

Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen

Nina Dittmer
Claudia Mönch
Michael Marwitz
Mareike von der Mühlen
Sabine Baumann
Ulrich Cuntz
Katharina Alexandridis
Markus Fumi
Ulrich Voderholzer

Ein Therapiemanual

Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen

**Nina Dittmer
Claudia Mönch
Michael Marwitz
Mareike von der Mühlen
Sabine Baumann
Ulrich Cuntz
Katharina Alexandridis
Markus Fumi
Ulrich Voderholzer**

Zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Essstörungen

Ein Therapiemanual

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Merkelstraße 3

37085 Göttingen

Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0

Fax +49 551 999 50 111

info@hogrefe.de

www.hogrefe.de

Illustrationen Yoga-Übungen: Klaus Gehrman, Freiburg; www.klausgehrmann.net

Satz: Arthür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF

1. Auflage 2021

© 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2951-9; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2951-0)

ISBN 978-3-8017-2951-6

<https://doi.org/10.1026/02951-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einleitung	7
1.1 An wen wendet sich das Therapiemanual?	7
1.2 Fallbeispiel 1	7
1.3 Fallbeispiel 2	7
Kapitel 2: Zwanghaftes Bewegungsverhalten	9
2.1 Darstellung der Symptomatik	9
2.1.1 Historische Beschreibung des zwanghaften Bewegungsverhaltens	9
2.1.2 Prävalenz und Relevanz des zwanghaften Bewegungsverhaltens bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	9
2.1.3 Terminologie und Definition von zwanghaftem Bewegungsverhalten	10
2.1.4 Störungsmodell des zwanghaften Bewegungsverhaltens	10
2.1.5 Formen und Charakteristika des zwanghaften Bewegungsverhaltens	13
2.2 Erfassungsmethoden	14
2.2.1 Verhaltensbeobachtung und körperliche Auffälligkeiten	14
2.2.2 Qualitative Erhebung	14
2.2.3 Quantitative Erhebung	15
2.2.4 Weitere Indikatoren	15
2.3 Therapeutische Ansätze gegen zwanghaftes Bewegungsverhalten	15
2.3.1 Pharmakotherapeutische Ansätze	15
2.3.2 Verhaltenstherapeutische Ansätze	16
2.3.3 Sporttherapeutische Ansätze	16
2.3.4 Ein integrativer Ansatz: Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens (AGB)	16
Kapitel 3: Wissenschaftliche Evaluation des Therapieprogramms AGB	18
3.1 Pilotstudie an der Schön Klinik Roseneck	18
3.2 Randomisiert-kontrollierte Studie an der Schön Klinik Roseneck	18
3.3 Offene Forschungsfragen	19
Kapitel 4: Therapeutisches Vorgehen	20
4.1 Allgemeine Hinweise zum therapeutischen Vorgehen	20
4.2 Therapeutisches Setting	20
4.3 Indikationen und Kontraindikationen	20
4.4 Ziele von AGB	21
4.5 Praktische Hinweise zur Nutzung des Manuals	21

Kapitel 5: Das Therapiemanual zum „Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens“ (AGB)	22
5.1 Therapieeinheit 1: Einführung in die Gruppe „Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens“	24
5.2 Therapieeinheit 2: Risikosituationen und Konsequenzen des zwanghaften Bewegungsverhaltens ..	28
5.3 Therapieeinheit 3: Expositionen mit Reaktionsmanagement	32
5.4 Therapieeinheit 4: Normfindung für ein gesundes Bewegungsverhalten	36
5.5 Therapieeinheit 5: „Märchen und Fakten“	40
5.6 Therapieeinheit 6: Alternativer Umgang mit Anspannung	50
5.7 Therapieeinheit 7: Emotionsregulation	53
5.8 Therapieeinheit 8: Abschluss von AGB	58
 Literatur	 60
 Anhang	 65
Diagnostik	88
Übersicht über die Arbeits- und Informationsblätter im Anhang und auf der CD-ROM	89
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	90

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogramms verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (vgl. www.adobe.com/de/reader) gelesen und ausgedruckt werden.

