

## **Essstörungen**

### **Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung
2. Diagnostik
3. Epidemiologie von Essstörungen
4. Komorbidität
5. Verlauf und Prognose von Essstörungen
6. Erklärungsmodelle
  - 6.1. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Störungsmodell
  - 6.2. Psychobiologische Modelle
  - 6.3. Soziokulturelles Modell
  - 6.4. Systemisches Modell, Familie
  - 6.5 Psychodynamische Modelle
  - 6.6. Traumatisches Modell
  - 6.7. Suchtmodelle von Essstörungen
  - 6.8. Körperorientierte Psychotherapie
7. Indikation für eine verhaltenstherapeutische Behandlung
8. Therapieziele
9. Behandlung

### **1. Einleitung**

Essstörungen sind nach meiner Erfahrung in den seltensten Fällen leichte, auf wenige Variablen eingeschränkte Störungen, sondern meistens vielschichtig und weit greifend. Deshalb hat es sich in meiner Praxis als sinnvoll erwiesen, sie mehrdimensional zu betrachten und in den meisten Fällen entsprechend mehrdimensional zu behandeln.

Deshalb stelle ich Ihnen verschiedene therapeutische Sichtweisen und Ansätze dar, damit Sie neben dem verhaltenstherapeutischen Ansatz auch weitere Sichtweisen in Ihre therapeutische Arbeit mit Essgestörten einbeziehen können, wenn Ihnen dies sinnvoll und notwendig erscheint. Diese Sichtweise wird zunehmend auch in der Literatur zu Essstörungen vertreten (u. a. Sipos & Schweiger 2003, Ernst & Wiegand 2010).

Zum Thema Essstörungen möchte ich Ihnen nun Zapotoczky (in: Steinbrenner und Schönauer-Cejpek 2003) zitieren, um dem Thema einen Kontext zu geben, der zusätzlich zu der oben benannten Beachtung der Vielschichtigkeit nicht nur auf Störungsmodelle fixiert ist, sondern auch eine gesellschaftliche Einbindung bietet: „In den unterschiedlichen Klassifikationen wurde der Begriff „Neurose“ so gut wie abgeschafft – damit wurde über den Umweg neurotischer Mechanismen auf „neurotische Art“ etwas erreicht: Hingegossen dem Leistungsprinzip wird der Einfluss gesellschaftlicher Faktoren auf psychopathologische Phänomene so gut wie nicht wahrgenommen. Die Bedeutung von Stress und Distress wird nicht geleugnet, wird untersucht und dargestellt, doch der Leistungsdruck, der zu diesen psychovegetativen Entgleisungen führt, wird gesellschaftlich anerkannt und gefördert. Eine Neurose unserer Zeit, der wir gesellschaftlich so begegnen, dass wir den Begriff „Neurose“ abschaffen. Aushilfsweise wird von „Mobbing“, von „Burn Out“, von Erschöpfung gesprochen. Gerade bei den genannten Essstörungen – Anorexie und Bulimie – lassen sich derartige Einflüsse nachweisen: In ihnen drückt sich ein Aufbegehren gegen eine „übersatte“ Gesellschaft aus, der mit den eigenen Idealvorstellungen begegnet wird. Mit einem Schönheitsideal, mit einem körperlichen Gesundheitsprofil, das bis zum makabren Paradoxon gesteigert wird: „Ich mache mit dieser Gesellschaft nicht mehr mit, indem ich ihre Maxime bis ins Absurde steigere.“ Nicht die jüngeren Leute mit Anorexie und/oder Bulimie sind krank, sondern die Gesellschaft, gegen die sie sich nicht anders wehren können. Gesellschaftliche Musterstücke, gesellschaftliche Aushängeschilder wie Mannequins und Ballettösen bestätigen dies. Man hungert sich herunter, erbricht und nimmt Abführtabletten, bis man die Aufnahmeprüfung in die entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten schafft. Einige Turnlehrerinnen in der Schule wirken dabei kräftig mit. Eine verrückte Welt!“ (S.7/8)

Zapotoczky fasst den gegenwärtigen Stand verschiedener Konzepte von Essstörungen wie folgt zusammen: „Psychodynamische Ansätze beschränken sich auf einige wenige psychodynamische Konstellationen – keine spezifische Neurose. Das neoanalytische Konzept von Hilde Bruch bringt ungenaue Identifizierungen körperlicher Zustände beim Säugling

durch die Mutter ins Spiel. Als Folge dieser frühen Lernerfahrungen kommt es zur Störung der Körperwahrnehmung. Hilde Bruch spricht damit Phänomene der Körperschemastörungen beim Anorektiker an. Der Mangel an innerer Kontrolle (die durch die Mutter nicht vermittelt wird) führt zu Kompensationsphänomenen wie einer rigiden Disziplin und Leugnung des Hungers. Lerntheoretische Konzepte betonen Operante Mechanismen – verstärkt in Form von Modellen, von Zuwendung von außen oder in Analogie zur Phobie in Form von Vermeidungs- oder Fluchtreaktionen. Somatisch orientierte Theorien erfassen Anorexie als „endogene Depression“ (Zutt) oder als hyperthalamische Funktionsbeeinträchtigung. Bisher haben uns diese Theorien kaum weitergeführt. Die Bedeutung sexuellen Missbrauchs wird erörtert, familiäre Interaktionsmuster werden beschrieben, ohne genauere Erklärungen zu bieten. Wir sind noch immer einer Suchleistung ausgesetzt – müssen mehr über die Entstehung dieser Essstörungen in Erfahrung bringen. Darum eine intensive dimensionale Betrachtungsweise! Essgestörte verschließen sich, umhüllen sich mit mystischer Abgeschlossenheit, in der sie nicht glücklich, in der sie halbwegs unglücklich sind. Wir als Therapeuten sollten nicht müde werden, den Teufelskreis, in den diese Menschen hineingeraten sind, zu durchbrechen. Unser gemeinsames Ziel: Ihre Befreiung aus einem nicht nur oralen Debakel.“ (S. 8)

## **2. Diagnostik**

In der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Arbeit werden die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 verwendet. In wissenschaftlichen Arbeiten werden in der Regel die Kriterien nach DSM-IV angewandt. Unterschiede bestehen vor allem in folgenden Aspekten:

1. Wenn bei einer Anorexia Nervosa Essanfälle gehäuft auftreten, muss nach ICD-10 zusätzlich die Diagnose Bulimia Nervosa gestellt werden. Im DSM-IV wird in diesem Fall nur eine Anorexia Nervosa diagnostiziert und der Subtypus Binge-Eating/Purging Typus benannt.
2. In den ICD-10 werden bei der Anorexia Nervosa endokrine Veränderungen betont, die aber als Folge von Mangelernährung anzusehen sind. Dies ist beim DSM-IV nicht gegeben.
3. Im DSM-IV finden sich vorläufige Kriterien für die Binge-Eating-Störung, die im ICD-10 nicht existieren.

Einige Autoren ziehen die Kriterien des DSM-IV vor, dem ich mich anschließen möchte, insbesondere wegen der endlich formulierten Binge-Eating-Störung, die nach meiner Erfahrung gehäuft vorkommt und bisher diagnostisch offiziell nicht näher spezifiziert werden konnte.

Für die **Anorexia Nervosa (F50.0)** gelten nach **ICD-10** die folgenden diagnostischen Kriterien:

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index von 17,5 kg/m<sup>2</sup> oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a. Vermeiden von hochkalorischen Speisen; und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: b. selbst induziertes Erbrechen; c. selbst induziertes Abführen; d. übertriebene körperliche Aktivitäten; e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; beim Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

### Untertypen:

F 50.00 Anorexia ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) – dazugehörige Begriffe: Asketische Form der Anorexia Nervosa, passive Form der Anorexia Nervosa, restriktive Form der Anorexia Nervosa.

F 50.01 Anorexia mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) – dazugehörige Begriffe: Aktive Form der Anorexia Nervosa, bulimische Form der Anorexia Nervosa.

Die diagnostischen Kriterien der **Anorexia Nervosa** nach **DSM-IV** lauten:

1. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von etwas weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).
2. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden trotz bestehenden Untergewichts.
3. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten wie selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren gezeigt.

Binge-Eating/Purging-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle gezeigt.

Ein Beispiel wird bei Sipos und Schweiger (2003) dargestellt: Die 16jährige Melanie wird von den Eltern beim Hausarzt und einer psychologischen Beratungsstelle wegen Gewichtsverlustes und auffälligem Essverhalten vorgestellt. Melanie ist das zweite Kind einer Handwerkerfamilie. Sie hat eine 17jährige Schwester und einen 11jährigen Bruder. Das Familienklima ist wohlwollend und unterstützend, es besteht aber eine erhebliche Rivalität zwischen den Schwestern. Melanie besucht die Realschule, zeigt gute Leistungen und hat befriedigende soziale Kontakte zu Freundinnen. Vor 6 Monaten hat sie zusammen mit ihrer besten Freundin eine Diät begonnen. Das Ausgangsgewicht beträgt 54 kg bei 1,65 m (BMI 20,0 kg/m<sup>2</sup>), jetzt wiegt sie 45 kg (BMI 16,5 kg/m<sup>2</sup>). Die Freundin beendete die Diät nach zwei Monaten, begann wieder zuzunehmen und hat jetzt wieder ihr Ausgangsgewicht. Melanie berichtet: „Ich habe mich zu dick gefühlt und wollte 5 kg abnehmen. Nachdem ich dieses Ziel erreicht hatte, hatte ich Angst, wieder zuzunehmen und habe mein Essen weiter kontrolliert. Die Diät hat sich verselbständigt, ich traue mich nicht mehr aufzuhören.“ Anfänglich hatte Melanie von Schulkameradinnen und ihren Eltern Anerkennung für ihre Selbstdisziplin bekommen. Seit den letzten Wochen herrscht in der Familie Besorgnis und es gibt Auseinandersetzungen bei den gemeinsamen Mahlzeiten. Die Eltern wünschen sich, dass Melanie wieder zu ihrem normalen Essverhalten zurückkehrt. Melanie hält sich aber ängstlich an ihrer Diät fest. Im psychischen Befund ergibt sich kein Hinweis auf weitere Erkrankungen. Sie verneint Heißhungeranfälle, Erbrechen, den Gebrauch von Abführmitteln und Substanzmissbrauch. Die Gewichtsreduktion erreichte sie durch gezügeltes Essverhalten und Weglassen von hoch kalorischen Nahrungsmitteln. Die Menarche war im Alter von 13 Jahren aufgetreten. Die letzte Regelblutung liegt jetzt aber 5 Monate zurück.“ (S. 4/5)

In diesem Fall ist die Prognose gut. Das Diätverhalten wurde operant verstärkt und Melanie hat aus Angst vor einer erneuten Gewichtszunahme ein Vermeidungsverhalten einem normalen Essverhalten gegenüber aufgebaut. Der persönliche und familiäre Hintergrund sind unauffällig.

Für die **Bulimia Nervosa** finden sich in den **ICD-10** die folgenden Kriterien:

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

2. Die Patientin versucht, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegen zu steuern: selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder gesund betrachteten Gewicht.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia Nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

Für die **Bulimia Nervosa F50.2** gelten nach den **DSM-IV** die folgenden Kriterien:

1. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch beide der folgenden Merkmale gekennzeichnet: (1) Verzehr einer Nahrungsmenge, die erheblich größer ist als die Menge, welche die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden, in einem umschriebenen Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden). (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über die Art und Menge der Nahrung zu haben).
2. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
3. Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
4. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
5. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme entgegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Ein Beispiel für eine Bulimia Nervosa findet sich bei Sipos und Schweiger (2003):

„Die 23jährige Frau H. sucht wegen ihrer Essanfälle einen niedergelassenen Psychotherapeuten auf. Frau H. ist Einzelkind und im Vorort einer Großstadt in wohl situierten Verhältnissen aufgewachsen. Der Vater ist leitender Mitarbeiter einer mittelständischen Firma, die Mutter Sachbearbeiterin. Das Familienklima ist liebevoll, es fällt Frau H. aber schwer, Problemsituationen mit ihren Eltern offen zu thematisieren, auch glaubt sie, ihre Eltern nur durch hohe Leistungen beeindrucken zu können. Nach dem Abitur begann Frau H. ein Betriebswirtschaftsstudium. Sie vergleicht sich häufig mit ihren Studienkolleginnen und findet, dass sie mit ihrem Gewicht von 63 kg bei 1,66 m (BMI 23,0 kg/m<sup>2</sup>) eher zu den „Dicken“ gehört. Sie führte deshalb wiederholt Diäten durch, die sie aus Frauenzeitschriften entnimmt. Der Gewichtsverlust liegt jeweils im Bereich von 3 bis 5 kg. Nach den Diäten nimmt sie rasch wieder auf das Ausgangsgewicht zu. Die Vorbereitung der Zwischenprüfung erzeugt bei Frau H. über Wochen erhebliche Anspannung. In dieser Situation kommt es bei einem Besuch zu Hause zu einem ersten Essanfall. Im Rahmen einer Familienfeier überisst sie sich und muss spontan erbrechen. Anschließend fühlt sie sich erleichtert und entspannt, sie bewertet es als vorteilhaft, das Essen losgeworden zu sein. Nach einem weiteren Essanfall eine Woche später löst sie Erbrechen aus, indem sie „den Finger in den Hals steckt“. Wieder trat ein Gefühl der Erleichterung auf und Frau H. begann regelmäßig Erbrechen auszulösen. Sie sagt sich „gelegentliches Erbrechen ist nicht so schlimm, ich brauche dann nicht so viel über mein Gewicht nachzudenken und fühle mich bei Feiern entspannter“. Im Verlauf des nächsten Jahres nehmen die Essanfälle und Erbrechen kontinuierlich zu. Das Gewicht stagniert bei 61 kg. Es kommt zu Gedankenkreisen um Essen. Nach Lektüre eines Zeitschriftenartikels über Bulimie entscheidet sie sich, einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Im psychischen Befund ist die Patientin freundlich und



aufmerksam, in Stimmung und Affekt ist sie beschämt und über Gesundheit und Leistungsfähigkeit besorgt, im Denken ist sie leichtgradig eingeengt, subjektiv konzentrationsgemindert, Störungen der Impulskontrolle mit Essanfällen, ausreichende Krankheitseinsicht. Kein Anhalt für weitere psychische Störungen.“ (S. 14/15)

Die Prognose ist auch in diesem Beispiel positiv. Die Essstörung hat mit Diäten angefangen und keine weitreichenden problematischen Hintergründe in der Persönlichkeit oder der Familie.

