



Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Aktuelle Verhaltenstherapie

Aktuelle Verhaltenstherapie

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa



Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel.: 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax: 0 63 22 / 9 34 - 2 66

Redaktion: Dipl.-Psych. Andreas Dehmlow
Dr. med. Klaus G. Limbacher

1. Auflage 2007 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Bernt Schmitz

*Anorexia nervosa
und Bulimia nervosa*

Ansprechpartner für den Bereich „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“

Dr. Bernt Schmitz

Dipl.-Psych.

Psychologischer Psychotherapeut

Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:

Mittwochs 10.00 – 10.30 Uhr

Tel.: 0 63 22 / 9 34 – 234

Fax: 0 63 22 / 9 34 – 266

Außerhalb dieser Sprechzeiten erreichbar unter

Servicehotline: 01803-244-181-0

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1	Beschreibung der Störungsbilder und diagnostische Kriterien	6
2	Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa	10
3	Indikation zur stationären Behandlung	17
4	Das multimodale Therapiekonzept	19
5	Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	24
5.1	Motivierung und therapeutische Beziehungsgestaltung	24
5.2	Entwicklung eines plausiblen Störungs- und Behandlungsmodells	25
6	Problembereiche und Therapieziele bei Anorexia und Bulimia nervosa	26
6.1	Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten	26
6.1.1	Förderung der Gewichtszunahme	26
6.1.2	Normalisierung des Essverhaltens und Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen	27
6.2	Bearbeitung zu Grunde liegender Problembereiche	32
6.2.1	Modifikation dysfunktionaler Kognitionen	32
6.2.2	Förderung der emotionalen Kompetenz	33
6.2.3	Förderung der sozialen Kompetenz	34
6.2.4	Förderung der Körperakzeptanz und Modifikation der Körperschemastörung	35
6.2.5	Förderung von Ressourcen und alternativen Quellen des Selbstwertgefühls	36
6.2.6	Einbeziehung von Eltern und Partnern	37
6.2.7	Wiedereingliederung in Ausbildung und Beruf	38
7	Therapeutische Nachsorgemaßnahmen	39
	Literatur	40

Einleitung

Im folgenden werden die Störungsbilder der Anorexia und Bulimia nervosa beschrieben, ein biopsychosoziales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung wird erläutert und es wird über die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim berichtet. Die Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist seit der Eröffnung der Fachklinik im Jahre 1981 ein Behandlungsschwerpunkt der Klinik. Dies dokumentieren zahlreiche wissenschaftliche Studien und Publikationen zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder und Diplom- und Doktorarbeiten (siehe Schmitz, 2006) sowie ein Aufklärungsfilm für Betroffene und deren Angehörige (Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, 2000). Das therapeutische Konzept der Klinik eignet sich wegen seines multimodalen und interdisziplinären Behandlungsansatzes und seiner vielfältigen störungs-, problem- und altersspezifischen Therapieangebote im besonderen für Patientinnen (ab 16 Jahren) mit komplexen psychischen, somatischen, sozialen und beruflichen Problemstellungen.

1 Beschreibung der Störungsbilder und diagnostische Kriterien

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind verwandte Essstörungen, die in der Regel in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnen und die überwiegend bei Frauen vorkommen. Für beide Krankheitsbilder beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern etwa 11:1. Im Text wird deshalb auch durchgehend von Patientinnen gesprochen.

Für beide Krankheitsbilder ist in den vergangenen Jahrzehnten eine Zunahme der Krankheitshäufigkeit und ein verstärktes öffentliches, klinisches und wissenschaftliches Interesse zu verzeichnen. Für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa kündigte sich dies bereits in den 60er Jahren an. Das Krankheitsbild der Bulimia nervosa wird in der wissenschaftlichen Fachliteratur erst seit Anfang der 80er Jahre, beginnend mit der Aufnahme des Syndroms in das psychiatrische Klassifikationssystem DSM III, als eigenständige Krankheitsgruppe definiert und

untersucht. Obwohl einzelne Symptome gestörten Essverhaltens wie z.B. Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht, gezügeltes Essverhalten, Diäten, Heißhungeranfälle, Erbrechen oder Laxatieneinnahme in der Normalbevölkerung relativ weit verbreitet sind, sind die Häufigkeiten der vollständigen klinischen Syndrome sehr viel seltener. Auf Grund der hohen Dunkelziffer und methodischer Probleme ist es schwierig, zuverlässige und repräsentative epidemiologische Daten zu gewinnen. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 1% der 15- bis 30-jährigen Frauen in westlichen Industrienationen von einer Anorexia nervosa betroffen sind und ca. 2 bis 3 % unter einer Bulimia nervosa leiden. In speziellen Risikogruppen wie Balletttänzer, Modells, Jockeys, Ringer oder Leistungssportler liegen die Häufigkeiten vermutlich deutlich höher.

Die Diagnostik von Essstörungen erfolgt in der ambulanten und stationären Praxis nach ICD-10 (Dilling et al., 1993). In Tabelle 1 und 2 sind die diagnostischen Kriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa wiedergegeben. Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung des Körpergewichts wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Er errechnet sich nach der Formel $BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m)}^2$. Eine Person mit 42,9 kg und 1,75 m Körpergröße hat z.B. einen BMI von 14 kg/m².

Beide Essstörungsformen sind durch ein unermüdliches Streben nach Schlankheit, ein hohes Bedürfnis, perfekt zu sein, eine zwanghafte Beschäftigung mit Nahrung und eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers gekennzeichnet.

Unterschiede zwischen den beiden Essstörungs-Diagnosen bestehen hauptsächlich im Körpergewicht, da das Krankheitsbild der Anorexia nervosa mit starkem Untergewicht verbunden ist, während Patientinnen mit Bulimia nervosa in der Regel im Gewicht zwischen unterem Normalgewicht und leichtem Übergewicht liegen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (ICD-10, F50.0)

- Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index (BMI) von $17,5 \text{ kg/m}^2$ oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a.) Vermeidung von hochkalorischen Speisen; b.) selbst induziertes Erbrechen; c.) selbst induziertes Abführen; d.) übertriebene körperliche Aktivitäten; e.) Gebrauch von Appetitzüglern und /oder Diuretika.
- 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.
- Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstop; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Untertypen:

- Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.). Dazugehörige Begriffe: asketische Form der Anorexie, passive Form der Anorexie, restriktive Form der Anorexie.
- Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken). Dazugehörige Begriffe: aktive Form der Anorexie, bulimische Form der Anorexie.

Patientinnen mit restriktiver Anorexia nervosa erleben ihr restriktives Essverhalten eher mit einem subjektiven Gefühl von Stolz und Selbstkontrolle und neigen, trotz offensichtlichen Untergewichts, oft eher zur Krankheitsverleugnung. Patientinnen mit Bulimia nervosa erleben ihren Umgang mit Essen und insbesondere ihre Heißhungeranfälle und das selbstprovozierte Erbrechen meistens belastender und verheimlichen oft aus Scham ihre Beschwerden. Patientinnen mit Anorexia nervosa bemühen sich oft auch in anderen Lebensbereichen um eine hohe Selbstkontrolle und zeigen häufiger eine Tendenz zur Zwanghaftigkeit. Patientinnen mit Bulimia nervosa verfügen häufiger über geringere Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, was in einer erhöhten Impulsivität und emotionalen Instabilität zum Ausdruck kommt.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (ICD-10, F50.2)

- 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.
- Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes 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.
- 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.
- 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.

Beide Essstörungen können zu schwerwiegenden medizinischen Komplikationen und körperlichen Folgeschäden führen wie z.B. Kreislaufregulationsstörungen, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen mit kalten Händen und Füßen, Elektrolytstörungen, Nierenfunktionsstörungen, Wassereinlagerungen im Gewebe, Geschwüren im Magen oder Zwölffingerdarm, Magenfunktionsstörungen und Völlegefühl, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Hormonstörungen, Menstruationsstörungen bis hin zur Amenorrhoe, Nervenschädigungen, Knochenstoffwechselstörungen, Zahnschäden, Haarausfall, trockene Haut, Lanugobehaarung, Mineral- und Vitaminmangelzustände, vergrößerte Speicheldrüsen oder Hirnatrophien.

2 *Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa*

Die Flut von Publikationen der vergangenen Jahre kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass unser Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa noch immer empirisch unzureichend gesichert ist. Es besteht allerdings Einigkeit in der Fachwelt darüber, dass es sich bei beiden Krankheitsbildern um komplexe Störungen handelt, deren Entstehung und Aufrechterhaltung durch biologische, soziale und psychologische Faktoren und deren Zusammenwirken bedingt ist und nicht durch eine eindimensionale Sichtweise erklärt werden kann.

Im folgenden werden in einem biopsychosozialen Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa diejenigen Faktoren zusammengefasst, von denen – mehr oder weniger empirisch gesichert – angenommen wird, daß sie zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa beitragen (siehe Abbildung 1). Dieses Modell erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aus dem Zusammenwirken von drei Faktorenbündeln (Schmitz, 2006): Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren.

Prädisponierende Faktoren oder Risiko-Faktoren sind zeitlich relativ stabile Merkmale der Person oder ihrer Umwelt, die bereits vor dem Auftreten der Krankheit bestehen und die das Risiko für die Entstehung einer Essstörung erhöhen, möglicherweise aber auch nach Krankheitsbeginn weiter wirksam sind.

Als potentielle Risikofaktoren für die Anorexia und Bulimia nervosa werden biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren diskutiert. Zu den biologischen Faktoren zählen genetische Faktoren und biologische Veränderungen wie hypothalamische Dysfunktionen, Dysfunktionen des endokrinen-metabolischen Systems und Neurotransmitterstörungen. Daneben werden körperliche Faktoren wie prämorbid Gewicht, ernährungsphysiologische Grundlagen wie restriktives Essverhalten und Störungen des Hunger- und Sättigungshaushaltes diskutiert.