Kapitel 1

Einleitung

1.1 An wen wendet sich das Therapiemanual?

Das vorliegende Buch ist an Psychologen, Ärzte und Bewegungstherapeuten¹ gerichtet, die mit Menschen mit Essstörung arbeiten, sowie an Dozenten im Bereich der psychotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Ausbildung. Das Buch enthält das störungsspezifische Therapiemanual *Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens (AGB)* zur Reduktion des zwanghaften Bewegungsverhaltens bei Essstörungen und stellt auch dessen wissenschaftliche Evaluation dar. Auch wenn die einzelnen Module von AGB aufeinander aufbauend für die Gruppentherapie dargestellt werden, können diese auch jeweils einzeln in der psychotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Behandlung im Einzel- und Gruppensetting eingesetzt werden. Das vorgestellte Therapiekonzept ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären therapeutischen Kontext geeignet.

1.2 Fallbeispiel 1

Die 18-jährige Frau P. leidet seit vier Jahren unter einer Anorexia nervosa vom Binge-Eating/Purging-Typ. Ausführlich berichtet Frau P. bei Aufnahme von den „Extremen“, die sie im Rahmen ihrer Erkrankung sowohl bzgl. Nahrungsaufnahme als auch bzgl. Bewegung bereits erreicht habe: Während der letzten Wochen habe sie maximal 450 kcal/Tag zu sich genommen. Sie gehe 2 h/Tag joggen, zusätzlich tanze sie 1-2 h/Tag Ballett und würde vor jeder Nahrungsaufnahme ein Workout bestehend aus einer festge-

legten Anzahl Burpees, Sit-ups und ähnlichen hochintensiven Kraftübungen absolvieren. Heißhungerattacken sowie selbstinduziertes Erbrechen habe sie bei einem vorherigen Klinikaufenthalt „einigermaßen in den Griff bekommen“. Das Aufnahmegewicht beträgt 37 kg (BMI: 14,6 kg/m²). Rasch wird deutlich, dass Frau P. ihr zwanghaftes Bewegungsverhalten v. a. zur Emotionsregulation in Stresssituationen einsetzt, sich viel über extreme Leistungen definiert und durch die Kraftübungen versucht, ungeliebte Körperregionen gezielt zu formen. Im Rahmen ihrer Teilnahme an AGB lernt Frau P. daher bewegungsorientierte (Hoch-)Stressskills als alternative Möglichkeiten der Spannungsregulation einzusetzen. Zusätzlich werden Fehlannahmen bzgl. der Effekte von Krafttraining korrigiert. Als hilfreich erlebt Frau P. auch die Auseinandersetzung mit den langfristigen Folgen ihres zwanghaften Bewegungsverhaltens. In der Einzeltherapie wird intensiv an der Stärkung alternativer Selbstwertquellen gearbeitet und die Entscheidung gegen die Essstörung und das zwanghafte Bewegungsverhalten, v. a. im Hinblick auf ihren Berufswunsch Neurochirurgin zu werden, gefestigt. An der Akzeptanz eines weiblichen Körpers wird intensiv in der Gestaltungstherapie gearbeitet. Frau P. berichtet bei einem Besuch ein Jahr nach Entlassung, dass es ihr mithilfe ambulanter Psychotherapie gelungen sei, ein geregeltes Essverhalten und Normalgewicht aufrechtzuerhalten. Auch ihr Bewegungsverhalten habe sich normalisiert, sie habe mit Kickboxen begonnen, was ihr in Stresssituationen sehr helfe. Allerdings werde sie sich wegen einer mittlerweile diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung nun erneut in stationäre Behandlung begeben.

1.3 Fallbeispiel 2

Die 14-jährige Anna leidet seit anderthalb Jahren unter einer Anorexia nervosa vom restriktiven Typ. Sie wird nach einem vierwöchigen Aufenthalt in einer

1 Zugunsten einer besseren Lesbarkeit verwenden wir im Text in der Regel das generische Maskulinum. Diese Formulierungen umfassen gleichermaßen alle Geschlechter (m/w/d). Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn möglich, wurde eine geschlechtsneutrale Formulierung gewählt.

