

Anorektische und bulimische Eßstörungen

*Manfred M. Fichter und Robert P. Liberman**

Hilde Bruch (1973), die sich während ihres gesamten Berufslebens intensiv mit Eßstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa (Thin-Fat-People) und psychogener Adipositas befaßte, formulierte dazu folgende Kardinalbereiche:

- Störungen des Körperbildes,
- Störungen der interozeptiven, propriozeptiven und emotionalen Wahrnehmung und
- ein allesdurchdringendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit.

Dies ist relevant, um diese Eßstörungen zu verstehen und hilfreich für die Therapieplanung. Da die meisten Betroffenen weiblich sind, wird im folgenden Text die weibliche Form gewählt. Magersüchtige fasten, um dem herrschenden Schlankheitsideal zu entsprechen und es zu übertreffen; über ihre Fastenleistung sind sie stolz. Dabei ignorieren sie eigene Körpersignale von Hunger und Sättigung. Bulimische Patientinnen finden temporäre Erleichterung nach einem Heißhungeranfall; dieses stellt eine vorübergehende Antwort auf verschiedenste Stressoren dar. Es ist vergleichbar mit dem Trinken von Alkohol beim Alkoholiker. Eine Bulimikerin muß nicht mehr zwischen verschiedenen Arten von Stressoren unterscheiden, da die Heißhungerattacke kurzfristig Leid unterschiedlichster Ursache lindert. Damit wird die Wahrnehmung von Körpersignalen verlernt. Angemessene Bewältigungsstrategien von Problemsituationen erübrigen sich, da eine Antwort auf alles scheinbar reicht: Bei Mager sucht das Fasten (und der damit verbundene Stolz, das Gefühl der Kontrolle über den Körper als einen Teil des Universums), bei Bulimia nervosa die Heißhungerattacke. Eßstörungen können als ein unzureichender, unangemessener Lösungsversuch angesehen werden, mit emotionalen Stressoren fertigzuwerden.

Die genannten Eßstörungen haben in den 60er bis zu den 80er Jahren in westlichen Industrieländern zugenommen. Das Bestehen eines Überflusses an Nahrung bei gleichzeitiger Betonung von Schlankheit und Fitneß als Schönheitsideal sind Grundbedingungen, ohne die diese Eßstörungen praktisch nicht vorkommen dürften. Wenn Anorexia oder Bulimia nervosa in Ländern der dritten

* Danksagung: Wir bedanken uns bei Bernd Köstler für die wertvolle Anregungen zum Fall von Gloria.

Welt beobachtet werden, erfolgt dies so gut wie ausschließlich in wohlhabenden Familien. In westlichen Industrieländern sind Eßstörungen in allen sozialen Schichten aufzufinden; sie betreffen nicht mehr (wie früher) vorwiegend Patienten höherer Schichten. Besonders gefährdet sind Menschen mit niedrigem Selbstwertgefühl, die bemüht sind, den herrschenden Normen, Idealen und Moden gerecht zu werden. Letztlich verhindert die Eßstörung eine konstruktive Bewältigung der ihr zugrundeliegenden Ängste und Unsicherheiten. Bei länger bestehende Eßstörungen kann es zu ernstesten körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen – sowohl für die Betroffenen als auch für das soziale Umfeld – kommen. Für Magersucht zeigten Langzeituntersuchungen über einen Zeitraum von zehn bis vierundzwanzig Jahren die höchste Mortalitätsrate aller psychischen Erkrankungen – bis zu 20 % (Theander, 1985). Ein nicht unbeträchtlicher Teil weist einen chronischen Verlauf mit einer niedrigen Lebensqualität auf.

Tabelle 1:

Diagnostische Kriterien für die Eßstörungen nach dem DSM-IV (gekürzt)

Anorexia nervosa (307.1)

- A) Weigerung, das Körpergewicht über einer für Alter und Größe minimalen Schwelle zu halten (Gewicht unter 85 % des extrapolierten normalen Gewichts).
- B) Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, obgleich Untergewicht besteht.
- C) Vorliegen von Körperschemastörungen; Selbstwertgefühl wird übermäßig durch subjektive Wahrnehmung der eigenen Figur und des eigenen Körpergewichts beeinflusst oder Leugnung der Ernsthaftigkeit eines bestehenden Untergewichts.
- D) Amenorrhoe bei Frauen nach Eintreten der Menarche, das heißt Aussetzen von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen.

Zwei spezifische Untertypen werden nach DSM-IV unterschieden:

1. asketischer Magersuchtyp („restricting type“). Hier liegen keine „Freßattacken“ oder „Purging behaviour“ (selbstinduziertes Erbrechen oder Laxantienmißbrauch, Diuretikaeannahme) vor;
2. bulimische Magersucht („purging type“). Hier liegen zusätzlich zu den Magersuchtsymptomen „Freßattacken“ und „Purging behaviour“ (selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien oder Mißbrauch von Diuretika) vor.

Bulimia nervosa (307.51)

- A) Wiederholte Episoden von „Freßattacken“, die charakterisiert sind durch
 1. Essen in relative kurzer Zeit,
 2. das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essen zu verlieren.
- B) Wiederholt unangemessene Verhaltensweisen zur Gegensteuerung einer Gewichtszunahme, wie zum Beispiel selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien oder Diuretika, Fasten oder exzessives Maß an Körperaktivität.
- C) Die „Freßattacken“ und unangemessenen gegensteuernden Maßnahmen erfolgten mindestens zweimal pro Woche über drei Monate.
- D) Das Selbstwertgefühl ist übermäßig durch die subjektive Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts beeinflusst.
- E) Die Störung erfolgt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia nervosa.

Zwei spezifische Untertypen von Bulimia nervosa werden unterschieden:

1. Bulimia nervosa mit Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretikaeannahme („purging type“) und
 2. Bulimia nervosa ausschließlich verbunden mit Fasten, Diät oder exzessiver körperlicher Bewegung, doch ohne Erbrechen oder Mißbrauch pharmakologischer Substanzen („non-purging type“).
-

Die diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV (1996) und die internationalen Kriterien der ICD (Weltgesundheitsorganisation, 1991) sind sich recht ähnlich; allerdings sind die DSM-IV-Kriterien für Eßstörungen etwas ausgereifter und empirisch besser belegt. Tabelle 1 gibt in gekürzter Form die wesentlichen diagnostischen Kriterien nach DSM-IV. Damit sind die wesentlichen, wenn auch nicht alle, Symptome von Magersucht und Bulimia nervosa geschildert.