Soziokulturelle Aspekte beziehen sich auf das gesellschaftlich überwertige Schlankeitsideal in den westlichen Gesellschaften und auf die widersprüchlichen Rollenerwartungen und Werthaltungen, mit denen junge Frauen konfrontiert werden. In unserer Gesellschaft des Überflusses gilt Schlanke sein als Voraussetzung für Attraktivität, erfolgreiche Lebensbewältigung und als Zeichen der eigenen Selbstkontrolle. Eine Frau, die den gesellschaftlichen Anforderungen genügen will, hat schön und sehr schlank zu sein. Darüber hinaus sollte eine junge Frau aber auch den Anspruch einer perfekten Hausfrau und Mutter erfüllen und sich zugleich erfolgreich persönlich und beruflich in einer betont leistungsorientierten Gesellschaft verwirklichen. Verschiedene Autoren betonen als Folge dieser Entwicklung eine Verunsicherung und Überforderung jüngerer Frauen, vor allem in der Phase der Adoleszenz, die für die Entwicklung der eigenen weiblichen Identität von besonderer Bedeutung ist. Der wesentliche Beitrag soziokultureller Faktoren liegt vor allem in der Erklärung der weit aus größeren Häufigkeit von Essstörungen bei Frauen als bei Männern, für die der Schlankeitsdruck in der Regel in geringerem Ausmaß vorhanden ist.

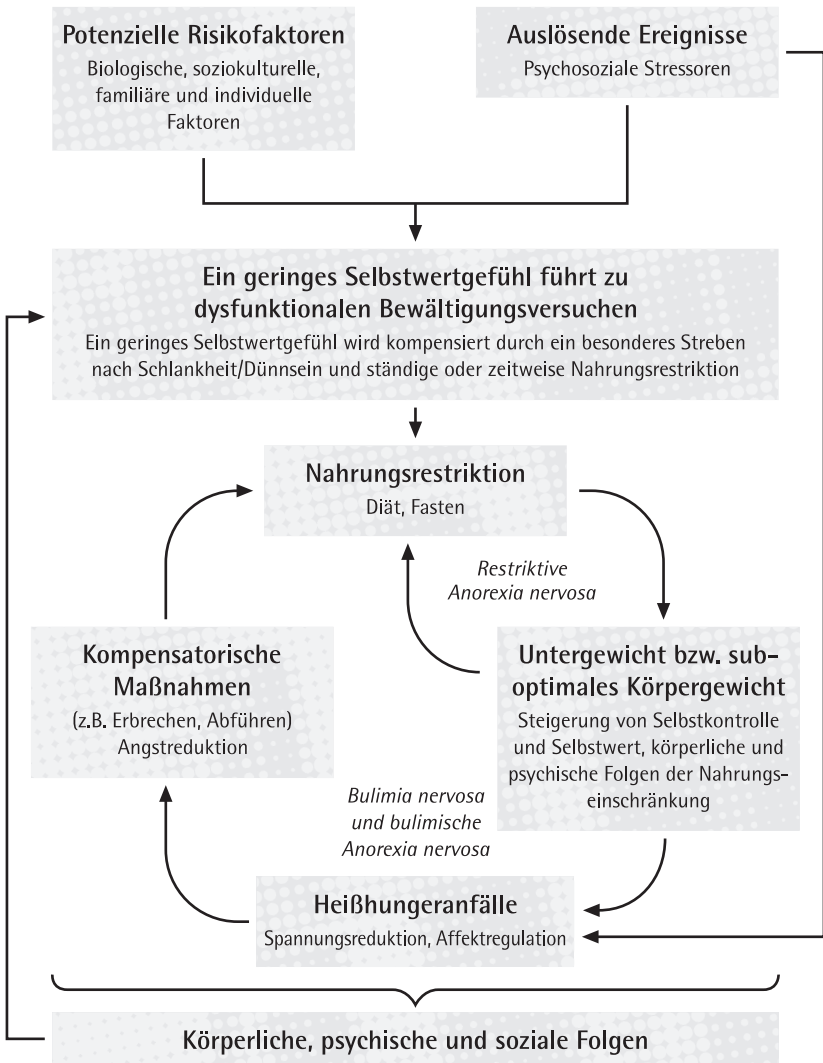


Abbildung 1: Ein biopsychosoziales Modell der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa (Schmitz, 2006)

Auf die Rolle der Familie bzw. familiärer Interaktions- und Kommunikationsmuster für die Ätiologie von Essstörungen wurde von systemisch orientierten Autoren bereits in den 70er Jahren hingewiesen. Familien von Patientinnen mit Anorexie seien u.a. gekennzeichnet durch einen starken Zusammenhalt, hohe Norm- und Leistungsorientierung, stärkere Überbehütung des Kindes oder Konfliktvermeidung. Familien von Patientinnen mit Bulimie seien durch heftige und offen ausgetragene Konflikte ohne Lösung, einer Mißachtung von Intimschranken, Neigung zu impulsiven Handlungen oder Triangulierung gekennzeichnet. Das familiäre Beziehungsfeld, in dem Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa aufwachsen, erschwert u. U. die Entwicklung einer stabilen Identität und Autonomie sowie die Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls der Betroffenen.

Individuelle Faktoren umfassen belastende Lebensereignisse im Vorfeld der Erkrankungen wie sexueller Missbrauch, Scheidung der Eltern etc. und bestimmte Charakteristika der jeweiligen Person wie niedriger Selbstwert, körperliche Unzufriedenheit, Perfektionismus und Impulsivität sowie dysfunktionale grundlegende Überzeugungen. Es muß hervorgehoben werden, daß der Grad der empirischen Absicherung der verschiedenen Faktoren sehr unterschiedlich ist (vgl. Jacobi et al., 2004). Verschiedene Risikofaktoren konnten bisher nicht oder nur teilweise bestätigt werden und die Datenlage ist aufgrund fehlender Längsschnittstudien unbefriedigend. Bei einigen Faktoren ist auch die Frage des zeitlichen Auftretens in Bezug auf die Essstörung unklar und es muß in Betracht gezogen werden, daß diese Risiko-Faktoren eher Korrelate oder Folgen der Essstörung sind. So sind auch die Annahmen zu familiären Mustern bei Patientinnen mit Essstörungen mit großer Vorsicht zu interpretieren, da sie bisher nur z. T. empirisch bestätigt werden konnten und auch als Folge der Erkrankung eines Familienmitglieds verstanden werden können.

Auslösende Faktoren bestimmen über den Zeitpunkt der konkreten Manifestation der Essstörung. So wird davon ausgegangen, dass die Anforderungen und Belastungen im Verlauf der Adoleszenz als Bedrohung des eigenen Selbstwertgefühls erlebt werden und starke Ängste vor dem Verlust der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände entwickelt werden. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen verweist auf den besonderen Stellenwert dieses Lebensab-

schnitts für die Entwicklung der Anorexia und Bulimia nervosa. Die Adoleszenz stellt eine kritische Lebensperiode zwischen Kindheit und Erwachsensein dar mit erhöhten Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit, Autonomieentwicklung und Selbstkontrolle. So bringt die körperliche Entwicklung und sexuelle Reifung neue Anforderungen und Erfahrungen mit sich, die zur Verunsicherung führen können. Es wird von zunehmender Bedeutsamkeit, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und gegebenenfalls gegen Widerstände durchzusetzen, Verantwortung zu übernehmen, eigene Initiativen zu entwickeln und Ziele selbstständig zu verfolgen und eine altersentsprechende Ablösung vom Elternhaus zu vollziehen. Auslösende Faktoren betreffen Veränderungen, die eine Anpassung erfordern wie Trennungs- und Verlusterfahrungen, Angst vor Leistungsversagen, körperliche Krankheiten oder andere Belastungen, denen sich die betreffende Person aber aufgrund fehlender Bewältigungsfertigkeiten nicht gewachsen fühlt. Die Betroffenen fühlen sich verunsichert und in ihrem Selbstwertgefühl beeinträchtigt und reagieren mit Nahrungseinschränkung und Diät zur Verbesserung von Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl.

Aufrechterhaltende Faktoren erklären, warum die Essstörung dauerhaft bestehen bleibt. Hierzu gehören neben den weiterhin bestehenden prädisponierenden Faktoren und aktuellen Belastungen insbesondere die körperlichen und psychischen Folgen des gezügelten Essverhaltens sowie fehlende Bewältigungsfertigkeiten (z. B. geringe Fähigkeiten, negative Gefühle auszuhalten oder sich zu entspannen und zu beruhigen) und dysfunktionale Denkmuster (z. B. Übergeneralisieren, Katastrophisieren oder Personalisieren), die nicht nur an der Entwicklung der Essstörungen beteiligt sind, sondern auch zu deren Aufrechterhaltung beitragen.

Als potenzielle Risikofaktoren für die Anorexia und Bulimia nervosa werden biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Faktoren diskutiert, die im Zusammenspiel mit auslösenden Ereignissen im Verlauf der Adoleszenz ein besonderes Essverhalten hervorbringen, das der Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle und positivem Selbstwert dient. Die Forschungen zu den Auswirkungen von chronischer Mangelernährung und Untergewicht bzw. suboptimalem Körpergewicht auf somatische (insbesondere metabolische und neuroendokrine)

und psychische Funktionen haben den derzeitigen Kenntnisstand wesentlich beeinflusst.

Aus der Starvation-Forschung ist bekannt, wie der Organismus gesunder Personen unter den Bedingungen des Fastens und der niederkalorischen Ernährung reagiert. Keys et al. (1950) haben dazu eine viel zitierte Studie vorgelegt und beobachteten bei jungen, gesunden Männern, die freiwillig unter kontrollierten Bedingungen ihre Nahrungsaufnahme über einen Zeitraum von sechs Monaten um die Hälfte der normalen Kalorienzufuhr reduzierten u.a. eine erhöhte Depressivität, Irritierbarkeit, Nervosität, emotionale Labilität, vermehrten sozialen Rückzug und Einengung der Gedanken auf Nahrung und Essen, Verlust von sexuellem Interesse und Störungen der Konzentration. Darüberhinaus wurden Phasen von Heißhungeranfällen berichtet, die sich über Monate hinzogen, selbst nachdem sich die Betroffenen wieder normal ernährten.

