



**AHG Klinik Schweriner See**

Klinik für Psychosomatische Medizin,  
Psychotherapie und Suchtmedizin

*Heft 4*

## **Esstörungen**

*Bulimia und Anorexia nervosa*



**Herausgeber: Dr. med. Thomas Fischer**

**Chefarzt**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Sozialmedizin

Am See 4

19069 Lübstorf

fon: 0 38 67.900-165

fax: 0 38 67.900-600

**Redaktion: Dr. phil. Bernd Sobottka**

8. Auflage, September 2011, 500 Exemplare

ISSN 1433-3163 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Print)

ISSN 1619-4411 „Angewandte Verhaltenstherapie“ (Internet)

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

**Bernd Sobottka**

# **Essstörungen**

Bulimia und Anorexia nervosa

Ansprechpartner für den Bereich Essstörungen:  
Dr. phil. Bernd Sobottka, Leitender Psychologe

Telefonische Sprechzeit:  
Donnerstag 13:30 - 14:30 Uhr  
fon: 0 38 67.900-161  
fax: 0 38 67.900-600

Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter:  
fon: 0 38 67.900-165

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	5
Diagnosen und Problembereiche .....	5
Anorexia nervosa .....	6
Bulimia nervosa .....	7
Therapeutische Prinzipien .....	9
Therapieziele .....	11
Therapiebausteine .....	12
Literatur .....	15

## Einleitung

Vor allem junge Frauen der Altersgruppe von 15 bis 30 Jahren sind von der Magersucht (Anorexia nervosa) und Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) betroffen. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass ca. 1 % der Frauen dieser Altersgruppe an Anorexia nervosa und sogar 2 bis 3 % an Bulimia nervosa erkrankt sind. Über viele Jahre galten die Anorexia und Bulimia nervosa als reine Frauenkrankheit. Inzwischen ist jedoch bekannt, dass auch ca. 1 % der Männer zwischen 14 und 25 Jahren an einer Essstörung leiden. Ein soziokultureller Hintergrund für die Entwicklung einer Essstörung besteht in dem in unserem Kulturkreis proklamierten Schönheitsideal. So wird beispielsweise in der Werbung die Botschaft verbreitet, dass Frauen mit dem Erreichen einer knabenhaft schlanken Figur auch Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Glück und Erfolg verbinden können. Viele junge Frauen streben dieses Ideal u. a. durch gezügelter Essverhalten an, durchleben dabei jedoch massive Selbstwert- und Identitätskrisen. Sie verlieren Selbstvertrauen sowie Genussfähigkeit und gefährden ihre eigene Gesundheit.

## Diagnosen und Problembereiche

Einzelne Symptome von Essstörungen, wie streng diätetische Ernährung mit Kalorienzählen oder starke Gewichtsschwankungen, treten relativ häufig auf. Viele Frauen (ca. 20 % der genannten Altersgruppe) haben auch Erfahrungen mit Heißhungerattacken.

## Anorexia nervosa

Das zentrale Merkmal für das Vorliegen einer Anorexia nervosa ist eine oftmals lebensbedrohliche *Unterernährung* mit gravierendem Gewichtsverlust und massiver Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Die betroffenen Patientinnen kontrollieren ihr Körpergewicht zusätzlich durch selbstinduziertes Erbrechen, Substanz-einnahme (Appetitzügler, Laxantien, Diuretika, Schilddrüsenhormone) oder exzessive sportliche Betätigung.

Als Folge des Untergewichts kommt es zu einer Vielzahl von *Veränderungen im Verhalten, Denken und Fühlen* der Patientinnen. Bizarre Verhaltensweisen wie ritualisierter Umgang mit Nahrungsmitteln und Nahrungsaufnahme sind beobachtbar. Gedanken über das Essen nehmen ein riesiges Ausmaß an, bestehen nahezu permanent. Trotz des objektiven Untergewichts der Patientinnen streben diese beharrlich danach, noch dünner zu werden. Sie geben üblicherweise an, eine normale Figur zu haben oder bezeichnen sich sogar als zu dick. Das geschieht auf der Grundlage einer gestörten eigenen Körperwahrnehmung, der sogenannten *Körperschemastörung*. Auch andere Körpersignale werden kaum beachtet oder fehlinterpretiert. Hunger wird geleugnet, über Völlegefühl, Blähbauch oder Übelkeit wird geklagt. Ein Desinteresse an einer Behandlung geht häufig einher mit einer massiven Angst vor Gewichtszunahme.