Bei Magersüchtigen stellt der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust mit ausgeprägter Furcht vor einer Gewichtszunahme im Vordergrund. Die Patientinnen beschäftigen sich überwiegend mit ihrem Körpergewicht und ihrer Figur und nehmen ihren eigenen Körper, hingegen den Realitäten, als zu dick wahr. Häufig hängt ihr Selbstwertgefühl in hohem Maße von ihrem Körpergewicht und ihrer Figur ab. Infolge der Gewichtsabnahme kommt es zu einem Ausbleiben der Monatsblutungen (Amenorrhoe). Nach den DSM-IV-Kriterien wird eine rein asketische Magersucht von einer Magersucht mit „Freßattacken“ und/oder unangemessenen, entgegenregulierenden Maßnahmen (z. B. Erbrechen) unterschieden (asketischer bzw. bulimischer Magersuchttyp).

Bulimia nervosa ist charakterisiert durch das wiederholte Auftreten von Heißhungerattacken gefolgt von unangemessenen, gegenregulierenden Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme (z. B. Erbrechen). Die Heißhungerattacken – von den Betroffenen den Triebdurchbruch charakterisierend „Freßattacken“ genannt – sind begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlustes. Bei der Bulimia nervosa werden nach DSM-IV zwei Untergruppen unterschieden: Beim „Purging Type“ wendet die betroffene Person regelmäßig selbstherbeigeführtes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika o. ä. an. Beim „Non-purging Type“ greift die betroffene Person als gegenregulierende Verhaltensweisen lediglich auf Fasten oder exzessive körperliche Betätigung zurück; sie zeigt jedoch kein Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien oder von Diuretika. Der Beginn einer anorektischen oder bulimischen Eßstörung fällt meist in das Teenageralter. Differentialdiagnostisch abzugrenzen sind Appetitverlust im Rahmen einer Depression oder anderen psychischen Erkrankungen. Zahlreiche organische Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Tumoren) können zu Appetitlosigkeit und daraus resultierender Kachexie führen. Bei der diagnostischen Abklärung von Untergewicht ist es relevant, ob für das Untergewicht von Seiten der Patientin ein psychologisches Motiv besteht: Will sie schlank sein („Drive for Thinness“) oder fehlt es aufgrund einer primär körperlichen Erkrankung oder einer Depression an Appetit. Der Ausdruck Anorexia nervosa kann fehlleiten: Magersüchtige leiden nicht unter Mangel an Appetit, sondern sie versuchen ihren Hunger zu unterdrücken und trotz Hunger nichts zu essen. Dies kann sekundär zu Störungen der Hunger- und Sättigungswahrnehmung und -regulation führen. Heißhunger kann auch bei körperlichen Erkrankungen wie z. B. Diabetes sowie in relativ seltenen Fällen bei einem Tumor im Hypothalamus auftreten.

Es ist davon auszugehen, daß anorektische und bulimische Eßstörungen multifaktoriell bedingt sind. Von Fall zu Fall in unterschiedlicher Gewichtung

spielen dabei soziokulturelle Faktoren (Gleichaltrige, Schule, Medien, Elternhaus) sowie biologische Faktoren (genetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankung) und sonstige Belastungen (Lebensereignisse, chronische Belastung oder Konflikte) eine Rolle. Gezügeltes Eßverhalten stellt einen weiteren Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßstörungen dar. Wichtig für das Verständnis bulimischer Eßstörungen und für die Therapieplanung ist folgendes: Heißhungerattacken haben eine wichtige, kurzfristig spannungsabbauende Funktion. Unangenehme Gefühle wie Einsamkeit, Ärger, Wut und Traurigkeit werden nicht mehr differenziert wahrgenommen. Innere Spannungen können durch eine „Freßattacke“ vorübergehend eine kurzfristige Lösung finden, die langfristig aber weiter in die Krankheit hineinführt.

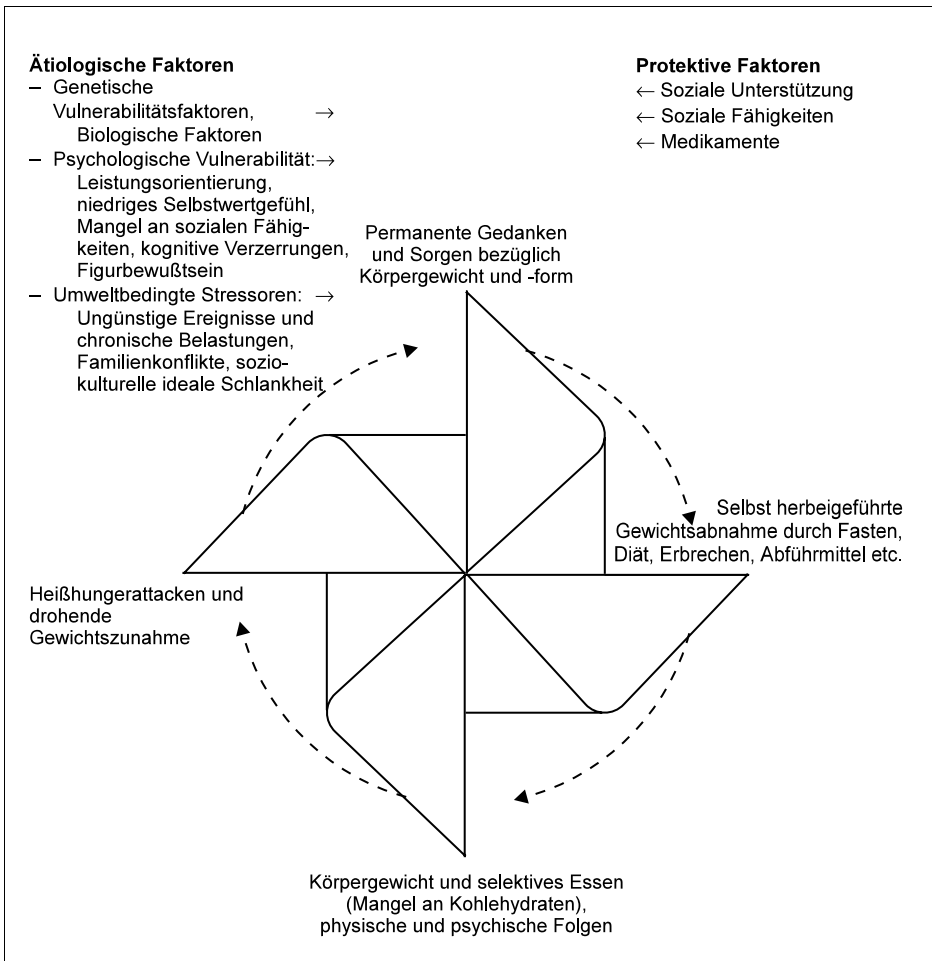


Abbildung 1:

Modell für die Entwicklung und Erhaltung von bulimischen Syndromen

Erklärungen für die Entstehung einer Magersucht gehen u.a. von dem Modell eines phobischen Vermeidungsverhalten bezüglich Essen und den damit im Zusammenhang stehenden körperlichen Veränderungen (z.B. sexuelle Reifung) in der Pubertät aus (Crisp, 1980). Im weiteren Verlauf können auch operante Faktoren (Reaktionen der Familie auf die Abmagerung) eine Rolle spielen. Auch bei der Magersucht erübrigt sich eine differenzierte Wahrnehmung von Körpersignalen und von Emotionen: Durch das Fasten und den damit verbundenen Stolz über die Gewichtsabnahme erfolgt eine kurzfristige Aufwertung des Selbstwertgefühls, der zumindest in dem Mikrokosmos der Kontrolle über den eigenen Körper erzielt wurde (vgl. Fichter & Warschburger, 2000).

Abbildung 1 stellt schematisch ätiologisch bedeutsame Faktoren dar, die bei Nahrungsüberfluß und Schlankheitsdruck selbstunsicherer Jugendliche in den *circulus vitiosus* einer Magersucht oder *Bulimia nervosa* bringen können.

Neurotransmitter wie Neuroadrenalin und Serotonin in bestimmten Arealen des Hypothalamus spielen eine maßgebliche Rolle für die Regulation des Eßverhaltens. Inwieweit die bei eßgestörten Patientinnen aufgezeigten Veränderungen in diesem Bereich eine ursächliche Rolle spielen ist fraglich, da Untersuchungen zeigen konnten, daß diese Veränderungen auch durch Fasten bei gesunden Probanden induziert werden können (Fichter & Pirke, 1986).

1 Störungsbild und Differentialdiagnostik: Der Fall Christina

Christina war erstmals mit 16 Jahren an einer anorektischen Eßstörung erkrankt. Mit 22 Jahren war sie erstmals auf einer offenen psychiatrischen Station in Behandlung. Obwohl sie bei normaler Körpergröße nur 32 Kilogramm wog, hatte sie dennoch außergewöhnliche Angst zu dick zu werden. Sie setzte sich mit ihrer Figur und mit dem Essen auseinander, hatte eine niedrige Selbstachtung und war depressiv. Ihre Sorge über Gewichtszunahme und ihre Meidung des Essens hatte ein extremes, phobisches Ausmaß erreicht.

In den ersten zwei Wochen wurde eine gründliche Verhaltensanalyse auf folgender Basis durchgeführt:

- Selbsteinschätzungs-Fragebogen,
- Verhaltensbeobachtungen von den Krankenschwestern während der Essenszeiten,
- Explorationen durch den Therapeuten und
- Selbsteinschätzungen zur Nahrungsaufnahme.

Die Patientin führte ein sogenanntes Ernährungstagebuch über Nahrungsaufnahme (wann, was, wo, wieviel?) sowie über Dinge, die möglicherweise funktional damit zusammenhängen (vorhergehende Ereignisse sowie die Konsequenzen ihres Eßverhaltens). Dies half ihr die funktionelle Assoziation zwischen externen Ereignissen (z. B. Sprechen vor Menschen oder das Erledigen von bestimmten Aufgaben, die Angstzustände ausgelöst hatten), ihr eigenes

Verhalten in diesen Situationen (Fasten, erhöhte Körperbewegung) und die Konsequenzen dieses Verhaltens (stolz sein über das Erreichen eines selbst gesetzten Zieles, z. B. Gewichtsverlust oder eine schlanke Figur) besser zu erkennen. Die Verhaltensanalysen zeigten eine hohe Leistungsorientierung, eine große Angst zu versagen, verschiedene Verhaltensauffälligkeiten (exzessive körperliche Bewegung, Fasten um eine schlanke Figur zu erlangen) und Verhaltensdefizite hinsichtlich ihrer sozialen Fähigkeiten. Auch in den Rollenspiel-Sitzungen konnte sie nicht „nein“ zu Forderungen anderer sagen, wenn sie „nein“ meinte. Lediglich beim Essen konnte sie sich erfolgreich verweigern. Sie hatte nicht die soziale und kommunikative Fähigkeiten ihre eigene Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen zu äußern. Wegen ihres Mangels an sozialen Fähigkeiten hatte sie sehr große Angst, Männer könnten Annäherungsversuche machen. Ihre äußere Erscheinung war recht attraktiv, doch ihre kachektische Figur sollte sie vor diesen angst-provozierenden Situationen schützen.

Die folgenden Behandlungsziele wurden im Team und mit Christina festgelegt:

- Aufbau der sozialen Fähigkeiten in Rollenspiel-Sitzungen sowie in einfacheren „Hausaufgaben“,
- das Lernen von Muskelentspannung zur Spannungsreduktion und
- die Zuführung einer ausreichenden Menge von Kalorien bei den Mahlzeiten mit dem Ziel, das Körpergewicht mit mindestens 100 Gramm pro Tag erhöhen.

Der zuständige Therapeut hatte versäumt, eine ausreichende Analyse über die eventuellen positiven Verstärker zu machen, die in einem verhaltenstherapeutischen Gewichtsprogramm eingesetzt werden sollten. Er hat das Gewichtsprogramm zu schnell eingeführt, ohne daß Christina wirklich dazu bereit war und zugestimmt hatte. Auch waren die positiven Verstärker bei einer erfolgreichen Gewichtszunahme nicht ausreichend. Mehrere Wochen hatte sich Christina gegen eine Gewichtszunahme gewehrt und das Programm hintergangen. Dann passierte etwas Dramatisches: Da anscheinend die Behandlung erfolgreich war, wurde vom Vorgesetzten des Therapeuten angeordnet, daß Christina in ein anderes Krankenhaus verlegt werden sollte. Dort sollte sie auf einer internistischen Station per Sonde oder Hyperalimentation dazu gebracht werden, an Gewicht zuzunehmen. Christina fühlte sich von ihrem Therapeuten im Stich gelassen. Sie antwortete darauf, daß sie auf keinen Fall in das andere Krankenhaus gehen würde und bestand auf ihrer Entlassung aus der psychiatrischen Abteilung. Christinas hartnäckiges Beharren auf ihrer Entlassung führte in eine für das therapeutische Team sehr schwierige Situation. Sie nicht zu entlassen hieß, sie gegen ihren Willen per Gerichtsbeschuß unterzubringen. Dies wäre zwar möglich gewesen, hätte aber in ein therapeutisches Dilemma geführt. Über kurze Zeit hätte dieses scheinbar erfolgreich sein können. Langfristig hätte Christina den Kampf gegen die Ärzte vermutlich „gewonnen“. Erfahrene Kliniker wissen, daß die Anwendung von Zwang zu einer therapeutischen Katastrophe führen kann. Andererseits hätte es erhebliche Risiken beinhaltet, sie in ihrem kachektischen Zustand ganz zu entlassen, obwohl sie darauf bestand. Dazu kam noch, daß sie erst kurz vor ihrer Aufnahme von