Garner et al. (1997) diskutieren die Auswirkungen des gezügelten Essverhaltens auf dem Hintergrund der Set-Point-Theorie und der Anpassung des Stoffwechsels an ein verändertes Körpergewicht. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass das Körpergewicht eines Menschen keine frei manipulierbare Größe ist, die langfristig ohne Konsequenzen je nach Bedürfnis und gesellschaftlichem Ideal variiert werden kann. Das Körpergewicht ist demnach physiologisch festgelegt und der Körper reagiert auf Veränderungen in der Energiezufuhr unter anderem auch mit entsprechenden metabolischen Veränderungen. Das natürliche Gewicht ist für jede Person individuell verschieden und liegt meistens höher als das persönliche Idealgewicht. Ständige Diätversuche zur Gewichtsabnahme stören dieses biologische Gleichgewicht.

Die Folgen des chronischen Diätverhaltens und Fastens sind damit Ausdruck eines physiologisch begründeten Widerstandes des Organismus gegenüber einer Gewichtsmanipulation. Der Organismus verfügt über interne Regulationsmechanismen im Sinne einer arterhaltenden Funktion, auf Nahrungseinschränkung und Mangelernährung mit Widerstand zu reagieren und das Körpergewicht in einem biologischen Gleichgewicht zu halten bzw., wenn dies nicht der Fall ist, das natürliche Gewicht wieder herzustellen. So haben der soziale Rückzug, die Abnahme sexueller Bedürfnisse, das esszentrierte Denken die Funktion, den gesamten Organismus auf eine notwendige Gewichtszunahme zu konzentrieren.

Die mit dem Diätverhalten oder Hunger einhergehenden Veränderungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen führen bei den Betroffenen zur Verunsicherung und zur Bedrohung des Selbstwertgefühls. **Patientinnen mit restriktiver Anorexia nervosa** geraten dadurch in einen Teufelskreis. Erlebt die Patientin Hunger, so fühlt sie sich um den Schutz ihrer Kontrolle gebracht, reagiert mit ängstigenden und selbstabwertenden Kognitionen (z.B. „Ich bin haltlos, wenn ich esse“ oder „Ich verliere die Kontrolle, wenn ich meinem Hunger nachgebe“) und verschärft ihr Diätprogramm, um sich das Gefühl zur Selbststeuerung und ein positives Selbstwertgefühl zu bewahren. Aus verhaltensanalytischer Sicht wird das Hungern durch positive und negative Verstärkung aufrechterhalten. So führt der unmittelbare Erfolg bei der Nahrungseinschränkung zur Angstreduktion und das damit verbundene Gefühl von Selbstkontrolle trägt als kurzfristige positive Konsequenz wesentlich zur Aufrechterhaltung des Verhaltens bei.

Im Krankheitsverlauf wird das Gefühl der Selbststeuerung und Kontrolle über das Essen zum ausschließlichen Maßstab für das Selbstwertgefühl. Hungern entwickelt sich zu einer umfassenden Bewältigungsstrategie und ermöglicht die Vermeidung angstauslösender Situationen, sodass sich die Betroffene nicht mit den Schwierigkeiten und Anforderungen ihrer Lebenssituation auseinandersetzen muss (z. B. kritische Lebensereignisse wie Auszug von zuhause, Berufsfindung oder Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und Körperlichkeit). Der reduzierte Allgemeinzustand löst Aufmerksamkeit, Fürsorglichkeit und Sorge der Umwelt aus, aber auch Ärger und Konflikte. Je länger die Essstörung besteht, umso größer wird ihr Stellenwert im Alltag der Betroffenen. Alle Überlegungen und Handlungen sind auf Essen und Diät konzentriert und dominieren vor allen anderen Interessen.

Längerfristig begünstigt das Verhalten die Tendenz zur Isolation, verhindert den Erwerb altersentsprechender psychosozialer Kompetenzen und es entwickeln sich schwere depressive Syndrome sowie körperliche Folgen, die die Gesundheit beeinträchtigen. Die längerfristigen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen tragen zu einer weiteren Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls bei und begünstigen die Chronifizierung der Essstörung.

Patientinnen mit Bulimia nervosa und bulimischer Anorexia nervosa gelingt die Kontrolle der physiologischen Bedürfnisse nicht. Der Übergang vom gezügelten Essen zum bulimischen ist durch den Verlust der Kontrolle des Essverhaltens gekennzeichnet, der dann eintritt, wenn aufgrund von emotionalem Stress die kognitive Kontrollfunktion des schlankheitsfixierten Essverhaltens herabgesetzt ist. Der Heißhungeranfall führt allerdings nicht nur zur Spannungsreduktion, die verstärkend erlebt wird, sondern gleichzeitig zu einer panikartigen Angst vor der Gewichtszunahme. Dies führt in der Krankheitsentwicklung in der Regel einige Zeit später zum Erbrechen als Methode, die kalorischen Folgen des Überessens zu vermeiden.

Der Kreislauf von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfällen und Erbrechen verselbständigt sich, da keine Sättigung eintritt. Darüberhinaus legitimiert das Erbrechen den nächsten Heißhungeranfall, da ein Weg gefunden scheint, den kalorischen Folgen zu entgehen, und führt damit zu vermehrten Kontrollverlusten.

Bestehen bleibt der körperliche Mangelzustand, die dem Erbrechen folgenden Schuld- und Schamgefühle und Depressionen erhöhen den psychischen Stress und die eventuell anstehenden Probleme sind weiterhin ungelöst. Neue Probleme entstehen durch die finanziellen Kosten des Verhaltens, durch die negativen Folgen des Verhaltens für bestehende Beziehungen und berufliche Belange und durch die körperlichen Folgeschäden. Darüberhinaus kann der Zyklus von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfall und Erbrechen genau zum Gegenteil dessen führen, was eigentlich intendiert war, nämlich zu einer Gewichtszunahme und nicht zu einer Gewichtsabnahme.

3 Indikation zur stationären Behandlung

Die Entscheidung für eine stationäre Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa lässt sich anhand folgender Kriterien überprüfen.

Medizinische Gefährdung. Im Vordergrund stehen kardiale Komplikationen und bedrohliche Elektrolytstörungen. In der Fachliteratur werden folgende Werte als Gefahrenindikatoren vorgeschlagen (Sipos & Schweiger, 2003): Bra-

dykardie mit Herzfrequenz $< 40/\text{min}$, Blutdruck unter 90 zu 60 mmHg, Nüchternblutzucker $< 60 \text{ mg/dl}$, Kalium $< 3,0 \text{ mmol/L}$ oder andere schwere Elektrolytstörungen z.B. Hypophosphatämie, Hypothermie $< 36,0 \text{ C}$, Dehydratation, andere wesentliche Beeinträchtigungen der Funktion der Nieren, der Leber oder des Herzens, Untergewicht $< 15,0 \text{ BMI}$.

Einer oder mehrere dieser Gefahrenindikatoren machen in der Regel eine vollstationäre Behandlung in Spezialstationen und Fachkliniken notwendig oder gegebenenfalls akutpsychiatrisch auf geschlossenen psychiatrischen Stationen und/oder bei medizinischen Komplikationen auf intensivmedizinischen Stationen. Ausnahmen sind u.U. chronisch untergewichtige Patientinnen, die über Jahre hinweg an ihren untergewichtigen Zustand adaptiert sind, bei denen stationäre Behandlungsversuche wenig Erfolg hatten und die in der Gesamtabwägung eine längerfristige ambulanten Therapie mit enger internistischer Betreuung durchführen sollten.

Suizidalität. Akute Suizidalität stellt eine Indikation für die Aufnahme in eine geschützte psychiatrische Station dar. Bei chronischer Suizidalität sollte für die Wahl des Behandlungsettings die Bereitschaft und Befähigung der Patientin, einen Non-Suizid-Entschluss bzw. -Vertrag einzugehen, berücksichtigt werden und es sollte eine stationäre Behandlung mit nachfolgender ambulanten Therapie vorgezogen werden.

Zusätzliche (komorbide) psychische Störungen. Viele Patientinnen leiden neben ihrer Essstörung unter weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen (siehe Kapitel 4). Jede zusätzliche bzw. komorbide psychische oder psychosomatische Störung, die für sich genommen eine stationäre Behandlung begründet, tut dies auch im Kontext einer Essstörung. Die stationäre Behandlungsmaßnahme sollte dann auch störungsspezifische Therapieangebote für die jeweiligen komorbiden Störungen anbieten.

Geringe Veränderungsmotivation. Eine hohe Motivation der Patientin stellt für alle Behandlungsettings eine günstige Voraussetzung dar. Niedrige Motivation kann auf Grund der vielfältigeren und intensiveren Möglichkeiten zur Motivationsförderung in einzel- und gruppentherapeutischen Therapieange-

boten eine Indikation für eine stationäre Behandlung begründen. Bei anhaltend niedriger Veränderungsmotivation sollten stationäre Maßnahmen jedoch nicht ausgedehnt werden. In diesem Fall ist eher eine Rückkehr zur ambulanten Behandlung zu empfehlen und nach einem Intervall sollte erneut die Motivation für eine stationäre Maßnahme überprüft werden.

Geringe Selbstkontrollfähigkeiten. Geringe Fähigkeiten zur Selbstkontrolle stellen eine wichtige Indikation für eine stationäre Behandlung dar. Durch entsprechende therapeutische und cotherapeutische Unterstützung kann eine Struktur für erste Verhaltensänderungen geschaffen werden.

Belastende Faktoren in der Umwelt. Aktuell nicht auflösbare Konflikte und Belastungen in der Familie, am Arbeitsplatz oder im weiteren Umfeld der Patientin können den Erfolg ambulanter Therapie verhindern und die Indikation für eine stationäre Behandlung begründen.

Fehlende ambulante Behandlungsmöglichkeit. Die ambulante Behandlung setzt die Verfügbarkeit eines mit Essstörungen erfahrenen Psychotherapeuten in der näheren Umgebung der Patientin voraus. Ist dies nicht gegeben, so ist eine stationäre Behandlung angezeigt.

Unbefriedigende ambulante Behandlungsversuche in der Vorgeschichte. Stellt sich im Verlauf eines Jahres in der ambulanten Therapie kein befriedigender Therapieerfolg heraus, sind teilstationäre oder stationäre Behandlungsmaßnahmen zu empfehlen.

4 *Das multimodale Therapieangebot*

Die Behandlungsmaßnahmen für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa werden im Rahmen einer multimodalen und adaptiven therapeutischen Gesamtstrategie entwickelt, die sich an einer individuellen Fallkonzeption orientiert und die über ein engeres Therapieverständnis hinausgehend die Beiträge aller Fachdisziplinen gleichwertig einschließt, die für bestimmte Problemlösungen erforderlich sind.