Neben den zuvor genannten Veränderungen sind als Folge der Mangelernährung diverse *somatische Folgeerscheinungen* wie beispielsweise Amenorrhoe, Hypotonie, Hypothermie, Bradykardie, Lanugobehaarung oder Ödembildung objektivierbar.

Als Leitfaden für eine *Diagnosestellung* können die Klassifikationskriterien nach DSM-IV oder ICD-10 dienen.

In der ICD-10 finden sich folgende Kriterien für das Vollbild einer Anorexia nervosa (F50.0):

- Untergewicht von mind. 15% unter dem zu erwartenden Gewicht
- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
- Körperschemastörung
- endokrine Störungen
- verzögerte Entwicklung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät

## Bulimia nervosa

Das Hauptmerkmal der Bulimia nervosa ist das wiederholte Auftreten von *Heißhungerattacken* und *Essanfällen*, bei denen die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme verloren wird. Große Nahrungsmengen werden dabei in kurzer Zeit zumeist heimlich verschlungen. Derartige Essanfälle treten mehrmals wöchentlich, nicht selten sogar mehrmals täglich, auf.

Gemeinsam ist den bulimischen Patientinnen, dass sie sich übertrieben mit dem eigenen Körpergewicht beschäftigen. *Körperliche Merkmale* wie Gewicht, Figur und Aussehen sind von überragender Bedeutung für das *Selbstwertgefühl*. Obwohl die Patientinnen üblicherweise normalgewichtig oder leicht untergewichtig sind, besteht ein exzessives Bemühen, das Körpergewicht unter einer subjektiv festgelegten Obergrenze zu halten. Aus Angst, diese Obergrenze zu überschreiten, versuchen die Patientinnen nahezu ständig, ihr Gewicht zu kontrollieren. Das geschieht insbesondere durch gezügeltes Essverhalten (Diätversuche, Fastenperioden) vor den Essanfällen und selbstinduziertes Erbrechen nach den Essanfällen. Zusätzliche *Kontrollversuche* werden häufig durch Substanzeinnahme (Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone) oder übertriebene sportliche Betätigung unternommen.

Auf der Grundlage des *gezügelten Essverhaltens*, das zu einem körperlichen Mangelzustand führt, werden Hunger- sowie Sättigungsgefühl nicht mehr zuverlässig wahrgenommen und sind nicht mehr handlungsrelevant für eine Nahrungsaufnahme. Der herbeigeführte körperliche Mangelzustand provoziert Heißhungerattacken, die in Essanfällen mit Kontrollverlust münden. Aus Angst vor Gewichtszunahme wird nach einem solchen Essanfall erbrochen und das gezügelte Essverhalten fortgesetzt. Ein *Teufelskreis* schließt sich, Essattacken und Erbrechen werden als zunehmend unkontrollierbarer erlebt.

*Körperliche Begleiterscheinungen* der Symptomatik bestehen beispielsweise in Störungen des Elektrolythaushaltes und Menstruationszyklus, Entzündungen der Speiseröhre, Anschwellen der Speicheldrüsen und Schädigungen des Zahnschmelzes.

Nach der ICD-10 sind folgende Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (F50.2) erforderlich:

- andauernde Beschäftigung mit dem Essen
- Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden

- exzessive Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle
- krankhafte Furcht davor, dick zu werden
- in der Vorgeschichte anorektische Episoden

Die *Komorbidität* der Bulimia nervosa mit anderen psychischen Störungen ist hoch. Etwa die Hälfte der Patientinnen erhält beim Vollbild der Bulimia nervosa die zusätzliche Diagnose eines depressiven Syndroms. Ebenso treten bei etwa der Hälfte der bulimischen Patientinnen Angststörungen als Begleitsymptomatik auf. In ca. 20% der Fälle wird zusätzlich eine Substanzabhängigkeit diagnostiziert.

## Therapeutische Prinzipien

Bezogen auf die Dauer der stationären Verhaltenstherapie lassen sich die Behandlungselemente in kurz- und mittelfristige Strategien unterscheiden. *Kurzfristig* ist eine direkte Modifikation des Körpergewichtes (bei Anorexia nervosa) bzw. des Essverhaltens (bei Anorexia und Bulimia nervosa) notwendig, um eine effektive Rückbildung der biologischen Dysregulationen zu erreichen. *Mittelfristig* werden die psychologischen und psychosozialen Bedingungen, die in einem funktionalen Zusammenhang mit dem gestörten Essverhalten stehen, bearbeitet.