Die Forschungskriterien der **Binge-Eating-Störung** im **DSM-IV** lauten:

- A. Wiederholte Episoden von „Essanfällen“. Eine Episode von „Essanfällen“ ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:
  - (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
  - (2) Ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
- B. Die Episoden von „Essanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei 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 Verlegenheit über die Menge, die man isst,
  - (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens 2 Tagen in der Woche während mindestens 6 Monaten auf.
- E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten

nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auf.

Ein Beispiel findet sich bei Sipos und Schweiger auf Seite 20 im Zusammenhang einer Binge-Eating-Störung und einer Sozialen Phobie:

„Der 21jährige Herr L. wird von seinem Hausarzt wegen Übergewichts in eine Fachklinik eingewiesen. Herr L. hat eine zwei Jahre jüngere Schwester, die normalgewichtig ist. Die Eltern besitzen ein mittelständisches Unternehmen, sie sind beide übergewichtig. Das Familienklima ist unterstützend, aber sehr distanziert. Die Kinder werden von der Großmutter versorgt. Herr L. hat vor zwei Jahren das Abitur abgelegt, ein Studium begonnen und jetzt krankheitsbedingt unterbrochen. Herr L. war schon als Kind leichtgradig übergewichtig, dabei spielte eine wesentliche Rolle, dass die Großmutter ihm stets große Portionen zuschob und ihn ermunterte, viel zu essen. Herr L. wurde wegen seines körperlichen Zustandes häufig gehänselt. Im Laufe der Zeit entwickelt sich eine starke Angst, Scham und Vermeidungsverhalten vor Situationen, in denen er von Fremden begutachtet wird. Im Kreis von 3 männlichen Freunden ist er gesprächig und selbstbewusst. Andere Kontakte vermeidet er. Er hört auf Sport zu betreiben oder sich in der Öffentlichkeit leichter bekleidet zu zeigen. Auch das Aufsuchen von Vorlesungen bereitet ihm Angst, da er fürchtet, sich zu blamieren. Das Essverhalten verschlechtert sich, er isst abends allein mit großer Geschwindigkeit drei Portionen Abendessen und trinkt große Mengen Coca-Cola. Gegensteuernde Maßnahmen wurden nicht eingesetzt. Das Gewicht nimmt auf 150 kg bei 1,85 m zu (BMI 43,9 kg/2). Im psychischen Befund ist Herr L. zurückhaltend und wortkarg, in Stimmung und Affekt leichtgradig traurig, die Sprache monoton, im Denken eingeengt, ausgeprägte Phobie vor sozialen Situationen mit Unbekannten, Störung der Impulskontrolle mit Essanfällen, Krankheitsgefühl ohne spezifische Krankheitseinsicht.“

Bei Herrn L. hat sich ein Teufelskreislauf entwickelt von Essanfällen, zunehmendem Gewicht, sozialer Phobie, Bewegungsarmut, Defiziten an angenehmen Erfahrungen und innerer Spannung. Die Essstörung und die soziale Phobie sollen gleichzeitig behandelt werden, da die soziale Phobie eine Unterstützung mit einem Bewegungsprogramm behindert. Anfänglich findet die Behandlung stationär statt, weil das Vermeidungsverhalten dort besser überwunden werden kann.

Als standardisierte **diagnostische Verfahren** werden von Sipos und Schweiger der SKID (strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse I und II), die Internationalen Diagnose Checklisten für DSM-IV und ICD-10 (Hiller et al. 1997) das EDI (Eating Disorder Inventory, Garner et al. 1983; Thiel und Paul 1988), der FEV (Fragebogen zum Essverhalten, Pudel und Westenhöfer 1989; Stunkard & Messick 1985) und das SIAB (Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen, Fichter & Quadflieg 1999) empfohlen. Ergänzend werden das BDI (Beck Depressions- Inventar) und die Symptom-Check-List-90-R benannt. Eine Übersicht bietet auch Jacobi (in Hautzinger 2000, S. 223) an.

Als **diagnostische Verfahren** für schlägt Steinhausen (2005) die folgenden vor:

Verfahren zur klinischen Diagnostik der Anorexia Nervosa:

ABAN Anamnese und Befund bei Anorexia Nervosa

SIAB-EX Strukturiertes Interview für Anorektische und Bulimische Essstörungen – Expertenbeurteilung

SVBAN Strukturierte Verlaufsbeurteilung der Anorexia Nervosa

Verfahren zur Selbstbeurteilung

FESG Fragebogen zu Essgewohnheiten

SIAB-S Strukturiertes Interview für Anorektische und Bulimische Essstörungen – Selbstbeurteilung

EAT Fragebogen zur Einstellung zum Essen

FEK Fragebogen zur Einstellung zum Essen

FKAN Fragebogen zum Körperbild bei der Anorexia Nervosa

Verfahren zur Fremdbeurteilung

FVAN Fragebogen zur Verhaltensbeurteilung bei Anorexia Nervosa

FAPAN Fragebogen für Angehörige von Patienten mit Anorexia Nervosa

Das von ihm selbst größtenteils entwickelte Diagnostikmaterial stellt Steinhausen (2005) in seinem Buch zur Verfügung (ABAN, SVBAN, FESG, EAT, FKAN, FEK, FVAN, FAPAN). Im Anhang finden sich auch Informationsmaterial zur Anorexia Nervosa für Betroffene und Angehörige adaptiert nach Meermann und Vandereycken, ein Verhaltensvertrag und eine Anleitung zur Selbstbeobachtung.

**Weitere Essstörungen** werden folgendermaßen in den **ICD-10** klassifiziert:

**F50.1 Atypische Anorexia Nervosa**

Ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexia Nervosa (F50.0, z. B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust fehlen, bei ansonsten ziemlich typischem klinischem Bild). Auch für Patientinnen, die alle Kernsymptome aufweisen, allerdings in leichterer Ausprägung, kann diese Rubrik ebenfalls Verwendung finden. Die Rubrik ist nicht gedacht für anorexie-ähnliche Essstörungen, die auf einer bekannten körperlichen Krankheit beruhen.

### **F50.3 Atypische Bulimia Nervosa**

Ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia Nervosa (F50.2) fehlen bei ansonsten recht typischem klinischem Bild. Die Patientinnen können vom Normalgewicht nach oben oder unten abweichen oder Syndrome mit depressiven Symptomen aufweisen.

### **F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen**

Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse mit daraus resultierendem Übergewicht. Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse können von einem „reaktiven Übergewicht“ gefolgt sein. Übergewicht als Ursache einer psychischen Störung ist unter dieser Rubrik nicht zu kodieren, sondern unter F38 (sonstige affektive Störungen), F41.2 (Angst und depressive Störung, gemischt) oder F48.9 (nicht näher bezeichnete neurotische Störung) zusammen mit einer Kodierung für den Typ des Übergewichts. Übergewicht als Nebenwirkung einer lang dauernden Behandlung mit gewichtssteigernden Medikamenten (z. B. Neuroleptika, Antidepressiva) sind unter F66.1 zu klassifizieren. Übergewicht kann eine Motivation für Fasten oder Diät darstellen, das andere psychische Symptome (Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Ängste) nach sich ziehen kann.

### **F50.5 Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen**

Erbrechen im Zusammenhang mit einer dissoziativen Störung (F44), einer hypochondrischen Störung (F45.2) oder im Sinne einer psychogenen Hyperemesis gravidarum (extreme Schwangerschaftsübelkeit).

### **F50.8 Sonstige Essstörungen (psychogener Appetitverlust, nicht organische Pica, Essen von Papier, Sand etc. bei Erwachsenen)**

### **F 50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörung**

### **3. Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen**

Zur Behandlungsinzidenz von Anorexia Nervosa wird in Studien eine Zunahme in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts festgestellt. Nach Pawluk & Gorey (1998) hat dabei die Häufigkeit von Anorexia Nervosa insbesondere bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren zugenommen. Die mittlere Häufigkeit der Anorexia Nervosa bei jungen Frauen zwischen 14 und 20 Jahren liegt bei 0,2 bis 0,8 %. Innerhalb von 10 Jahren sterben ca. 5 % der Betroffenen. Sipos & Schweiger (2003) benennen als häufige Todesursache infektiöse Erkrankungen, plötzlichen Nierentod, Nierenversagen und Suizid. Bei 40 % ist ein guter Heilungserfolg eingetreten, bei 25–30 ist der Erfolg mittelmäßig bis schlecht. Männer sind weniger betroffen als Frauen, der Prozentsatz liegt bei 5-10 % der Fälle. (Herpertz u. a. 2011) Im Durchschnitt beginnt eine Anorexia Nervosa im Alter von 16 Jahren. In Risikogruppen ist die Prävalenz von Anorexia Nervosa deutlich häufiger, z. B. bei Balletttänzerinnen (Sipos & Schweiger 2003).

Die Bulimia Nervosa ist verbreiteter als die Anorexia Nervosa. Die Häufigkeit liegt nach den 2011 herausgekommenen Leitlinien bei 2 % (Herpertz u. a. 2011). Ein Teil der Bulimikerinnen hatte zuvor eine Episode mit Anorexia Nervosa. Nach US-amerikanischen Studien sind 50 % der Fälle nach 5 Jahren ohne Symptome, bei 20 % sind weiterhin alle Symptome vorhanden. Auch von der Bulimia Nervosa sind weniger Männer mit 5-10 % der Fälle betroffen (Herpertz u. a. 2011).

Die Binge-Eating-Störung ist nach wie vor wenig erforscht, die Prognose scheint aber günstiger. Die Häufigkeit liegt zwischen 0,7 und 4,3 %. Mit ambulanter Psychotherapie gibt es Erfolgsquoten von 50-80 % (Herpertz u. a. 2011)

Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa sind gesellschaftlich gesehen schwer wiegende Störungen. Die Mehrzahl der Betroffenen ist jung und es sind dauerhafte körperliche und psychische Schäden damit verbunden. Es entstehen hohe Behandlungs- und Folgekosten. Herpertz u. a. (2011) nennen jährliche Behandlungskosten von 1300 bis 5300 € pro Betroffener und pro Jahr. Die Autoren zitieren an stationären Kosten 4647 € pro Betroffener und Gesamtkosten von 12800 € für eine Gesamtbehandlung. Die Kosten liegen höher als die durchschnittlichen Kosten für stationäre Therapien bei anderen Erkrankungen. Für die Binge-Eating-Störung liegen nach Wissen der Autoren noch keine Kostenanalysen vor.

#### **4. Komorbidität**

Als komorbide Störungen benennen verschiedenste AutorInnen wie Jacobi (in Hautzinger 2000) und Steinhausen (2005) Depressionen und affektive Störungen für die Anorexia Nervosa und für die Bulimia Nervosa. Für die Anorexia Nervosa benennt sie eine Affinität zu den Zwangsstörungen, bei der Bulimia Nervosa zu den Abhängigkeiten. Das Letztere ist mir oft auch im Zusammenhang mit der Binge-Eating-Störung begegnet. Für alle Essstörungen habe ich selbst immer wieder eine Affinität zu Ängsten und Angststörungen festgestellt und auch dissoziative Störungen habe ich gehäuft vorgefunden. Für die meisten Fälle von Essstörungen waren in meiner bisherigen Praxis weitere Störungen gegeben, oft mehr als eine weitere Störung.

#### **5. Erklärungsmodelle**

Jacobi (in Hautzinger 2000) schreibt zum derzeitigen Stand der Forschung, dass bei Essstörungen von einer multifaktoriellen Bedingtheit ausgegangen wird, von einem Zusammenwirken biologischer, soziokultureller, familiärer und individueller Faktoren. Es werden als Faktoren weiterhin benannt: die Prädisposition, die auslösenden Faktoren und die Folgeerscheinungen bzw. sekundären Symptome. Jacobi et al. (1996) und Smolak et al. (2000) trennen kaum noch zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa wegen der gegebenen Überschneidungen der Störungen, in älteren Modellen werden die Essstörungsformen deutlicher getrennt.

Ich selbst bevorzuge die inzwischen entstandene Denkweise und sehe die Überschneidungen in der Praxis seit langem. Die Essstörungsformen erscheinen mir als verschiedene Seiten einer Medaille: bei der einen Seite ist die Kontrolle über das Essverhalten zu hoch, auf der anderen Seite zu niedrig. Bei allen Essstörungen geht es ständig um das Essen und um die Kontrolle über das Essverhalten. So erklärt sich für mich auch das Kippen von einer Essstörungsform in eine andere, aus einem Zuviel an Kontrolle kann bei Kontrollverlust ein Zuwenig werden und umgekehrt.