Einzeltherapeutische Maßnahmen, cotherapeutische Betreuung, Entspannungstraining nach Jacobson, ein differenziertes Angebot an störungs-, problem- und altersspezifischen Gruppentherapien und Vorträgen, Partner- und Familiengespräche, Angebote der Sozio-, Sport- und Ergotherapie sowie medizinische und physiotherapeutische Interventionen haben je nach Problemstellung und Phase im Behandlungsverlauf einen wechselnden, aber grundsätzlich gleichgewichtigen Anteil (siehe Tabelle 3). Psychopharmaka werden bei strenger Indikationsstellung, z. B. bei einer komorbiden schweren depressiven Störung oder bei einer massiven emotionalen Labilisierung, verordnet.

Viele Patientinnen leiden neben ihrer Essstörung unter weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen. So zeigen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa häufig zusätzliche psychische Störungen wie depressive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmißbrauch oder Persönlichkeitsstörungen wie z.B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Viele Patientinnen und insbesondere diejenigen mit einer bulimischen Symptomatik leiden an zusätzlichen dissoziativen Symptomen oder impulsiven Verhaltensweisen wie vermehrte Geldausgaben, Diebstähle, Promiskuität und Selbstverletzungen. Das gleichzeitige Auftreten von Essstörungen und weiteren psychischen Erkrankungen lässt sich in vielen Fällen als komplexe Wechselwirkung verstehen und sollte dann nicht als rein additives Phänomen angesehen werden.

Bei Patientinnen mit multiplen psychischen Störungen besteht unter Umständen die Gefahr einer unzureichenden Komplexität der Behandlung. Durch eine erfolgreiche Behandlung der Essstörung kommt es zwar häufig auch zu einer Besserung der depressiven Symptomatik, andere Störungen werden dagegen oft nur wenig beeinflusst. Somit ist in vielen Fällen auch eine Behandlung der komorbiden Erkrankungen erforderlich. Die Klinik ermöglicht dies mit einem breiten Angebot störungsspezifischer Therapiekonzepte und gruppentherapeutischer Angebote (siehe Tabelle 3).

Grundsätzlich muss vor allem bei komplexeren Problemstellungen bei der Therapieplanung und Durchführung berücksichtigt werden, dass die Problembereiche hierarchisch im Sinne ihrer Dringlichkeit geordnet werden und dass die

Tabelle 3: Das multimodale Therapieangebot

- Vorgespräch vor der stationären Aufnahme
- Medizinische Aufnahmeuntersuchung
- Psychologisches Routinelabor
- Einführungstraining
- Regelmäßige Einzelgespräche
- Cotherapeutische Betreuung
- Entspannungstraining
- Störungs-, problem- und altersspezifische Gruppentherapie
wältigungsgruppe, Depressionsgruppe, Schmerzbewältigungsgruppe, Zwangsstörungsgruppe, Psychosomatikgruppe, Gruppenarbeit
Vortragsreihe für Patienten mit dysfunktionalen Persönlichkeitsstörungen, Soziales Kompetenztraining, Gruppe für traumatisierte Patientinnen, Gruppe für Männer mit problematischem Sexualverhalten, Problemlösegruppen für Jugendliche und junge Erwachsene und für erwachsene Patienten, Therapiegruppe für Patienten verschiedenen Lebensalter

Störungsspezifische Gruppen für Patienten mit Essstörungen

Essstörungsgruppe 1 (mit Lehrküche und Ernährungsberatung)

(Anorexia und Bulimia nervosa)

Essstörungsgruppe 2 (mit Lehrküche und Ernährungsberatung)

(Adipositas/Binge-Eating-Störung)

- Partner- und Familiengespräche
- Soziotherapie
- Ergotherapie
- Sporttherapie und Krankengymnastik

Störungsspezifische Gruppen für Patienten mit Essstörungen:

Körpererfahrungsgruppe (Anorexia und Bulimia nervosa)

Adipositasgruppe (Adipositas/Binge-Eating-Störung)

- Medizinische Maßnahmen (inkl. Pharmakotherapie)
- Physio- und Balneotherapie
- Poststationäre Nachsorgegruppe

Zielsetzungen einer zeitlich begrenzten stationären Behandlungsmaßnahme realistisch eingeschätzt werden. So sollte auch keine vollständige „Heilung“ erwartet werden, sondern eine Befähigung zur Weiterbehandlung im ambulanten Rahmen. Dies heißt aber auch, dass sich die stationäre Maßnahme in einem gemeinsamen Klärungsprozess mit der Patientin auf ausgewählte Problembereiche und Therapieziele konzentrieren sollte, um tragfähige Fortschritte zu erzielen, und dass andere Problembereiche ausgeklammert werden müssen und auf die ambulante Weiterbehandlung verwiesen wird.

Bei Patienten mit spezifischen Problemstellungen bieten wir vor der stationären Aufnahme Vorgespräche an. So haben Patientinnen mit Anorexia nervosa oft besondere Schwierigkeiten, sich auf ein wesentliches Therapieziel, die Gewichtszunahme, einzulassen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa führen wir deshalb in der Regel ein Vorgespräch vor der stationären Aufnahme durch zur Informierung der Patientin über unser Behandlungskonzept und zur Klärung der Indikation und Motivation für eine stationäre Maßnahme in unserem Hause. In diesem Rahmen werden relevante Themenbereiche exploriert wie Gewichtsanamnese, Essverhalten, gewichtsregulierende Maßnahmen, Suchtmittelanamnese, Krankheitsvorgeschichte, Krankheitsverständnis, Motivation und Behandlungserwartungen, Suizidalität und komorbide Störungen. Darüber hinaus erläutern wir unser Krankheitsverständnis, leiten im gemeinsamen Gespräch mit der Patientin die grundlegenden Therapieziele ab und beschreiben das multimodale therapeutische Behandlungsangebot der Klinik einschließlich der Spielregeln und Rahmenbedingungen der Behandlung. So werden die Patientinnen auch über das Gewichtsprogramm, die Vereinbarung zu regelmäßiger Nahrungsaufnahme und kontinuierlicher Gewichtszunahme (siehe Kapitel 6.1.1) sowie die Maßnahmen zum Absetzen von Abführmitteln informiert.

In der Einzeltherapie ist es erstes Ziel, ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen. Mit den Patientinnen wird ein individuelles biopsychosoziales Bedingungsmodell ihrer Störung(en) erarbeitet, es werden individuelle kurz- und langfristige Behandlungsziele hieraus abgeleitet und darauf abgestimmte Therapieangebote vereinbart.

In den Einzelgesprächen werden auch die Erfahrungen der Patientinnen bei

ihrer Teilnahme an diesen Angeboten und die Rückmeldungen der Therapeuten zusammengetragen und ausgewertet.

Das stationäre Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa setzt sich im Therapieverlauf in der Regel aus folgenden Therapiebausteinen zusammen, von denen einige kurz beschrieben werden sollen:

- Basisprogramm: Einzeltherapie, cotherapeutische Betreuung, Entspannungstraining, Angebote der Sporttherapie in Abhängigkeit vom Gewichtsstatus sowie Problemlösegruppe nach ausreichender Stabilisierung und Gruppenfähigkeit. In der zieloffenen und ressourcenorientierten Problemlösegruppe sollen sowohl die selbstständigen Problemlösefertigkeiten durch das Erlernen einer kooperativen Arbeitshaltung wie auch die interpersonellen Kompetenzen (z.B. aktives Zuhören, Konfliktfähigkeit) gefördert und gestärkt werden. In der Problemlösegruppe für Jugendliche und junge Erwachsene stehen die altersspezifischen Themen (Umgang mit Gleichaltrigen, Ablösung vom Elternhaus etc.) im Vordergrund.
- Essstörungsspezifisches Behandlungsprogramm: Essstörungsgruppe (einschließlich Lehrküche und Ernährungsberatung) und nach ausreichender Stabilisierung Körpererfahrungsgruppe. In der Essstörungsgruppe werden die Patientinnen ausführlich über die Erscheinungsformen und Ursachen von Essstörungen informiert. Es werden begünstigende, auslösende und aufrechterhaltene Bedingungen für gestörtes Essverhalten herausgearbeitet und es werden kurz- und langfristige Bewältigungsstrategien eingeübt. In der Körpererfahrungsgruppe werden Übungen zum Körperschema und zur Gefühlswahrnehmung und zum Gefühlsausdruck angeboten. Die Patientinnen lernen, ihren Körper positiver und realistischer wahrzunehmen, können sich mit den anderen Betroffenen zu zentralen Themen wie Körperbild, Körperschema, Weiblichkeit usw. austauschen und werden zu einem selbstfürsorglichen und achtsamen Umgang mit sich selbst angeleitet.
- Weitere individuell indizierte Maßnahmen wie z.B. soziales Kompetenztraining, Familien- oder Paargespräche, Ergotherapie (z.B. Malen), Soziotherapie oder weitere störungsspezifische Gruppen wie Angst- oder Depressionsgruppe.

5 *Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses*

Zur Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses gehören nicht nur die Förderung einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung, sondern auch die Transparenz des therapeutischen Vorgehens, die Klärung von Rahmenbedingungen und Therapievereinbarungen, psychoedukative Maßnahmen, die Erarbeitung eines plausiblen Krankheits- und Behandlungsmodells, Ressourcenorientierung sowie Maßnahmen zur Motivierung der Patientinnen.

5.1 **Motivierung und therapeutische Beziehungsgestaltung**

Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa kommen oft mit einer ambivalenten Therapiemotivation in die stationäre Behandlung und oftmals sind es insbesondere bei Patientinnen mit Anorexia nervosa nahe Bezugspersonen und Familienmitglieder, die die Patientin zur Behandlung drängen. Dies belegen auch Ergebnisse einer Studie, die zeigen, dass nur 18 % der Patientinnen mit Anorexia nervosa freiwillig eine Therapie aufsuchten, während dies auf 92 % der Patientinnen mit Bulimia nervosa zutraf.