Kinderklinik direkt in unsere Klinik verlegt. Während der letzten Tage vor Einweisung in die Kinderklinik habe sie die Nahrungsaufnahme komplett verweigert und den Großteil des Tages dünn bekleidet am offenen Fenster stehend verbracht um „durch das Frieren Kalorien zu verbrennen“. Für vorher ausgeübte stundenlange Spaziergänge und Workouts sei sie zu schwach gewesen. Während des Aufenthaltes in der Kinderklinik sei durch Zufuhr von hochkalorischer Flüssignahrung per Sonde bereits eine Gewichtszunahme von 3 kg erzielt worden, sodass Anna bei Aufnahme in unsere Klinik 34 kg (BMI: 12,5 kg/m², <1. Altersperzentile) wiegt. Bei Aufnahme wird unmittelbar die starke Bewegungsunruhe von Anna deutlich, die hochangespannt mit unablässig wippenden Beinen auf der Stuhlkante sitzt. Schrittweise gelingt es ihr, mit intensiver therapeutischer Unterstützung ein ausreichendes Essverhalten wiederaufzubauen. Ab einem Gewicht von 41 kg (BMI: 15 kg/m², 1. Altersperzentile) lässt diese Bewegungsunruhe subjektiv und objektiv spürbar nach. Allerdings beginnt Anna

wieder, gezielt heimlich spazieren zu gehen und im Bad Workouts zu absolvieren. In der Einzeltherapie werden massive Ängste vor der Pubertät und dem „Verlust der Kindheit“ deutlich. Durch die Teilnahme an AGB erkennt Anna, dass das zwanghafte Bewegungsverhalten oft nach Konflikten mit ihrer Mutter und nach Konfrontation mit ihrem Gewicht, z. B. nach dem Wiegen, auftritt. Als hilfreich erlebt Anna psychoedukative Elemente von AGB zu Gewichtszunahme und Bewegung sowie das Erarbeiten einer gesunden Norm bzgl. Bewegung. Auch alternative Entspannungsformen konnte Anna durch AGB zunehmend besser einsetzen. In der Einzeltherapie wurden im Rahmen von Familiengesprächen Ängste der Patientin bzgl. des Erwachsenwerdens offen thematisiert. Bei Entlassung hat Anna den unteren Normalgewichtsbereich erreicht. Durch die sich nahtlos anschließende weiterführende ambulante Psychotherapie wird sie bei den anstehenden Entwicklungsaufgaben und der Akzeptanz eines weiblichen Körpers weiterhin unterstützt.

Kapitel 2

Zwanghaftes Bewegungsverhalten

2.1 Darstellung der Symptomatik

2.1.1 Historische Beschreibung des zwanghaften Bewegungsverhaltens

Zwanghaftes Bewegungsverhalten wird schon in frühesten Aufzeichnungen zu Anorexia nervosa als charakteristisches Symptom beschrieben. So berichtet Gull (1888) in einer klassischen Beschreibung der Anorexia nervosa: „as part of the pathological history, it is curious to note [...] the persistent wish to be on the move, though the emaciation was so great and the nutritive functions at an extreme ebb.“

Viele weitere Forscher haben im 20. Jahrhundert über zwanghaftes Bewegungsverhalten als spezifisches und häufiges Symptom sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa berichtet (Blinder, Freeman & Stunkard, 1970; Crisp, 1965; Crisp, Hsu, Harding & Hartshorn, 1980; Epling, Pierce & Stefan, 1983; Kron, Katz, Gorzynski & Weiner, 1978; Adkins & Keel, 2005; Binford & le Grange, 2005; Shroff et al., 2006; Stiles-Shields et al., 2015).

Heute wird im DSM-5 zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Anorexia nervosa als Symptom des restriktiven Typs aufgeführt, bei Bulimia nervosa als mögliches unangemessenes kompensatorisches Verhalten beschrieben (American Psychiatric Association, 2018).

Ein erster spezifischer therapeutischer Ansatz gegen zwanghaftes Bewegungsverhalten wurde erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts von Beumont und Kollegen (1994) beschrieben.

2.1.2 Prävalenz und Relevanz des zwanghaften Bewegungsverhaltens bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

In bisherigen Erhebungen mit überwiegend kleinen Stichprobengrößen lagen die Prävalenzangaben bei Patienten mit Anorexie in Abhängigkeit von Messinstrumenten, angewandter Kriterien und Stichprobenszusammensetzung zwischen 31 und 81 % (Dalle Grave, Calugi & Marchesini, 2008; Davis et al., 1997; Favaro, Caregato, Burlina & Santonastaso, 2000; Hebebrand et al., 2003). Bei Patienten mit Bulimie lag die Prävalenz zwischen 20 und 66 % (Binford & le Grange, 2005; Shroff et al., 2006; Davis et al., 1997).