einem östlichen europäischen Land nach Deutschland gekommen war. Eine Rückkehr in ihre Heimat war ausgeschlossen und Verwandte in Deutschland hatte sie praktisch keine.

Schließlich konnte doch eine kreative Lösung aus diesem Dilemma gefunden werden. Zentrale Erkenntnis des therapeutischen Teams war, daß sich Christina durch den Vorfall von ihnen im Stich gelassen und abgeschoben fühlte. Sie hatte ihnen ihr Vertrauen geschenkt und fühlte sich nun maßlos enttäuscht. Deshalb war es sehr wichtig, daß das therapeutische Team seine Vertrauenswürdigkeit bewies. Das therapeutische Team entschied sich, ihr Bestehen auf einer Entlassung ganz wörtlich zu nehmen, so daß die Patientin ihr Gesicht nicht verlieren würde. Damit sollte ein unnötiger Machtkampf vermieden werden. Sie hatte gesagt, daß sie auf eine Entlassung besteht; sie hatte sich jedoch nicht dazu geäußert, wann oder für wie lange sie entlassen werden wollte. Nicht nur wir, sondern auch Christina merkten, daß sie sich mit ihrer Halsstarrigkeit hinsichtlich ihrer Entlassung in einer Sackgasse befand. Durch eine zeitlich begrenzte Entlassung sollte ihr eine Brücke gebaut werden. Sie war extrem erleichtert, als ihr mitgeteilt wurde, daß das Team mit ihrer Entscheidung für eine Entlassung einverstanden war. Daraufhin wurde ihr vorgeschlagen, daß sie nach zehn bis zwölf Tagen wieder in derselben Abteilung aufgenommen werden sollte, um mit der Behandlung fortzufahren. Dieses Angebot war für sie eine Erleichterung, denn es zeigte, daß das Team seine Verantwortung ihr gegenüber ernst nahm. Darüber hinaus wurden mit ihr und dem Team vor der Kurzentlassung künftige therapeutische Ziele und Vorgehensweisen besprochen und in einem Kontrakt festgelegt. Durch diese detaillierten Vereinbarungen zur folgenden Therapie nach Wiederaufnahme wurde diese für alle Beteiligten transparenter. Christina und das therapeutische Team einigten sich auf ein Gewichtsprogramm mit einer Zunahme von 150 Gramm pro Tag. Es wurden relevantere Verstärker in einem Kontrakt zur Gewichtszunahme vereinbart. Diese Verstärker gaben ihr die Möglichkeit, klassische Musik in der Klinik zu hören, die Erlaubnis das Krankenhaus zu verlassen, um in der Nähe spazierenzugehen, in der Stadt zu bummeln sowie an einem Gymnastikkurs teilzunehmen. Zehn Tage nach ihrer Entlassung kam sie, wie vereinbart, in die Klinik zurück. Von diesem Zeitpunkt an nahm sie Gewicht zu wie in dem Gewichtsprogramm vereinbart worden war. Die positiven Verstärker wurden kontingent mit einer Gewichtszunahme eingesetzt. Darüber hinaus nahm sie an einer Gruppe zum Training sozialer Fähigkeiten teil. Schritt für Schritt lernte sie, wie sie (ohne die Angst, andere zu verletzen oder von ihnen zurückgewiesen zu werden) „nein“ sagt, wenn sie „nein“ meinte. Sie lernte zunehmend ihre Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken. Diese sozialen Fähigkeiten halfen ihr, anfallende Probleme besser zu lösen. Auf diesem Weg konnte sie ihre Schüchternheit und ihre übermäßige Ängste deutlich abbauen. Da sie jetzt andere Möglichkeiten gelernt hatte, mit ihren Ängsten fertig zu werden, war ihre Magersucht zunehmend überflüssig geworden. Christina war aktiv in die Therapieplanung mit einbezogen worden. Dies hatte zur Verbesserung ihrer Therapiemotivation beigetragen.

Jede Krise birgt in sich auch eine Chance für eine Veränderung. In dieser Krise in der Behandlung von Christina konnte eine kreative Lösung gefunden werden, die den Weg für einen erfolgreichen Abschluß der Behandlung eröffnete. Die Patientin konnte ihr Vertrauen in das therapeutische Team wieder finden und erfuhr, daß ihre eigenen Wünsche und Entschlüsse respektiert wurden. Während der Krise erkannte Christina, daß ihre Magersucht eine Sackgasse darstellte. Nach Lösung der akuten Krise war sie für Verhaltensänderungen offen, die sie schließlich von ihrer Krankheit befreiten und in ein gesundes Leben zurückführten. Verlaufsuntersuchungen nach drei und sieben Jahren zeigten, daß Christina ihre berufliche Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hatte und ihre Magersucht Vergangenheit war. Bei einer Nachuntersuchung sieben Jahre nach Klinikentlassung zeigte sich, daß sie verheiratet war und zwei Kinder hatte.

