

Ulrich Schairer / Ines Weber

## **Psychogene Essstörungen**



# Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite 5
Bulimia nervosa	Seite 7
1. Diagnostische Kriterien/Problembereiche	Seite 7
2. Grundlegende therapeutische Prinzipien	Seite 8
3. Therapieziele	Seite 10
4. Indikation zur stationären Behandlung	Seite 11
5. Spezifische Methoden	Seite 12
Esstörungen mit Adipositas/Binge eating disorder	Seite 14
1. Diagnostische Kriterien/Problembereiche	Seite 14
2. Grundlegende therapeutische Prinzipien	Seite 15
3. Therapieziele	Seite 16
4. Indikation zur stationären Behandlung	Seite 17
5. Spezifische Methoden	Seite 17
Basisliteratur	Seite 18



## Einleitung

Unter dem Begriff Essstörungen werden im wesentlichen drei Krankheitsbilder zusammengefasst:

Bulimia nervosa, Anorexia nervosa, Essstörungen mit Adipositas/  
Binge eating disorder

Die Binge eating disorder ist bisher wenig bekannt und geht mit Essattacken und oft auch mit einer Adipositas einher.

Obwohl sich die Betroffenen dieser Krankheitsgruppen beträchtlich hinsichtlich Erscheinungsbild und zugrundeliegender Problematik unterscheiden (ungeachtet dessen gibt es Übergänge in den Störungsbildern), ist ihnen doch allen gemeinsam, dass für sie aus dem basalen und lebensnotwendigen Bedürfnis der Nahrungsaufnahme ein psychosomatisches Problem mit erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen entsteht. Dieses Problem (-verhalten) dominiert häufig nicht nur Tagesablauf und soziale Beziehungen der Betroffenen, sondern auch mittel- und langfristig relevante berufliche und private Entscheidungen.

Zur Häufigkeit von Essstörungen gibt es sehr unterschiedliche Prävalenzdaten. Stichprobenauswahl, diagnostische Instrumente, hohe Komorbidität mit anderen (psychischen) Störungen, mit diesen oder mit der Essstörung selbst zusammenhängendes problematisches Krankheitsverständnis und Krankheitsverhalten erweisen sich als die dafür maßgeblichen Schwierigkeiten.

In der AHG Klinik Waren behandeln wir vordergründig die beiden Essstörungen:

- Bulimia nervosa
- Binge eating disorder

Dieser Text stellt nachfolgend die Störungsbilder vor, erläutert Therapieansätze aus verhaltensmedizinischer Sicht, berücksichtigt dabei besonders die stationären Behandlungsoptionen und in Stichworten das Vorgehen in der AHG Klinik Waren.

# Bulimia nervosa

## 1. Diagnostische Kriterien/Problembereiche

Die Bulimia nervosa ist als Essstörung (nach ICD 10) dadurch gekennzeichnet, dass zumindest zweimal pro Woche Heißhungeranfälle so unkontrollierbar erlebt werden, dass sie zu Essattacken führen, bei denen große Mengen an Nahrung (bis zu 15.000 kcal, durchschnittlich 4.000 kcal) in kurzer Zeit konsumiert werden. Gemeinsam ist den PatientInnen der Versuch, die Folgen der Nahrungsaufnahme durch Maßnahmen der Gewichtskontrolle zu kompensieren. Das geschieht durch absichtliches Erbrechen und/oder durch Laxanzien- bzw. Diuretikaabusus, Fastenperioden zwischen den Essanfällen, übertriebene sportliche Betätigung. Es besteht eine extreme Besorgnis um das Gewicht bzw. die Figur. Gewicht und Aussehen sind von zentraler Bedeutung für das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit der Patientinnen. Die Patientinnen versuchen stets verzweifelt, ihr Gewicht unter einer bestimmten Obergrenze zu halten, es besteht die Angst, unkontrollierbar zuzunehmen.

