

2. ipkj Psychotherapie-Symposium

Wozu Methodenintegration?

**Gedanken zu Indikation und Anwendung von integrativer Behandlung
am Beispiel von Essstörungen**

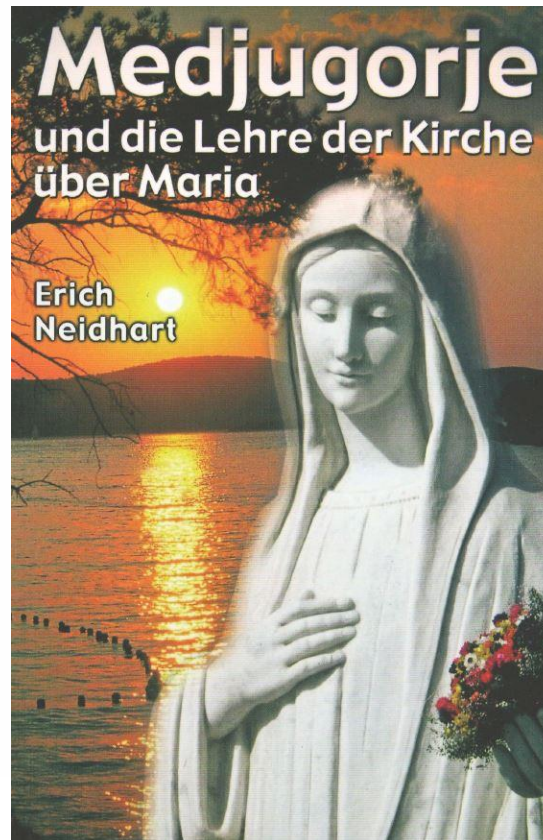
KD Dr. med. Dagmar Pauli

- Was bedeutet integrative Psychotherapie?
- Was bedeutet integrative Psychotherapie bei Essstörungen?
- Was heisst das für die Praxis der Behandlung von Essstörungen?

Was ist eine Psychotherapieschule?



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



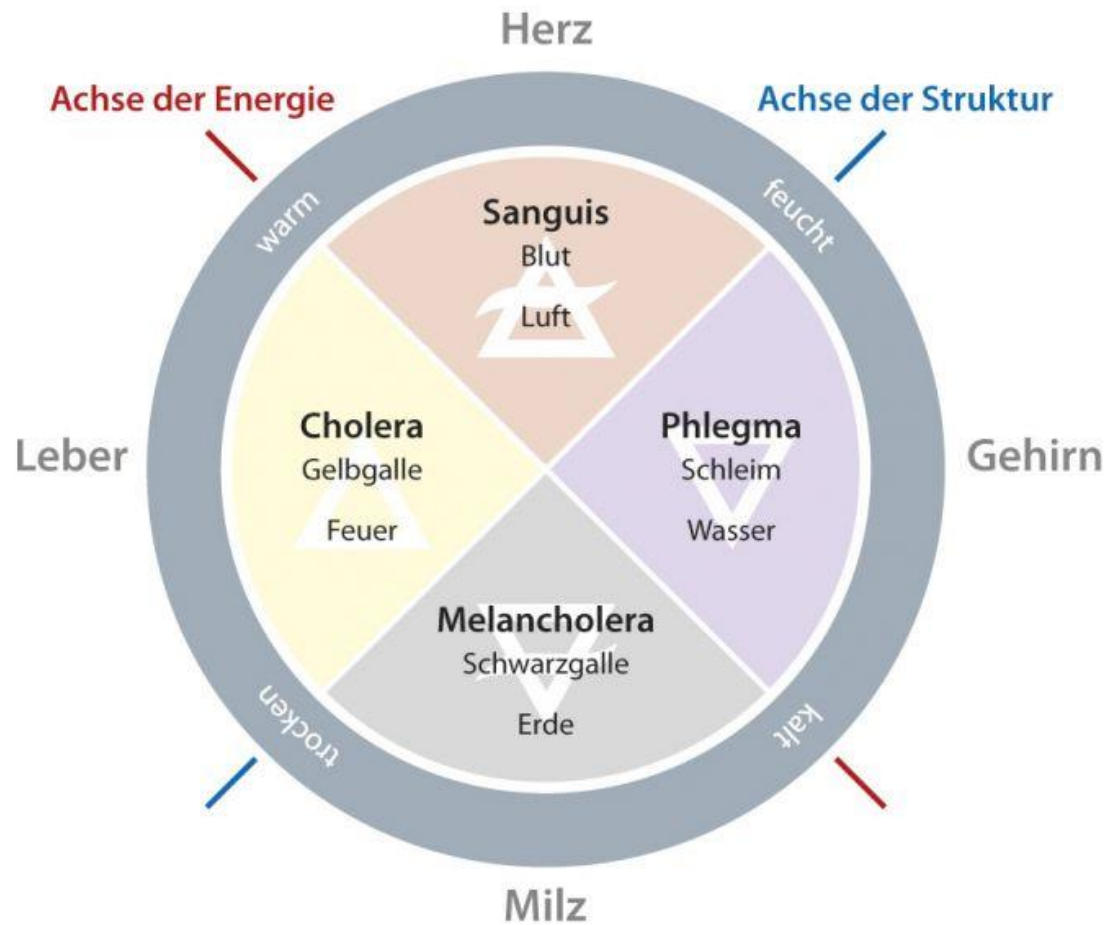
Was ist eine Psychotherapieschule?



Die Lehre der Körpersäfte



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Die Fragestellung lautet:

Wie funktionieren Psyche und Verhalten des Menschen und derer Störungen und wie lassen sich Psyche und Verhalten am besten beeinflussen, um Störungen zu beheben?

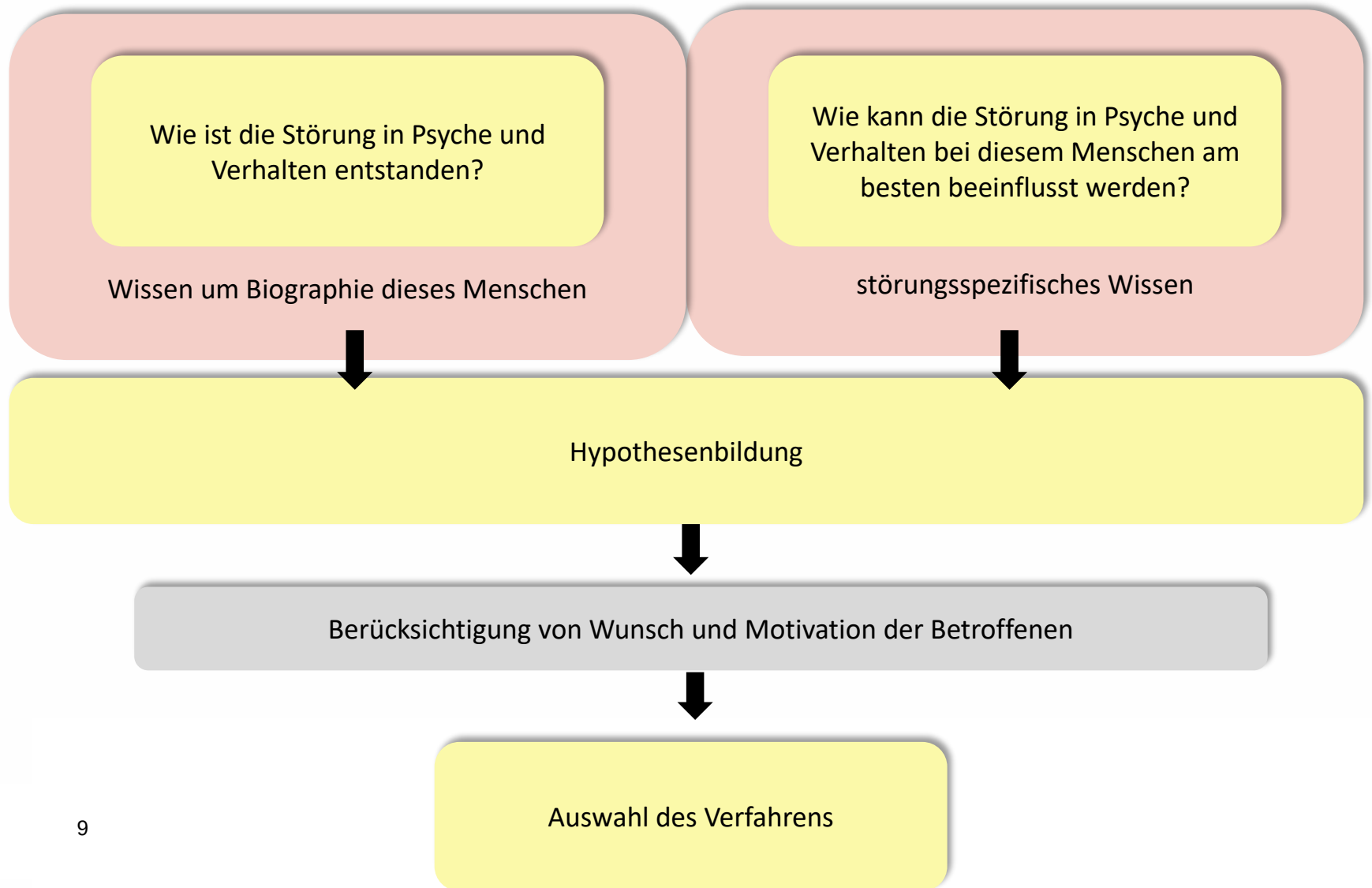
Die Fragestellung lautet nicht:

Wie lassen sich vorhandene Psychotherapiekonzepte, die alle (Teil-)Wahrheiten oder Irrtümer über Psyche und Verhalten des Menschen und deren Veränderung beinhalten, am besten miteinander integrieren?

Bei Angst funktioniert Verhaltenstherapie besser



Bei dieser Patientin mit Angststörung muss ich Verhaltenstherapie
anwenden



Schulenreinheit VT / Systemische Therapie / Psychodynamik

Methodenmix in der Praxis

unspezifische Faktoren: therapeutische Beziehung

Therapeutisches Rahmenmodell

Grundfrage: Was ist empirisch wirksam?

- frühe Entwicklung ist bedeutsam für die Vulnerabilität bzw. Resilienz (Bindungstheorie)
- mangelnde Differenziertheit und Struktur psychischer Prozesse ist bedeutsam für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen (emotionale Dysregulationen, kognitive Verzerrungen, Übergeneralisierung)
- soziale Faktoren triggern die Entstehung psychischer Störungen (Stress, Traumata)
- therapeutisches Handeln kann top-down oder bottom-up erfolgen (Kognition beeinflusst Verhalten und umgekehrt)
- therapeutische Beziehung als wichtigster Faktor der Psychotherapie

Therapeutische Beziehung

Motivationale Klärung

Ressourcenaktivierung

Problemaktualisierung

Problembewältigung

Therapeutische Beziehung

Was bedeutet integrative Psychotherapie für die Behandlung junger Menschen mit Essstörungen?

Essstörungen Entstehungsmodell

Soziokulturelles Umfeld: Medien, Schlankeitsdruck, Ernährung

- Genetische Prädisposition zu schnellem Gewichtsverlust
- pränatale Hormone
- weibliches Geschlecht
- frühe Menstruation

Prädispositionen

- individuell-persönliche Faktoren
- familiäre Faktoren
- soziokulturelle Faktoren
- biologische Faktoren

Persönlichkeitszüge

- perfektionistisch
- ängstlich
- negative Grundstimmung

Familie

- höhere soziale Schicht
- Mutter mit Essstörung

Adoleszenz

- Hirnentwicklung
- „Stress“
- Medienkonsum ↑

auslösende Faktoren

Diät

- negative Bemerkungen von Familienmitgliedern und Peers

sexuelle Übergriffe

psychische Konflikte und Probleme

- niedriges Selbstwertgefühl
- affektive Instabilität



sekundäre körperliche und psychische Veränderungen

- Depression ↑
- Angst ↑
- Zwanghaftigkeit ↑
- Starvationsfolgen

bulimisch / anorektischer Lösungsversuch

- Gewichtsverlust
- Erbrechen

DAGMAR PAULI

SIZE ZERO

Essstörungen verstehen,
erkennen, behandeln





Wo ansetzen bei der Essstörungenbehandlung junger Menschen?

traditionelle Behandlung der Anorexia nervosa



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

ambulant: Anorexie auf der Couch

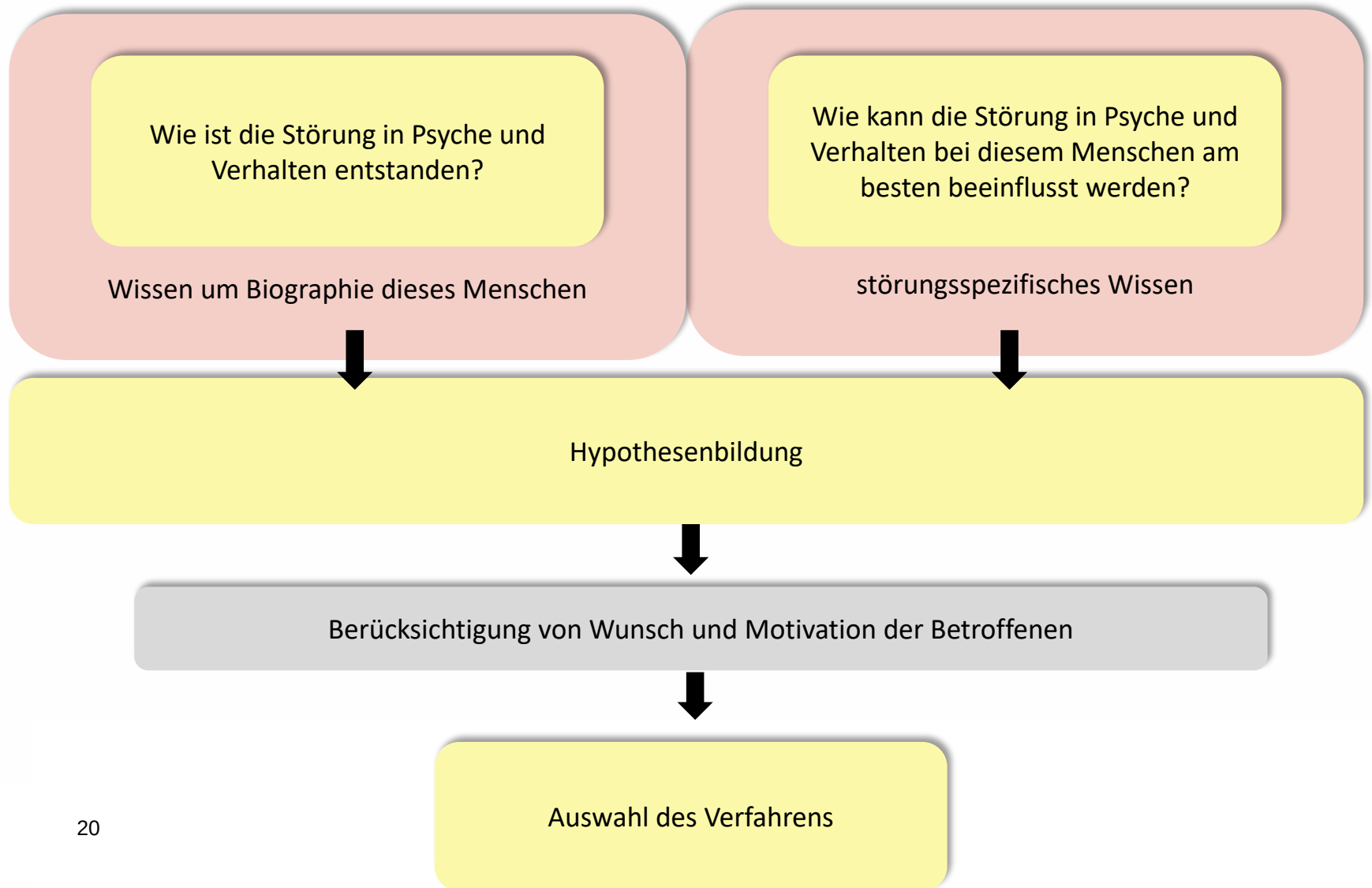
stationär: - „Trias des Schreckens“ (Nasensonde, Bettruhe, Neuroleptika)
 - „Parentektomie“