Bei Beginn einer Therapie oder bei Auftreten einer Krise ist die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung, wie der Fall Christina zeigt, von sehr großer Bedeutung. Man kann die Lösung des akuten Konfliktes im Fall Christina u. a. als eine Erweiterung des Bezugsrahmens (Reframing) verstehen. In einem engen Bezugsrahmen gab es nur die Möglichkeit einer Entlassung oder einer Unterbringung gegen ihren Willen. In einem erweiterten Bezugsrahmen wurde der Gesamtkontext, Ergebnisse der Verhaltensanalyse und die Psychopathologie der Magersucht berücksichtigt. Christinas entschlossene Aussage („Ich will entlassen werden!“) wurde ernstgenommen, aber nicht übergeneralisiert. Das Vorliegen einer Ambivalenz gegenüber der Behandlung ist bei Magersüchtigen eher die Regel als die Ausnahme, es sei denn, sie haben schon eine konstruktive Therapie gemacht. Da die Erkrankung für den Patienten kurzfristig auch positive Aspekte hat, ist es nicht einfach, die Symptome der Magersucht aufzugeben, zumal wenn Ängste übermächtig sind. Nicht selten werden Magersüchtige von genervten Angehörigen zur Therapie gebracht. Es ist wichtig, den hilflosen Angehörigen Perspektiven zu eröffnen. Allerdings muß der Therapeut bei Eßgestörten im Jugendalter (oder jungen Erwachsenenalter) aufpassen, daß sie ihn nicht als Koalitionspartner des Angehörigen, sondern als psychologischen Anwalt und Vertrauten der Patientin sehen. In einer Motivationsphase muß die Motivation bei der Patientin oft erst aufgebaut werden. Aus Erfahrung kann berichtet werden, daß es viele kreative Wege gibt, einen Machtkampf mit Magersüchtigen zu vermeiden. Wenn eine gute Vertrauensbasis zwischen Patientin und Therapeut hergestellt ist, sollte dies dann auch therapeutisch genutzt werden, um die intrinsische Motivation der Patientin zu aktivieren und sie zu ermuntern, Neuland zu begehen. Dann wird es möglich, eine durch die Magersucht bestehende Einschränkung der emotionalen und sozialen Entwicklung zu lösen und die Entfaltungsmöglichkeiten der Patientin zu verbessern.

2 Interventionsprinzipien: Aufbau von Therapiemotivationen

In den folgenden fünf Punkten sind in allgemeinerer Form Möglichkeiten aufgeführt, ambivalente, unzureichend motivierte Patientinnen therapeutisch weiterzubringen:

Laß der Patientin eine Wahl. Therapeuten haben üblicherweise Konzepte darüber, was eine Patientin tun oder lassen sollte und was erstrebenswerte Therapieziele wären. Es ist nicht sinnvoll, diese Konzepte und Ziele der Patientin aufzudrängen oder aufzuzwingen. Wie wir alle ziehen es auch mager-süchtige und bulimische Patientinnen vor, über alternative Möglichkeiten informiert zu werden und dann Entscheidungen selbst treffen zu können.

Informationsvermittlung. Versorge die Patientin mit relevanten Informationen und laß sie einen ersten kleinen Schritt selbständig vollziehen. Dieser kleine Schritt muß so dosiert sein, daß er für die Patientin auch zu schaffen ist. Wenn Angehörige eine jugendliche oder erwachsene Patientin anmelden, erscheint es nicht besonders klug, über den Kopf der Patientin hinweg einen Termin zu vereinbaren. Bei einer ängstlichen, tief in der Magersucht steckenden Patientin kann es ausreichen, wenn sie einige schriftlich vorgegebene Fragen bearbeitet und angibt, daß sie selbst eine Therapie in der angegebenen Einrichtung will und dies unterschreibt. Dies soll ihr erster kleiner Schritt sein. In Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychologie besteht bisweilen die Tendenz, Jugendliche (wie Kinder) im Rahmen der Therapie zu bevormunden. Nach unseren Erfahrungen ist es bei Jugendlichen und Eßgestörten sinnvoll, sie in ihrem Erleben, ihrer Meinung und ihre Ängsten in der Zeit ihrer adoleszenten Selbstfindung besonders ernst zu nehmen. Es ist kein Widerspruch dazu, auch den besorgten Angehörigen zuzuhören und festgefahrene Situationen oder Machtkämpfe zwischen Patientinnen und Angehörigen durch geschickte Interventionen abzubauen. Jugendliche Patientinnen bedürfen auch Anleitung und können mit sehr komplexen Entscheidungsvorgaben überfordert sein.

Paradoxe Interventionen. In seinem Buch „Anleitung zum Unglücklich sein“ gibt Watzlawik einige hervorragende Beispiele für paradoxe Interventionen. Diese sollten in der Regel in einem Gesamtkontext der Therapie gut geplant eingesetzt werden und können dann tote Strecken überwinden helfen und Bewegung in die Therapie bringen. Manche Patientinnen gehen von Therapeut zu Therapeut, machen eine Therapiegruppe nach der anderen und verstehen es, in theatralischer Darstellung andere zumindest kurzfristig in dem Bann ihres „traurigen Schicksals“ zu ziehen. Sie beklagen, daß ihnen nichts gelänge und alles schiefginge. Der jetzige Therapeut sei „ihre letzte Chance“, doch vermutlich werde auch die neubegonnene Therapie wieder nicht helfen. Seit Beginn der Therapie seien wieder vermehrt Heißhungerattacken aufgetreten. Wer wirklich verzweifelt ist bedarf des Trostes, doch wer wiederkehrende Platten auflegt, die zu nichts führen, ist durch tröstende Reaktionen nicht zu erreichen. Hier kann es sinnvoll sein, wenn der Therapeut (anstelle der Patientin)

die mutmaßlich schlimmsten Befürchtungen der Patientin ausspricht. Dies führt dann meistens bewußt oder unbewußt auf seiten der Patientin zu einem schnellen Rollenwechsel. Oft antwortet sie dann, daß sie in der Tat diese Gedanken hatte, erstaunt sei, daß der Therapeut dies wisse, daß sie aber meine, diese Gedanken unter Kontrolle zu haben und sie doch genügend Kraft und Energie fühle, aus der Erkrankung herauszukommen. Paradoxe Interventionen können die gesunden Anteile in der Patientin durch dosierte Provokationen zum Leben erwecken. Eine weitere Variante des Umganges mit einer therapieunzufriedenen Patientin ist es, das Therapieziel in dosierter provokativer Weise umzuformulieren. Statt „Heilung“ könnte auch die Perfektionierung der bestehenden bulimischen Verhaltensweisen als Therapieziel formuliert werden. Dies würde nicht Abbau, sondern Ausbau der Eßstörung beinhalten, so daß sie emotionale Reaktionen ihrer Angehörigen und Freunde noch direkter oder unmittelbarer erwirken kann. Es gibt in der Tat Menschen, die dies seit vielen Jahren „erfolgreich“ praktizieren, und „man kann lange mit der Erkrankung leben und bei entsprechender Expertise in der Erkrankung auch alt damit werden“. Dieses läßt sich bildhaft oder mit Beispielen noch plastischer und drastischer vermitteln. Die dosierten Übertreibungen rufen bei der Patientin kognitive und emotionale Gegenreaktionen hervor, die in der Regel ihre gesunden Anteile ansprechen.