Im Rahmen der an der Schön Klinik Roseneck durchgeführten randomisierten-kontrollierten Studie zur Evaluation unseres Therapiekonzepts zum Aufbau eines gesunden Bewegungsverhaltens wurde eine aktuelle Prävalenzerhebung an der weltweit größten Stichprobe durchgeführt (Anorexie: 566 Patienten; Bulimie: 185 Patienten), die vergleichbare Ergebnisse ergab (vgl. Abb. 1).

Da eine beträchtliche Tendenz zur Verheimlichung bzw. Bagatellisierung des zwanghaften Bewegungsverhaltens besteht, ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Prävalenzzahlen noch deutlich höher liegen.

Kurzfristig erschwert zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Patienten mit Anorexia nervosa eine ausreichende Gewichtszunahme während der Behandlung (AWMF, 2018; Holtkamp, Hebebrand & Herpertz-Dahlmann, 2004). Mittel- und langfristig ist zwanghaftes Bewegungsverhalten mit einem ungünstigen Verlauf der Behandlung und Erkrankung verbunden.

Zwanghaftes Bewegungsverhalten ist assoziiert mit längeren stationären Aufenthalten (Solenberger, 2001) sowie suizidalem Verhalten (Smith et al., 2013) und ist ein signifikanter Prädiktor für Rückfälle (Carter, Black-

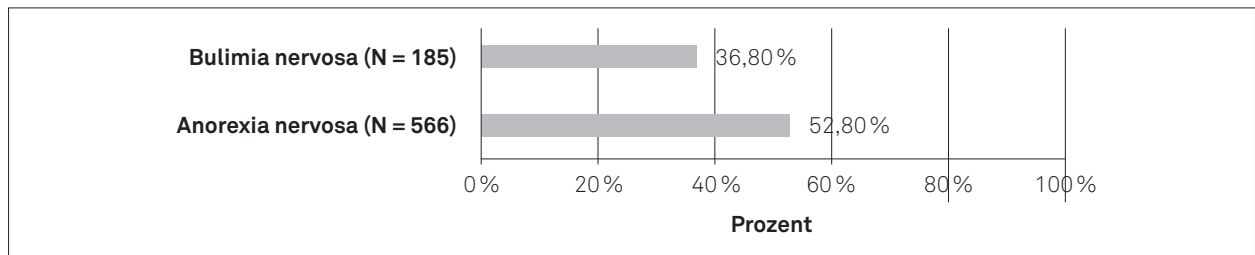


Abbildung 1: Prävalenzerhebung von zwanghaftem Bewegungsverhalten bei Essstörungen an der Schön Klinik Roseneck mittels eines strukturierten klinischen Interviews

more, Sutandar-Pinnock & Woodside, 2004) und Chronifizierung der Symptomatik (Casper & Jabine, 1996; Strober, Freeman & Morrell, 1997). In weiteren Studien konnte gezeigt werden, dass zwanghaftes Bewegungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen ein „Einstiegsverhalten“ in weitere kompensatorische Verhaltensweisen wie Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien darstellt (Stiles-Shields et al., 2012).

2.1.3 Terminologie und Definition von zwanghaftem Bewegungsverhalten

Trotz der hohen Prävalenzzahlen gibt es nach wie vor keinen Konsens bzgl. Terminologie und Definition des Symptoms. In Studien zu zwanghaftem Bewegungsverhalten bei Essstörungen wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Termini verwendet. Einer der am häufigsten verwendeten Termini ist „excessive exercise“, der das Bewegungsverhalten basierend auf quantitativen Merkmalen wie Häufigkeit, Intensität und Dauer der Bewegung charakterisiert (z. B. Bewell-Weiss & Carter, 2010; Bratland-Sanda et al., 2010b; Davis & Kaptein, 2006; Penas-Lledo et al., 2002). Andere Studien betonten besonders die zwanghafte, ritualisierte und unkontrollierbare Qualität der Bewegung und verwendeten deshalb den Begriff „compulsive exercise“ (z. B. Adkins & Keel, 2005; Dalle Grave et al., 2008; Meyer & Taranis, 2011; Young et al., 2018). Im Deutschen wurde bisher als häufigster Begriff „Bewegungsdrang“ gebraucht. Nachdem eine aktuelle internationale Delphi-Studie jedoch ergeben hat, dass „compulsive exercise“ als bevorzugter Terminus betrachtet wird (Noetel et al., 2017), soll im vorliegenden Manual entsprechend der Begriff „zwanghaftes Bewegungsverhalten“ gebraucht werden.