Darüberhinaus stellen wir nicht selten fest, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa, die aus eigener Entscheidung zur stationären Maßnahme kommen, nicht das niedrige Gewicht beklagen und darauf bezogen wenig Veränderungsmotivation haben, sondern eher die körperlichen und psychischen Folgen wie mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit oder depressive Symptome. Patientinnen mit Bulimia nervosa haben zwar in der Regel einen hohen Leidensdruck hinsichtlich ihrer Kontrollverluste in Form von Heißhungeranfällen, sind aber aus Angst vor einer Gewichtszunahme oft anfänglich wenig motiviert, auf die kompensatorischen Maßnahmen wie selbstprovoziertes Erbrechen oder exzessive sportliche Aktivitäten zu verzichten.

Auf Grund der ambivalenten Motivationslage vieler Patientinnen sind vor allem zu Beginn der Behandlung psychoedukative Maßnahmen und Interventionen zur Förderung von Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft besonders angebracht.

So kann die Patientin z.B. angeregt werden, sich Gedanken zu den Vor- und

Nachteilen ihrer Essstörung kurz- und langfristig zu machen und diese dann gegeneinander abzuwägen. Im Rahmen dieser Übung wird den Patientinnen meist verständlich, dass ihre Essstörung vor allem kurzfristig verstärkend wirkt. Fasten kann z.B. kurzfristig das Gefühl von Stärke auslösen, langfristig kann es aber eine ständige gedankliche Fixierung auf das Thema Essen fördern und zu sozialem Rückzug und depressiver Stimmungslage führen. Selbstinduziertes Erbrechen kann kurzfristig die Angst vor einer Gewichtszunahme verringern, langfristig jedoch zu Schädigungen der Speiseröhre oder zu einem zunehmenden Selbsthass der Patientin führen.

Grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Motivierung der Patientin ist eine unterstützende therapeutische Beziehung, die von Akzeptanz, Wertschätzung und emotionaler Wärme getragen ist und die entsprechend den dialektischen Therapieprinzipien (vgl. Linehan, 1993) als situationsgerechte Balance zwischen Validierungs- (Verstehen und Wertschätzen) und Veränderungsstrategien charakterisiert werden kann. So muss der Einzeltherapeut immer wieder klären, ob er stärker den unterstützenden Aspekt der Behandlung betont oder ob es angebracht ist, Strukturierung und Anforderung zu vermitteln und auf die Notwendigkeit bestimmter Veränderungen aktiv hinzuwirken, auch wenn diese zunächst sehr angstbesetzt sind. Ein zu forschendes und forderndes Vorgehen kann sehr nachteilig die Versagensgefühle der Patientin, ihre Gefühle der Minderwertigkeit und Schuld verstärken und führt dann eher zur Verschlechterung oder auch zur Vortäuschung positiver Verläufe. Ohne Strukturierung und Anforderung besteht die Gefahr, dass entscheidende Veränderungen und Lernchancen verpasst und Misserfolge verursacht werden. Eine annehmende Haltung und eine echte Sorge um die Patientin ist notwendig, vor allem auch, weil die Patientinnen oft starke Befürchtungen haben, wegen ihrer bizarren Verhaltensmuster abgelehnt zu werden und vor allem Patientinnen mit Bulimia nervosa die größten Schuld- und Schamgefühle erleben, weil sie den geforderten Verhaltensnormen nicht entsprechen können.

5.2 Entwicklung eines plausiblen Störungs- und Behandlungsmodells

Die Patientinnen kommen mit sehr unterschiedlichem Wissen über sich selbst und über ihre Essstörung zur stationären Behandlung. Anknüpfend an das Wis-

sen der Patientin sollte gemeinsam mit ihr ein individuelles Störungsmodell ihrer Essstörung erarbeitet werden, aus dem sich plausibel die Behandlungsmaßnahmen ableiten lassen. Anhand des biopsychosozialen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia und Bulimia nervosa (siehe Abbildung 1) lernen die Patientinnen ein Verstehensmodell kennen, das lebensgeschichtlich bedeutsame Faktoren der Entwicklung der Störung und derzeitige aufrechterhaltende Faktoren beinhaltet und das sie durch individuelle Erfahrungen überprüfen, ergänzen und auf die eigene Situation anwenden können. Ziel ist, dass sich Therapeutin und Patientin auf ein gemeinsames Verstehens- und Veränderungsmodell verständigen, dass durch die Integration der emotionalen und kognitiven Welt der Patientin, wissenschaftlicher Erkenntnisse und therapeutischer Methoden zur Problembewältigung eine plausible und glaubwürdige Basis der Behandlung darstellt. Voraussetzung dafür ist, dass die Patientin aktiv und gleichberechtigt mitarbeiten kann und gleichermaßen der Kompetenz, Akzeptanz und Offenheit der Therapeutin vertrauen kann.

6 *Problembereiche und Therapieziele bei Anorexia und Bulimia nervosa*

Grundsätzlich orientiert sich die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung an zwei grundlegenden Therapiezielen:

1. Kurzfristig wird eine Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten angestrebt. Die therapeutischen Interventionen haben zum Ziel, die körperlichen und psychischen Folgen von Mangelernährung und Untergewicht aufzuheben, die das gestörte Essverhalten aufrechterhalten.
2. Längerfristig müssen die zu Grunde liegenden und aufrechterhaltenden psychologischen und psychosozialen Problembereiche der Patientinnen behandelt werden.

6.1 Normalisierung von Körpergewicht und Essverhalten

6.1.1 Förderung der Gewichtszunahme

Hat eine Patientin deutliches Untergewicht oder bleibt sie dauerhaft unter ihrem individuell vermuteten „Set-Point“-Gewicht, so ist nach den vorliegenden

Befunden davon auszugehen, dass sich viele Symptome bzw. Folgeerscheinungen der Essstörung nicht bessern. Für Patientinnen mit Anorexia nervosa steht deshalb die Gewichtszunahme zunächst im Vordergrund. Bereits im Vorgespräch wird den Patientinnen ein Gewichtsprogramm erläutert und ein Therapievertrag vereinbart, der die grundlegenden Prinzipien und Maßnahmen beschreibt wie z. B. Mindestaufnahmegewicht über einem BMI > 13,5, Vereinbarung einer Gewichtszunahme von täglich 100g bzw. 700g in der Woche sowie regelhaftes Wiegen und Führen einer Gewichtskurve.

Das Gewichtsprogramm wird in drei Varianten durchgeführt:

- als Selbstkontrollprogramm, wenn der Patientin die geforderte Gewichtszunahme in Eigenregie gelingt
- als Ruheprogramm, wenn der Patientin die geforderte Gewichtszunahme in Eigenregie nicht gelingt. Dann sind aus medizinischen Gründen Einschränkungen der körperlichen Aktivität erforderlich, die eine Gewichtszunahme bei geringer Nahrungsaufnahme ermöglichen sollen. Diese erfolgen, wenn die Patientin mit ihrem täglichen Gewicht unterhalb der Gewichtskurve liegt:
 - Für Patientinnen mit einem BMI > 15 bis 17 erfolgt dann Zimmerruhe
 - Für Patientinnen mit einem BMI < 15 erfolgt dann Bettruhe aufgrund des extremen Untergewichts und der körperlichen Gefährdung
- als Gewichtsstabilisierungsprogramm mit dem Ziel, in den letzten 2 Wochen der stationären Behandlung das erreichte Gewicht zu halten.

Das Gewichtsprogramm soll durch seine verschiedenen Varianten dem Bedürfnis der Patientinnen nach Autonomie und Selbstbestimmung so weit wie möglich Rechnung tragen.

6.1.2 Normalisierung des Essverhaltens und Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen

Die Normalisierung des Essverhaltens ist für Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ein wesentliches kurzfristiges Ziel. Die Normalisierung des Essverhaltens erfordert nicht nur eine ausreichende Kalorienzufuhr, sondern auch eine adäquate Nahrungszusammensetzung und zeitliche Verteilung der Nahrungsaufnahme. Ein wesentliches Ziel ist, die Patientinnen zu Experten ihrer Erkrankung auszubilden und das vorhandene Fachwissen mit ihnen zu teilen.

Hierzu gehört Wissen über eine gesunde Ernährung, die als ausgewogen, vielfältig, kalorisch angemessen und strukturiert beschrieben wird. Ausgewogen bezieht sich auf das Verhältnis der Makronährstoffe. Nach den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung sollte sich die tägliche Nahrung aus etwa 50% Kohlenhydraten, 35% Fett und 15 % Eiweiß zusammensetzen (DGE, 2003). Vielfalt bedeutet – im Unterschied zu den verbotenen Nahrungsmitteln der „schwarzen Liste“ – eine breite Palette von Nahrungsmitteln und als kalorisch angemessen kann eine Ernährung beschrieben werden, die ein Gewicht im Normalbereich stabilisiert bzw. die Abweichungen ausgleicht. Strukturiert bezieht sich – im Unterschied zu kontinuierlich unstrukturiertem Essen oder Essen zu unangemessenen Zeiten – auf das Einhalten von Haupt- und Zwischenmahlzeiten.

Die Vorteile dieses Vorgehens sind u.a.: Essverhalten (sowohl Fasten als auch Heißhungeranfälle) wird aus den bislang gültigen Kontingenzen gelöst und zeitlich und inhaltlich neu strukturiert. Essen erfolgt damit unabhängig von affektiven und kognitiven Bedingungen. Die nach physiologisch günstigen Zeitabschnitten geplanten Mahlzeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit, körperliche Hungersignale als adäquate Auslöserreize für Essen zu etablieren. Mit ausgewogenen und kalorisch angemessenen Mahlzeiten kann der körperliche Deprivationszustand gelindert und entsprechende Konsequenzen (wie Heißhunger und Erleben von Kontrollverlust) vermieden werden. Der Körper kann sich zunehmend an normale Portionsgrößen in normaler Zeitabfolge gewöhnen und die Patientinnen erfahren beim Essen weniger Schuldgefühle oder Kontrollverlust, wenn sie sich vorab eine ausreichende Menge zu bestimmten Zeiten „erlauben“.

Im Folgenden werden die Maßnahmen zur Normalisierung des Essverhaltens und zur Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen näher beschrieben.