Folgen intermittierenden Diätverhaltens:

Ein Großteil bulimischer Patientinnen berichtet über Diätversuche und deutliche Gewichtsschwankungen in der Vergangenheit. Das chronisch eingeschränkte bzw. gezügelte Essverhalten („restrained eating“) führt zu einem körperlichen Mangelzustand. Hunger- und Sättigungsgefühl werden unzuverlässig, und schon infolge des Mangelzustandes kommt es zu spontanen Heißhungerattacken mit Kontrollverlust. Die Patientinnen erleben die Anfälle einerseits als

genussvoll und stressabbauend, andererseits als Zeichen mangelnder Willensstärke und beängstigend in bezug auf die Figur. Infolge der Gewichtsphobie wird die aufgenommene Nahrung wieder erbrochen, was als Erleichterung erlebt wird. Dem Kontrollverlusterlebnis von Essen und Erbrechen folgt wiederum gezügeltes Essen, der Teufelskreis schließt sich.

Körperliche Begleiterscheinungen:

Störungen des Elektrolythaushaltes, Störungen des Menstruationszyklus, Entzündungen der Speiseröhre, Anschwellen der Speicheldrüsen, Schädigungen des Zahnschmelzes durch den häufigen Kontakt mit Magensäure beim Erbrechen.

Psychische Begleiterscheinungen:

Intermittierendes Fasten, intermittierendes Erbrechen führen – quasi als Mangelernährung – mittelfristig zu depressiven Symptomen. Kontrollverlust- und Hilflosigkeitserleben, Selbstvorwürfe, Schuld- und Schamgefühle sind weitere kognitiv-emotionale Folgen des bulimischen Verhaltens und können eine depressive Stimmung aufrecht erhalten oder verstärken.

## **2. Grundlegende therapeutische Prinzipien**

Die Behandlung der Bulimia nervosa erfolgt in der AHG Klinik Waren auf zwei Ebenen: Normalisierung des Essverhaltens und Bearbeitung der die Störung aufrechterhaltenden psychischen und sozialen Faktoren.

---

Bezüglich der Modifikation des gestörten Essverhaltens gehen wir von dem oben dargestellten Teufelskreismodell des gezügelten Essens aus. Zentral sind hier folgende Problembereiche zu bearbeiten:

- Entwicklung von Selbstkontrolle bezüglich der Nahrungseinnahme durch ausführliche Selbstbeobachtung und Protokollierung des Essens sowie des vorausgehenden und nachfolgenden Verhaltens und Erlebens.
- Reduktion depressiv-hilflosen Erlebens bezüglich der überwältigenden Heißhungerattacken. Dies geschieht einerseits durch die regelmäßige Nahrungsaufnahme, da sich hierdurch schon die Frequenz von Heißhungerattacken reduziert. Andererseits werden die Patientinnen ausführlich über die psychophysiologischen Folgen intermittierender Mangelernährung aufgeklärt. Wichtig ist hierbei die Einsicht, dass das sich mit dem Essen Beschäftigen sowie die Fressattacken nicht als Zeichen von Willensschwäche zu werten, sondern normale biologische Reaktionen sind.
- Reduktion des Erbrechens, Unterbinden des Laxanzien- bzw. Diuretikaabusus. Diese von den Patientinnen initiierten Maßnahmen zur Vermeidung akuter Angst vor dem Dickwerden sind zentrale, die Heißhungerattacken aufrechterhaltenden Faktoren, da in der Vorstellung der Patienten durch diese Maßnahmen „viel essen“ ohne figurliche Konsequenzen bleibt. Therapeutische Interventionen zielen auf eine „Reaktionsverhinderung“ ab, bestehen beispielsweise in Vereinbarungen zu mit Erbrechen nicht kompatiblen Verhalten (Bettruhe, Entspannungsübungen, gemeinsames Spazierengehen unmittelbar nach den Mahlzeiten) oder darin, Abführmittel kontrolliert abzusetzen. In der Regel gehen diese Maßnahmen mit massiven psychischen Krisen einher, weshalb parallel dazu psychosoziale Problembereiche bearbeitet werden müssen:

Therapie gewichtspobischer Erlebens- und Verhaltensweisen. In der Regel sind die Ängste, unkontrollierbar zuzunehmen durch massive Verunsicherungen infolge unmenschlich überzogener familiärer bzw. gesellschaftlicher Rollenerwartungen geprägt. Die hierdurch entwickelte Verunsicherung bezüglich der eigenen, individuellen Bedürfnisse und deren selbstsicherer Äußerung führt zu Kontrollverlusten im sozialen Kontext. Sie führt zu Defiziten bezüglich der Befriedigung grundlegender (zwischenmenschlicher) Bedürfnisse und zu individuellen Problembereichen, deren Lösung durch das Streben nach einer „guten Figur“ verhindert wird.

Entsprechend sehen wir in der Unterbindung von Heißhungerattacken und dem anschließenden Erbrechen einen wichtigen therapeutischen Schritt. Dazu halten wir es aber für unabdingbar, die Lösung der individuellen Problembereiche durch kognitiv-verhaltenstherapeutische, imaginative und kommunikationstheoretische Verfahren im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie anzugehen.

### **3. Therapieziele**

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Aufbau eines regelmäßigen Essverhaltens
- Bewältigung gewichtspobischer Erlebens- und Verhaltensweisen (Beenden des selbstinduzierten Erbrechens bzw. des Laxanzienabusus)
- Besserung der Gefühls- bzw. Bedürfniswahrnehmung und deren Äußerung

- Reduktion irrationaler Einstellungen zu Nahrung, Gewicht, Aussehen und Impulskontrolle

#### **4. Indikation zur stationären Behandlung**

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Da aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden Problembereiche der Bulimia nervosa aufgeführt werden, die ambulante Behandlungen erschweren und im stationären Rahmen effektiver zu therapieren sind.

- **Ausgeprägte Verhaltensexzesse:**  
Mehrmals wöchentlich oder gar täglich stattfindende Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen sind im ambulanten Bereich kaum angemessen zu kontrollieren. Entsprechend gering sind die Möglichkeiten, den Patientinnen den Aufbau von Selbstkontrolle, z. B. durch regelmäßige Nahrungsaufnahme, zu sichern. Chronifizierte Patientinnen fallen ohne die im stationären Rahmen möglichen Kontrollen zwischen den Sitzungen immer wieder in ihr Defiziterleben zurück, da die konsequente Durchführung therapeutischer „Hausaufgaben“ nicht begleitet werden kann und deshalb auch nur halbherzig oder gar nicht stattfindet.
- **Schwer durchzuhaltende Bewältigungsstrategien:**  
Bei Patientinnen mit jahrelangem Laxanzien- bzw. Diuretikamissbrauch kann eine engmaschige medizinisch-psychotherapeutische

Zusammenarbeit notwendig werden. Zumindest werden die Patientinnen psychische Entzugssymptome in Form von massiven gewichtspnobischen Reaktionen erleben. Entsprechend stark ist die Tendenz, etwa das Gebot zur Medikamentenreduktion zu unterlaufen. Im stationären Bereich besteht die Möglichkeit, andauernd Motivierungsarbeit zu leisten und auf breiter Ebene Unterstützung dabei anzubieten, solchen verständlichen Rückfallversuchungen zu widerstehen.

- **Ausgeprägte Selbstwahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen:** Aufgrund der extremen Ausrichtung an gesellschaftlichen Idealen im Sinne sozialer Erwünschtheit haben viele Bulimie-Patientinnen generalisiert die Fertigkeit verloren, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren bzw. durchzusetzen. Aufgrund des multiprofessionellen Behandlungsangebotes, insbesondere im Rahmen verschiedenster erlebnis- und handlungsorientierter Therapiegruppen, besteht im stationären Rahmen die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Ebenen, eng verzahnt und mittels fachlicher Rückmeldung entsprechende Kompetenzen gezielt zu erwerben.
- Zur Vorbereitung und im Sinne einer Klärung der Motivation und Indikation zu einer stationären Verhaltenstherapie empfehlen wir ein ambulantes Vorgespräch in der Klinik.