Patientinnen mit Essstörungen beeindrucken nicht selten durch ein differenziertes Introspektions- und Verbalisationsvermögen. Zu Erkenntnissen über psychogenetische und funktionale Zusammenhänge der Störung gelangen sie rasch.

Widersprüchlich erscheint dabei vordergründig, dass die Symptomatik zumeist hartnäckig fortbesteht. Dem Wunsch „normal essen zu können“ stehen zahlreiche Funktionalitäten und die Eigendynamik der Störung gegenüber. Auf der Grundlage einer tragfähigen Patientin-Therapeuten-Beziehung werden konsequent die Anteile im Verhalten der Patientin verstärkt, die auf Veränderung orientiert sind. Das therapeutische Vorgehen muss sowohl eine Klärungs- als auch Bewältigungsperspektive einbeziehen. *Klärungsarbeit* erfolgt dabei hauptsächlich in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit der Erstellung eines individuellen *Ätiologiemodells*, während die störungsspezifischen Behandlungsbausteine symptom- und zielorientiert ausgerichtet sind und somit die *Bewältigungsperspektive* betreffen. In diesen beiden Perspektiven erfolgt die psychotherapeutische Einflussnahme auf kognitiver, emotionaler und expliziter Verhaltensebene. Das ist erforderlich, da bei den psychogenen Essstörungen Auffälligkeiten bestehen im:

- *Denken* (z. B. übermäßige kognitive Beschäftigung mit Essen und Körpergewicht)
- *Fühlen* (z. B. Angst vor Gewichtszunahme und Kontrollverlust)
- *Handeln* (z. B. Essrituale, exzessive sportliche Betätigung) sowie im
- *somatischen* Bereich (z. B. endokrine Störungen)

Medizinische Betreuung mit psychosomatischer Führung ist begleitend erforderlich. Neben der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung ist eine systematische Bearbeitung der Körperschemastörung insbesondere bei anorektischen Patientinnen von elementarer Bedeutung für den Behandlungsverlauf.

Ein weiteres therapeutisches Prinzip der stationären Verhaltenstherapie ist, dass alle Behandlungsmaßnahmen für die Patientinnen *transparent* sind, d.h. überschaubar, verstehbar und nachvollziehbar. Über die gesamte Therapiezeit hinweg wird ein effektives *Veränderungsmodell* der Störung gemeinsam mit den Patientinnen weiterentwickelt. Das ist wiederum Voraussetzung zur Förderung einer Autonomieentwicklung und zur Rückfallprophylaxe. Es ist unser Anliegen, die Patientinnen zu einem eigenständigen und eigenverantwortlichen Umgang mit der Störung zu befähigen.

## Therapieziele

Der Stabilisierung, Verbesserung oder Wiederherstellung beruflicher und sozialer *Leistungsfähigkeit* sowie der Verhinderung dauerhafter *gesundheitlicher Beeinträchtigungen* dient die Bearbeitung folgender übergeordneter Therapieziele:

- Aufbau eines adäquaten Essverhaltens
- Erreichen eines angemessenen Körpergewichts
- Erarbeitung der Psychogenese der Erkrankung, insbesondere Analyse der funktionalen Bedingungen des Essverhaltens
- Reduktion irrationaler Einstellungen zu Nahrung, Gewicht, Aussehen und Impulskontrolle
- Bewältigung gewichtspobischen Erlebens und Verhaltens
- Erarbeitung alternativer kurzfristiger und langfristiger Problembewältigungsstrategien
- Veränderung der verzerrten Körperwahrnehmung, Verbesserung der Körperakzeptanz

## Therapiebausteine

Es ist Bestandteil der verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeption, dass durch ein vielgestaltiges Therapieprogramm den Patientinnen die Möglichkeit gegeben wird, die erarbeiteten Inhalte und Strategien bereits im Therapiesetting konkret umzusetzen und zu erproben. Hierdurch soll der *Transfer* in den häuslichen Bereich erleichtert werden.