Hauptziele der Therapie



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

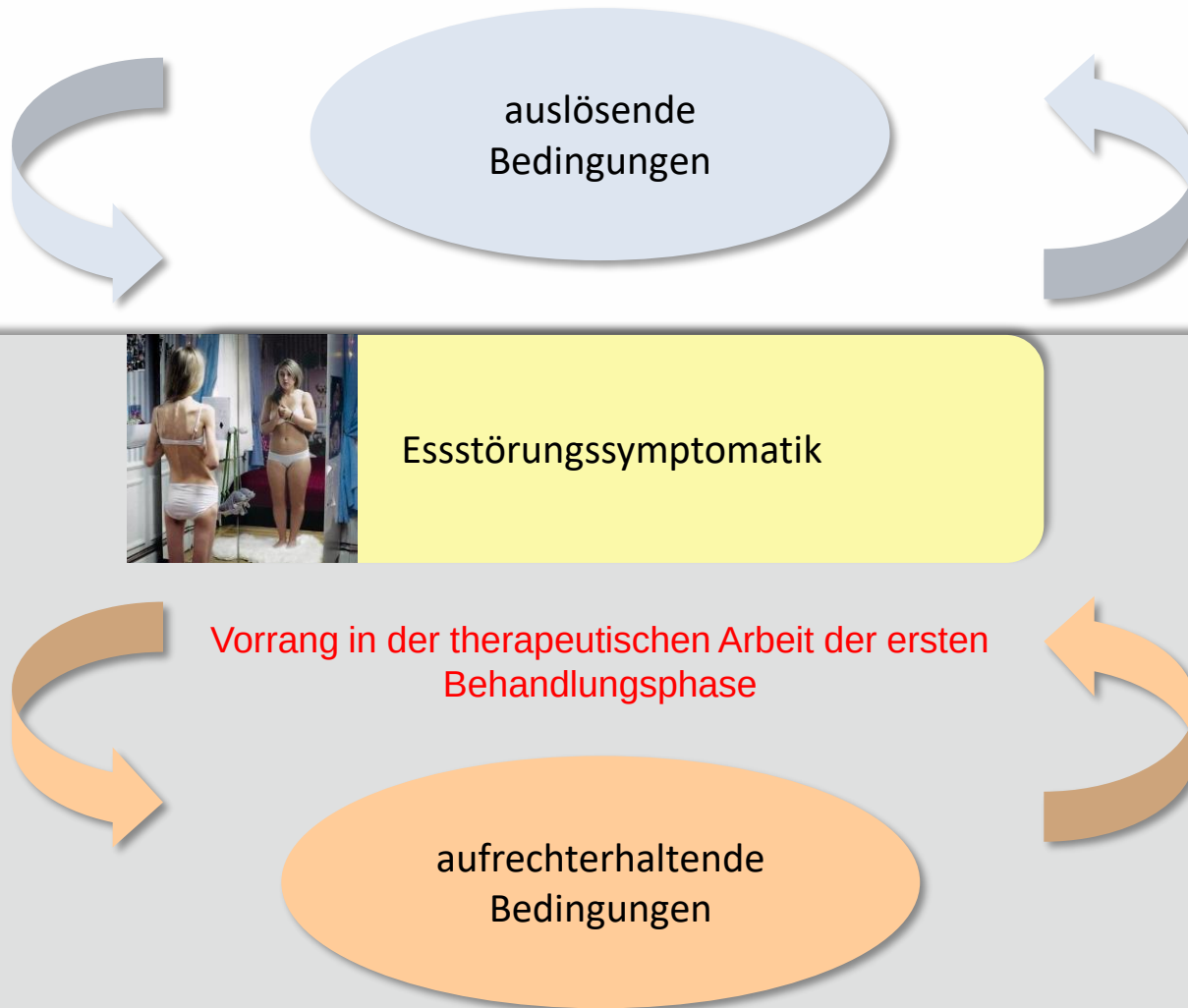
- Motivationsbehandlung
- Essverhalten normalisieren und rhythmisieren
 - 3 Haupt- und 2 bis 3 Zwischenmahlzeiten
- Gewicht normalisieren
 - BMI 18.5-25 kg/m² (Stabilisation) Erwachsene
 - BMI P 25 Kinder und Jugendliche
- somatische und psychiatrische komorbide Störungen behandeln
- Hintergründe der ES angehen



Auslösung und Aufrechterhaltung der Essstörung



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



störungsspezifisches Wissen über die hohe Selbstverstärkung anorektischer Symptome aufgrund neurophysiologischer und psychischer Veränderungen

internal somatisch/neurobiologisch

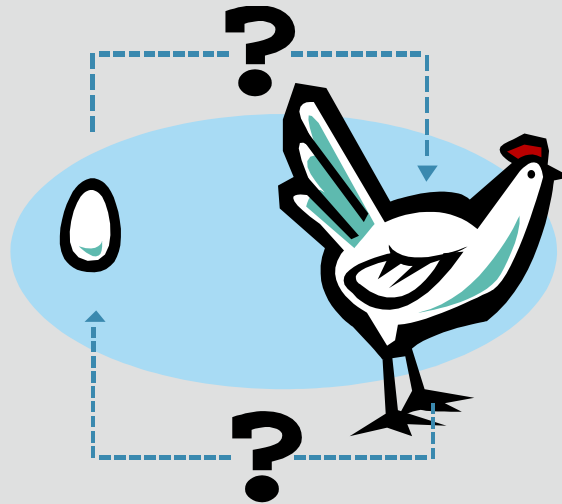
- Völlegefühl aufgrund verlangsamter Magendarmtätigkeit
- Endorphin-Ausschüttung bei Hungerzustand
- Bewegungsdrang als somatische Folge des Hungerzustandes
- Depression als Folge der Unterernährung verstärkt gleichzeitig die Essstörungssymptome (und umgekehrt)

internal psychologisch

- Stolz über das „Erreichte“
- Ausweichen von Lebensaufgaben
- sekundärer Krankheitsgewinn

external

- positives Feedback über Gewichtsverlust
- Teufelskreislauf in Familie mit Verweigerung
- Aufmerksamkeit für Essstörungssymptomatik



Auffälligkeiten in der Familie sind oft nicht Ursache sondern vielmehr Folge der Essstörung

Systemisches Wissen um die Wirkung der Eltern als Ressource im Gesundungsprozess und die Verstärkung der Kooperationsbereitschaft der Familie durch eine unterstützende Haltung