Motivierung zur Veränderung des Essverhaltens. Vermittlung von Informationen zur gesunden Ernährung, zum Einfluss von Diäten auf die Entwicklung des Gewichts und über die körperlichen und psychischen Folgen von Untergewicht, Mangelernährung, Heißhungeranfällen, Erbrechen, Laxantieneinnahme,

etc. Besprechung der anamnestischen Gewichtsverlaufskurve und zusammenhängender Lebensumstände im Hinblick auf darauf, wie sich das persönliche Gewicht über die Jahre entwickelt hat und welchen Einfluß Diäten und Lebensumstände auf den persönlichen Gewichtsverlauf hatten.

Vereinbarung zu regelmäßigem und zunehmend ausgewogenem Essverhalten. Um ein regelmäßiges und ausgewogenes Essverhalten zu etablieren, vereinbaren wir mit unseren Patientinnen, drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen mit einem zunehmend ausgewogenen Verhältnis von Kohlenhydraten, Fetten und Eiweißen. Kalorienzählen sollte vermieden werden, da hiermit oft dysfunktionale Kognitionen aktiviert werden und keine Mahlzeit sollte ausgelassen werden, um durch eine regelmäßige Nahrungsaufnahme Hunger- und Sättigungsgefühle zu ermöglichen. Wenn sich die Patientin regelmäßig ernährt, sollte auf die Auswahl und Menge der Nahrungsmittel eingegangen werden.

Selbstbeobachtung anhand von Essprotokollen. Mit Hilfe von Essprotokollen kann die Patientin nicht nur Zeitpunkt, Ort, Art und Menge der verzehrten Nahrung protokollieren, sondern auch ihre Gedanken und Gefühle vor und nach dem Essen.

Analyse von Auslösesituationen/Verhaltensanalysen. Die Informationen aus den Essprotokollen und aus der Exploration problematischer Esssituationen geben Hinweise auf interne (Gedanken, Gefühle, Hunger) und äußere (z.B. Anblick von Nahrungsmitteln) Auslösebedingungen sowie kurz- und langfristige Konsequenzen für Fasten, Heißhungeranfälle und kompensatorisches Verhalten und ermöglichen die Erarbeitung von individuellen Verhaltens- und Bedingungsanalysen und eine Klärung der Funktionalität der Essstörung.

Verhinderung von Heißhungeranfällen und Erbrechen. Die Einführung eines regelhaften und ausgewogenen Essverhaltens trägt dazu bei, dass keine physiologischen und psychologischen Mangelzustände auftreten, die Heißhungeranfälle auslösen. Wenn jetzt Heißhungeranfälle auftreten, so meist im Zusammenhang mit belastenden Situationen, für die das bulimische Verhalten

Erleichterung verspricht. Da gestörtes Essverhalten eine funktionale Rolle in der Stressbewältigung spielt, sind alternative Strategien für diese Belastungen zu erarbeiten, wobei kurzfristige und langfristige Bewältigungsstrategien unterschieden werden.

Zunächst werden kurzfristig wirksame alternative Bewältigungsstrategien im Umgang mit kritischen Situationen geübt, die helfen, eine belastende Situation (wenn sie bereits eingetreten ist) erträglicher zu gestalten, um das Problemverhalten zu verhindern wie z. B. Entspannungsverfahren, Sport, Überbrückung und Ablenkung, Selbstinstruktionstechniken. So wäre Ablenkung oder körperliche Aktivität eine mögliche Strategie, um ein intensives und unangenehmes Gefühl auszuhalten. Angenehme Vorstellungen oder meditative Übungen lassen sich hilfreich einsetzen, um der Anspannung aus dem Weg zu gehen. Manchmal hilft es einfach nur, die Umgebung zu wechseln.

Linehan (1993) hat zur Verbesserung der Stresstoleranz vielfältige Übungen vorgeschlagen (z. B. Übungen auf der sensorischen Ebene wie Eiswürfel, Igelballmassage, Musik).

Für kritische Situationen können auch vorher alternative Aktivitäten geplant werden, die mit dem Problemverhalten unvereinbar sind, wie ein Treffen mit Freunden oder Co-Therapeuten, Gymnastik oder Baden. Eine Vereinbarung, vor der unangemessenen symptomatischen Verhaltensweise eine möglichst angenehme Tätigkeit wie z. B. Briefeschreiben durchzuführen, um damit den Heißhungeranfall oder das Erbrechen hinauszuzögern, hat sich bei einigen Patienten bewährt, ebenso die Einübung sog. „Coping-Leitsätze“ (z. B. „Ich muss die Nahrung zu mir nehmen wie ein Medikament“) als kognitive Bewältigungsstrategien. Um den Teufelskreis nach dem Heißhungeranfall oder Erbrechen zu unterbrechen, ist es auf der Verhaltensebene notwendig, dass die Patientinnen nach einem Heißhungeranfall trotzdem die nächste vereinbarte Mahlzeit zu sich nehmen, um nicht wieder in den Kreislauf von Nahrungseinschränkung, Heißhungeranfall und Erbrechen zu geraten.

Kurzfristige Bewältigungsstrategien helfen, symptomatisches Verhalten zu verhindern und belastende Situationen besser auszuhalten, ersetzen aber keine Lösungsansätze für die spezifischen Konflikte, die dem gestörten Essverhalten zu Grunde liegen und auf die sich die langfristigen Bewältigungsstrategien be-

ziehen (siehe Kapitel 6.2). Im Einzelfall wird der Umgang mit den spezifischen Problembereichen Vorrang haben.

Etablierung strukturierter Esstage. Die Einführung strukturierter Esstage hat zum Ziel, das gestörte Essverhalten der Patientinnen durch die schrittweise Etablierung strukturierter Esstage zu normalisieren. Hierzu gehört auch das praktische Einüben eines ausgewogenen und regelhaften Essverhaltens (ohne kompensatorische Maßnahmen) im Sinne einer Expositionsübung beim gemeinsamen Kochen in der Lehrküche der Klinik oder im begleiteten Essen sowie im Rahmen von Restaurantbesuchen.

Lockerung der selbstaufgelegten Nahrungsrestriktion. Zum therapeutischen Vorgehen gehören u.a. Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit dem Ziel, dysfunktionale Einstellungen zum Körpergewicht und Aussehen, zur Gewichtsreduktion und zur Nahrung zu verändern (siehe Kapitel 6.2.1). Auf der Verhaltensebene sollten kalorienreiche Nahrungsmittel, die die Patientin vermeidet zu essen, zunehmend in den alltäglichen Essensplan einbezogen werden (Abbau der „schwarzen Liste“ bzw. der verbotenen Nahrungsmittel). Verbotene Nahrungsmittel müssen dann als erlaubte, ja sogar therapeutisch erwünschte umdefiniert werden, auch um gegen ihren negativen Einfluss zu immunisieren. Übungen zum genussvollen Essverhalten können dieses Vorgehen in einer fortgeschrittenen Therapiephase ergänzen.

Rückfallprophylaxe. Auch wenn die Patientin in den beschriebenen Zielsetzungen große Fortschritte erzielt hat, sollte sie davon ausgehen, dass in Stresszeiten wieder Probleme mit dem Essen auftreten können und dass sie diese als Warnsignale betrachten sollte (als ihre „Achillesferse“), die ihr zeigen, dass ungelöste Schwierigkeiten bestehen, die hinter ihrem Rückfall stehen. Die Patientin wird angeleitet, sich auf kritische Situationen vorzubereiten und hilfreiche Strategien zu sammeln, um diese in kritischen Situationen anzuwenden. So werden die Patientinnen auch dazu aufgefordert, in Krisensituationen die zwei bis drei wirksamsten Stresstoleranzfertigkeiten (z. B. Igelball) in einem Notfallkoffer bei sich zu führen.

6.2 Bearbeitung zu Grunde liegender Problembereiche

Neben den kurzfristigen Zielen richten sich die längerfristigen Therapieziele von Anfang an und mit zunehmendem Schwerpunkt auf die Bearbeitung der individuell zu Grunde liegenden und aufrechterhaltenden psychischen und psychosozialen Problembereiche. Die individuellen Problembereiche und die damit verbundenen Therapieziele ergeben sich aus dem funktionalen Bedingungsmodell der Essstörung der Patientin, das sowohl die relevanten auslösenden Faktoren der Störungsentwicklung wie auch die aufrechterhaltenden Faktoren umfasst. Sie stimmen für viele Patienten überein und treten im weiteren Therapieverlauf zunehmend in den Vordergrund. Im folgenden sollen einige wesentliche Problembereiche und die damit verbundenen therapeutischen Interventionen dargestellt werden.

6.2.1 Modifikation dysfunktionaler Kognitionen

Kognitive Techniken zur Modifikation dysfunktionaler Gedanken und verzerrter Einstellungen zu Körper und Gewicht sind ein integraler Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Arbeit an den relevanten Problembereichen von Patientinnen mit Essstörungen. Im Folgenden sind verschiedene Arten kognitiver Fehler und Verzerrungen im Denken von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa zusammengefasst, die durch die individuellen Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse, aber auch durch das Hungern selbst geprägt sind und die als bedeutsame Verhaltensdeterminanten der Störungen gelten:

- Selektive Abstraktion: „Wenn ich dünn bin, bin ich etwas Besonderes“
- Übergeneralisierung: „Früher hatte ich Normalgewicht und war unglücklich. Also werde ich mich auch nicht besser fühlen, wenn ich zunehme“.
- Katastrophisierung: „Wenn ich zwei Kilo zunehmen würde, könnte ich keine Shorts mehr tragen“
- Dichotomes Denken: „Man kann entweder dick oder dünn sein“.
- Selbstreferenz: „Wenn jemand auf der Straße lacht, dann tut er das bestimmt wegen meines Aussehens“.
- Abergläubisches Denken: „Wenn ich eine Süßigkeit esse, so wird sie sofort in Bauchspeck umgewandelt“.
- Emotionale Beweisführung: „Ich fühle mich dick, 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“.