Bezüglich der Definition hat sich ein zunehmender Konsens dahingehend ergeben, dass sowohl quantitative als auch qualitative Merkmale berücksichtigt werden sollten (Adkins & Keel, 2005; Noetel et al., 2017). Die Autoren schlagen folgende transdiagnos-

tische Definition von zwanghaftem Bewegungsverhalten vor (Dittmer, Jacobi & Voderholzer, 2018).

Zwanghaftes Bewegungsverhalten (Dittmer, Jacobi & Voderholzer, 2018)

- A. Zwanghaftes Bewegungsverhalten wie durch (1) und (2) definiert:
- 1) Übertriebenes Ausmaß an Bewegung, zu dem sich der Patient aufgrund aufdringlicher Gedanken oder rigide einzuhaltender Regeln innerlich getrieben fühlt
 - 2) Die Bewegung dient dazu gefürchtete Konsequenzen zu vermeiden oder Stress zu reduzieren; sie basiert häufig auf verzerrten Annahmen über Bewegung
- B. Das zwanghafte Bewegungsverhalten ist zeitaufwendig (> 1 h pro Tag), beeinträchtigt deutlich den persönlichen Tagesablauf, die berufliche Leistungsfähigkeit, soziale Beziehungen oder wird trotz Krankheit, Verletzung oder fehlender Freude fortgesetzt
- C. Zu irgendeinem Zeitpunkt hat der Patient erkannt, dass das zwanghafte Bewegungsverhalten übertrieben oder unsinnig ist.

Kriterium A. + B. sind obligatorisch, Kriterium C. ist optional.

2.1.4 Störungsmodell des zwanghaften Bewegungsverhaltens

Lange Zeit wurde zwanghaftes Bewegungsverhalten ausschließlich als absichtlich eingesetztes Verhalten betrachtet, um Kalorien zu verbrennen und Gewicht oder Figur zu kontrollieren (Dalle Grave et al., 2008; Davis Katzman & Kirsh, 1999). In den letzten Jahren wurde zunehmend deutlich, dass diese Konzeptualisierung von zwanghafter Bewegung als ein weiteres gegensteuerndes Verhalten zu vereinfachend war (Meyer, Taranis, Goodwin & Haycraft, 2011; Meyer et al., 2008).

Ein erstes Störungsmodell stellten Meyer et al. (2011) vor, das vier zentrale aufrechterhaltende Faktoren für zwanghaftes Bewegungsverhalten beinhaltet: 1. Figur- und Gewichtssorgen, 2. Perfektionismus und Rigidität, 3. Emotionsregulation, und 4. Zwanghaftigkeit.

Aufbauend auf diesem Modell schlugen die Autoren ein überarbeitetes Modell mit zugrundeliegenden Risiko- und aufrechterhaltenden Faktoren des zwanghaften Bewegungsverhaltens vor (vgl. Abb. 2). Zusätzlich zu den von Meyer et al. (2011) vorgeschlagenen Faktoren wurden neurobiologische Faktoren sowie die Lerngeschichte als mögliche zugrundeliegende Risikofaktoren einbezogen. „Zwanghaftigkeit“ wurde als eigenständiger Faktor entfernt, da Zwanghaftigkeit und Emotionsregulation entsprechend der Konzeptualisierung von Meyer et al. (2011) klinisch stark überlappende Konstrukte darstellen: Während Zwanghaftigkeit dazu dient, Angst durch die Vermeidung gefürchteter negativer Konsequenzen zu lindern, dient die Emotionsregulation der Vermeidung „affektiver Entzugssymptome“ (Meyer et al., 2011). Auf klinischer Ebene beziehen sich beide Faktoren auf die Vermeidung oder Linderung von Schuld, Angst und Depression. Eine Trennung dieser Faktoren erhöhte aus unserer Sicht die theoretische Komplexität, hatte aber nur eine begrenzte klinische Relevanz.