## **5. Spezifische Methoden**

- Einzelpsychotherapie
- Problemlösegruppe nach Grawe

- Essstörungsgruppe
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Familiengespräche
- Atemtherapie/Körperwahrnehmung/Entspannungstraining
- Sporttherapie
- indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen  
(z. B. Selbstsicherheitstraining, Angstbewältigungstraining)

## Essstörungen mit Adipositas/Binge eating disorder

### 1. Diagnostische Kriterien/Problembereiche

Adipositas ist definiert als übermäßiger Anteil des Fettgewebes am Körpergewicht und geht meistens mit Übergewicht einher. Sie wird klassifiziert (WHO 1995,1998) anhand des sogenannten Body-Maß-Index (BMI), der nach Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in m zum Quadrat ( $\text{kg/m}^2$ ) berechnet wird. Ab einem BMI von 25 wird von Übergewicht gesprochen, ab 30 von Adipositas I, ab 35 von Adipositas II, ab 40 von extremer Adipositas (III). Es gibt nach wie vor aus medizinischer Sicht Unklarheit, zumindest Uneinigkeit darüber, ob Adipositas selbst ein Gesundheitsrisiko darstellt. Fast immer sind allerdings Adipositas und Übergewicht mit anderen Risikofaktoren/-indikatoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerstoffwechselstörungen und oft mechanisch bedingten körperlichen Störungen (WS- und Gelenkbeschwerden, venöse Insuffizienz) verbunden. Hohes Gewicht und hoher Fettgewebsanteil am Gesamtgewicht sind polygenetisch bedingt und deren Manifestation durch Bewegungsmangel und fett- und kalorienreiche Ernährung begünstigt. Paradoxerweise sind es dieselben gesellschaftlichen Bedingungen, die zu einem die Adipositasmanifestation fördernden Lebensstil führen, die gleichzeitig zu einem völlig unrealistischen Schlankkeitsideal in der Bevölkerung beitragen.

Adipöse Patientinnen sind in permanentem Bemühen begriffen, ihr (genetisch disponiertes) überdurchschnittliches Gewicht durch Diäten zu kontrollieren. Da dies durch Gegenregulation des Organismus (set-point-Mechanismus) nicht auf Dauer gelingen kann führt dies zu

ständigen Misserfolgserebnissen, Selbstvorwürfen, Resignation und evtl. zu Frustessen. Heißhungeranfälle werden durch längere restriktive Nahrungsaufnahme begünstigt mit denselben psychischen und verhaltensbezogenen Problemen. Wiederholte Diäten senken den Grundumsatz so nachhaltig, dass auch bei normaler Ernährung eine Gewichtszunahme stattfindet. Es kann durch regelmäßiges Diätieren eine zuverlässige Gewichtszunahme (Jojo-Effekt) erreicht werden. Frustessen und Heißhungeranfälle können sich zu einer Binge eating Essstörung entwickeln.

## **2. Grundlegende therapeutische Prinzipien**

Die Behandlung von PatientInnen mit Binge eating disorder erfolgt auf mehreren Ebenen: Normalisierung des Essverhaltens, körperliche Aktivierung und Therapie psychosozialer Problembereiche. Voraussetzung zur Änderung des anhaltenden oder intermittierenden Diätierens oder des Wechsels von unauffälligem Essen, gezügeltem Essen und hyperphagen Reaktionen ist eine genaue Aufklärung der Betroffenen. Entsprechend werden die Patientinnen ausführlich über medizinische, psychologische und ernährungsphysiologische Aspekte von Adipositas und Übergewicht informiert. Darauf aufbauend lernen die PatientInnen regelmäßig ausreichend zu essen (strukturiertes Essen) und auf die sich verändernden körperlichen Reaktionen (Hunger/Sättigung) zu achten. Je nach Problematik des Essverhaltens sind Ess-Protokolle und Verhaltensanalyse erforderlich. Standard ist weiterhin, dass die Patientinnen regelmäßig an körperbezogenen Maßnahmen (Gymnastik, Sport, Adipositas-Schwimmen, Ergometertraining, Entspannungstraining etc.) teilnehmen. Normalisierung des