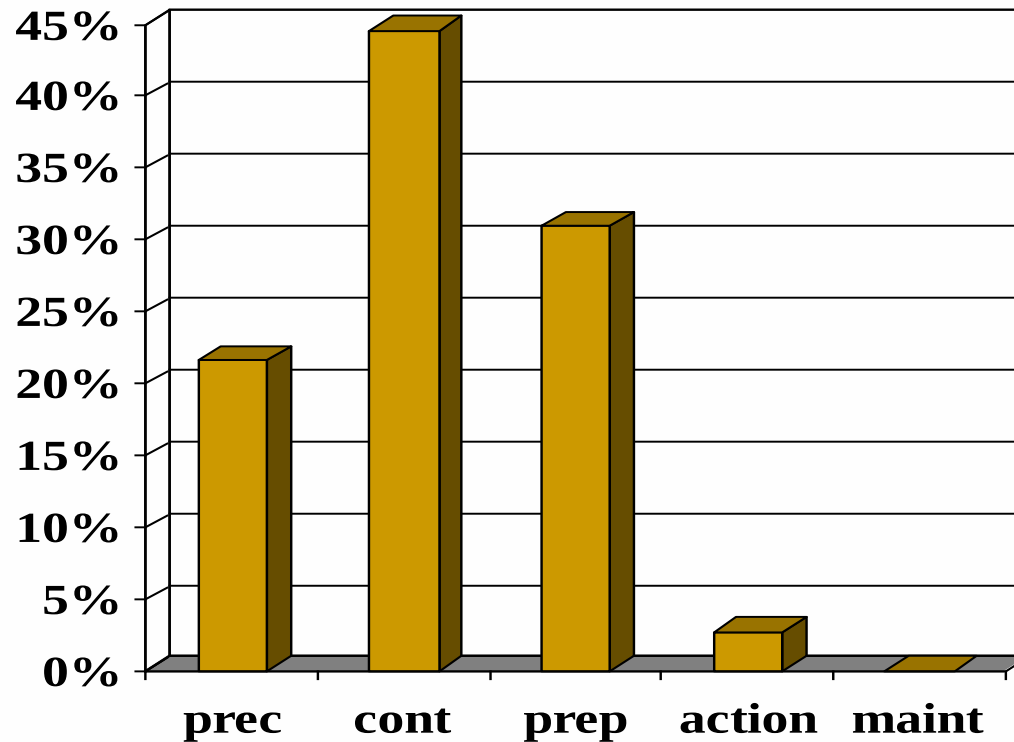
Systemisches Wissen um die Aufrechterhaltung der Essstörung durch nicht-hilfreiche Familieninteraktionen

Motivationsstadien ANSOQ zu Behandlungsbeginn

Anorexia nervosa (rest Typ, bp Typ, atyp)



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Grundprinzip der Erstbehandlung einer restriktiven Anorexia nervosa bei Jugendlichen

Mit systemischen Massnahmen den Gewichtsverlust stoppen, um Zeit zu gewinnen für den Motivationsaufbau für die Psychotherapie der Essstörung

Die Odysseus - Vereinbarung



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Die Patientin willigt in eine Behandlungsvereinbarung ein, bei der die Autonomie in Bezug auf das Essen eingeschränkt wird. Wenn das Essen auf dem Teller liegt, wehrt sie sich unter Umständen verzweifelt dagegen.

Therapiephasen bei Jugendlichen mit Essstörungen

modifiziert nach Maudsley-Method 1997

1. Phase (ca. 3 Monate)

Verantwortungsübernahme der Eltern für Ernährung

Motivationsarbeit mit Jugendlichen in Einzeltherapie

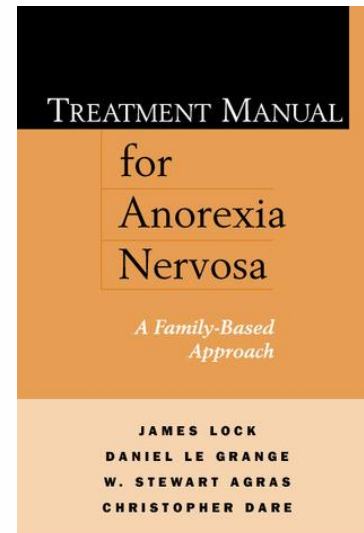
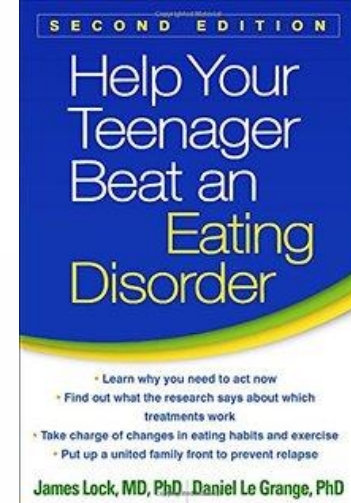
 Gewichtsnormalisierung

2. Phase (ca. 3 Monate)

Schrittweise Verantwortungsübernahme durch die Jugendlichen

3. Phase

Behandlung von Themen der Adoleszenz und Familienthemen



individuelle Anpassung der Phasen an die Gegebenheiten
(individuelle Einsicht, familiäre Ressourcen, Stadium der Krankheit, Ausmass der Symptomatik)

Ergänzung durch Hometreatment hilfreich

Konzept des Trialoges

– gemeinsam Lösungen finden



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Betroffene

Behandlungsteam



Eltern

Therapeut ist Mediator und Hoffnungsträger im Prozess

Therapie bei Jugendlichen mit Essstörungen

Familientherapie bei Essstörungen (insbesondere AN) von Jugendlichen als erste Wahl
evidenzbasiert

Cochrane Database of Systematic Reviews 2010

Die Familientherapie bei Anorexie ist besonders wirksam bei Patienten
unter 18 Jahren und kürzerer Krankheitsdauer (< 3 Jahren)

Treasure et al 2011

Arbeit mit Fremdmotivation bei Jugendlichen mit Essstörungen

Jugendliche mit AN, die keine frühe Gewichtsremission unter familienbasierter Therapie FBT erleben, haben ein deutlich schlechteres Outcome

Doyle et al, 2010

Erstes Ziel der FBT bei Jugendlichen mit AN ist die „fremdunterstützte“
Gewichtszunahme bei gleichzeitiger motivationsfördernder Therapie

...besseres Outcome im Sinne von

- bessere therapeutische Allianz (Treasure, 1999)
- weniger Binge-eating (Treasure, 1999)
- bessere Gewichtszunahme (Rieger, 2000, Rodriguez, 2005)
- geringerer Schlankheitswunsch (Gusella, 2003)
- weniger Unzufriedenheit mit dem Körper (Gusella, 2003)

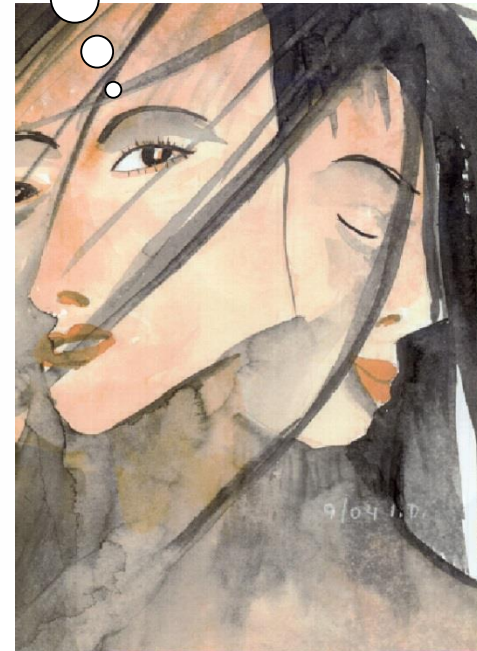
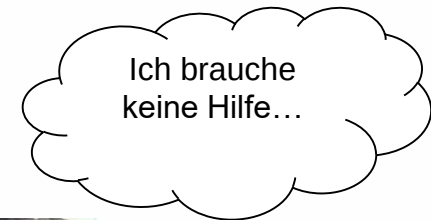
Ambivalenz