Steinhausen (2005) sieht Essstörungen als multifaktoriell bedingt an und benennt verschiedene Risikofaktoren:

Individuelle Risikofaktoren sieht er im Altersabschnitt der Adoleszenz, der für die Jugendlichen mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, die auch zu Belastungsfaktoren werden können: die körperlichen Veränderungen, der anstehende

Selbstfindungs- und Ablösungsprozess von den Eltern. Die Zunahme des Körperfetts bei Mädchen löst oft eine Besorgnis über das Gewicht aus und kann eine erste Diät nach sich ziehen. Eine Neuorganisation des Körperschemas ist erforderlich. Sofern vor der Pubertät ein Übergewicht bestand, kann dies eine vorzeitige Pubertätsentwicklung auslösen, die vom kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand her noch nicht ausreichend geleistet werden kann. Wenn Hänseleien und Druck durch Gleichaltrige hinzukommen, kann sich aus allem auch eine Entscheidung für eine erste Diät entwickeln. Diäten führen zum bekannten Jo Jo Effekt und verschlimmern vom Ergebnis und vom erlebten Misserfolg her noch die vorher bereits bestehenden Unsicherheiten, Unzufriedenheiten und Selbstwertprobleme.

Unter familiäre Risikofaktoren fallen nach Steinhausen (2005) dysfunktionale Familienstrukturen, problematische Kommunikations- und Interaktionsmuster sowie bestehende Gesundheitsprobleme der Eltern wie eigene Depressionen, Abhängigkeiten, Gewichtsprobleme und Essstörungen. Nicht vergessen werden dürfen aus meiner Sicht Gewaltsituationen verschiedenster Art in Familien, deren ZeugInnen und Opfer Kinder und Jugendliche werden können.

Soziokulturelle Faktoren sieht Steinhausen (2005) im westlichen Lebensstil und den damit verbundenen Vorstellungen mit einer Betonung von Schlanksein und Diäten bei Frauen. Die wesentlich höhere Verbreitung von Essstörungen bei Frauen zeigt diesen Zusammenhang. Selbstwert wird stark durch das Erscheinungsbild und das Gewicht definiert.

Als biologische Risikofaktoren benennt Steinhausen (2005) die mit einer Fehlernährung und einer Gewichtsabnahme verbundenen körperlichen Veränderungen wie in den endokrinen Systemen, den Neurotransmittersystemen und weiteren (siehe 5.2. Psychobiologische Erklärungsmodelle). Diese körperlichen Veränderungen tragen mit zur Aufrechterhaltung der Essstörungen bei.

Auslösende Faktoren können laut Steinhausen (2005) besondere Lebensereignisse mit besonderen Belastungen sein wie Trennungs- und Verlusterfahrungen, schwere Belastungen der Familie, neue Anforderungen und generell Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls sowie körperliche Erkrankungen.

Als typisch aufrechterhaltende Faktoren nennt Steinhausen (2005) die körperliche Mangelsituation beim Hungern, die selbst bereits Gedanken an Essen und Essensbeschaffung (siehe 5.2.) und negatives Befinden mit sich bringt, sowie den Interessenverlust und die zunehmende soziale Isolation. Erbrechen erhält eine Bulimia Nervosa aufrecht, indem trotz der Essattacken das Gewicht annähern reguliert werden kann. Die verzögerte Verdauung und das damit verbundene Völlegefühl löst wiederum Diät- und Hungerimpulse aus.

Verstärkende Faktoren liegen in der anfänglich meist auftretenden Bewunderung anderer für den Gewichtsverlust und die später folgende Besorgnis und Zuwendung der Umwelt bei einem hohen Gewichtsverlust. Das kulturelle Schlankheitsideal kann mit Untergewicht bedient werden und es kommt zu einer pathologischen Erhöhung des Selbstwerts, indem Hungern und eine erlangte Kontrolle über das Essen als Leistung und Erfolg bewertet werden.

Risikofaktoren nach Salbach-Andrae u. s. 2010 (S. 40 – 42)

Psychosoziale Risikofaktoren für eine Anorexia Nervosa

Geburt

Weibliches Geschlecht

Nicht asiatische Ethnizität

Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Kindheit

Alter (Adoleszenz bis frühes Erwachsenenalter)

Gesundheitliche Probleme

Wählerisches Essverhalten, Symptome der Anorexia Nervosa in der Kindheit

Schwierigkeiten beim Füttern, Konflikte und Kämpfe um das Essen

Adoption oder Pflegeerziehung

Schlafprobleme

Überbehüteter Erziehungsstil

Kindliche Schlafstörung

Kindliche Angststörung

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Sexueller Missbrauch

Hohes Maß an Einsamkeit und Schüchternheit

Jugend

Übermäßige Sorgen über Figur und Gewicht

Neurotizismus

Akkulturation

Übertriebenes Sporttreiben

Körperdysmorphie Störung, Zwangsstörung

Ein höheres Niveau an risikobehafteten persönlichen, diätbezogenen und Umgebungsfaktoren (z. B. Sportarten und Berufsgruppen, negativer Selbstwert, Perfektionismus)



## Psychosoziale Risikofaktoren für eine Bulimia Nervosa

### Geburt

Weibliches Geschlecht

Nicht asiatische Ethnizität

Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt (Frühgeburten, Geburtstraumata, Zephalhämatome (*Hämatom im Gehirn*), Präeklampsien (*Schwangerschaftshypertonie mit Eiweiß im Urin und Wassereinlagerungen*) und Herzprobleme der Neugeborenen)

Geburten zwischen April und Juli

### Kindheit

Gesundheitliche Probleme

Angst – Depression

Sexueller Missbrauch, physische Vernachlässigung

Pica, Schwierigkeiten beim Füttern

Störung mit Überängstlichkeit

Kindliche Schlafstörung

Adipositas

### Jugend

Frühes Eintreten der Pubertät

Sorgen über das Gewicht und die Figur, Diät halten

Negative Emotionalität, generelle Psychopathologie

Geringer Selbstwert, Ineffektivität

Ungünstige Interaktionsformen in der Familie

Alkoholkonsum

Youth-Self-Report „aggressiv“, „unbeliebt“

Hohe Neurotizismuswerte

Geringe interozeptive Wahrnehmung

Negative Lebensereignisse

Vermeidendes Coping

Geringe soziale Unterstützung

Akkulturation

Sexueller Missbrauch, ungünstige Lebensereignisse

Ein höheres Niveau an risikobehafteten persönlichen, diätbezogenen und Umgebungsfaktoren (höhere sportliche Aktivität, ungünstiges Familienerleben, elterliche Alkoholabhängigkeit,

Depression, Drogenabhängigkeit, elterliche Adipositas, negative Kommentare über Gewicht und Figur)

Soziale Phobie

Prodromalsymptome (*Vorläufersymptome einer Psychose*)

*Kursiv gesetzte Erklärungen in Klammern durch Fliß.*

### **5.1. Kognitiv verhaltenstherapeutisches Störungsmodell**

„Das den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zugrunde liegende Genese- und Aufrechterhaltungsmodell geht davon aus, dass andauernde Nahrungsrestriktion und einseitiges Essverhalten mit Meidung spezifischer (in der Regel höherkalorischer, oft kohlenhydratreicher) Nahrungsmittel eine wesentliche Bedingung für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung von Essstörungen darstellen.“ (Jacobi in Hautzinger 2000, S. 218)

Das Zielgewicht wird bei allen Störungen in der Regel viel zu niedrig angesetzt.

Für die Anorexia Nervosa werden **kognitive Defizite** dargestellt wie die Verleugnung des abgemagerten Zustandes und spezifische irrationale Ideen, Körperwahrnehmungsstörungen wie die verzerrte Wahrnehmung von Körper und Gewicht und mangelnde Problemlösestrategien. Die körperlichen Veränderungen in der Pubertät können zusammen mit anderen Konflikten zum Beginn des Hungerns führen. Fehlende Kontrolle über diese Veränderungen und in meiner Erfahrung auch fehlende Kontrolle über Situationen führen dazu, dass durch die Kontrolle über das Essverhalten eine Form der Selbstkontrolle wieder erlebt werden kann. Außerdem entsteht durch das Hungern und die darauf folgende Besorgnis von Eltern auch eine Kontrolle über andere Familienmitglieder.

„Durch die kognitive Verhaltenstherapie soll dieser Teufelskreislauf durchbrochen werden, indem das Essverhalten normalisiert, die verzerrten Einstellungen zu Körper und Gewicht systematisch in Frage gestellt, die Funktionalität der Störung aufgezeigt und die damit zusammenhängenden Konfliktbereiche bearbeitet werden.“ (Jacobi in Hautzinger 2000, S. 219)

Bei der Bulimia Nervosa führen chronisches Diätverhalten und/oder unter dem individuellen Set-Point liegendes Gewicht zu Heißhungerattacken, bei denen sogenannte verbotene, meist hochkalorische Nahrungsmittel in großen Mengen gegessen werden. Darauf folgen Erbrechen oder ähnliche gewichtsreduzierende Maßnahmen.

„Das restriktive Essverhalten sowie die in der Folge der Essstörung auftretenden vielfältigen körperlichen und physiologischen Veränderungen stellen damit auch immer wieder wesentliche aufrechterhaltende Bedingungen einer Essstörung dar.“ (Jacobi in Hautzinger 2000, S. 218) Die Essattacken und das Erbrechen haben eine Funktion bezüglich der Konflikte der Person. Bei belastenden Gefühlen wie Wut, Traurigkeit oder Enttäuschung oder ähnlich negativen Gefühlen können sie spannungsregulierend wirken. Die Maßnahmen, die dann zur Verhinderung der Gewichtszunahme dienen, wirken Angst mindernd und damit negativ verstärkend. Dieses Muster gilt nach meiner Erfahrung ebenfalls für das Hungern bei einer Anorexia Nervosa.

Sipos und Schweiger (2003) nennen für alle Essstörungen gleichermaßen **Auffälligkeiten in kognitiven Bewertungsprozessen** wie selektive Abstraktion, dichotomes Denken, Übergeneralisierung, Übertreibung, abergläubisches Denken oder Selbstreferenz. Das kognitive Erklärungsmodell für Essstörungen gibt den Kognitionen eine wesentliche Rolle für die Entstehung von Essstörungen. Als übersteigerte Vorstellung wird als Beispiel angeboten: „Nur wenn du schlank und gutaussehend bist, kannst du erfolgreich sein und beachtet werden.“

Bei der Binge-Eating-Störung kann eine Fehlkognition so aussehen: „Du hast schon zu viel gegessen und jetzt ist es sowieso egal.“ Weitere Kognitionen können sein: „Wenn ich faste und schlank bin, bekomme ich wenigstens dafür Anerkennung“ oder „Ich bin nur etwas wert, wenn ich perfekte Leistung bringe“ oder „Wenn ich esse, muss ich wenigstens nicht an meine anderen Schwierigkeiten denken“.

Ob Fehlkognitionen tatsächlich einer Essstörung vorausgehen, ist nach Sipos und Schweiger (2003) nicht ausreichend erforscht.

## **5.2. Psychobiologische Modelle**

Die Ergebnisse von Zwillingsstudien zeigen nach Jacobi (in: Hautzinger 2000) zumindest eine teilweise genetisch beeinflusste Genese von Essstörungen (z. B. Treasure & Holland, 1991 und andere mehr). Weiterhin werden Neurotransmitter als Einflussfaktoren auf Essstörungen diskutiert, Noradrenalin und Serotonin haben Einfluss auf die Regulation von Hunger und Sättigung und auch auf wesentliche Bereiche des Erlebens und Verhaltens, auf affektive, vegetative und kognitive Funktionen. Diskutiert wird der Einfluss einer gestörten Serotinfunktion für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Bei

Patientinnen mit Bulimia Nervosa zeigte sich eine signifikant niedrigere Serotoninkonzentration im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Jimmerson et al. 1992). Was jedoch Ursache und Wirkung ist, ist nicht geklärt, ob die veränderte Serotoninfunktion die Essstörung bedingt oder eher aufrechterhält. In Tierexperimenten zum Zusammenhang von Serotonin und Essverhalten hat sich gezeigt, dass eine **größere zentrale Serotoninkonzentration** die Dauer der Nahrungsaufnahme, die Größe der Mahlzeiten, die Gesamtmenge der Nahrung und damit das Gewicht reduzieren, nicht aber die Häufigkeit der Nahrungsaufnahme beeinflussen. Es wurde eine verminderte Aufnahme von Kohlenhydraten beobachtet. Erklärt wird dies veränderte Essverhalten mit einer schnelleren Sättigung, nicht aber mit einer Reduktion von Hunger und Appetit.

„Diskutiert wird ebenfalls, inwieweit Heißhungeranfälle durch eine **erniedrigte hypothalamische Serotoninaktivität** (Hervorhebung durch Fliß) und eine dadurch bedingte Verzögerung der Sättigung bei der Nahrungsaufnahme mit verursacht werden und zu einem starken Kohlenhydrathunger beitragen.“ (Jacobi 2000, S. 221)

Die Serotoninsynthese wird durch die Zusammensetzung der Nahrung beeinflusst. Eine **kohlenhydratreiche Nahrung fördert** die Serotoninmenge, eine **proteinreiche Nahrung verringert** sie. Eine **verringerte Serotoninsynthese** führt zu einer Verschlechterung der Stimmung. Somit könnte eine verminderte Serotoninfunktion sowohl bei Essstörungen als auch bei der depressiven Verstimmung von Bedeutung sein.

Sipos & Schweiger (2003) sehen biologische Veränderungen eher als Folge von verändertem Essverhalten und als aufrechterhaltenden Faktor an. Auch diese Autoren stellen den Zusammenhang zu emotionalen Zuständen dar.

Sipos & Schweiger unterscheiden die Psychobiologie von Mangelernährung, die bei der Anorexia Nervosa und bei einer Form der Bulimia Nervosa eine Rolle spielt, die Psychobiologie von gezügelter Essverhalten bei der Bulimia Nervosa und von Überernährung bei der Binge-Eating-Störung.