Kognitive Interventionen nutzen den Sachverhalt, dass Gedanken ein günstiger Ansatzpunkt für Veränderungsprozesse sind und lassen sich im Vorgehen folgendermaßen beschreiben: Ziel ist, die Aufmerksamkeit der Patientin auf ihr eigenes Denken und seine Wirkung zu richten, die Angemessenheit ihrer Einstellungen zu prüfen und realistische Sichtweisen zu entwickeln. Gemeinsam mit der Patientin wird aus den Essprotokollen oder aus der Exploration kritischer Essepisoden eine dysfunktionale Annahme identifiziert, benannt und von der Patientin aufgeschrieben wie z. B. „Ich bin etwas Besonderes, wenn ich dünn bin“. Die Patientin wird daraufhin gebeten, alle Argumente zu nennen bzw. aufzuschreiben, die für die Annahme sprechen, sie belegen oder plausibel machen. Im nächsten Schritt sammelt die Patientin alle Argumente, die gegen die Gültigkeit der Annahme sprechen und sie in Frage stellen. Als letzter Schritt wird die Patientin ermutigt, die Pro- und Kontraargumente abzuwägen, um so zu einer Neueinschätzung zu kommen.

Hilfreich ist auch, das ABC-Modell der kognitiven Therapie zu verwenden. Die Patientinnen werden über den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten informiert, durch Beispiele in die Benutzung des Modells eingeführt und bei der Anwendung auf persönliche Probleme angeleitet.

6.2.2 Förderung der emotionalen Kompetenz

Es kann davon ausgegangen werden, dass gestörtes Essverhalten eine funktionale Rolle in der Emotionsregulation spielt. Patientinnen mit Essstörungen und insbesondere diejenigen, die unter bulimischem Essverhalten leiden, neigen häufig unter extremen emotionalen Spannungszuständen. Das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit Emotionen ist von besonderer Bedeutung für die Bewältigung der Essstörung, deshalb sind Interventionen zum Umgang mit Emotionen sinnvoll und erprobt.

Im Rahmen eines psychoedukativen Ansatzes können Emotionen mit ihren typischen Auslösern, zugehörigen Gedanken und Handlungstendenzen erarbeitet werden. Die funktionale und evolutionäre Rolle von Emotionen für Selbstschutz

und soziale Einbindung sollte betont werden. So geben uns Emotionen Impulse und können uns zu einer bestimmten Handlung motivieren. Gerade wenn man eine Emotion intensiv erlebt, ist man stärker motiviert, z. B. einen Konflikt zu klären oder eine Aufgabe zu bewältigen. Ein angemessener Umgang mit Emotionen umfasst u.a. die Fähigkeit zur achtsamen Wahrnehmung und zum situationsgerechten und kongruenten Ausdruck von Emotionen oder auch die Kompetenz, in spezifischen Situationen entgegen der eigenen Emotionen zu handeln, wenn sie einer Situation nicht angemessen sind und zur Beeinträchtigung der Alltagsgestaltung führen. So können zur Bewältigung einer Beeinträchtigung durch unangemessene Emotionen Übungen zur Exposition und zum entgegengesetzten Handeln („Obwohl ich Angst habe, versuche ich, alleine eine Situation zu bewältigen“ oder „Obwohl ich mich schäme, setze ich mich mit der Situation auseinander“) durchgeführt werden.

6.2.3 Förderung der sozialen Kompetenz

Patientinnen mit Essstörungen zeigen oft geringe soziale Kompetenzen, was wesentlich zum überwertigen Stellenwert von Schlankheit als Voraussetzung für sozialen Erfolg beiträgt. Viele Patientinnen zeigen ein hohes Misstrauen in der interpersonellen Beziehungsaufnahme, das verbunden ist mit geringer Bereitschaft zur Offenbarung persönlicher Gefühle und Gedanken sowie Angst vor Nähe und Intimität und können sich nur wenig auf das „Hier und Jetzt“ einer offenen und lebendigen Beziehungsgestaltung einstellen. Die Wahrnehmungen der Patientinnen sind oft selektiv und von Voreinstellungen und Ängsten geprägt. Eigene Wünsche, Bedürfnisse und Meinungen werden selten direkt geäußert und es werden eher Antworten gegeben und Fragen vermieden. Viele Patientinnen orientieren sich im Verhalten an der vermuteten sozialen Erwünschtheit und nicht an den eigenen Bedürfnissen.

Eine gute soziale Kompetenz beugt nicht nur dem Entstehen emotionaler Belastungssituationen vor und schwächt damit die typischen Auslöser für gestörtes Essverhalten in interpersonellen Situationen, sondern ermöglicht auch deren kompetente Bewältigung. Im Rahmen der Einzeltherapie und des sozialen Kompetenztrainings können soziale Standardsituationen zu sozialen Kompetenzen in Rollenspielen und Kommunikationsübungen eingeübt werden wie Neinsagen, Umgang mit Kritik, Gefühle und Bedürfnisse direkt äußern, Wider-

spruch äußern, sich entschuldigen, Schwächen eingestehen, auf Kontaktangebote reagieren und unerwünschte Kontakte beenden, Komplimente machen und akzeptieren, oder Gespräche beginnen, aufrechterhalten und beenden. Darüberhinaus können individuelle Problemlösungen in klärenden Gesprächen und Rollenspielen entwickelt werden, die die Beachtung verschiedener Aspekte erfordern: Was will ich in der Sache erreichen (Sachebene), wie wünsche ich mir die Beziehung (Beziehungsebene) und wie möchte ich mich fühlen, wenn die Begegnung mit dem Menschen vorüber ist (Selbstachtung) ?

6.2.4 Förderung der Körperakzeptanz und Modifikation der Körperschemastörung

Das negative oder verzerrte Körperbild der Patientinnen und die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von Figur und Gewicht sind von entscheidender Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung. Deshalb sind direkte Interventionen zur Förderung der Körperakzeptanz und zur Korrektur der Körperschemastörung erforderlich. Das negative oder verzerrte Körperbild kann in verschiedene Komponenten unterteilt werden, die sich wechselseitig beeinflussen und die spezifischer therapeutischer Interventionen bedürfen:

- Wahrnehmung des eigenen Körpers im Ganzen oder einzelner Körperteile wie Bauch, Oberschenkel, Po und Hüften als zu dick,
- körperbezogene Gedanken, die sich darauf beziehen, dass der Körper als fett und hässlich bewertet wird,
- körperbezogene Gefühle wie z. B. sich schämen, sich vor dem eigenen Körper ekeln sowie
- körperbezogenes Verhalten, das dazu dient, das negative Körperbild zu bewältigen. Dies verhindert aber, dass das verzerrte Körperbild in seiner Realitätsangemessenheit überprüft wird oder dass positive Aspekte des Körpers wahrgenommen werden wie z. B. nicht ins Schwimmbad gehen, vermeiden, in den Spiegel zu schauen oder sackartige Kleidung tragen, um die Körperformen zu verstecken.

Die Interventionen und Übungen beziehen sich auf die Körpererfahrung (z. B. Entspannungs- und Imaginationsübungen, Achtsamkeitsübungen, Abtast- und Zeichnungsübungen, Atem- und Massageübungen, kognitive Interventionen und Expositionsübungen) auf den Körperausdruck (z. B. Bewegungsübungen

nach Musik, freies Tanzen und pantomimische Übungen) und auf die Verbesserung der Körperakzeptanz (Übungen zur Förderung positiver Körperempfindungen wie z. B. Bäder, Sauna, Körperpflege, neue Frisur, Make-up und Kleidung).

6.2.5 Förderung von Ressourcen und alternativen Quellen des Selbstwertgefühls

Zahlreiche Studien belegen das geringe Selbstwertgefühl von Patientinnen mit Essstörungen und ihr längerfristig erfolgloses Bemühen, das geringe Selbstwertgefühl durch ein unermüdliches Streben nach Schlankheit/Dünnsein und ständige oder zeitweise Nahrungseinschränkung zu kompensieren. Eine zunächst „erfolgreiche“ Gewichtskontrolle führt zu Bewunderung, Anerkennung oder dem Gefühl von Selbstkontrolle und Autonomie kann gerade für jüngere Frauen im Zeitraum der Adoleszenz zur alleinigen Quelle des Selbstwertgefühls werden und eine anorektische oder bulimische Krankheitsentwicklung begünstigen. So wird davon ausgegangen, dass direkte Interventionen zur Förderung von Ressourcen und alternativen Quellen des Selbstwertgefühls die Patientinnen wesentlich in der Krankheitsbewältigung unterstützen.

Diese Interventionen können im Gruppensetting eingebettet werden in eine kritische Diskussion der soziokulturellen Aspekte des „Strebens nach Schlankheit/Dünnsein“ und zum Bild der Frau in den Medien (z. B. in Form von Collagen, die Patientinnen aus Zeitschriften herstellen) und zur Förderung des emotionalen Erlebens in eine gemeinsame Inszenierung „Begräbnis der Schlankheitsideals“ münden (Schmitz et al., 1991).

Die Interventionen können sich auch anschaulich auf die verschiedenen Säulen des Selbstwertgefühls bzw. des Selbstwerthauses beziehen (Potreck-Rose & Jacob, 2004): Selbstachtung, Selbstvertrauen, soziale Kompetenz und soziales Netz. Die Patientinnen können in der Erarbeitung ihres individuellen Selbstwerthauses reflektieren, auf welchen Säulen ihr Selbstwert basiert und wie stabil ihr Haus steht, welche Schwierigkeiten entstehen, wenn das Selbstwertgefühl nur auf einer Säule basiert (z. B. berufliche Leistung) oder welche Folgen es hat, wenn die tragende Säule des Selbstwertgefühls aus der Anerkennung durch andere Personen besteht.

Für Patientinnen mit Essstörungen ist vor dem Hintergrund der hohen perfek-

tionistischen Leistungsansprüche und der besonderen Neigung vieler Patientinnen zu sozial erwünschtem Verhalten die Förderung von Selbstakzeptanz als besonders stabile Selbstwertquelle von Bedeutung, d. h., sich so zu akzeptieren, wie man ist, ohne dies von positiven Rückmeldungen oder persönlichen Erfolgen abhängig zu machen.