Festhalten an der Essstörung – Wunsch nach Veränderung



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

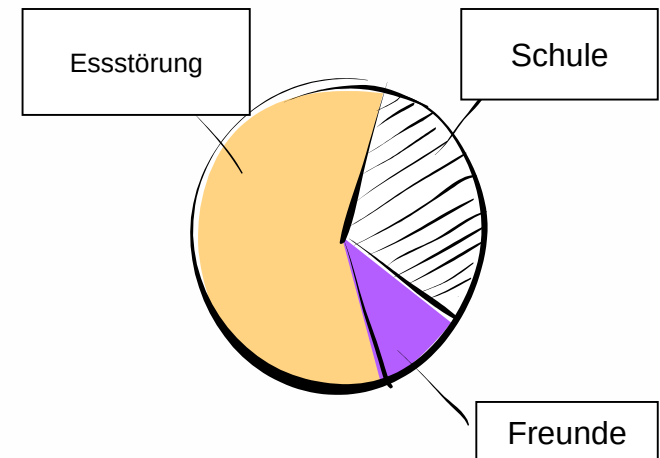
- Vor- und Nachteile der Essstörung kurz- und langfristig (4 Felder-Schema)
- Brief an die Essstörung
 - als meine Freundin
 - als meine Feindin
- motivierende Gesprächsführung
 - sokratischer Dialog
 - Prinzipien des Motivational Interviewing



Kreismodell:

Wie viel Energie fließt in Freunde,
Schule, Hobbies, Essstörung?

Wie wünsche ich mir die Einteilung
meiner Energie in Zukunft?

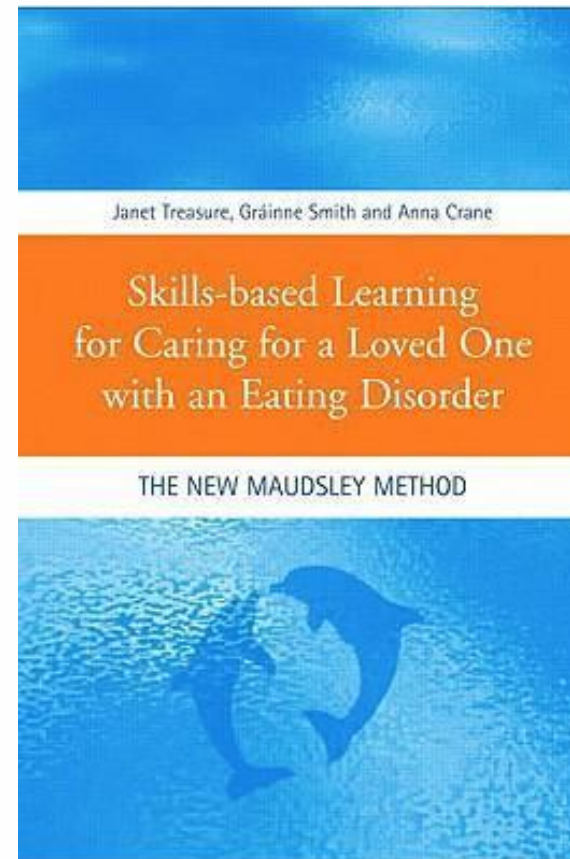
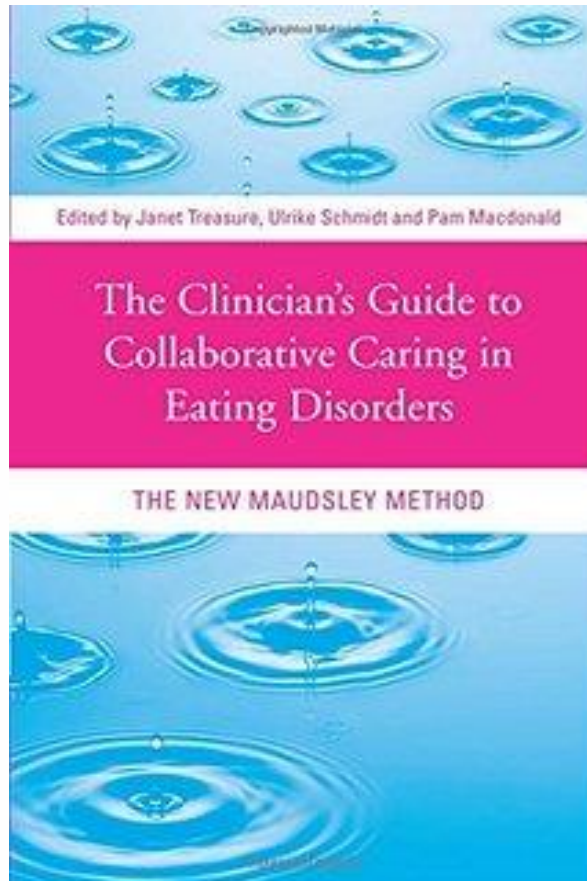


Herausarbeiten von Zukunftsperspektiven bei Beibehaltung der Essstörung, einer
Zukunft ohne Essstörung

Bild von Zukunftsperspektiven

Herausarbeiten von Zielen





„Essstörungen-Atmosphäre“ in Familien

- erhebliche Beeinträchtigung des Familien-Alltagslebens durch Essstörung
- Mahlzeiten werden zur massiven Belastung für alle
- „detektivistische“ Strategien der Eltern betreffend Erbrechen, Abführmittel etc.
- weniger elterliche Aufmerksamkeit und Fürsorge für Geschwister
- andauernde Diskussionen und „Essstörungen-Gespräche“



Vermeidung von Essstörungen-Gesprächen



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

- „Essstörungen-Gespräche“ giessen Öl ins Feuer
- keine Diskussionen um Details
- Ständige Konfrontation gibt den Betroffenen Gelegenheit zu „Essstörungen-Gesprächen“
- Versuchen Sie, die grossen Linien zu finden: Was ist wichtig?
- „Logische“ Diskussionen über Nahrung und Gewicht sind nutzlos und schädlich
- Gefühle sind wichtig, nicht Nahrungsmittel

The New Maudsley Method Collaborative Care



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

- Psychoedukation für Carers: Facts
- nützliche Kommunikationsstrategien
- Reflexion über das eigene Verhalten der Eltern /Angehörigen
- «See the bigger picture»

Balance von Wärme und Führung



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Zu viel Kontrolle
und strenge Leitung

