittelbare Auswirkung auf die Behandlung typischer Problembereiche von Patient*innen mit Essstörungen

Motivationsaufbau

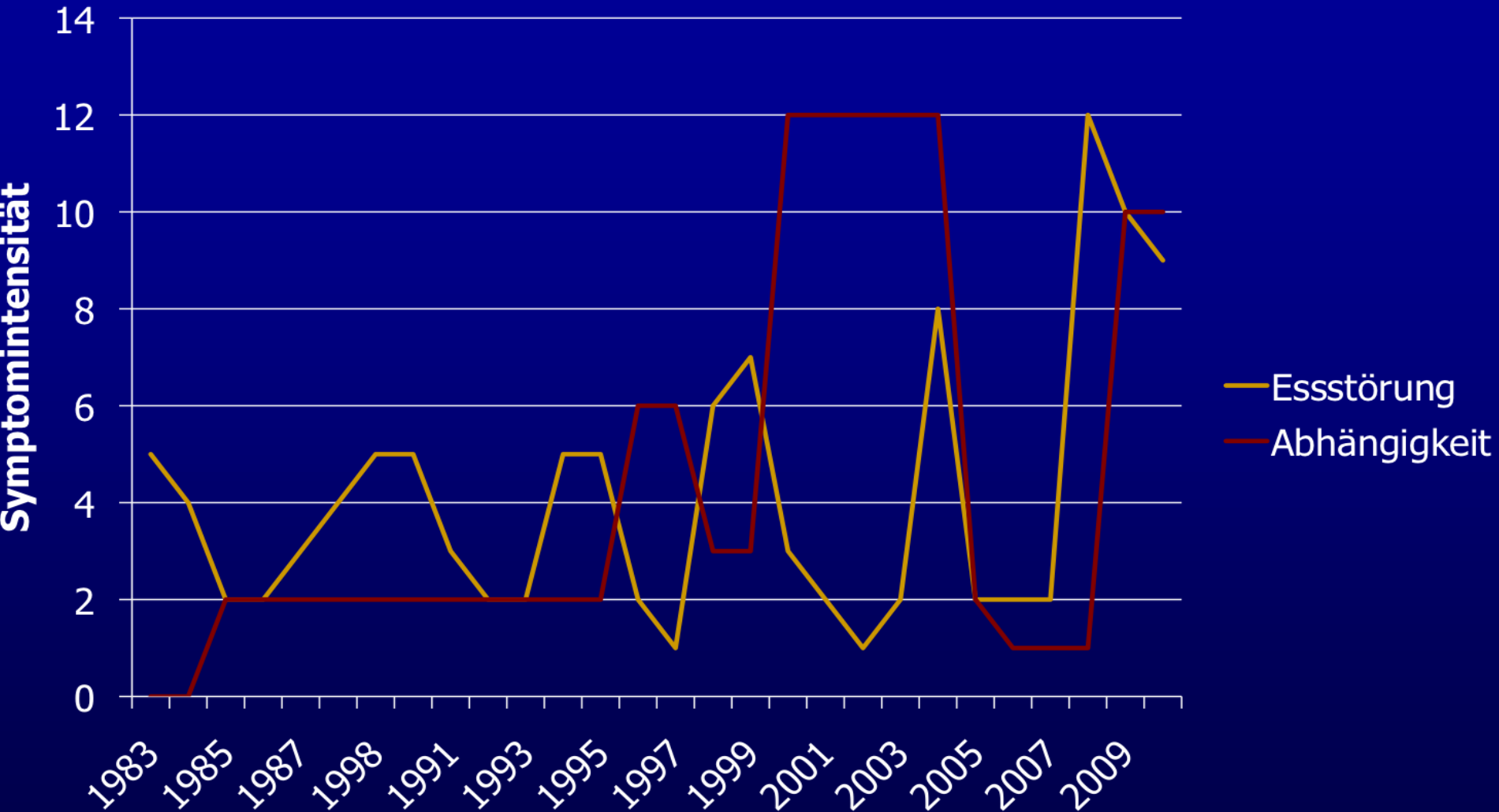
- Brief an die Essstörung als „beste Freundin“/ „schlimmste Feindin“
- Vor- und Nachteile der Essstörung
- Vierfelderschema
- Lebenslinien „Alkohol und Essstörung“

Lebenslinie

- Zentrale Lebensereignisse werden in Verbindung mit dem Ausmaß des Alkoholkonsums und dem Gewichtsverlauf bzw. der Intensität der bulimischen Symptomatik dargestellt
- Analyse der Entstehung und Wechselwirkungen beider Störungen
- Ableitung der Notwendigkeit einer kombinierten Sucht-/ Essstörungsbehandlung
- Identifikation zentraler Rückfall auslösender Faktoren

Lebenslinie Alkohol/Esstörung

(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

Kognitive Therapie

- Bearbeitung typischer dysfunktionaler Kognitionen z.B. zu den Themen Essen, Gewicht und Selbstwertgefühl
- Zur Bewertung der eigenen Person

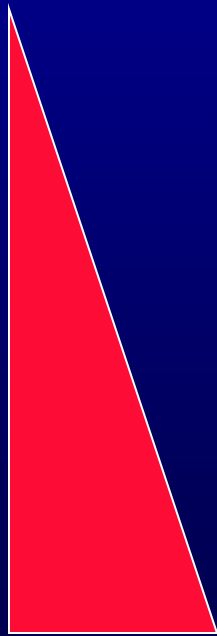
Körperbildtherapie

- **Körperunzufriedenheit** gilt als der robusteste und konsistenteste **Risikofaktor** bzgl. Entstehung und Aufrechterhaltung einer (bulimischen) Essstörung (Stice, 2002; Jacobi, 2011)