Die körperlichen Reaktionen auf eine **Mangelernährung** sehen die Autoren als normale menschliche Anpassungsmechanismen an veränderte Lebensbedingungen an. Alle bei der Anorexia Nervosa beschriebenen biochemischen und biologischen Veränderungen haben Anpassungscharakter an Bedingungen mit wenig Nahrung. „Die Anpassung an

Mangelernährung trägt durch biologische Mechanismen und Verhaltensmechanismen dazu bei, dass Mangelernährung über längere Zeit überlebt werden kann, die Möglichkeit zu körperlicher Aktivität und Nahrungssuche trotz Nahrungsmangel erhalten bleibt. Langfristig können das endokriniologische Syndrom und die Verhaltensänderungen aber zu Schädigungen führen und Bestandteil eines krankheitsaufrechterhaltenden Circulus Vitiosus werden.“ (S. 54) Diese Symptome sind bei der Anorexia Nervosa stärker ausgeprägt.

Bei einer Nulldiät wird die Aktivität des HPA-Systems gesteigert, des Hypothalamus-Nebennierenrinden-Systems. Die wichtigste Aufgabe des HPA-Systems ist die Versorgung des Gehirns mit Glukose.

Im HPT-System, dem Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-System wird das Hormon TB (Trijodothyronin) bei Mangelernährung in der Konzentration reduziert. T3 normalisiert sich bei Gewichtszunahme nach Mangelernährung nur langsam und kann auch nach einer Normalisierung des Gewichts noch niedrig sein.

Im HPG-System, dem Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-System, zeigen sich gravierende Veränderungen in der Folge von Mangelernährung. Die Reduktion der Sexualhormone ist eine der wesentlichen Auswirkungen. In der Folge fehlen Hormone für eine ausreichende körperliche Veränderung in der Pubertät und der Zyklus kann ausbleiben. Der Energieverbrauch für die Aufrechterhaltung eines normalen menstruellen Zyklus wird auf etwa 150 kcal/Tag geschätzt, in der Schwangerschaft auf etwa 360 kcal/Tag. Im untergewichtigen Zustand sind die Ovarien verkleinert und erreichen ihre normale Größe erst wieder bei einem BMI von 19.

Das HPG-System findet seine Funktionalität nicht nur bei einer Normalisierung des Gewichts wieder, sondern das Essverhalten muss auch wieder normal sein, die Mahlzeiten regelmäßig, die Nahrung ausgewogen und die Kalorienzufuhr angemessen. Normalgewichtige Frauen mit Bulimia Nervosa leiden teilweise auch an ovariellen Funktionsstörungen. „Das HPG-System ist das sensibelste endokrine System des menschlichen Organismus bezüglich Einschränkungen der Kalorienzufuhr.“ (S. 57) Auch gezügeltes Essverhalten bei gesunden Frauen kann Veränderungen der ovariellen Funktion verursachen.

Zum Somatotropen System stellen Sipos & Schweiger dar: „Die Steuerung des Wachstums und des zugehörigen Metabolismus erfolgt durch die Interaktion des aus der Hypophyse sezernierten Wachstumshormons (GH) und der in der Leber gebildeten Somatomedine (Insulin-like Growth Factors IGF-1 und IGF2). GH und IGF führen in Kindheit und Adoleszenz zu Längenwachstum und im Erwachsenenalter zu einer Zunahme der mageren Muskelmasse (Muskulatur und innere Organe)“ (S. 58) Bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa sind Längenwachstum und Endgröße dann verringert, wenn die Störung vor der Pubertät eingesetzt hat.

Auch der Stoffwechsel von Insulin, Glukose und Aminosäuren wird durch Mangelernährung beeinflusst. Mangelernährung führt zu einer Verschlechterung der Glukosetoleranz und der Insulinsensitivität (Björkman & Eriksson 1985).

Das von den Fettzellen sezernierte Hormon Leptin reagiert auf Mangelernährung, indem die Konzentration zurückgeht. Bei der Binge-Eating-Störung nimmt Leptin entsprechend zu (Monteleone et al. 2000). Normalerweise ist die Leptin-Konzentration proportional zum Körpergewicht.

„Vasopressin ist ein für die Steuerung des Wasserhaushaltes wichtiges Hormon und zeigt einen antidiuretischen Effekt. Experimentelle Studien deuten auf eine wichtige Rolle dieser Substanz bei Lernprozessen (Verlangsamung von Extinktionsprozessen). Deshalb wird vermutet, dass Vasopressin bei der Entstehung von Zwangshandlungen und Zwangsgedanken eine Bedeutung hat. Bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa können häufig erhöhte Urinmengen beobachtet werden.“ (S. 60) Vasopressin regelt die Wasserausscheidung an der Niere. Bei einer Normalisierung der Ernährung bildet sich diese Veränderung nur langsam zurück.

Die Katecholamine Noradrenalin und Adrenalin haben im sympathischen Teil des autonomen Nervensystems die Funktion der Überträgersubstanzen. Sie erhöhen den Grundumsatz und sorgen für die Bereitstellung energiereicher Substrate. Im Gehirn sind die Katecholamine in der Regulierung des autonomen Nervensystems und der Regulierung der Befindlichkeit wichtig. Eine Störung in diesem Bereich ist mit dem Risiko depressiver Symptome verbunden. Bei der Anorexia Nervosa ist die Aktivität des Sympathicus vermindert. Man findet eine Herabsetzung der Herzfrequenz, einen verminderten Blutdruck und eine niedrige

Körpertemperatur. Die Störung in diesem Bereich geht bei einer Normalisierung der Ernährung nur langsam wieder zurück.

Im Gastrointestinaltrakt führt Mangelernährung zu einer Verlangsamung der Magenentleerung und der Darmtätigkeit.

Der Energiestoffwechsel wird durch Mangelernährung in Form einer Verringerung des Grundumsatzes beeinflusst. Ein normalgewichtiger Mensch kann durch diesen Mechanismus 60 bis 80 Tage ohne Nahrung überleben. Bei Übergewicht und hoher Muskelmasse kann dies noch länger möglich sein. Der Grundumsatz ist bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa um 25 % verringert. Wegen der meist erhöhten körperlichen Aktivität von Anorektikerinnen kann der tägliche Energieverbrauch ähnlich wie bei gesunden Frauen sein. Patientinnen mit Anorexia Nervosa benötigen etwa 8500 kcal/Tag zusätzlich zum Grundumsatz, um 1 kg Körpergewicht zuzunehmen. Bei Bulimia Nervosa ist der Grundumsatz vermutlich wegen des restriktiven Verhaltens um 5 bis 25 % vermindert.

Bei Anorexia Nervosa ist die magere Körpermasse verringert. Zunächst geht die Muskelmasse zurück und dann die Fettmasse. Die Knochendichte verringert sich ebenfalls, die sich bei einer Gewichtszunahme nur langsam wieder normalisiert. Abweichungen von einer normalen Körperzusammensetzung führen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko.

Im kardiovaskulären System zeigen sich bei Anorexia Nervosa niedriger Blutdruck, niedrige Körpertemperatur, eine verminderte Masse der linken Herzkammer, eine größere Häufigkeit von Mitralklappenprolaps (vorgewölbte Herzklappe) und Perikarderguss (Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel) und Auffälligkeiten im EKG. Die Herzrate ist in der Folge der erhöhten Aktivität des Parasympathicus erhöht. Es kann zu ventrikulären Arrhythmien und zu einem plötzlichen Herztod kommen. Dies tritt zwar eher selten auf, ist aber die Ursache für ein Drittel der Todesfälle. Erbrechen, Laxantienmissbrauch (Abführmittel) und die in der Folge entstehende Hypokaliämie können ebenfalls zu Problemen im kardiovaskulären System führen.

Die äußeren und inneren Liquorräume des Gehirns sind bei 80% der Anorektikerinnen erweitert, was sich bei einer Normalisierung der Ernährung weitgehend wieder normalisiert.

Im EEG zeigen sich bei Anorektikerinnen gestörte Schlafmuster mit häufigen Unterbrechungen des Schlafes und vermindertem Tiefschlaf oder verringertem REM-Schlaf. Diese Veränderungen sind aber qualitativ verschieden von den Störungsmustern bei depressiven Patienten.

Die kognitive Leistungsfähigkeit ist bei Patientinnen mit Anorexia Nervosa vermindert. Es zeigen sich schlechtere Leistungen in Intelligenztests sowie in Konzentrations- und Aufmerksamkeitstests. Laessle et al. (1989 und 1990) und Kingston et al. (1996) fanden einen Zusammenhang zu einem schlechten Metabolismus in der Folge der Mangelernährung, nicht aber zu einer Erweiterung der Liquorräume. Nach einer Ernährungsrehabilitation lassen die Beeinträchtigungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit wieder nach. Eine dauerhafte Beeinträchtigung scheint nicht zu entstehen. Sipos und Schweiger vermuten einen Zusammenhang mit der Fokussierung auf nahrungsbezogene Reize.

Hunger und die Beschäftigung mit Nahrung sind wichtig für die Nahrungsbeschaffung. Eine Vorliebe für Süßes mag nach Sipos und Schweiger damit zusammenhängen, dass das Gehirn bei Mangelernährung vor allem mit Glukose versorgt wird. Nach einer langen Phase von Mangelernährung schützt sich der Körper vor einer Überernährung. Dadurch lässt sich die Aversion gegen Fett erklären. Unregelmäßige Energiezufuhr stimuliert den Organismus in Richtung von Vorsorgemaßnahmen, was möglicherweise ständigen Hunger provoziert. „Experimentelle Fastenstudien bei Freiwilligen und Berichte von Kriegsgefangenen und Häftlingen weisen auf eine ausgeprägte gedankliche Beschäftigung mit Essen, Horten von Nahrungsmitteln, ungewöhnliche Geschmackspräferenzen, Essanfälle und andere Störungen der Appetitregulation, depressive Störungen, Zwanghaftigkeit, Apathie, Reizbarkeit und andere Persönlichkeitsveränderungen unter Mangelernährungsbedingungen hin.“ (Sipos & Schweiger, S. 67). Bei einer Normalisierung des Essverhaltens lassen diese Störungen wieder nach.

Das gesamte System zur Steuerung der Energiezufuhr arbeitet bei den meisten Menschen mit einer guten Präzision. „Die unter westlichen Lebensbedingungen typische Gewichtszunahme vom 25. bis 60. Lebensjahr um 10 kg entspricht einer Fehlsteuerung der Kalorienbilanz von nur 0,3% pro Tag.“ (S. 67) „Das hypothalamische Regulationssystem für Essverhalten ist vermutlich in Form einer Regulationskaskade angeordnet (Morley & Silver 1991), die auch eine Feinsteuerung der Nahrungszusammensetzung ermöglicht. Fast alle dabei bedeutsamen



neurochemischen Substanzen spielen auch eine Rolle in der Regulation von Stimmung und Befinden und in der Steuerung reproduktiver Funktionen und der Regulation von Stimmung und Befinden, so dass auf hypothalamischer Ebene eine hochgradige Vernetzung der Steuerung der Nahrungszufuhr, der reproduktiven Funktionen und der Regulation von Stimmung und Befinden anzunehmen ist.“ (S. 68)

Sipos und Schweiger benennen, dass therapeutische Interventionen zum Beenden der Mangelernährung die Essanfälle erheblich verringern und gehen davon aus, dass restriktives Essverhalten und eingeschränkte Nahrungsauswahl über neurobiologische und psychologische Mechanismen die physiologischen Voraussetzung für die Entstehung von Essanfällen schaffen und beziehen sich dabei auf Tuschl 1990.

Die bei Anorektikerinnen vorliegende Hyperaktivität erklären Sipos und Schweiger ebenfalls in der Folge von Mangelernährung. Aktivität dient dazu, Nahrung suchen zu können. Ein vergleichbares Verhalten zeigen Ratten bei Mangelernährung (Routtenberg & Kuznesof 1967).

Depressive Verstimmungen können auch im Zusammenhang mit Nahrungssuche gesehen werden, weil sie das Interesse an angenehmen Aktivitäten verringern. Man kann sie aber auch als adaptiven Mechanismus betrachten. Depressive Verstimmungen verringern die Aktivität insgesamt. Verschlechterungen der Befindlichkeit zeigen sich besonders bei einer kohlenhydratarmen Diät. Diäten führen bei übergewichtigen Personen anfänglich zu einer Steigerung des Wohlbefindens, längerfristig aber auch zu depressiven Symptomen (Karlsson et al. 1994).

Die Geschlechtsunterschiede bei der Mangelernährung sind nur geringfügig.

Als **restriktives Essverhalten** definieren Sipos und Schweiger ein Essverhalten, bei dem kein Untergewicht entsteht und die typischen Folgen einer Essstörung nicht beobachtet werden können. Restriktives Essverhalten stellt nach den Autoren einen Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung dar. Es zeigen sich ebenso wie bei einer durch eine Essstörung bestehenden Mangelernährung entsprechende körperliche Folgen wie eine Störung der Funktion der Ovarien, eine verminderte nächtliche Insulinsekretion, eine verringerte

NoradrenalinKonzentration und Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit.