Ausgewogene Mischung aus
Wärme und Führung:
Sanfte Leitung

Zu viel Mitleid
und zu enge
Führung



nach Treasure, 2008

Klassische CBT und Essstörungen

„They dropped out like flies....“

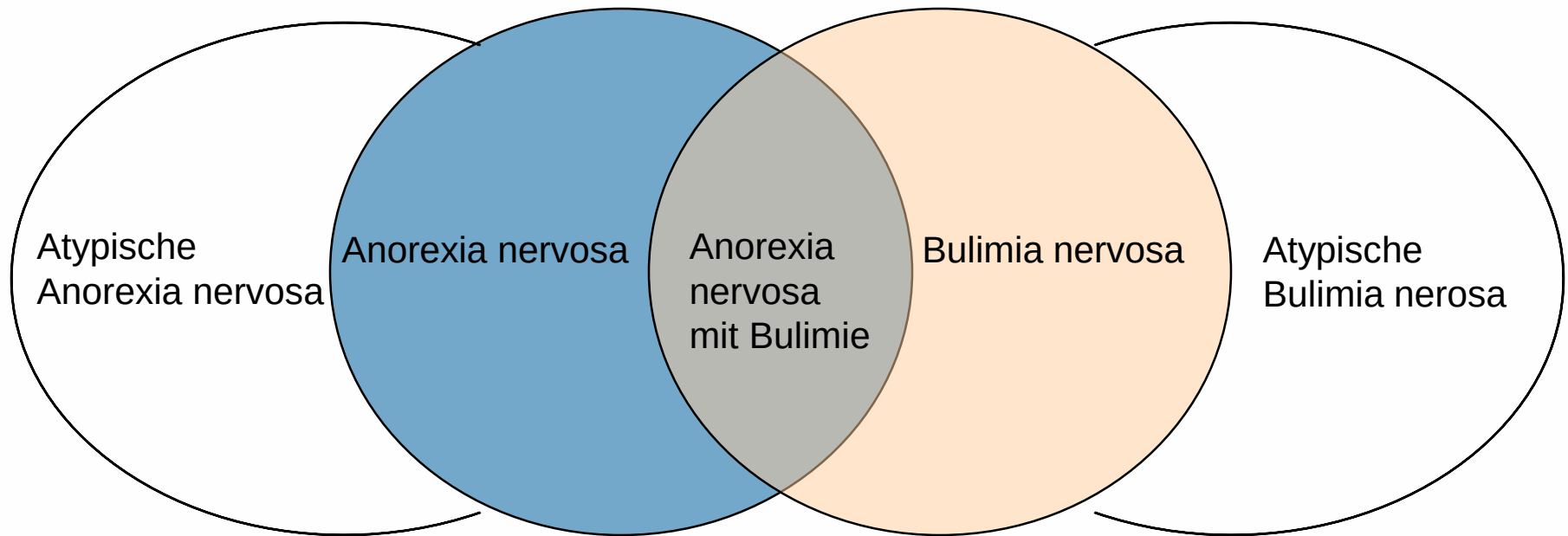


Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial

McIntosh et al., 2005, American Journal of Psychiatry

- Hohe Drop-out Rate
- Entgegen der Hypothese der AutorInnen war die CBT und die IP der nichtspezifischen supportiven Therapie unterlegen



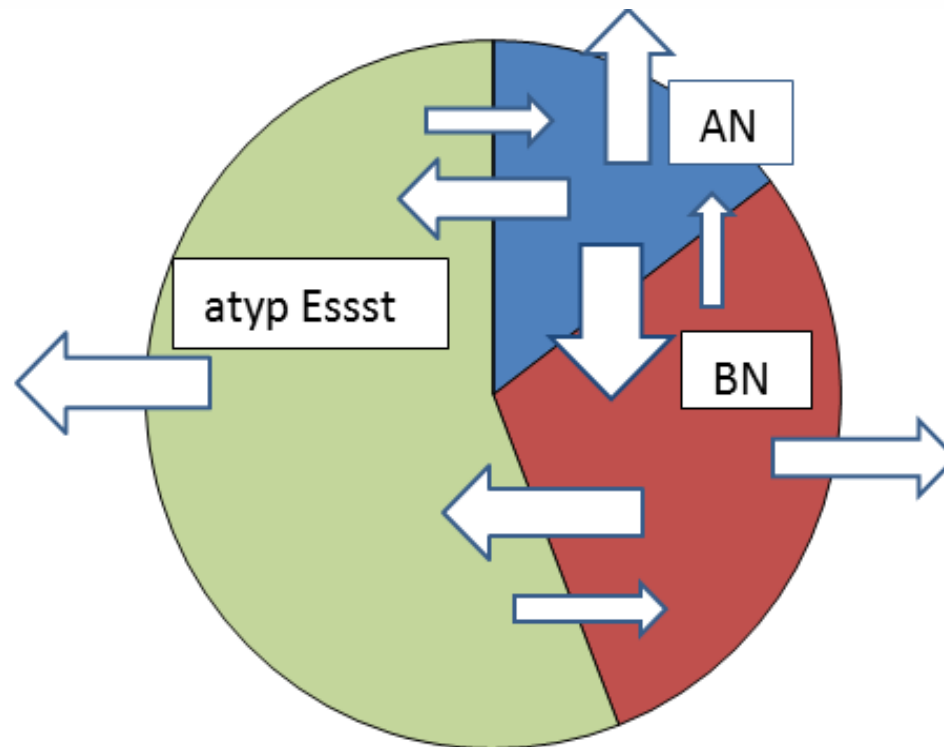
Atypische Essstörungen mit klinischer Relevanz sind
ungefähr gleich häufig wie typische Essstörungen

Migration von Essstörungen

- Transdiagnostischer Ansatz



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Migration von Essstörungsdiagnosen im Verlauf, Fairburn 2003

CBT-E für Essstörungen

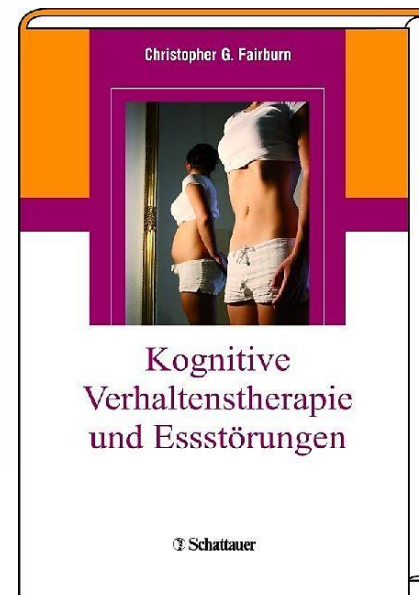
(Erwachsene und Jugendliche mit längerer Erkrankungsdauer)



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Fairburn 2009

- Motivationsphase am Beginn der Behandlung
(Gewichtszunahme nicht im Zentrum)
- Selbstbestimmung der Betroffenen wird respektiert
- Phase der Behandlung der Essstörungssymptomatik wird für einen Teil der Patienten ergänzt durch Vertiefungsmodule
 - Traumabearbeitung
 - Persönlichkeit



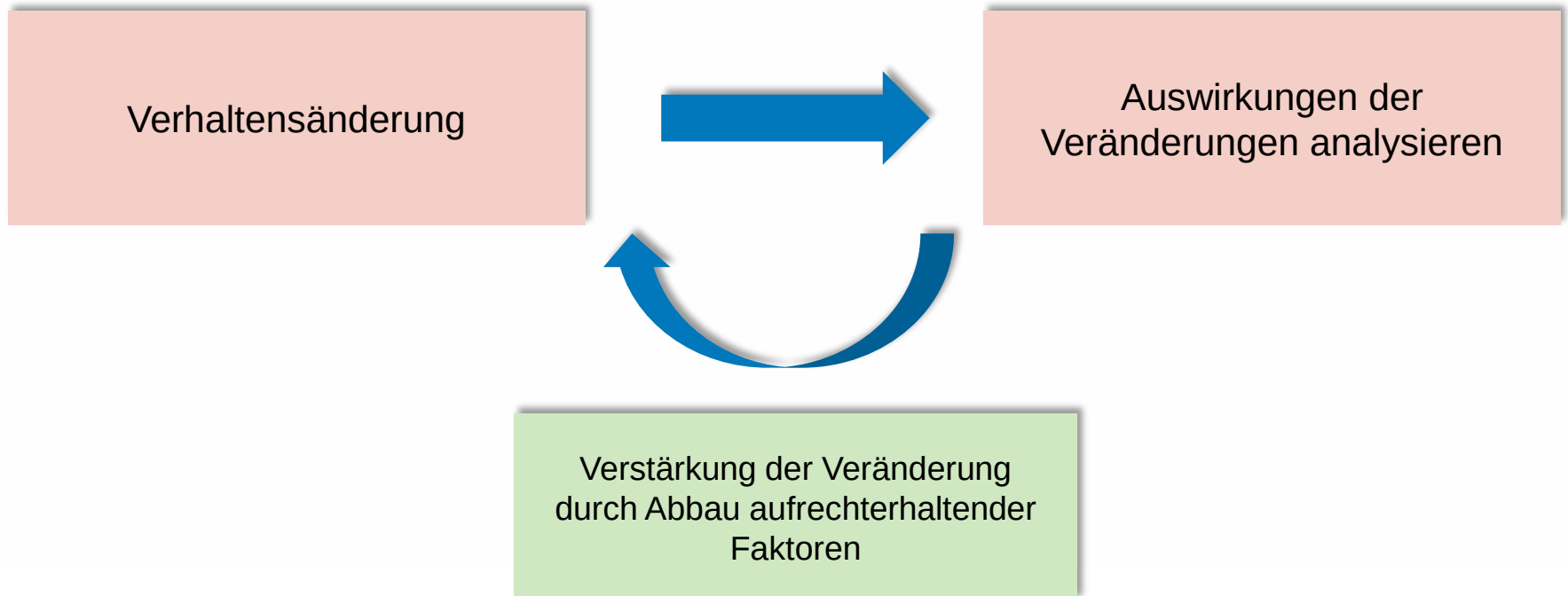
CBT-E (Kognitive Verhaltenstherapie für Essstörungen)