Essverhaltens und körperliches Training führen in fast allen Fällen zu einem Sistieren der Gewichtszunahme, welche viele Übergewichtige trotz restriktiven Essverhaltens bis zur Behandlung erlebten und in den meisten Fällen zu einer gewissen Gewichtsreduktion. Viele Interventionsstudien zeigen, dass eine auf diese Weise erreichte geringe Gewichtsabnahme bereits die wesentlichen – mit der Adipositas assoziierten– Risikofaktoren deutlich bessert bzw. beseitigt!

Aspekte der Therapie psychosozialer Problembereiche werden individuell entwickelt. Hierzu können gehören:

- Therapie sozialphobischer Tendenzen
- Therapie von Körperschema-Störungen
- Lernen, ein stabiles Maß an Übergewicht zu akzeptieren
- Genießen lernen

### **3. Therapieziele**

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Normalisierung des Essverhaltens
- Regulation der Nahrungsaufnahme durch Verbesserung der Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen
- Veränderung der Nahrungsverwertung und Abbau von Risikofaktoren durch regelmäßige körperlicher Aktivität.
- Erarbeiten alternativer Problemlöse-, Entspannungs- und Gratifikationsmöglichkeiten

#### **4. Indikation zur stationären Behandlung**

Die Indikation zur stationären Behandlung besteht bei massiven körperlichen und/oder psychischen Begleitsymptomen, die eine enge und hochfrequente medizinische bzw. psychotherapeutische Mitbehandlung erfordern. Die entsprechenden verhaltensmedizinischen Behandlungsmethoden ergeben sich aus den spezifischen Problembereichen.

#### **5. Spezifische Methoden**

- Einzelpsychotherapie
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Essstörungsgruppe
- Sporttherapie, Soziotherapie, Ergotherapie
- Entspannungstraining/Körpererfahrung
- Selbstsicherheitstraining

## Basisliteratur

- BRUCH, H. (1991) *Esstörungen: Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt/M., Fischer
- FICHTER, M.M. (1989) *Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung*. Stuttgart, Enke
- FRANKE, A. (1993) *Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln*. München, Quintessenz
- GARNER, D.M., ROCKERT, W., OLMSTED, M.P., JOHNSON, C., COSCINA, D.V. (1985) *Psychoeducational Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa*. In: D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Hg.) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa Et Bulimia*. New York, London, The Guilford Press
- GERLINGHOFF, M., BACKMUND, H., MAI, N. (1993) *Magersucht und Bulimie*. Weinheim, Quadriga
- HÖFNER, R. (1994) *Selbstkontrollprogramm zur stationären Behandlung der Adipositas permagna*. In: M. Zielke, J. Sturm (Hg.) *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union
- JACOBI, C. (1994) *Stationäre Behandlung von Bulimia nervosa*. In: M. Zielke, J. Sturm (Hg.) *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union
- LEIDIG, S., SCHAIRER, U., SCHMITZ, B. (1996) *Psychogene Esstörungen*. Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim, Heft 4
- MEERMANN, R., VANDEREYCKEN, W. (1987) *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin, New York, Walter de Gruyter
- ORBACH, S. (1984) *Anti-Diätbuch II*. München, Frauenoffensive
- SCHAIRER, U., ZIELKE, M., (1991) *Adipositas. Therapeutische Konzepte und Evaluation. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation (Themenheft) 3*.
- VANDEREYCKEN, W., NORRE, J., MEERMANN, R. (1991) *Bulimia nervosa*. In: R. Meermann, W. Vandereycken (Hg.) *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis*. Stuttgart, New York, Schattauer