Zur Psychobiologie von **Überernährung** benennen Sipos und Schweiger einen Forschungsstand, der noch in den Anfängen steht. Gegensteuernde Mechanismen des Körpers sind nicht so wichtig für das Überleben wie bei Mangelernährung, aber Übergewicht reduziert die Beweglichkeit, die dazu auch erforderlich ist. Folgen von Überernährung nennen Sipos und Schweiger: „Überaktivität des sympathischen Nervensystems mit Hypertonie, Insulinresistenz (vermindertes Ansprechen der Zellen des menschlichen Körpers auf Insulin, Ergänzung durch Fliß), Glukosurie (Ausscheidung von Traubenzucker über den Harn durch die Niere, Ergänzung durch Fliß), Zunahme des viszeralen Fettgewebes (inneres Bauchfett, Ergänzung durch Fliß) und Hyperkortisolismus (metabolisches Syndrom). Dies führt zu einem Verlust von überschüssigen Nährstoffen über die Niere, zu einem vermehrten Verbrauch bei gleichzeitiger Begrenzung der Einlagerung von Nährstoffen im Fettgewebe...Gleichzeitig ist das metabolische Syndrom verantwortlich für viele medizinische Komplikationen von Überernährung wie Gefäßkrankheiten.“ (S. 72/73)

### **5.3. Soziokulturelles Modell**

Mit diesem Modell greifen Sipos und Schweiger auf, was ich in der Einleitung von Zapotoczky zitiert habe, den Einfluss gesellschaftlicher Normen vom Aussehen auf das Essverhalten insbesondere von Frauen. Schlanke Frauen werden in Verbindung mit Erfolg, Aktivität, Attraktivität und Klugheit gebracht. Adipöse Menschen begegnen dem Vorurteil, faul, unintelligent, unattraktiv und sexuell gestört zu sein. Weiterhin wird essgestörten Menschen mit Übergewicht die fehlende Kontrolle über das Essverhalten als persönliche Willensschwäche vorgeworfen, was die ehe bereits bestehende Selbstkritik und Selbstablehnung diesbezüglich verstärkt. Als weiteren soziokulturellen Faktor sehen Sipos und Schweiger die sich verändernde Rolle der Frau, die mit erhöhten Anforderungen verbunden ist und eine Essstörung auslösen könnte. Als dritten Faktor benennen die Autoren die westliche Ambivalenz bezüglich des relativen Wertes von Askese gegenüber Konsum und Besitz. Diese Hypothese ist nach Sipos und Schweiger in der populärwissenschaftlichen Literatur am meisten vertreten, aber wissenschaftlich am wenigsten nachgewiesen.

### **5.4. Systemisches Modell, Familie**

Minuchin et al. 1987 haben die Hypothese entwickelt, dass nicht die essgestörte Person krank ist, sondern das Familiensystem. In den Familien von Anorektikerinnen wird ein hoher Leistungsanspruch gehäuft beobachtet sowie eine Betonung der Wichtigkeit der äußeren Erscheinung. Patientinnen mit Bulimia Nervosa berichten von Problemen im Umgang mit Konflikten in der Familie. Sipos und Schweiger betonen, dass nicht erwiesen ist, ob veränderte Kommunikationsstrukturen in den Familien der Essstörung vorgehen oder ihr folgen. Essstörungen haben eine ausgeprägte Auswirkung auf die anderen Familienmitglieder. Eltern haben häufig Schuldgefühle. Angst um das Kind kann dazu führen, dass Eltern das Essverhalten der Kinder kontrollieren und damit weitere Konflikte verursachen.

Gestörtes Essverhalten kann im Sinne der Lerntheorie von Eltern an die Kinder weitervermittelt werden. Wenn ein gesundes Hunger- und Sättigungsgefühl nicht gefördert, sondern bei Kindern bereits gestört wird, kann es dauerhaft beeinträchtigt werden. Wenn Essen als Problembewältigung von Eltern eingesetzt wird, lernen es die Kinder ebenfalls.

Reich, Götz-Kühne und Killius (2004) benennen für Familien Essgestörter eine größere Körperunzufriedenheit und eine ausgeprägte Beschäftigung mit Aussehen und Leistung. Insgesamt zeigt sich in den Familien eine verstärkte Neigung zu Substanzmissbrauch und Sucht. Die Einstellung der Kinder zum Körper und zum Essen wird entsprechend geprägt. Wenn die Eltern zu hoher Nahrungsaufnahme drängen, kann ein Wunsch nach eigener Entscheidung und Autonomie zu einem anorektischen Verhalten führen, um eine Selbstbestimmung zu erreichen. Die Autoren benennen Beobachtungen in den Familien von anorektischen Patientinnen zu vermehrtem Kontrollverhalten und einem starken Bindungsanspruch. Die Patientinnen binden sich entsprechend selbst auch zu sehr an die Eltern und entwickeln mit Wünschen nach Autonomie Schuldgefühle. Anorektikerinnen erleben sich selbst oft als hilflos und ohnmächtig. In Familien von Bulimikerinnen benennen die Autoren eine verstärkte Betonung von Autonomie, die zu einer Überforderung führen könne.

### **5.5. Psychodynamische Modelle**

Sipos und Schweiger benennen die Betonung psychodynamischer Modelle auf innere Konflikte, die symbolische innerpsychische Bedeutung des Essens, des Erbrechens, des Übergewichts oder Untergewichts, auf entwicklungspsychologische Aspekte, auf Veränderungen des Selbst, der Objektbeziehungen und von Abwehrmechanismen. Bei

Anorektikerinnen wird der Aspekt mangelnder Autonomie-Entwicklung benannt, weiterhin die Mangelernährung zur Verhinderung des Wachstums von intrusiven Mutter-Introjekten. Orale Bedürfnisse werden von Patientinnen mit Anorexia Nervosa als gierig wahrgenommen und als triebhaft abgelehnt. Patientinnen mit Bulimia Nervosa zeigen nach diesem Modell in der Ambivalenz dem Essen gegenüber ihren Trennungskonflikt mit der Mutter. Essanfälle symbolisieren den Verschmelzungswunsch mit der Mutter, das Erbrechen die Trennungswünsche. Es gibt zahlreiche Hypothesen, aber wenig systematische Forschung dazu.

### **5.6. Traumatisches Modell**

Sipos und Schweiger benennen, dass Frauen mit Essstörungen überdurchschnittlich häufig Opfer von körperlicher und sexueller Gewalt sind. Der Umkehrschluss trifft allerdings nicht zu. Im Vergleich zu Gruppen mit anderen psychischen Störungen (Abhängigkeiten, Depressionen) findet sich allerdings keine höhere Frequenz von Traumatisierung. Nach meinen eigenen Erfahrungen finden sich bei traumatisierten Frauen in der Regel komorbid auch Essstörungen in der einen oder anderen Form, zumindest eine Störung des Essverhaltens irgendwann im lebensgeschichtlichen Verlauf. Unter traumatische Einflüsse würde ich selbst weiterhin auch die frühkindliche praktische und/oder emotionale Vernachlässigung fassen. Die mit der Verdauung angeregte Entspannungsreaktion wird gerade bei extrem belastenden Symptomen wie bei Traumafolgestörungen (Flashbacks, starke körperliche Schmerzen) zur vorübergehenden Entlastung gesucht. Die emotionsregulierende Wirkung des Essens ist zur Bewältigung aller Belastungen hilfreich. Das damit verbundene Vermeiden einer Auseinandersetzung mit den Trauma-Inhalten ist so lange tatsächlich sinnvoll, wie keine Unterstützung bei der Bearbeitung durch eine Traumatherapie möglich ist. Hungern und die damit längerfristig ausbleibende Monatsblutung kann einen Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften darstellen, wenn es um sexuelle Gewalt innerhalb von Abhängigkeitsbeziehungen (bei Kindern und Jugendlichen und im Rahmen Organisierter Gewalt). Verändertes Essverhalten kann in einem direkten Zusammenhang zur erlebten Gewalt stehen wie Übelkeit und Vermeiden von Essen nach oralen sexuellen Übergriffen. Hungern und die damit verbundene Aktivierung des Körpers lösen ein subjektives Gefühl von Stärke aus, das als Ausgleich für die reale Ohnmacht und Hilflosigkeit eingesetzt werden kann. Betroffene sexueller Gewalt machen meistens den eigenen Körper für die Übergriffe verantwortlich, lehnen ihn ab und bestrafen ihn. Eine Form der Bestrafung kann im übermäßigen Essen oder im Hungern bestehen. Hungern kann auch als langsamer Suizid

eingesetzt werden, wenn Betroffene extremer Gewalt keine Möglichkeit sehen, aus den Gewaltzusammenhängen zu entkommen. Dies ist besonders extrem bei Betroffenen Rituelle Gewalt (siehe Fliß & Igney 2010: Handbuch Rituelle Gewalt). Nach Gewalterfahrungen und emotionaler Vernachlässigung ist die Körperwahrnehmung in der Regel beeinträchtigt und Hunger und Sättigung können schwer oder gar nicht wahrgenommen werden.

### **5.7. Suchtmodelle von Essstörungen**

Das Verhalten von Patientinnen mit Essstörungen enthält Elemente, die bei Suchterkrankungen zu finden sind: die ständige Beschäftigung mit dem Essen, Diebstähle zur Nahrungsbeschaffung und auch das Fortsetzen des essgestörten Verhaltens unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten. Sipos und Schweiger benennen eine signifikante Komorbidität zwischen Essstörungen und anderem Substanzmissbrauch. Dies findet sich in meiner praktischen Erfahrung ebenfalls wieder. Mangelernährung erhöht weiterhin die Verwendung von Amphetaminen oder Nikotin zur Selbststimulation. Aus diesem Modell abgeleitete therapeutische Ansätze haben sich als nicht effektiv erwiesen.

### **5.8. Körperorientierte Psychotherapie**

Die Methode der Körperorientierten Psychotherapie geht davon aus, dass Körper und Seele eine Einheit darstellen. Erlebnisse und damit verbundene Wahrnehmungen spiegeln sich im Körper ebenso wider wie sie sich auf die Seele auswirken. Gefühlswahrnehmungen werden von direkten Reaktionen des Körpers begleitet. Negative Emotionen sind auf der körperlichen Ebene mit Anspannungen verbunden. Wenn problematische Situationen erfolgreich gelöst werden können, lassen die damit verbundenen belastenden Gefühle und Körperreaktionen wieder nach. Kann keine Lösung für ein traumatisches Ereignis gefunden werden, bleiben die Anspannungen im Körper und im Gefühl bestehen. Belastende Situationen wirken sich also nicht nur auf die Psyche, sondern auch auf den Körper aus.

Psychotherapie arbeitet mit Emotionen und sucht den Zugang zu ihnen vor allem über die Sprache. Es wird versucht, über das Nachdenken über Probleme einen Einfluss auf die Gefühle zu gewinnen, die belastend wirken. Die Körperorientierte Psychotherapie verwendet neben diesem Zugang über die Sprache und das Denken auch den Körper. Je besser ausgeprägt das Denken ist, desto eher ist das Gewinnen einer Einsicht in die vorliegenden Probleme möglich, aber oft ist dann die Abwehr gegen eine aktive Auseinandersetzung mit den Problemen ebenso gut ausgeprägt. Diese Abwehr ist im Bereich des Zugangs über den

Körper nicht so stark entwickelt und in der Folge ist es oft eher möglich, die belastenden Gefühle über eine zusätzliche Wahrnehmung des Körpers und den Einsatz von Berührungen und Bewegungen zu erreichen.

Körperorientierte Psychotherapie wurde in Form der Vegetotherapie erstmalig von Wilhelm Reich angewandt. Reich war ein Schüler Freuds, und sein theoretisches Konzept ist daher tiefenpsychologisch ausgerichtet. Die praktische therapeutische Arbeit bezieht den Körper mit Bewegung und Berührung mit ein.

Bei Essstörungen wird der Zusammenhang zwischen Nahrung und Emotionen in seiner Entwicklung erarbeitet (Bommert & Leuchtmann 1997). Bei einem emotionalen Nachvollziehen des lebensgeschichtlichen Zusammenhangs wird davon ausgegangen, dass es leichter ist, diesen Zusammenhang zu lösen. Durch Essen oder das Vermeiden von Essen wird versucht, eine Kontrolle über den Körper und seine Reaktionen zu gewinnen, entweder im Sinne einer Anspannung verbunden mit einem Gefühl von Stärke und Macht oder im Sinne einer Entspannung bei unlösbar scheinenden Problemen und Konflikten. Durch Essen oder Vermeidung von Essen besteht eine Form von Einflussnahme auf den Körper und auf das emotionale Erleben.

Weiterhin wird mit körpertherapeutischen Techniken versucht, den Unterschied zwischen dem körperlichen Bedarf des Magens an Nahrung und dem emotionalen Hunger wahrzunehmen, um in der Folge die emotionale Problematik zu bearbeiten und aufzulösen. Danach kann der Magen wieder nach Hunger und Sättigung reagieren.

## **6. Indikation für eine verhaltenstherapeutische Behandlung**

Jacobi (in Hautzinger 2000) benennt als Voraussetzungen für eine verhaltenstherapeutische Behandlung zunächst ausreichende kognitive Fähigkeiten insbesondere für eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie. Bei besonders intelligenten Patientinnen muss man jedoch im Gegenzug dazu darauf achten, dass der kognitive Umgang mit der Problematik nicht zu einem Vermeidungsverhalten auf der Handlungsebene führt. Für Patientinnen unter 19 Jahren gibt sie zu bedenken, einen familientherapeutischen Ansatz alternativ zu erwägen. In meiner Praxis beachte ich in jedem Einzelfall die Bedingungen, unter denen die Essstörung entstanden ist und überlege dementsprechend. Notwendig ist die Bereitschaft bei den Patientinnen, auf ein symptomorientiertes und auch konfliktorientiertes Vorgehen einzugehen.

Zum Schweregrad der Essstörung muss berücksichtigt werden, wieweit ein stationärer Aufenthalt die bessere Variante wäre. Wenn bei einer Anorexia Nervosa der BMI von 15 kg/m<sup>2</sup> unterschritten wird, muss eine stationäre Behandlung erfolgen. Auch Suizidgedanken sind eine entsprechende Indikation. Eine stationäre Behandlung erscheint manchmal auch sinnvoll, wenn es im aktuellen Umfeld zu viele und zu stark wirkende aufrechterhaltende Faktoren für die Essstörung gibt. Solche Faktoren sehe ich nicht nur bei jungen Anorektikerinnen im familiären Umfeld, aufrechterhaltende Faktoren können auch in einer problematischen Partnerbeziehung oder einem belastenden beruflichen Umfeld liegen.