Spezifische Behandlungsangebote für Patientinnen mit Essstörungen sind:

- **Vorgespräch**

Ist aus den Anmeldeformularen zur stationären Therapie ersichtlich, dass eine Essstörung vorliegt, wird die Patientin bei bestehender Indikation zu einem Vorgespräch eingeladen. Dieses Gespräch trägt vorwiegend *diagnostischen Charakter*. Zugleich werden Motivation und Behandlungsziele erfragt und ggf. auch erarbeitet. Die Problematik eines Substanzmissbrauchs wird exploriert. Bei Patientinnen mit anorektischer Symptomatik wird bereits in diesem Rahmen eine Therapievereinbarung zur *Gewichtsentwicklung* getroffen, notwendiges Aufnahme- sowie angestrebtes Zielgewicht werden festgelegt. Außerdem werden den Patientinnen *Fragebögen* und *Essprotokolle* ausgehändigt. Letztere werden zwei Wochen vor Therapiebeginn geführt und dienen neben den beantworteten Fragebögen als Arbeitsgrundlage für die stationäre Behandlung.

- **Essgestörtengruppe**

Ein wesentlicher Baustein bei der stationären Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen ist die Essgestörtengruppe. Diese Gruppenpsychotherapie ist nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten aufgebaut. Folgende *Behandlungsschwerpunkte* sind zu nennen:

- a) *symptomorientierter* Ansatz zur Förderung einer regelmäßigen, ausgewogenen Nahrungsaufnahme und zur Erlangung eines angemessenen Körpergewichts
- b) *psychoedukativer* Ansatz zur Bearbeitung von Defiziten im kognitiven, emotionalen und konkreten Verhaltensbereich

Inhaltlich stehen zunächst Informationen zum Krankheitsbild sowie die Analyse des aktuellen Essverhaltens im Vordergrund. Die Arbeit an der Normalisierung des Essverhaltens wird schrittweise durch Informationen und Übungs- sowie Hausaufgabenteile realisiert. Daneben gilt die Aufmerksamkeit den funktionalen Bedingungen des Essverhaltens, die im weiteren Behandlungsverlauf zunehmend inhaltlicher Schwerpunkt werden. Neben der Analyse der funktionalen

Bedingungen steht die Erarbeitung alternativer kurz- und langfristiger Bewältigungsstrategien im Vordergrund der Gruppenarbeit. Beendet wird die Gruppentherapie mit dem Erarbeiten von Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe.

- **Gewichtszunahmeprogramm für untergewichtige Patientinnen**

Das Erreichen eines der Körpergröße angemessenen Körpergewichts stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Bearbeitung der der Essstörung zugrundeliegender Problembereiche dar und ist somit zu Beginn der stationären Therapie von zentraler Bedeutung. Mit Hilfe der Einnahme von drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten, welche – selbstbestimmt in Zusammensetzung und Menge – durch die Patientinnen täglich protokolliert und im Rahmen der Einzelgespräche kritisch beleuchtet werden, soll eine Gewichtszunahme von mindestens 700 g pro Woche erzielt werden. Wird dieses eigenverantwortlich unter Beibehaltung aller Aktivitäten nicht erreicht, greift ein *Sicherungsprogramm*, in welchem die Patientinnen durch die Begrenzung des Aktionsradius und der sportlichen Aktivitäten Unterstützung bei der Gewichtszunahme erfahren.

- **Körpertherapie**

Das Ziel der Körpertherapie ist die Veränderung der *verzerrten Körperwahrnehmung* (Körperschemastörung) und der Aufbau von Körperakzeptanz. Mit Hilfe von Vertrauensübungen, Übungen zur Körperakzeptanz und Körpererfahrung sowohl im Wasser als auch in einem mit Spiegeln ausgestatteten Gymnastikraum setzen sich die Patientinnen gezielt mit dem eigenen Körper und den damit verbundenen Gefühlen auseinander. Ein wichtiges Element der Körpertherapie ist außerdem die Videoaufnahme des Körpers in Badebekleidung zu Beginn und zum Ende der Behandlung. Durch die Rückmeldungen anderer zum eigenen Körper und dem eigenen Körpererleben können die Patientinnen die Diskrepanz zwischen der Fremd- und Eigenwahrnehmung kritisch reflektieren, Befürchtungen relativieren und Veränderungen im Therapieverlauf wahrnehmen und bewerten.