Methodik



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

- kaum kognitive Techniken
- Motivationsarbeit für Verhaltensänderungen ist zentral

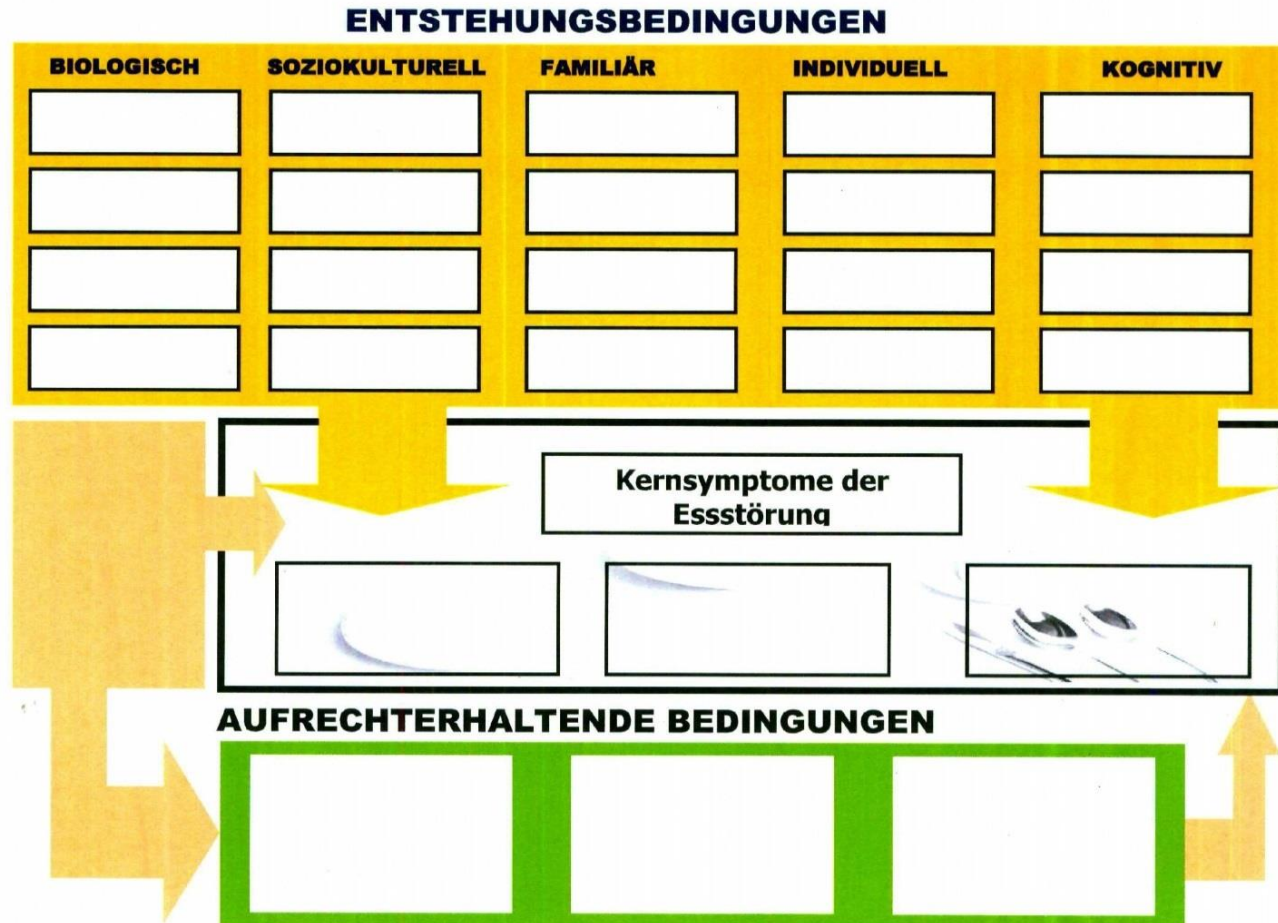


Gemeinsame Erarbeitung eines Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Bitte tragen Sie in dieses Modell Ihre individuellen Faktoren zur Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung der Essstörung ein:



Evidenz für Psychotherapie bei Anorexia Nervosa

	Evidence	Effect (evidence level)
Adolescent anorexia nervosa⁸⁴		
Family-based treatment (FBT)	Strong*	+++ (1)
Maudsley family therapy (MFT)	Strong*	+++ (1)
Family system therapy (FST)	Moderate*	++ (2)
Adolescent focused therapy (AFT)	Moderate*	++ (2)
Cognitive behavioural treatment (broad; CBT-b)	Weak/moderate	-/+ (4)
Cognitive behavioural treatment (enhanced; CBT-E)	Moderate*	+ (4)
Adult anorexia nervosa^{4,73,83}		
Cognitive behavioural therapy (CBT)	Weak	+
Cognitive behavioural therapy (enhanced; CBT-E)	Moderate*	++
Behavioural therapies (BT)	Weak	-/+
Interpersonal psychotherapy (IPT)	Weak	+
Psychodynamic therapy (PT)	Weak	+
Cognitive analytic therapy (CAT)	Weak	+
Focal psychodynamic psychotherapy	Moderate*	++
Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)	Moderate*	++
Specialist supportive clinical management (SSCM)	Moderate*	+ (+)