Im Verlauf der Therapie von Anke, einer 18jährigen Magersüchtigen, stagnierte die Therapie. Sie machte Lippenbekenntnisse zu ihrer Motivation und Änderungsbereitschaft, tat effektiv aber nichts: Das Einhalten von drei festen Mahlzeiten am Tag war aufgrund irgendwelcher Ausreden nicht möglich, und es fand sich keine Zeit für das Ausfüllen von Eßprotokollen. Ihr sehr niedriges Gewicht war seit längerem während der Therapie bei 35 Kilogramm stehen geblieben. Dennoch war in den zurückliegenden Therapiesitzungen ein verständnisvolles Klima und eine, für die gegenwärtige Phase, ausreichende Vertrauensbasis entstanden, so daß der Therapeut sich entschloß, die Technik der Zeitprojektion zu nutzen: „Sie sind jetzt seit 6 $\frac{1}{2}$ Jahren magersüchtig. Nachdem die Vergangenheit der beste Prädiktor für die Zukunft ist, ist anzunehmen, daß dies auch weiterhin so bleiben würde. Stellen Sie sich vor, wie es Ihnen geht, wo Sie leben und was Sie tun, wenn sie sechzig Jahre alt sind. Vermutlich sind Sie immer noch magersüchtig und haben ein niedriges, aber nicht lebensbedrohliches Untergewicht.“ Dann wurden die Vorteile hervorgehoben, welche sie als weiterhin Magersüchtige haben würde (Vermeidung der Risiken von persönlichen oder sexuellen Beziehungen, einschließlich der Gefahr, in Beziehungen seelisch verletzt zu werden; Vermeidung von Streß durch das Entfallen einer dauerhaften beruflichen Tätigkeit etc.). „Natürlich beinhaltet das Festhalten an der Magersucht auch, daß Sie ein eingeschränktes Leben ohne Partner haben, ohne Sexualität, ohne Kinder und höchstwahrscheinlich in finanzieller Abhängigkeit von Angehörigen oder dem Sozialamt. Auf der anderen Seite gibt es eindeutige Vorteile, wenn Sie Ihren anorektischen Lebensstil beibehalten: die Sicherheit, keine schwereren Risiken eingehen zu müssen.“ Diese zeitlich gut abgestimmten paradoxen Interventionen provozierten die gesunden

Anteile der Patientin. Anke reagierte auf diese Intervention so, daß sie es dem Therapeuten mit Taten beweisen wollte, daß es in der Tat so schlimm um sie nicht bestellt war.

Unterstützende Umgebung und Aufbau von Vertrauen. Wie in dem Fall Christina brauchen anorektische und bulimische Patientinnen Hilfe und Unterstützung, selbst wenn sie den Anschein erwecken, sie würden jede Hilfe ablehnen. Im dem Fall Christina konnte eine sehr schwerwiegende Krise erfolgreich genutzt werden, um das in Frage gestellte Vertrauen erneut aufzubauen, ein neues Bündnis zu machen und auf dieser Basis eine konstruktive neue Therapiephase einzuleiten. Eine vertrauensvolle Beziehung, ein gutes therapeutisches Bündnis erleichtert die weitere Therapie erheblich, zum Beispiel bei der Einführung eines Kontrakts zur Gewichtszunahme bei Magersüchtigen. Ein gutes therapeutisches Bündnis, positive Verstärkungen und Fortschritte in kleinen Schritten aktiv zu machen, die Vermittlung sozialer Fertigkeiten und die Eröffnung von konkreteren Zukunftsperspektiven tragen dazu bei, die Ängste einer Patientin vor einer Gewichtszunahme zu reduzieren.

Mit der Patientin in Verbindung bleiben. Patientinnen mit erhöhten Risiken sollte der Therapeut auch im weiteren Verlauf (manchmal reicht ein Telefonanruf oder ein weiter entfernter Nachsorgetermin) im Auge behalten. Für die weitere Prognose ist nicht so bedeutsam, ob Rückfälle auftreten, sondern ob und wie diese Rückfälle mit oder ohne therapeutische Hilfe bewältigt werden. Wichtig ist, daß die Patientin „dran bleibt“ (und wenn erforderlich, der Therapeut ebenfalls). Traudl hatte eine Magersucht, die nach multiplen Rückfällen langfristig schließlich einen positiven Verlauf nahm. Im Alter von 17 Jahren traten erste Symptome einer bulimischen Anorexia nervosa auf. Als sie in unsere Behandlung kam, war sie 24, lebte bei ihren Eltern und arbeitete als Kindergärtnerin in einem Kindergarten. Dort hatten sich Rivalitätskonflikte entwickelt und sie war unfähig, sich ausreichend zu artikulieren, um ihre Wünsche und Bedürfnisse einzubringen. Sie mußte im Verlauf insgesamt vier Mal in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden, die ersten drei Male allein durch Angehörige und den Hausarzt veranlaßt. Wenngleich eine positive therapeutische Beziehung zu bestehen schien, blieb sie über längere Zeit der Behandlung gegenüber ambivalent. Den alltäglichen Konflikten ausgesetzt, wurde sie schnell wieder rückfällig. Mit jeder stationären Behandlung, die gut aufeinander aufbauten, besserten sich Traudls soziale Fertigkeiten und ihr Selbstbewußtsein. Bei einer Nachuntersuchung acht Jahre nach Therapieende war sie verheiratet, hatte zwei Kinder und war nach eigenen Auskünften so gut wie frei von ihrer früheren bulimischen Magersucht.