Es muss beim Vorliegen einer Anorexia Nervosa unbedingt eng mit dem behandelnden Arzt zusammengearbeitet werden, damit eine parallele Überwachung des körperlichen Zustandes stattfindet und eventuelle medizinische Probleme behandelt werden. Dies gilt selbstverständlich auch für die Bulimia Nervosa und die Binge-Eating-Störung. In einer entsprechenden Kooperation können auch medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten erwogen werden. Oft ist eine parallele Ernährungsberatung sinnvoll. Auch wenn die Patientinnen in der Regel behaupten, alles über Ernährung zu wissen, ist dieses Wissen häufig nicht übergreifend, sondern bezieht sich auf die Aspekte, die für sie bei der vorliegenden Essstörung im eigenen Denken wichtig sind.

Sipos und Schweiger (2003) benennen die folgenden Aspekte bei einer Behandlung und verschiedene Behandlungssettings:

- Informationsvermittlung durch Medien wie Bücher, Zeitschriften oder Internet.
- Beratung durch Psychologen, Ärzte, Ökotrophologen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung durch Psychotherapeuten und Ärzte.
- Intensivierte ambulante Behandlung durch Psychotherapeuten und Ärzte im Einzelsetting verbunden mit einer Gruppenbehandlung und einer sozialtherapeutischen Betreuung. Dies kann auch mit betreutem Wohnen kombiniert sein.
- Tagesklinische Behandlung in spezialisierten Einrichtungen.
- Stationäre Behandlung in Spezialstationen oder Fachkliniken, in denen eine multidisziplinäre Behandlung erfolgt.
- Stationäre Behandlung auf geschlossenen Stationen oder Intensivstationen mit intensivmedizinischen und psychiatrischen Angeboten.

Unzureichende Selbstkontrolle benennen Sipos und Schweiger als einen Aspekt für eine Indikation für intensivierete therapeutische Maßnahmen. Auch eine niedrige Motivation indiziert eine intensivere Behandlung. Die Motivation muss auf verschiedenen Ebenen überprüft werden. Sie ist abhängig von Umgebungsfaktoren, von der therapeutischen Beziehung und vom Ausmaß der Information über die Störung und die Möglichkeiten einer Behandlung.

Ich finde es außerdem wichtig, die gegebenenfalls komorbiden Störungen mit zu berücksichtigen und die Behandlungsform auch darauf bezogen angemessen auszuwählen.

In den Vorgesprächen zur Behandlung sollten die Faktoren für eine angemessene Behandlungsform überprüft werden, ebenfalls die Motivation. Bei einer Anorexia Nervosa sollte eine Vereinbarung darüber möglich sein, dass keine weitere Gewichtsabnahme mehr erfolgen soll. Die meisten AutorInnen verlangen eine Mindestgewichtszunahme von 250 g pro Woche (Steinhausen 2005, Leitlinien 2011, Salbach-Andrae u. a. 2010). Wenn dies nicht eingehalten wird, soll eine stationäre Behandlung erfolgen. Bei einer Bulimia Nervosa ist in meiner Arbeit ein erstes Ziel, das Erbrechen und den Missbrauch von Appetitzüglern oder Abführmitteln zu beenden. Gegebenenfalls müssen die Patientinnen eine Gewichtszunahme akzeptieren, die wegen weiter bestehender Essanfälle erfolgen kann, bis die Behandlung weiter fortgeschritten ist und auch in diesem Bereich Verbesserungen erarbeitet sind. Dazu können Verträge sinnvoll und hilfreich sein. Informationen über die körperlichen Gefahren und Folgen einer Essstörung haben sich in der Regel in meiner Praxis als hilfreich und motivationsfördernd erwiesen. Auch der Wunsch der Betroffenen, nicht in eine stationäre Behandlung zu müssen, kann die Motivation fördern, zumindest das Gewicht zu halten.

Der BMI errechnet sich mit der Formel Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m<sup>2</sup>). Nach den Leitlinien 2011 gilt:

Hochgradiges Untergewicht: BMI  $\leq$  16 kg/m<sup>2</sup>

Mäßiggradiges Untergewicht: BMI 16 bis 16,99 kg/m<sup>2</sup>

Leichtgradiges Untergewicht: BMI 17 bis 18,49 kg/m<sup>2</sup>

Normalbereich: BMI 18,50 bis 26,99 kg/m<sup>2</sup>

Übergewicht: BMI 25 bis 29,99 kg/m<sup>2</sup>



Adipositas Grad I: BMI 30 bis 34,99 kg/m<sup>2</sup>

Adipositas Grad II: BMI 35 bis 39,99 kg/m<sup>2</sup>

Adipositas Grad III: BMI  $\leq$  40 kg/m<sup>2</sup>

Das Zielgewicht liegt beim individuellen Set-Point-Gewicht, ein Gewicht, das der individuellen Disposition entspricht und das bei gleich bleibendem Essverhalten mit Schwankungen plus/minus ein Kilo problemlos gehalten werden kann. Neuere Literatur wie Ernst und Wiegand (2010) stellen das Set-Point-Gewicht allerdings in Frage, da sich gezeigt hat, dass der Körper sich bei einer Gewichtszunahme auf einem höheren Set-Point-Gewicht wieder einpendeln kann. Insofern muss das Set-Point-Gewicht als relativer Faktor angesehen werden. Dieser Mechanismus erklärt unter anderem auch den Jo Effekt nach Diäten. Nach einer schnellen Gewichtsreduktion bemüht sich der Körper, das vorherige Gewicht wieder herzustellen.

## **7. Therapieziele**

Ziel einer Behandlung ist immer die Wiederherstellung einer angemessenen Ernährung und eines normalen Essverhaltens. Dazu müssen alle biologischen und psychologischen Faktoren beseitigt werden, die das gestörte Essverhalten aufrechterhalten können. Mittelfristige und langfristige Therapieziele bestehen in einer Beseitigung auslösender Faktoren im emotionalen, familiären und sozialen Bereich, Defizite im Bereich von Problem- und Konfliktlösung müssen beseitigt werden. Außerdem müssen gegebenenfalls die vorliegenden komorbiden Störungen behandelt werden.

Sipos und Schweiger (2003) halten die folgende Behandlungshierarchie bei einer Anorexie für hilfreich:

- Sicherung des Überlebens.
- Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens, um den Kreislauf von Mangelernährung zu durchbrechen.
- Identifikation und Veränderung der die Symptomatik aufrechterhaltenden Bedingungen und Sicherung der Therapieerfolge durch Transfer in den Alltag.

Die Stufen müssen nach Sipos und Schweiger nicht vollständig abgeschlossen werden, bevor an einer der folgenden Stufen gearbeitet werden kann. Es sollten jedoch die Ziele der vorhergehenden Stufen weitgehend erreicht worden sein.

Zum Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens gehören drei Hauptmahlzeiten mit ausgewogener Ernährung, eine ausgewogene Zusammensetzung von Fetten, Eiweißen und Kohlenhydraten, der Abbau der Verbote von Nahrungsmitteln, der Wiederaufbau der Vielfalt der Nahrung und eine ausreichende Kalorienmenge. Sipos und Schweiger benennen es wegen des aufrechterhaltenden Aspektes als unbedingt erforderlich, den Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens der Bearbeitung zugrunde liegender Konflikte voranzustellen. Dies klingt sinnvoll und logisch, funktioniert nach meiner Erfahrung mit essgestörten Patientinnen aber eher selten. Die Einsicht kann durchaus umgehend erarbeitet werden, aber die Umsetzung ist oft nicht möglich. Dies liegt nach meiner Erfahrung an der Massivität der zugrunde liegenden Konflikte, die eine derartige emotionale Belastung darstellen, dass das Essverhalten über lange Zeit die einzige oder einzig effektive Bewältigungsstrategie dargestellt hat. Verträge über ein Halten des Gewichts und/oder ein baldiges Beenden von Erbrechen und vom Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern haben sich als erste notwendige Grundlage als hilfreich erwiesen. Es entsteht dann ein zeitlicher Spielraum mit einer Mindestvoraussetzung, die die aufrechterhaltenden und schädigenden Faktoren einschränkt, in dem an auslösenden Faktoren gearbeitet werden kann. Bei einer ausreichend tragenden guten therapeutischen Beziehung haben sich auf diese Weise manche stationäre Maßnahmen vermeiden lassen, zu denen viele Patientinnen aus verschiedenen Gründen grundsätzlich nicht bereit waren. Manche hatten schlechte Erfahrungen damit gemacht in dem Sinne, dass sie mit der dort meist gegebenen rigiden Kontrolle des Essverhaltens nicht umgehen konnten und dies ihr Abwehr- und Vermeidungsverhalten nur verstärkt hatte. Insbesondere nach lebensgeschichtlichen Erfahrungen mit körperlichen und/oder sexuellen Grenzverletzungen konnten Patientinnen nicht damit umgehen, dass wieder Menschen Kontrolle über sie ausübten. Oft war es ein sensibler Prozess, eine Eigenmotivation in dem Sinne aufzubauen, dass Patientinnen erkennen konnten, dass sie nur die Eigenkontrolle behalten konnten, wenn sie sich selbst um ein verändertes Essverhalten bemühten, um zumindest die Voraussetzungen für ein Halten des Gewichts oder ein Abbau schädigender Verhaltensweisen zu schaffen und damit die ambulante Behandlung fortsetzen zu können. Dies muss dann unbedingt in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt erfolgen.

Auch Sipos und Schweiger nehmen die komorbiden Störungen in ihrer Auswirkung auf die Prognose einer Behandlung ernst. Sie schreiben, dass eine erfolgreiche Behandlung einer Essstörung andere Symptomatiken wie Substanzmissbrauch, Selbstverletzung oder Phobien eher weniger beeinflusst. Sie halten eine gesonderte Behandlung für notwendig. Nach meiner Erfahrung zeigen sich Verbesserungen in allen Störungen, wenn man an den auslösenden Bedingungen arbeitet, die nach meiner Erfahrung alle Störungen als Bewältigungsstrategien unterschiedlicher Aspekte haben entstehen lassen.

Sipos und Schweiger benennen als weiteres Therapieziel die Verbesserung des Emotionsmanagements. Emotionen können von essgestörten Patientinnen häufig nicht wahrgenommen und identifiziert werden. Dies gilt nach meinen Erfahrungen ebenfalls für die Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse. Auch der Ausdruck von Emotionen kann bei essgestörten Patientinnen beeinträchtigt sein und muss gefördert werden. Sipos und Schweiger benennen das Emotionsmanagement als besonders wichtig, wenn als komorbide Erkrankung eine Angststörung vorliegt.

Die Autoren benennen Stressmanagement als weiteres Therapieziel. Um Essen nicht mehr als einzige Bewältigungsstrategie bei emotionalen Belastungen und in Problem- und Konfliktsituationen zur Verfügung zu haben, sollten alternative Stressbewältigungsstrategien aufgebaut werden. Dazu können Entspannungstechniken nach meiner Erfahrung hilfreich sein oder eine alternative Wärmezufuhr über warme Bäder oder Wärmflaschen, wenn es beim Essen um Ersatz für menschliche Zuwendung oder Trost geht. Sipos und Schweiger schlagen als weitere Maßnahmen die Erhöhung der Stresstoleranz und die Nutzung sozialer Unterstützung in der Stressbewältigung vor.

Die Autoren betonen die Wichtigkeit einer therapeutischen Begleitung bei einem Transfer in den Alltag. Manche Patientinnen konnten wegen der Störung berufliche und individuelle Ziele nicht erreichen und sollten nach ausreichender Stabilisierung und Verbesserung ihrer Problematik dabei begleitet und unterstützt werden. Auch eine Wiedereingliederung in die berufliche Situation nach einer krankheitsbedingten Unterbrechung und langfristiger Krankschreibung sollte therapeutisch begleitet werden. Zum Erreichen individueller Ziele kann der Aufbau einer Partnerschaft gehören oder der Aufbau sozialer Beziehungen überhaupt. Bei vorliegenden Problemen in der Familie oder in einer bestehenden

Partnerschaft sollten diese Personen bei bestehender Bereitschaft in die Behandlung einbezogen werden.

## **8. Behandlung**

Als Hauptelemente einer kognitiven Verhaltenstherapie benennt Jacobi (in Hautzinger 2000, S. 230) die folgenden:

1. Individuelle Problemanalyse; Selbstbeobachtung des Essverhaltens und der vorauslaufenden und nachfolgenden Bedingungen.
2. Informationsvermittlung.
3. Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung.
4. Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten.
5. Stimuluskontrolle.
6. Bearbeitung zugrunde liegender Problembereiche
  - Aufbau alternativer Verhaltensweisen
  - Problemlösetechniken.
7. Kognitives Umstrukturieren.
8. Rückfallprophylaxe und –analyse.

Die **individuelle Problemanalyse** setzt sich aus Informationen der Patientin in den Vorgesprächen und der Anamnese zusammen. Sipos und Schweiger (2003) benennen die Wichtigkeit für die Patientin selbst, ihre Störung angemessen einzuschätzen und den Schweregrad zuordnen zu können. Sie sollte selbst bewerten können, welche diagnostischen Kriterien sie erfüllt und welche nicht. Gerade bei Essstörungen ist das Selbstwertgefühl in der Regel beeinträchtigt und die Aspekte der Störung sollten von der Patientin nicht als individuelle Unfähigkeit angesehen werden. Diagnostische Befunde sollten gemeinsam besprochen und erläutert werden. Ein kleiner Schnelltest kann von den Patientinnen selbst ausgefüllt werden und die Selbstwahrnehmung stärken (aus Reich, Götz-Kühne und Killius 2004, S. 156).