N=12 RCTs
1060 adoleszente AN-Pat

N=12 RCTs
1157 erwachsene AN-Pat

Evidenz für Behandlung Bulimia Nervosa und Binge Eating

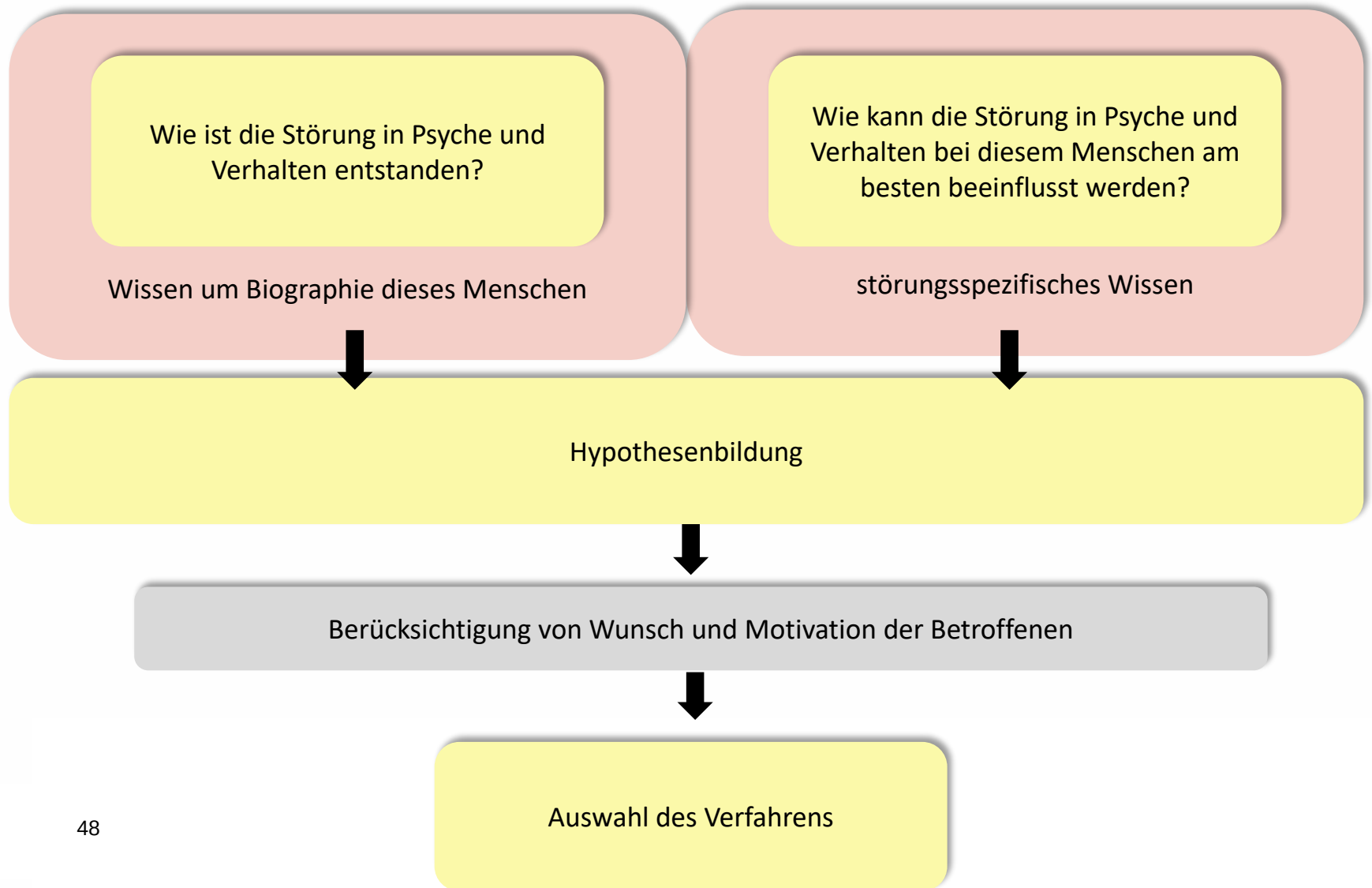


Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

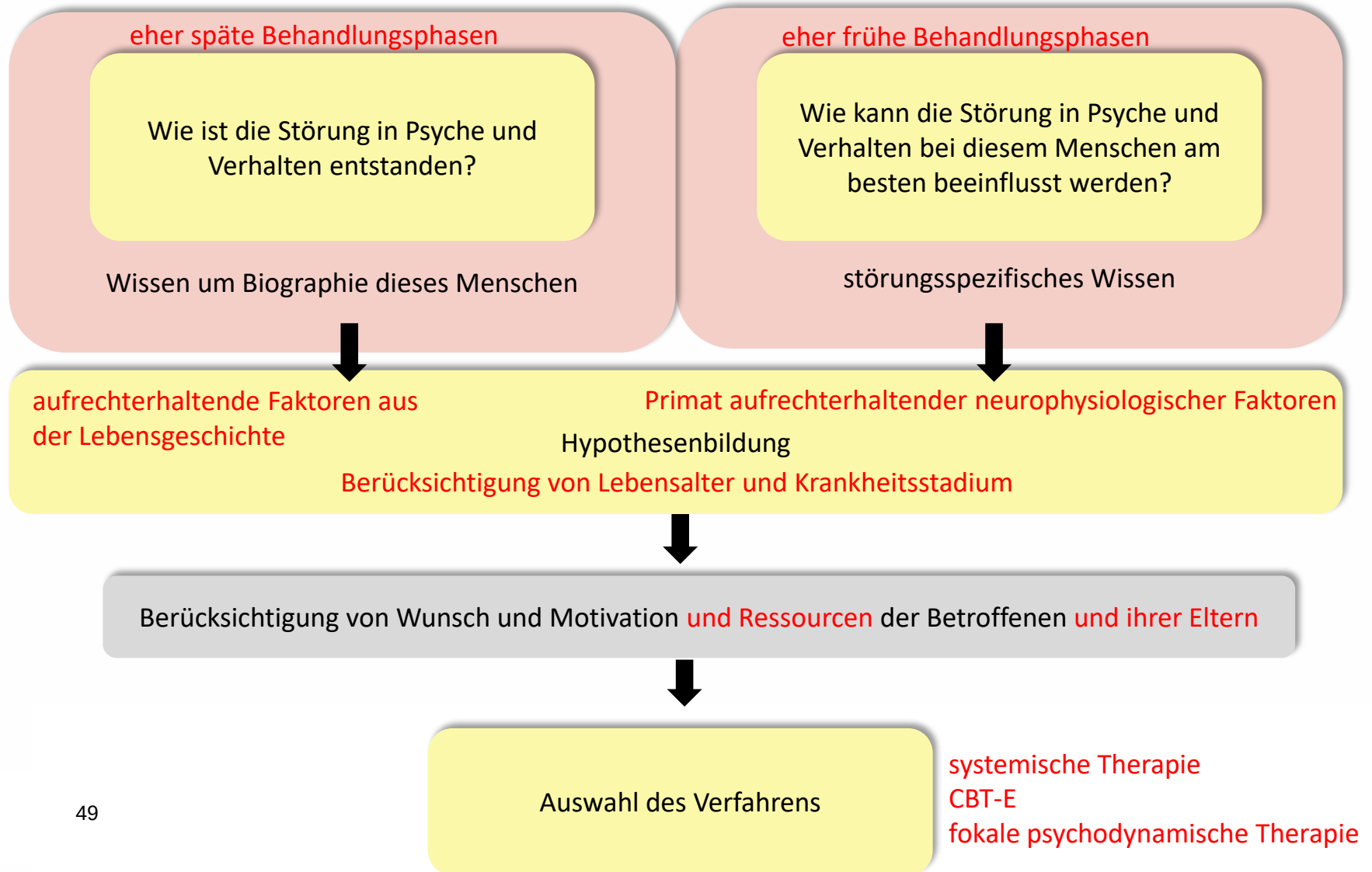
- CBT
- CBT-E
- Interpersonelle Therapie
- Internetbasierte Selbsthilfe-Programme
- Medikamentöse Unterstützung:

Fluoxetine bei BN

Lisdexamphetamin bei BE



Multikausale Gedankenstränge Behandlung von Essstörungen



Motivationale Klärung

Ressourcenaktivierung

Problemaktualisierung

Problembewältigung

Therapeutische Beziehung

Motivationale Klärung

individuelles Störungsmodell
allfällige Traumata

Ressourcenaktivierung

Familie als Ressource
Lebensziele, kognitive Ressourcen

Problemaktualisierung

erste Behandlungsphase
Familienmahlzeiten, Hometreatment

Problembewältigung

selbstbestimmte Mahlzeiten
kognitive Strategien

Therapeutische Beziehung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Pablo Picasso: Le Bouquet