Während einige Magersüchtige mit etwas therapeutischer Unterstützung an Gewicht zunehmen, gibt es andere, die sich dabei sehr schwer tun (vgl. den Fall Christina). Sehr hilfreich ist hier ein verhaltenstherapeutischer Kontrakt, der zwischen Patient und Therapeut „auszuhandeln“ ist. Der Therapeut sollte unbedingt vermeiden, dies zum „Powerplay“ zwischen Patient und Therapeut werden zu lassen. Auch in der „vernagelsten“ Magersüchtigen sind gesunde

Anteile zu finden, wenn man sie genügend sucht und fördert. Diese gilt es zu verstärken und die Patientin beim Kampf gegen die Krankheit in ihr zu unterstützen. Es ist wichtig, den Kontrakt so zu besprechen und zu gestalten, daß die Patientin ihn klar akzeptiert. Es lohnt sich, mögliche Verstärker genau abzuklären. Diese können von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein und müssen nach der Spezifika eines betreffenden Falls ausgerichtet sein. Ein Kontrakt der Verstärker „einsetzt“, die letztlich keine großen Anreize für die Patientin beinhalten, sind ineffektiv und verlängern nur ihr Leiden. Es ist ein Anfängerfehler, derartige Gewichtskontrakte zu mild und nachsichtig zu gestalten. Die Verstärker müssen genügend Anreiz haben, die Patientin zu motivieren, um die in kleine Etappenziele zerlegten Therapieziele zu erreichen. Zu beachten ist auch das Timing bei Gewichtskontrakten: Patientinnen mit extrem ausgeprägten Ängsten, sehr großem Mangel an Selbstwertgefühl und einem allesdurchdringenden Gefühl eigener Unzulänglichkeit (im Sinne von Hilde Bruch) benötigen parallel zur Gewichtszunahme Hilfen für den Abbau ihrer Ängste und Unsicherheiten. Konzeptuell bestehen Ähnlichkeiten zwischen einer Expositionsbehandlung bei Patienten mit einer Angsterkrankung und der Konfrontation einer Magersüchtigen mit Gewichtszunahme. Bereits 1980 hatte Crisp die Magersucht im Sinne einer Gewichtsphobie beschrieben.

3 Störungsbild und Differentialdiagnostik: Der Fall Gloria

Gloria war im Alter von 17 Jahren an einer Bulimia nervosa erkrankt. Mit 22 Jahren kam sie erstmals in eine stationäre Therapie. Die Initiativen dazu waren überwiegend von ihren Eltern ausgegangen und Gloria fügte sich. Zu einem ambulanten Vorgespräch kam sie recht widerstrebend. Sie kleidete sich wie ein Model und sah – entsprechend geschminkt – wie das blühende Leben und nicht wie eine schwer psychisch Kranke aus. Auf der Stuhlkante sitzend vermied sie im Gespräch jeglichen Blickkontakt mit dem Therapeuten, während die Eltern ihre Sorgen über Gloria darlegten. Sie hatte meist mehrmals täglich Heißhungeranfälle und vertilgte dann große Mengen von Essen innerhalb von 10 bis 30 Minuten. In einem typischen Heißhungeranfall stopfte sie fünf Stück Kuchen, ein halbes Pfund Käse, große Mengen Eiskrem, Würstchen sowie Schokolade in sich hinein. Als Studentin noch im Haushalt ihrer Eltern wohnend führte dies zu Streitigkeiten, wenn nichts im Kühlschrank sicher vor ihr war und sie auch den anderen das Essen wegaß. Die Eltern fragten den Therapeuten, ob sie in der Erziehung vielleicht etwas falsch gemacht hatten. Sie fuhren – ohne eine Antwort abzuwarten – fort, daß ihr Familienleben doch immer so harmonisch gewesen sei und das sie Glorias Eßstörung gar nicht verstehen könnten. Niemals habe es zuvor Streit in der Familie gegeben. Möglicherweise hänge es mit dem Einfluß von George, dem Freund von Gloria, zusammen. Gloria war während des Erstgespräches die ganze Zeit ruhig und wirkte wie abwesend, während ihre Eltern über sie sprachen. Anschließend

alleine im Gespräch mit dem Therapeuten sprach Gloria etwas offener über ihre Eßstörung. „Es fällt mir schwer, über die Heißhungeranfälle zu sprechen, da sie für mich etwas sehr Persönliches und Intimes sind und ich sie deshalb auch heimlich mache und mich deshalb schäme. Drei Jahre lang wußte niemand anders über meine Eßstörung Bescheid. Vor sechs Monaten brach ich die Beziehung zu George, meinem Freund, ab. Ich hatte Angst, daß er mich abscheulich und ungeeignet finden würde, wenn er über meine Heißhungeranfälle und Erbrechen erfahren würde. Ich wollte niemanden in meiner Wohnung in der Nähe der Universität sehen, denn es machte mich nervös, wenn ich Heißhungeranfälle hatte und diese nicht wahrnehmen konnte, wenn jemand um mich herum war. Manchmal fühlte ich mich so angewidert über mein Eßverhalten, daß ich mich entschlossen hatte, mit den Heißhungeranfällen aufzuhören. Ein paar Tage lang habe ich dann nur einen halben Becher Yoghurt am Tag gegessen. Mein Hunger wurde zeitweise so unkontrollierbar stark, daß ich schließlich noch mehr Heißhungeranfälle hatte.“

Gloria hatte große Ängste davor, dick zu werden, und erbrach deshalb nach jedem Heißhungeranfall, indem sie ihren Finger in den Hals steckte. Danach fühlte sie sich erschöpft und schlief meist ein. In den letzten Monaten hatte sie sich von fast all ihren Bekannten und Freunden isoliert. Sie mied Besuche bei ihren Eltern, da sie an ihr wegen ihrer Eßstörung herumnörgelten. Bei Vorlesungen und Seminaren im Studium hatte sie große Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Sie konnte sich nicht vorstellen, daß sie jemals ihre Examen bestehen würde. Ihre Gedanken waren auf ihr Körpergewicht, ihre Figur und Essen eingeengt. Sie hatte Angst, die Kontrolle über ihr Eßverhalten ganz zu verlieren und fettständig zu werden. Im Studium fühlte sie sich als Versager. Auch konnte sie sich nicht vorstellen, jemals eine gute Haus- oder Ehefrau zu werden oder im Beruf zu bestehen. Sie konnte sich nicht vorstellen, daß irgend jemand sie „wirklich“ mögen oder lieben könnte, wo sie doch diese ekelhafte Eßstörung habe. Wenn ihre Gedanken nicht ums Thema Essen und Figur kreisten, hatte sie selbsterniedrigende Gedanken, die die Realitäten negativ verzerrten. Bei Beginn der Therapie stützte sie der Therapeut und sprach ihr Mut zu und bestärkte ihre Änderungsbereitschaft, da wo sie sichtbar wurde. Der Therapeut betonte, daß sie aus der Eßstörung herauskommen könne, daß dies aber nur gelingen würde, wenn sie selbst aktiv mitarbeitet und bereit ist, in ihrem Leben Veränderungen vorzunehmen. Gloria erhielt detaillierte Informationen über die Erkrankung, mögliche medizinische Folgen und die Schwerpunkte der Therapie wurden ihr so transparent wie möglich gemacht. Auf Anregung des Therapeuten listete Gloria auf der linken Seite eines Blattes alle Gründe für eine Beendigung der Eßstörung, auf der rechten Seiten alle Gründe für eine Beibehaltung der Eßstörung auf.