Zur **Informationsvermittlung** gehören Informationen über die Entstehung von Essstörungen, über die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, unter anderem über die Auswirkungen von restriktivem Essverhalten. Die Schäden eines gestörten Essverhaltens sollten realistisch und sachlich und nicht übertrieben, aber ausreichend dargestellt werden.

Ergänzend zur eigenen Informationsvermittlung kann auf Literatur für Betroffene hingewiesen werden. Hilfreich sehe ich die Bücher von Reich et al. 2004 mit dem Titel „Essstörungen“ an oder auch von Mucha 2003 mit dem Titel „Essstörungen erkennen, verstehen und überwinden“. Das Buch von Reich et al. informiert umfassend über Essstörungen, das Buch von Mucha legt einen Schwerpunkt auf Informationen über verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden.

Den Maßnahmen zur **Gewichtsstabilisierung** sollte eine Ermittlung des ungefähren Zielgewichts vorangehen. Dies ist oft recht schwierig. Es sollte entsprechend der Körpergröße im Bereich der Grenzwerte des BMI eingeordnet werden. Für wichtig halten Sipos und Schweiger in dem Zusammenhang intensive Diskussionen mit der Patientin, die in der Regel einen unteren BMI für ausreichend ansehen wird. Die Unterschiede in der Konstitution sollen erörtert werden. Übergewichtige Patientinnen können bereits von einer Senkung des Gewichts in begrenztem Maße profitieren. Patientinnen sollten wesentliche Aspekte der Gewichtsregulation nachvollziehen können, um übertriebenes Kontrollverhalten aus eigener Überzeugung abbauen zu können. Als Anregung für die Festlegung eines Set-Point-Gewichts bei einer Anorektikerin oder Bulimikerin kann das Gewicht dienen, das die Patientin nach Abschluss der Wachstumsphase und vor Ausbruch der Essstörung über eine längere Zeit hatte. Empfehlungen mit dem BMI gehen davon aus, dass für Patientinnen ab 17 Jahren als unterer Wert ein BMI von 20 gewählt werden sollte, zwischen 15 und 16 Jahren ein BMI von 18,5. Jacobi und Paul (1996) legen in ihrem eigenen Therapiekonzept als untere Gewichtsgrenze ein Gewicht fest, das sie nach der Formel Körpergröße minus 100 minus 15% berechnen. „Das danach errechnete Gewicht liegt v. a. bei relativ großen Menschen etwas höher als das bei einem BMI von 20 errechnete.“ (Jacobi in Hautzinger 2000). Jacobi betont, dass es sich hierbei allenfalls um einen Orientierungspunkt handeln kann, nicht um das individuell sinnvolle biologische Gewicht.

Bei zu ausgeprägtem Untergewicht oder bei hohem Übergewicht, das aus medizinischen Gründen umgehend zumindest teilweise reduziert werden muss, muss dies zunächst stationär erfolgen. In den Kliniken werden häufig operante Techniken mit contract-management-Techniken verbunden. So wird bei Anorektikerinnen eine wöchentliche Gewichtszunahme mit dem Zugeständnis von Freiräumen verbunden wie Besuche oder Aktivitäten außerhalb der Klinik. Zahlreiche Beispiele zu stationären Konzepten finden sich bei Steinbrenner & Schönauer-Cejpek (2003).

Sipos und Schweiger beschreiben den Sinn von **Essprotokollen** vor einer nächsten Intervention. Essprotokolle enthalten die Uhrzeit der Mahlzeit, Informationen über die Situation vor dem Essen, die Art und Menge des Essens und die Situation nach dem Essen, in der einer Gewichtszunahme entgegensteuernde Maßnahmen mit aufgeführt werden müssen. Essprotokolle dienen als erstes zur Selbstbeobachtung und führen manchmal schon zu kleinen Veränderungen, da den Patientinnen vieles am eigenen gestörten Verhalten deutlicher und bewusster wird, das sie zuvor eher nicht wahrgenommen haben. Hier beginnt bereits ein Aspekt der Selbstregulation.

Wichtig ist es, die Patientinnen darin zu ermutigen, das Protokoll ehrlich zu führen und dass ein Gefühl von Peinlichkeit in der psychotherapeutischen Behandlung nicht sinnvoll und nicht notwendig ist. Interventionen können nur hilfreich sein, wenn sie an dem Punkt ansetzen können, an dem die Patientin sich mit ihrem gestörten Essverhalten befindet. Bei einer Bagatellisierung würde eine Überforderungssituation für die Patientin entstehen, da die nächsten Schritte zu hoch angesetzt würden.

Manche Patientinnen trinken viel, um Hungergefühle zu reduzieren. Dadurch können sie Mahlzeiten leichter auslassen oder haben ein Gefühl, das sie als Sättigung interpretieren. Light-Produkte bei den Getränken haben abführende Wirkung, was Patientinnen positiv bewerten. Es geht bei der Normalisierung des Essverhaltens jedoch darum, mit natürlichen Nahrungsmitteln eine ausgewogene Ernährung zu gestalten. Anorektikerinnen trinken oft zu wenig und reduzieren damit ihr Gewicht. Außerdem wird durch eine Vermeidung von Trinken Appetitlosigkeit und Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln ausgelöst. Übergewichtige Patientinnen trinken häufig hochkalorische und zuckerhaltige Getränke.

Hungergefühle können bei Essstörungen häufig nicht identifiziert werden. Patientinnen haben ihr Essverhalten mehr an kognitiven und optischen Signalen ausgerichtet. Der Kopf bestimmt, wann und wie viel gegessen wird. Patientinnen mit Essstörungen erlauben sich vom Kopf her oft nur eine Mahlzeit, wenn sie extreme Hungergefühle verspüren, die sie dann mit 100% bewerten.

Die Erfassung der Situation vor dem Essen dient dem Erlernen der Stimuluskontrolle bei einem weiteren Schritt der Behandlung. Patientinnen erfassen diese Situationen anfänglich oft

nur ungenau und übersehen die auslösenden Aspekte der Situationen wie Alleinsein oder eine Situation nach dem Einkaufen oder ein Blick in den vollen Kühlschrank. Sie erfassen auch eher weniger Aktivitäten, die die Nahrungsaufnahme beeinflussen wie körperliche Aktivität oder Ausruhen.

Die Unterscheidung zwischen Gedanken und Gefühlen leitet auch bereits einen Lernprozess in der Wahrnehmung dieses Unterschieds ein, der für viele Patientinnen schwierig ist. Sie verwechseln oft Kognitionen mit Emotionen wie beispielsweise: „Ich habe das Gefühl, zu dick zu sein.“ Gefühle sollten weiter differenziert werden zwischen Emotionen wie Freude, Trauer, Angst, Zuneigung, Scham, Ärger und ähnliches und Körperwahrnehmungen wie Zittern, Schwitzen, körperliche Anspannungen, Atembeschwerden und ähnliches.

Die Essensmenge sollte exakt protokolliert werden. So kann eine Anorektikerin ein Brötchen aushöhlen und ohne Belag essen, eine Patientin mit einer Binge-Eating-Störung mit viel Butter und mehrfachem Belag. Bei den Protokollen werden außerdem bevorzugte und vermiedene Nahrungsmittel deutlich. In diesem Zusammenhang kann eine sogenannte schwarze Liste mit verbotenen Nahrungsmitteln erstellt werden, die im Verlauf der Behandlung allmählich wieder in das Essen einbezogen werden. Fehlkognitionen werden ebenfalls eher deutlich wie der Irrglaube, Essen nach 18 Uhr setze besonders an. Wichtig ist auch das Einhalten des Frühstücks im weiteren Verlauf der Behandlung, das viele Patientinnen vermeiden. Zu dieser Tageszeit ist es noch leichter, auf eine Mahlzeit zu verzichten und Patientinnen mit Essanfällen haben Angst, die Kontrolle zu verlieren, sobald sie mit dem Essen anfangen. Warme Mahlzeiten bereiten den Patientinnen in der Regel Probleme, weil insbesondere dann, wenn das Essen von anderen gekocht wird, die Kalorienzahl nicht ausreichend einschätzbar erscheint. Auch Vorspeisen und Nachtisch einzunehmen, bedeutet für die meisten Patientinnen Probleme.

Das Esstempo ist ebenfalls wichtig. Patientinnen mit Anorexia Nervosa essen langsam, um darüber Essen einzusparen. Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung und mit Bulimia Nervosa essen eher schnell und nehmen in kurzer Zeit große Kalorienmengen zu sich. Sättigung kann bei essgestörten Patientinnen häufig nicht mehr wahrgenommen werden. Das normale Gefühl einer lokalen Befriedigung im Bauch und das Nachlassen der Attraktivität des Essens nehmen sie nicht wahr, sondern messen Sättigung eher daran, dass eine Anspannung im Bauchraum entsteht. Beim gesunden Essverhalten werden Mahlzeiten bei einem Gefühl

von 85% Sättigung beendet. Danach kann grundsätzlich noch lange gegessen werden, bis ein Gefühl von Übersättigung entsteht.

Bei der Beobachtung und Protokollierung der Situation nach dem Essen können ebenfalls erste Lernprozesse eingeleitet werden. So nehmen Patientinnen ihren Verdauungsprozess eher wahr als vorher. Patientinnen mit Anorexia Nervosa lernen sich daran zu gewöhnen, Nahrung in sich zu haben und zu akzeptieren. Nach dem Essen finden sich gehäuft die mit der Essstörung verbundenen Fehlkognitionen, die im Verlauf der Behandlung durch positive Gedanken ersetzt werden sollen. Schuldgefühle und schlechtes Gewissen werden in diesem Zeitraum am deutlichsten.

Zum **Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten** gehört die Regelmäßigkeit des Essens. Empfohlen werden drei Hauptmahlzeiten und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten. Es wird dabei von einer Kalorienzahl von 2000 kcal/Tag ausgegangen, die nach Jacobi (in Hautzinger 2000) ein Minimum darstellt. Allmählich sollen Nahrungsmittel aus der schwarzen Liste einbezogen werden, um das Ziel einer ausgewogenen Ernährung erreichen zu können. Patientinnen sollen diese Mahlzeiten einhalten, unabhängig von Essanfällen. „Dadurch soll verhindert werden, dass Heißhungerattacken durch Hungergefühle oder überkontrolliertes Essverhalten provoziert werden.“ (S. 237) Manchmal kann es eine vorübergehende Hilfestellung sein, einen Plan für eine Woche zu den Mahlzeiten zu erstellen. Das Essen soll perspektivisch einfach erfolgen, ohne dass ständig überlegt werden muss, was wann gegessen werden könnte.

Im Rahmen der **Stimuluskontrolle** sollen auslösende Faktoren für das gestörte Essverhalten beseitigt werden. Dazu können die Informationen aus den Essensprotokollen verwendet werden. Sipos und Schweiger (2003) führen Verhaltensanalysen durch, die die Stimulusbedingungen in Verbindung mit organischen Variablen und verstärkenden Faktoren erfassen. Sie verwenden dazu das SORC-Modell. „Verhaltensanalysen sind die Grundlage für eine Vielzahl von Maßnahmen in der Selbststeuerung und in therapeutischen Interventionen. Stimuluskontrolle setzt an S an, kognitive Techniken typischerweise an O, Selbstbelobung, aber auch das Setzen von aversiven Konsequenzen setzt am C an, übende Verfahren erweitern das Spektrum verfügbarer Rs.“ (S. 114)



Für die **Bearbeitung der zugrunde liegenden Problembereiche** benennt Jacobi (in Hautzinger 2000) folgende Aspekte:

- niedriges Selbstwertgefühl
- Perfektionismusstreben
- extremes Bedürfnis nach Kontrolle und Autonomie
- Gefühle der Unsicherheit bzw. deutliche Defizite im Bereich der Sozialen Kompetenz
- mangelnde Selbständigkeit
- erhöhte Impulsivität
- Probleme im familiären Bereich (Eltern, Partnerschaft)
- Probleme im Bereich der Sexualität

Es werden dann nach Jacobi je nach Art der Konflikte Problemlösungsmöglichkeiten erarbeitet. „Diese können z. B. in einer *Verbesserung der allgemeinen Problemlösefähigkeiten* der Patientin bestehen, dem *Aufbau neuer Kompetenzen* (z. B. in Form eines Trainings sozialer Fertigkeiten), dem *Einbezug von Familienangehörigen* in die Behandlung oder dem Einsatz spezifischer *kognitiver Techniken* zur Bearbeitung des verzerrten Körperbildes und der übermäßigen Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht. Hinzu kommen weiterhin Techniken zum kurzfristigen Umgang mit dem Problemverhalten wie z.B. die *Planung konkreter, auf „kritische“ Situationen bezogener Alternativen* zum Problemverhalten (z. B. unter Zuhilfenahme von Listen positiver Aktivitäten).“ (S. 239) Weiterhin kann an einer verbesserten Körperwahrnehmung gearbeitet werden, der Einsatz von Körperbildtherapie kann erwogen werden.

Die genau definierten Therapieziele sollen zwischenzeitlich immer wieder überprüft und skaliert werden. Die Patientinnen sollen individuell ihre jeweiligen Ziele formulieren und als kurzfristig oder langfristig einordnen. Die einzelnen Schritte zur Umsetzung sollen konkret geplant und dann bewertet werden.

Alternativen zum symptomatischen Verhalten werden erarbeitet, beispielsweise indem überlegt wird, in welchen Situationen das Problemverhalten nicht auftritt. Jacobi schlägt die folgenden Fragen an die Patientinnen vor, die das vorhandene Ausmaß von Selbstkontrollstrategien deutlich machen und darauf aufbauend bei der Entwicklung weiterer Strategien hilfreich sein können:

„1. Wo finden sich im Rahmen der Problemanalyse Bedingungen, unter denen das symptomatische Verhalten nicht auftritt oder aufgetreten ist (z. B. im Urlaub)? Welche Möglichkeiten der Selbstkontrolle hat die Patientin?