Persönlichkeitszüge

Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass Hungern zu einer verstärkten Ausprägung prämorbid bestehender, zwanghafter Persönlichkeitszüge führt (Keys, Brozek, Haeuschel, Mickelson & Taylor, 1950; Pollice, Kaye,

Greeno & Weltzin, 1997). Mehrere Querschnittsstudien fanden auch einen Zusammenhang zwischen zwanghaften Persönlichkeitszügen, d.h. Obsessivität, Perfektionismus, Persistenz und Rigidität sowie zwanghaftem Bewegungsverhalten bei Patienten mit AN (Davis & Kaptein, 2006; Davis, Kaptein, Kaplan, Olmsted & Woodside, 1998; Shroff et al., 2006). Naylor, Mountford und Brown (2011) zeigten, dass ein hohes Verantwortungsgefühl, eine geringe Unsicherheitstoleranz und ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle der eigenen Gedanken – ebenfalls Merkmale einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur –, signifikant mit dysfunktionalen Annahmen über Bewegung assoziiert sind. Wie von Young, Rhodes, Touyz und Hay (2013) zusammengefasst, verwendeten fast alle diese Studien Querschnittsdesigns, die keine kausalen Rückschlüsse zulassen. Davis und Kaptein (2006) führten jedoch eine Längsschnittstudie mit Patienten mit AN und zwanghaftem Bewegungsverhalten durch, die zeigte, dass zwanghafte Persönlichkeitszüge während der Gewichtszunahme persistierten. Sie folgerten, dass zwanghafte Persönlichkeitszüge eine kausale Rolle bei der Entwicklung von zwanghaftem Bewegungsverhalten spielen könnten. Bzgl. ängstlicher Persönlichkeitszüge fanden Shroff et al. (2006) in einer Querschnittsstudie höhere Werte bei Patienten mit AN und zwanghaftem Bewegungsverhalten.

Neurobiologie

Bei akuter Anorexie kann ein erniedrigter Leptinspiegel einen wichtigen neurobiologischen Faktor für zwanghaftes Bewegungsverhalten darstellen: Bei län-

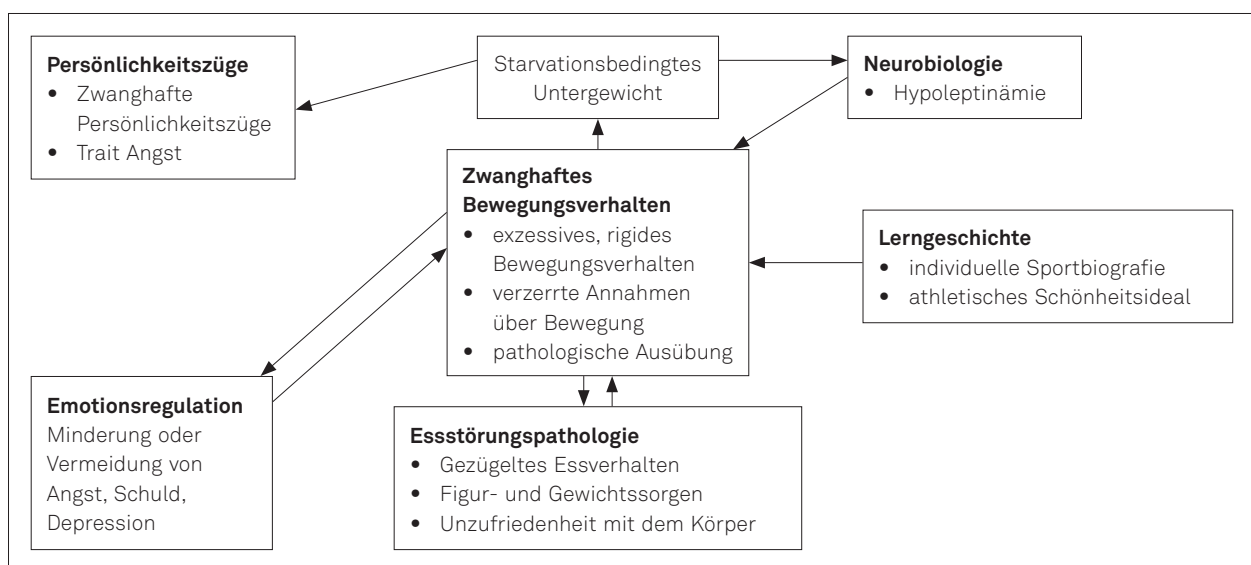


Abbildung 2: Störungsmodell des zwanghaften Bewegungsverhaltens (eigenes Modell)