Um die Selbstakzeptanz zu stärken, können die Patientinnen angeregt werden, sich ihrer persönlichen Stärken im Sinne von Fähigkeiten, Talenten etc. bewusst zu werden (auch mit Hilfe von Feed-back-Übungen mit Mitpatienten und in der Gruppentherapie) und in der Fähigkeit zum „Eigenlob“ und in der Selbstverstärkung angeleitet werden. Die Patientinnen können angeregt werden, den Alltag positiv und genussvoll zu gestalten und ihn hinsichtlich der „Energiefresser“ und der „Energiespender“ zu überprüfen sowie selbstwertstabilisierende und energiespendende Maßnahmen wie angenehme Tätigkeiten, bereichernde Kontakte, emotionale Unterstützung und Wertschätzung von Freunden und Familienmitgliedern oder erholsamen Schlaf in den Alltag zu integrieren. Und nicht zuletzt sind Übungen zur Förderung der Achtsamkeit und Genuss- und Entspannungsfähigkeit eine wichtige Grundlage einer ausgewogenen Selbstfürsorge.

6.2.6 Einbeziehung von Eltern und Partnern in die Therapie

Durch die Essstörung sind bei vielen Patientinnen Partner- und Familienkonflikte entstanden. Häufig wird von Seiten der Familienmitglieder oder von Partnern aus Sorge eine übermäßige Kontrolle auf die Patientin ausgeübt, die sich der Kontrolle meistens zu entziehen versucht. Dann entwickeln sich zunehmende Spannungen und Konflikte in den Beziehungen, die durch Kritik, Misstrauen und Unaufrichtigkeit bis hin zur Feindseligkeit gekennzeichnet sind und die den emotionalen Stress und die Symptomatik der Patientin weiter verstärken.

Die Essstörung ist oft auch eingebettet in eine Ablösungsproblematik und kann unterschiedliche Bedeutung im familiären Kontext gewinnen. Sie kann als Entschuldigung dienen für Leistungsversagen oder Niedergeschlagenheit in einer Familie, die diese Verhaltensweisen sonst ablehnt. Sie kann als passive Auflehnung verstanden werden gegen überbeschützende und in alles eindringende Eltern. Manchmal stellt die Symptomatik auch einen neuen Focus dar, der von den eigentlichen Problemen oder Konflikten der Eltern ablenkt und damit jene vor

Auseinandersetzungen schützt. Oder sie kann als Versuch verstanden werden, sorgende Aufmerksamkeit zu erhalten und die Ernsthaftigkeit der Erkrankung als Problem zu verdeutlichen, wenn Probleme in der Familie sonst verleugnet werden oder wenn die Geschwister in Konkurrenz miteinander stehen.

In Partnerschaften stellt die Essstörung oft eine Form indirekter Kommunikation dar zum Ausdruck eigener Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse (z. B. Ärger, Unzufriedenheit), wenn die Patientinnen den direkten Ausdruck nicht erlernt haben bzw. aus Angst vor Ablehnung oder Kritik dies vermeiden.

Wenn die Essstörung durch Familien- oder Partnerprobleme aufrechterhalten wird, sollten vor allem bei jüngeren Patientinnen, die noch in der Familie leben, die Angehörigen in die Therapie einbezogen werden oder bei älteren Patientinnen, die in einer Partnerschaft leben, deren Partner. Familien- und Partnergespräche werden durchgeführt, um ein Klima der Offenheit und des gegenseitigen Verstehens und Vertrauens zu fördern und die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu verbessern und bei jüngeren Patientinnen darüberhinaus, um die Autonomie und Selbstständigkeit bzw. die Ablösung aus der Familie zu fördern.

6.2.7 Wiedereingliederung in Ausbildung und Beruf

Bei vielen Patientinnen zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen Ausbildungs- bzw. Berufssituation und dem gestörten Essverhalten. So berichten Patientinnen über eine generelle Unzufriedenheit und Unsicherheit hinsichtlich der Berufswahl. Andere erleben eine erhebliche Leistungsminderung infolge des gestörten Essverhaltens und haben Angst vor Kündigung und Arbeitslosigkeit oder schieben Prüfungen im Studium immer wieder hinaus und entwickeln zunehmende Versagensängste. Wieder andere überfordern sich ständig durch eine übermäßige Orientierung an den Erwartungen ihrer Kollegen und Vorgesetzten oder durch die eigene hohe Leistungsmotivation.

Viele Patientinnen haben auch Berufe gewählt (z. B. Mode- und Nahrungsmittelbranche), die die Entwicklung des gestörten Essverhaltens durch spezifische Merkmale (überwertiges Schönheits- und Schlankheitsideal, leichte Zugänglichkeit von Nahrungsmitteln, etc.) begünstigen bzw. verstärken.

Die Probleme erfordern eine enge Zusammenarbeit zwischen Bezugstherapeut und Soziotherapeut zur Überprüfung und Verbesserung der schulischen und

beruflichen Leistungsfähigkeit und Reintegrationsfähigkeit, zur Durchführung von internen oder externen Belastungsproben oder zur Förderung einer beruflichen Neuorientierung.

Häufig werden nach der stationären Maßnahme zur Wiedereingliederung der Patientinnen in das Arbeitsleben berufsfördernde Leistungen bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen, die unterschiedlichste Hilfestellungen für die Patientinnen umfassen.

7 Therapeutische Nachsorgemaßnahmen

Für die meisten Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa ist eine nachfolgende ambulante Psychotherapie zum Ausbau und zur Stabilisierung der erreichten Fortschritte erforderlich.

Wir raten den Patientinnen in der Regel auch, den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe zu suchen, da der Austausch mit anderen Betroffenen und die gegenseitige Unterstützung sehr hilfreich sein können.

Für Patientinnen, die in einem ungünstigen, konflikthaften sozialen Umfeld leben oder die einen hohen Bedarf an Strukturierung und psychosozialer Unterstützung haben, ist manchmal im Anschluß an die stationäre Maßnahme der Umzug in eine therapeutische Wohngemeinschaft erforderlich. Dies muss frühzeitig während der stationären Maßnahme vorbereitet werden, zumindest wenn der Übergang möglichst direkt erfolgen soll.

Literatur

Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (2000). *Essstörungen, Film für Betroffene und Angehörige*. Bonn.

DGE - Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003). *Ernährungsbericht*. Henrich: Frankfurt.

Diehl, S. (2002). Körpererfahrung bei anorektischen und bulimischen Störungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 195 – 200.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Huber: Bern.

Fichtner, O.-A. & Schmitz, B. (1988). Psychiatrische Störungen nach DSM-III-R bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 3, 202 – 209.

Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In: Garner, D. M. & Garfinkel, P.E. (eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp 145 – 177). New York: The Guilford Press.

Handke-Raubach, A., Taubert, E. & Diehl, S. (2001). Stationäre Verhaltenstherapie bei Bulimia nervosa. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 163 – 173.

Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Kabat-Zinn, J. (1997). *Stark aus eigener Kraft*. Bern: Scherz Verlag.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). The biology of human starvation. Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Legenbauer, T. & Vocks, S. (2006). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Heidelberg: Springer.

Linehan, M. M. (1993). Skill training manual for treating borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2004). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen. Stuttgart: Pfeiffer.

Schmidt, U. & Treasure, J. (1996). Die Bulimie besiegen. Frankfurt: Campus.

Schmitz, B. (Hrsg.)(1988). Stationäre und ambulante Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Themenheft 3.

Schmitz, B. (1989). Persönlichkeitsstörungen nach DSM-III-R bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3, 205 – 211.

Schmitz, B. (2006). Stationäre Verhaltenstherapie der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (Hrsg.), Drogenkonferenz 2005 (S. 86 – 115). Mainz.

Schmitz, B., Dehmlow, A. & Greitemeyer, M. (1988). Evaluation der stationären Behandlung der Bulimia nervosa. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 4, 275 – 296.

Schmitz, B., Ecker, D. & Hofmann, C. (1991). Stationäre Gruppentherapie bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 1, 19 – 37.

Sipos, V. & Schweiger, U. (2003). Psychologische Therapie von Essstörungen. Lengerich: Pabst.

Treasure, J. (1999). Gemeinsam die Magersucht besiegen. Frankfurt: Campus.

Thich Nhat Hanh (2004). Jeden Augenblick genießen. Berlin: Theseus.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Indikation zur stationären Therapie
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Zwangsstörungen
- Heft 4 Psychogene Essstörungen
- Heft 5 Somatoforme Störungen
- Heft 6 Chronischer Kopfschmerz
- Heft 7 Biofeedbacktherapie
- Heft 8 Psychosomatische Behandlung bei Jugendlichen
- Heft 9 Psychosomatik gynäkologischer Störungsbilder
- Heft 10 Die Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung
des Jugend und Erwachsenenalters
- Heft 11 Sexuelle Traumatisierungen
- Heft 12 Persönlichkeitsstörungen
- Heft 13 Depression
- Heft 14 Chronischer Schmerz
- Heft 15 Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation in der
zweiten Lebenshälfte
- Heft 16 Anorexia nervosa und Bulimia nervosa



Anreise

Mit der Bahn:

Ziel: Mannheim Hauptbahnhof, dann weiter mit der Rhein-Haardt-Bahn zum Bahnhof Bad Dürkheim.

Mit dem PKW:

Nach Erreichen des Stadtgebietes Bad Dürkheim fahren Sie in westlicher Richtung (B37 nach Kaiserslautern) an der Saline und am Festplatz des Wurstmarktes vorbei und biegen direkt hinter dem Dürkheimer Riesenfass zweimal links in die verkehrsberuhigte Zone (Kurbrunnenstraße) ein. Nach 100 Metern stehen Sie vor dem Innenhof der Klinik, in und vor dem Sie Kurzzeitparkplätze zum Be- und Entladen vorfinden.



Erfüllt die
Qualitätsgrundsätze der

DEGE MED



Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Kontakt:

Wenden Sie sich bei allen Fragen zum Aufnahme-procedure oder bei Fragen zur Reha-Antragstellung an unsere Aufnahmeghotline:

fon: 0 63 22 934-240 oder 0 63 22 934-292

alternativ:

0 18 03 24 41 81-240* oder 0 18 03 24 41 81-292*

Fragen zum Therapie-konzept o.ä. richten Sie bitte an das Chefarztsekretariat:

fon: 0 63 22 934-259 · fax: 0 63 22 934-266

Postanschrift:

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
fon: 0 63 22 934-0
oder 0 18 03 24 41 81-0*
fax: 0 63 22 934-201
duerkheim@ahg.de
www.ahg.de/duerkheim