Körperbildtherapie

Graduierte In -Vivo Exposition:

Intensität der Konfrontation



- Seilübungen
- Körperumrisszeichnungen
- Körpervideo
- Spiegelkonfrontation

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

- **Zielsetzung: Responseprevention**
- Bei mangelnder Gewichtszunahme
- Bei massivem Bewegungsdrang
- Bei Ess-Brechdruck
- -> Vereinbarung von Ruhezeiten nach den Mahlzeiten mit therapeutischer Unterstützung

Emotionsregulation

- AN, BN oder BED und Suchtpatient*innen 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

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

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

**Welches Fazit können wir aus
unseren bisherigen
Untersuchungen zur
kombinierten Behandlung
ziehen?**

Fazit

- Die Akzeptanz des Behandlungsangebotes unter den Patient*innen ist hoch, die Abbruchquote ist geringer als bei den anderen Suchtpatient*innen im Haus
- Bisherige Ergebnisse zeigen gute Veränderungen z.B. bezüglich der Gewichtszunahme, der Verbesserung der Depressivität, der psychischen Belastung oder der Arbeitsfähigkeit
- Patient*innen mit Essstörungen und Suchterkrankungen profitieren genauso gut wie Patient*innen mit Essstörungen ohne Suchterkrankung von der Behandlung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontaktadresse

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

Stichprobenbeschreibung

- N = 81 (davon 73 Frauen, 8 Männer)
- Durchschnittsalter: 36 Jahre (18-55)
- \emptyset Anzahl der F Diagnosen: 3,81
- Essstörung zuerst: N = 58 (71,6%)
- Substanzabhängigkeit zuerst: N = 23 (28,4%)
- Durchschnittliche Erkrankungsdauer bis Aufnahme:
 - Essstörung/ Sucht 15,57 Jahre (SD 9,47)
 - Sucht/ Essstörung 12,27 Jahre (SD 8,38)

Diagnosenverteilung

- Substanzabhängigkeit
 - Alkoholabhängigkeit N = 73 (90,1%)
 - Medikamentenabhängigkeit N = 4 (4,9%)
 - Multipler Substanzgebrauch N = 12 (15%)
 - Nikotinabhängigkeit N = 54 (66,7%)

Diagnosenverteilung

- Essstörung:
 - BN: N=57 (70,4%)
 - AN (rest./atyp.): N= 5 (6,1%)
 - AN (bul.): N=18 (22,2%)
 - BED: N= 1 (1,2%)

Zeitliche Abfolge der Symptomentwicklung

Geschlecht:

Männer: 100% zuerst Essstörung dann Substanz.

Frauen: 68,5% zuerst Essstörung dann Substanz.

Essstörungsdiagnosen:

AN (binge/purging) 83,3% zuerst Essstörung

BN 70,2% zuerst Essstörung

AN (restr./atyp.) 60% erst Essstörung

BED (N=1) zuerst Alkoholabhängigkeit

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Erste Trends zeigen folgende Ergebnisse:
 - Alle PatientInnen waren wegen einer Suchterkrankung aufgenommen worden
 - Bei 71,6% (N=58) lag zusätzlich eine Essstörung vor, die bereits vor der Suchterkrankung bestanden hat.
 - Bei 91% lag eine bulimische Essstörung vor
 - Im Durchschnitt lagen 3,8 F – Diagnosen (2-6) vor, was die Morbidität der Gruppe verdeutlicht.
 - Durchschnittl. Erkrankungsdauer 15,6 J. bis Aufnahme
 - Das Durchschnittsalter betrug 35,9 Jahren (18-55), 10 J. unter dem Durchschnitt unserer SuchtpatientInnen

Entlassungsmodus

- Regulär entlassen: N= 68 (84,0%)
- Abgebrochen: N= 13 (16,0%)

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Erste Trends zeigen folgende Ergebnisse:
 - Alle PatientInnen waren wegen einer Suchterkrankung aufgenommen worden
 - Bei 71,6% (N=58) lag zusätzlich eine Essstörung vor, die bereits vor der Suchterkrankung bestanden hat.
 - Bei 91% lag eine bulimische Essstörung vor
 - Im Durchschnitt lagen 3,8 F – Diagnosen (2-6) vor, was die Morbidität der Gruppe verdeutlicht.
 - Durchschnittl. Erkrankungsdauer 15,6 J. bis Aufnahme
 - Das Durchschnittsalter betrug 35,9 Jahren (18-55), 10 J. unter dem Durchschnitt unserer SuchtpatientInnen

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

Warum Motivationsförderung?

- Motivations-/Complianceprobleme sind eher die Regel als die Ausnahme
 - Viele Patientinnen leugnen ihre Erkrankung oder die Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung
 - Selbst Patientinnen, die unter den negativen Folgen ihrer Essstörung leiden, reagieren spätestens, wenn es um Veränderung geht, mit Angst und oft mit Vermeidung
- „Die motivierte Patientin“ gibt es i.d.R. nicht
- Ambivalenzförderung begleitet die gesamte Therapie

Lebenslinie

- Erarbeitung eines integrierten Störungsmodells für die Alkoholabhängigkeit (nach Lindenmeyer, 2005) und die Essstörung
- Aufbau von Störungswissen und Veränderungsmotivation