- **Einzelernährungsberatung**

In den regelmäßig stattfindenden Einzelernährungsberatungen durch eine Diätassistentin erhalten die Patientinnen wichtige Informationen zur Zusammensetzung einer ausgewogenen Mischkost und haben Gelegenheit, ihr aktuelles *Essverhalten* anhand der täglich geführten Essprotokolle kritisch zu reflektieren. Untergewichtige Patientinnen werden durch die Berechnung des Energie-Tagesbedarfs und die Erstellung von Ernährungsplänen aktiv bei der notwendigen Gewichtszunahme unterstützt.

- **Indikative Kochgruppe**

Unter Betreuung einer Diätassistentin lernen die Patientinnen die Planung und Zubereitung warmer Mittags- und Abendmahlzeiten sowie die Herstellung von Backwaren. Das gemeinsame Essen dieser Mahlzeiten soll die Angst vor kalorienreicher Kost reduzieren. Bei der Auswahl der Rezepte können sich die Patientinnen mit eigenen Vorstellungen aktiv einbringen. Ein weiteres Übungsfeld besteht im Einkauf der benötigten Nahrungsmittel. Dies stellt für viele eine Konfrontation mit symptomauslösenden Bedingungen dar, ermöglicht das Trainieren von erarbeiteten Bewältigungsstrategien und ist eine wichtige Vorbereitung auf das häusliche Umfeld.

- **Selbsthilfegruppe**

Zur Vorbereitung auf das häusliche Umfeld werden im zweiten Behandlungsabschnitt gemeinsam mit den Patientinnen Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Aufrechterhaltung des Therapieerfolges erarbeitet. Neben einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie kann der Besuch einer Selbsthilfegruppe für Essstörungen eine große Unterstützung bieten. Um den Ablauf einer solchen Gruppe kennenzulernen, werden die Patientinnen im zweiten Behandlungsabschnitt aufgefordert, eine Selbsthilfegruppe für Essstörungen im Umfeld der Klinik oder wenn möglich im häuslichen Umfeld aufzusuchen.

- **Häusliche Verhaltenserprobung**

In den häuslichen Verhaltenserprobungen, welche im zweiten Behandlungsabschnitt am Wochenende stattfinden und intensiv therapeutisch vor- und nachbereitet werden, üben die Patientinnen die Umsetzung der Fünf-Mahlzeitenstruktur, die Zubereitung von warmen Mahlzeiten, Einkaufen und die Realisierung von Strategien zur Rückfallprophylaxe. Dieser Therapiebaustein ist wesentlich zur späteren Aufrechterhaltung des Therapieerfolges.

*Weitere Therapiebausteine* ergeben sich aus folgenden Behandlungselementen:

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe
- Indikative Gruppentherapien je nach individuellen Problembereichen
- Paar- oder Familiengespräche
- Entspannungstraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physikalische Therapie
- Interne oder externe Belastungserprobungen

## Literatur

- FICHTER, M. (2008). *Magersucht und Bulimie. Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde*. Freiburg: Karger.
- JACOBI, C., PAUL, T. & THIEL, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe
- JACOBI, C., THIEL, A. & PAUL, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Beltz.
- JANSSEN, P., SENF, W. & MEERMANN, R. (Hrsg.) (1997). *Klinik der Essstörungen*. Stuttgart: G. Fischer
- MEERMANN, R. & BORGART, J. (2005). *Essstörungen: Anorexie und Bulimie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SIPOS, V. & SCHWEIGER, U. (2003). *Psychologische Therapie von Essstörungen*. Lengerich: Pabst.
- VANDEREYCKEN, W. & MEERMANN, R. (2003). *Magersucht und Bulimie: Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen*. Bern: Huber.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

- Heft 1 Depressive Störungen
- Heft 2 Angststörungen
- Heft 3 Somatoforme Störungen
- Heft 4 Essstörungen (Bulimia und Anorexia nervosa)
- Heft 5 Pathologisches Glücksspielen
- Heft 6 Posttraumatische Belastungsstörungen
- Heft 7 Therapie für Mütter/Väter mit Kindern
- Heft 8 Indikation zur stationären Verhaltenstherapie
- Heft 9 Russischsprachige Migranten mit Abhängigkeitserkrankungen
- Heft 10 Soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung
- Heft 11 Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Heft 12 Stationäre Behandlung von Suchtkranken im höheren Lebensalter
- Heft 13 Medikamentenabhängigkeit
- Heft 14 Pathologischer PC-Gebrauch
- Heft 15 Tabakabhängigkeit
- Heft 16 Schizophrene Störungen
- Heft 17 Familientherapie Sucht