2. Was passiert, wenn Heißhungerattacken verhindert werden?

3. Was passiert, wenn Heißhungerattacken durch unerwartete Zwischenfälle „aufgeschoben“ oder „aufgebrochen“ werden.

4. Würden die Heißhungerattacken auch auftreten, wenn das Erbrechen nicht möglich wäre?“  
(ebenda S. 240)

Zum **Kognitiven Umstrukturieren** sollen die verzerrten Einstellungen bezüglich Körper und Gewicht identifiziert und durch angemessene Kognitionen ersetzt werden. Für die Arbeit werden Protokolle verwendet, die eine Situationsbeschreibung, Gefühle, automatische Gedanken, rationalere Gedanken und das Ergebnis eingetragen werden. Das Selbstwertgefühl soll durch die Korrektur von Fehlkognitionen verbessert werden.

Sipos und Schweiger stellen verschiedene Muster von Fehlkognitionen mit Beispielen dar, die ich nun teilweise zitieren möchte (S. 133/134):

*Selektive Abstraktion:* „Wenn ich dünn bin, bin ich etwas Besonderes.“ „Mein Übergewicht lässt auf Dummheit und Unfähigkeit schließen. Ich kann mich einfach nicht kontrollieren.“

*Übergeneralisierung:* „Als ich noch Kohlenhydrate gegessen habe, war ich dick; deshalb muss ich jetzt Kohlenhydrate meiden.“

*Katastrophisierungen:* „Wenn ich zwei Kilo zunehmen würde, könnte ich keine Shorts mehr tragen.“

*Dichotomes Denken:* „Wenn ich ein Kilo zunehme, dann kann ich nicht aufhören und nehme 50 Kilo zu.“

*Selbstreferenz:* „Wenn ich jemanden sehe, der Übergewicht hat, mache ich mir Sorgen, dass ich auch so sein werde.“

*Abergläubisches Denken:* „Wenn ich ein Eis esse, dann habe ich am nächsten Morgen bestimmt ein Kilo mehr auf der Waage.“

*Emotionale Beweisführung:* „Ich fühle, dass ich zu dick bin, also bin ich zu dick.“

*Gleichsetzung zeitlicher und ursächlicher Reihenfolge:* „Zuerst war ich sehr isoliert. Als ich dann abgenommen habe, hatte ich plötzlich viele Freunde. Das zeigt, dass ich vorher fett und unattraktiv war.“

Nach Sipos und Schweiger können Kognitionen und Emotionen durch verschiedene Veränderungen beeinflusst werden: durch die Veränderung der Situation, der Bewertungen, des körperlichen Zustandes wie Schlaf, Ernährung, körperliche Aktivität, Sexualität und Substanzannahme. Die kognitive Verhaltenstherapie setzt auf der Ebene der Bewertungen an, ausgehend vom Denken, dass Gedanken ein guter Ausgangspunkt für Veränderungen sind. Sie empfehlen das ABC-Modell nach McMullin (2000), bei dem den Patientinnen der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten deutlich werden soll. Die emotionale Zielsetzung C' wird definiert: Wie möchte ich mich gern fühlen? Und ein angemessenes Zielverhalten für die Situation wird erarbeitet. Anschließend werden veränderte Kognitionen B' entwickelt, die die neuen emotionalen und Verhaltensziele unterstützen sollen. Die neuen Bewertungen müssen realitätsangemessen sein. Die Anwendung kognitiver Techniken wird ausführlich bei Cooper & Fairburn (2001), bei Fairburn & Wilson (1999) und bei Jacobi et al. (1996) beschrieben. Zur eigenständigen Arbeit von Patientinnen eignet sich das Protokoll automatischer Gedanken bei Jacobi (in Hautzinger 2000, S. 241).

Für die **Behandlung der Körperbildstörung** schlagen Salbach-Andrae u. s. (2010) Konfrontationstechniken mit Spiegel und Videotechnik vor. Einzelne Körperbereiche sollen positiv oder negativ bewertet werden. Die Exposition soll zunächst mit den als eher positiv bewerteten Körperbereichen erfolgen. Salbach-Andrae u. s. (2010) nennen die folgenden Regeln für die Spiegelexposition:

- „ (1) Nimm dir genügend Zeit für die Übungen.
- (2) Führe die Übungen in einem Raum durch, in dem du völlig ungestört bist.
- (3) Beginne mit dem Körperteil, der dir am besten gefällt. Gehe im Anschluss zu den Bereichen über, die dir am wenigsten gefallen.
- (4) Betrachte alle deine Körperteile intensiv im Spiegel und beschreibe sie laut.

- (5) Lenke dich nicht ab, bleibe bei deinem Körper.
- (6) Beende die Übung erst, wenn die negativen Gefühle nachlassen.
- (7) Führe diese Übung mindestens einmal täglich durch.
- (8) Belohne dich mit etwas Schönerem, wenn du diese Übung durchgeführt hast.“ (S. 98)

Wenn es der Patientin schwer fällt, Körperbereiche positiv zu beschreiben, kann die Außenwahrnehmung zu Hilfe genommen werden. Ein Manual zur Körperbildtherapie liegt außerdem von Vocks & Legenbauer (2005) vor.

Diese Vorgehensweise eignet sich aus meiner Sicht nur, wenn eine ausreichende Motivation dafür vorliegt. Je nach den Problematiken, die die Essstörung ausgelöst haben, mag eine vorsichtiger und sorgsamere Herangehensweise angebracht sein. Für Kinder müssen spielerische Techniken eingesetzt werden. Techniken zur Verbesserung der gesamten Körperwahrnehmung können nach meiner Erfahrung Gewinn bringender verwendet werden als massiv konfrontative Herangehensweisen.

Sipos und Schweiger beschreiben weiterhin den **schematheoretischen Ansatz**, der eine Variante des kognitiven Ansatzes darstellt. Ein Schema beinhaltet ein für eine Person typisches Cluster von automatischen Gedanken, Regeln und Plänen, zentralen Überzeugungen, Emotionen und Verhaltensweisen. Unangemessene Schemata können bei entsprechender Disposition und schlechten Entwicklungsbedingungen entstehen und können verändert werden. Die Schemata können sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen: Zurückweisungserfahrungen, beeinträchtigte Autonomie und Leistung, beeinträchtigte Grenzen, exzessive Ausrichtung auf eigene Wünsche, Gefühle und Reaktionen anderer, erhöhte Wachsamkeit und Inhibition mit einer starken Betonung von Regeleinhaltung und Gefühlskontrolle. Es wird davon ausgegangen, dass die Schemata erhalten werden und eine Analyse solcher Schemata kann beim Aufdecken aufrechterhaltender Faktoren für eine Essstörung hilfreich sein.

Bei der **dialektischen Verhaltenstherapie** findet vor allem ein Training von Emotionen statt, das eine verbesserte Emotionsregulierung ermöglichen soll. Bei dieser Vorgehensweise wird die Bedeutung der Emotionen für Selbstschutz und soziale Einbindung betont. Für die Emotionen werden die typischen Auslöser, die begleitenden Gedanken und auch die Verhaltensweisen erarbeitet. Emotionen werden nicht bewertet. Veränderungsmöglichkeiten werden in Stimuluskontrolle und in Veränderungen der Bewertungen sowie der

physiologischen Bedingungen (Schlaf, Verzicht auf Substanzmissbrauch u. ä.) gesehen. (Sipos und Schweiger 2003).

Im Rahmen der **Rückfallprophylaxe** benennt Jacobi (in Hautzinger 2000) die Stabilisierung der erlernten Kompetenzen und die Übernahme in die Eigenkompetenz. Äußere Kontrollen sollen abgebaut werden und die Patientinnen sollen sich im Umgang mit dem Essen zunehmend nach Hunger und Sättigung und Appetit verhalten. Kritische Situationen sollen bewusst werden, um Rückfällen mit entsprechenden Strategien vorbeugen zu können.

Sipos und Schweiger stellen in Ihrem Buch „Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation“ (2012) ein Behandlungsmanual vor, das aus meiner Sicht am ehesten Erfolge verspricht. Sie weisen auf die langangelegte Behandlungsdauer mit einer realistischen Einschätzung der Schwere der meisten Essstörungen hin. Auch auf die meistens vorliegenden komorbiden Störungen wird ausreichend hingewiesen und dass deren Behandlung für jeden Fall angepasst in die Therapie der Essstörung eingeflochten werden muss. Die Autoren stellen verschiedene Behandlungsmodule vor, die sich bei Essstörungen anwenden lassen. Die Reihenfolge der Module kann dem Einzelfall angepasst werden. Die Module beinhalten Selbstmanagement-Tools, das Erlernen von Achtsamkeit und Akzeptanz nach buddhistischen Vorbildern, gesundes Essverhalten, den Umgang mit Emotionen, interpersonelle Fertigkeiten und das Modul Stresstoleranz. Die Module werden zunächst auch für Betroffene verständlich und anwendbar beschrieben, so dass das Manual den Betroffenen schrittweise oder im Ganzen gegeben werden kann. Das Problemverhalten wird gemeinsam eruiert und Nahrungsmittel, die als Auslöser für problematisches Essverhalten fungieren, werden vorübergehend weggelassen. Gewohnheiten, die das problematische Essverhalten unterstützt haben (kein Frühstück usw.) werden normalisiert. Weiterhin werden Ziele und Werte festgelegt, die im Therapieverlauf gezielt verfolgt werden (Freundschaften finden, Selbstfürsorge lernen, Ausbildung, soziales Engagement usw.). Im zweiten Teil des Buches werden theoretische Hintergründe, Daten und Anregungen für TherapeutInnen beschrieben. Die zahlreichen Beispiele werden leider vorwiegend für Binge Eating und Bulimie gewählt, auch wenn das Manual sich auch für die Behandlung der Anorexie eignet. Arbeitsmaterial, auch diagnostisches Material, kann nach Kaufen des Buches aus dem Internet heruntergeladen werden. Leider fehlen in diesem Manual Behandlungsansätze für die Bearbeitung der Belastungen, die den Essstörungen zugrunde liegen. Dazu müssen eigenständig entsprechende Behandlungsansätze anderweitig hinzugezogen werden.

Sipos und Schweiger (2003) stellen beispielhaft einige Behandlungsverläufe dar. Weiterhin beschreiben sie einige Aspekte, die sie für eine positive **Gestaltung der therapeutischen Beziehung** als wichtig erachten. Die therapeutische Beziehung sollte von Akzeptanz, einer Hoffnung auf Veränderung, Wertschätzung und emotionaler Wärme geprägt sein. Gleichzeitig sollte der Therapeut darauf achten, dass langfristig konsequent Veränderungen geplant und auch in Handlung umgesetzt werden. Eine Therapie einer essgestörten Patientin kann belastende Faktoren für den Therapeuten beinhalten wie durch drohende Gesundheitsschäden einer Patientin, die Möglichkeit eines Todes einer Anorektikerin, emotionale Instabilität und Impulsivität einer Patientin und Entmutigungsgefühle, wenn sich Misserfolge bei einer Patientin häufen. Wichtig ist für die Patientinnen, die Therapeuten möglichst nicht als hilflos zu erleben, sie reagieren mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Alleingelassensein darauf. Die Schwierigkeit der Patientinnen, das Essverhalten zu verändern, muss gewürdigt werden. Veränderungen, die der Therapeut als sinnvoll ansieht, müssen so von der Patientin nicht wahrgenommen werden. Eine Gewichtszunahme bei einer Anorektikerin wird von dieser zunächst als spannungserhöhend und negativ wahrgenommen. Es ist sinnvoll, die Patientin darauf vorzubereiten. Die Würdigung der Schwere der Störung darf aber nicht dazu führen, dass der Therapeut die Patientin schont oder ihr gegenüber übervorsichtig reagiert. Die Notwendigkeit von Veränderungen darf nicht aus dem Auge verloren werden.

### **Literatur (verwendete und weitere zum Nachlesen zu Essstörungen)**

Bommert & Leuchtmann, Probleme und Diäten essen die Seele auf. In: Energie & Charakter, Zeitschrift für Biosynthese und Somatische Psychotherapie, Hrsg. Boadella & Maul. 28. Jahrgang Heft 15, 1997

Fleiß & Igney, Handbuch Trauma und Dissoziation. Pabst Science Publishers 2008

Fleiß & Igney, Handbuch Rituelle Gewalt. Pabst Science Publishers 2010

Hautzinger (Hrsg) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, Beltz, 2000

Herpertz, Hagenah, Vocks, von Weitersheim, Cuntz & Zeeck. Klinische Leitlinie. Diagnostik und Therapie der Essstörungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 11/2011.

Jacobi, Essstörungen, in: Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, Beltz, 2000

Reich, Götz-Kühne & Killius, Essstörungen, Trias Verlag 2004

Salbach-Andrae, Jacobi & Jaite, Anorexia und Bulimia Nervosa im Jugendalter, Beltz Verlag 2010

Sipos & Schweiger, Psychologische Therapie von Essstörungen, Pabst Verlag, 2003

Sipos & Schweiger, Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation, Kohlhammer Verlag, 2012

Steinbrenner & Schönauer-Cejpek, Essstörungen, Verlag Wilhelm Maudrich, 2003

Steinhausen, Anorexia Nervosa, Verlag Hogrefe 2005

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, AMWF online, aktueller Stand 12/2011

Vocks & Legenbauer, Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa, Hogrefe 2005

Zapotoczky, Kategoriale und dynamische (dimensionale) Aspekte in der Diagnose von Essstörungen, in: Steinbrenner & Schönauer-Cejpek, Essstörungen, Trias Verlag, 2004

Weitere Literatur wird jeweils aus den vorliegenden Büchern zitiert.