Körperliche Untersuchung. Körperliche oder andere physische Erkrankungen als Ursache der Heißhungerattacken wurden ausgeschlossen. Glorias Gewicht betrug 55,1 kg bei einer Körpergröße von 1,64 cm. Dies entspricht einem „Body-Mass-Index“ (BMI) von 20.5

$$\frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}{(\text{Körpergröße in Metern})^2} = \text{BMI}$$

Sie lag so gewichtsmäßig im unteren Normbereich. Am rechten Handrücken hatte sie eine Narbe vom häufigen Aufbiß des Oberkiefers beim selbstinduzierten Erbrechen – ein Zeichen, das bei krankheitsverleugnenden Patientinnen auf die Fährte der richtigen Diagnose führen kann. Sie hatte kariöse Zähne und vor den Ohren beidseits waren Schwellungen der Speicheldrüsen zu tasten, die ihr Gesicht geringfügig entstellten. Gelegentlich hatte sie ein schmerzhaftes Brennen im Magen und der Speiseröhre – alles Folgesymptome des Erbrechens. Ein chronisch erniedrigter Kaliumblutspiegel kann folgenreich sein und zu irreversiblen Nierenschädigungen und Herzrhythmusstörungen führen. Informationen über medizinische Folgen von Heißhungerattacken und Erbrechen sollten jeder Patientin bekannt sein. Das Wissen darum kann mit dazu beitragen, den Entschluß zu fassen, wirklich etwas tun zu wollen und das eigene Leben zu verändern.

Psychologische Untersuchung. Es bestanden Heißhungerattacken mit Verschlingen größerer Mengen von Essen in einem relativ kurzen Zeitraum, verbunden mit einem Gefühl des Verlustes der Kontrolle über das Essen. Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, erbrach die Patientin nach den Heißhungerattacken; außerdem nahm sie häufig Abführmittel, machte immer wiederholt strikte Diäten, fastete gelegentlich und versuchte durch übermäßige körperliche Betätigung weitere Kalorien zu verbrennen. Ihre Gedanken kreisten um Essen, Figur und Gewicht und sie zählte jede Kalorie, die sie zu sich nahm. Sie erfüllte damit die Kriterien für Bulimia nervosa (siehe Tab. 1). Darüber hinaus hatte sie – relativ häufig bei Bulimia nervosa zu beobachten – depressive Stimmungsschwankungen. Ihr niedrigstes Körpergewicht hatte sie zwei Jahre zuvor; damals war auch für mehrere Monate die Regelblutungen ausgeblieben, so daß sie für den damaligen Zeitpunkt auch die Diagnose einer Anorexia nervosa (Bulimic Type) erfüllte. Im Verlauf der Eßstörung war es zu beträchtlichen Gewichtsschwankungen gekommen; ein deutliches Übergewicht war bisher nicht aufgetreten.

Familienanamnese. Es zeigte sich, daß ihre Mutter – nach Geburt des Bruders der Patientin – eine depressive Episode hatte; diese wurde eine zeitlang erfolgreich mit einem Antidepressivum behandelt. Ihre Großmutter hatte Selbstmord begangen, doch war näheres dazu nicht zu erfahren.

4 Erklärungsansätze: Am Beispiel des Falles Gloria

Abbildung 1 stellt die wesentlichen ätiologisch-bedeutsamen Faktoren dar, die in ein Teufelskreis bulimischer Symptome führen können. Eine nähere Betrachtung dieser ätiologischen Faktoren zeigte bei Gloria folgendes:

Biologische Faktoren. Die Familienanamnese deutete auf eine möglicherweise erhöhte biologische Vulnerabilität für affektive Erkrankungen und emotionale Labilität hin. Gloria selbst hatte ebenfalls depressive Symptome, die als Folge ihrer bulimischen Eßstörung (Scham- und Schuldgefühle über diese Symptome) oder als Ausdruck für disponierende biologische Faktoren gesehen werden können (Fichter & Nögel, 1990; Kendler et al., 1991).

Psychologische Vulnerabilität. Glorias Kindheit und Jugend war „auffällig unauffällig“. Sie versuchte stets, den Erwartungen ihrer Eltern und Lehrer gerecht zu werden, und war in der Schule bemüht, stets gute Leistung zu erbringen. Glorias Vater war ein erfolgreicher Handwerker mit eigenem Betrieb, der sich sehnlichst wünschte, er hätte an der Universität studiert. Er war musisch interessiert und konnte bisweilen locker und ausgelassen sein. Glorias Mutter war vom strengeren Wesen. Als Glorias Bruder geboren wurde, hatte sie ihr Medizinstudium abgebrochen und bedauerte es seitdem nur „Hausfrau“ zu sein. Glorias Intelligenz und ihre Talente wurden von ihren Eltern gefördert. Diese Förderung war allerdings verbunden mit entsprechenden Erwartungen und guten Leistungen. Ihr Vater sah in ihr eine talentierte Künstlerin und war sehr dafür, daß sie Kunst studieren sollte. Dagegen war es der Wunsch der Mutter, daß Gloria – anders als sie selbst – ein Medizinstudium abschließen und in diesem Beruf Erfolg haben sollte. Dies war eine konfliktreiche Delegation durch unterschiedliche Wünsche beider Elternteile, die in ihr das selbst nicht erreichte und offensichtlich stellvertretend nachholen wollten. Gloria hatte sich bisher nie damit auseinandergesetzt, was sie selbst wirklich wollte und was ihre Wünsche und Bedürfnisse waren. Gloria fühlte sich in ihrer Studium- und Berufswahl verunsichert und unter großem Druck, da sie weder Vater noch Mutter enttäuschen wollte und ihrerseits Angst hatte, ein Studium überhaupt zu schaffen. Besonders wichtig war ihr die Zuwendung und Aufmerksamkeit ihres Vaters, der aber sehr in seinem Beruf aufging und wenig Zeit für sie aufbrachte. Ein Grund für ihre Entscheidung, Kunst zu studieren, war der Wunsch, damit Zuwendung und Aufmerksamkeit von seiten des Vaters zu bekommen. Gloria stand in einem unausgesprochenen Spannungsfeld zwischen Vater und Mutter; beide versuchten, ohne daß darüber je gesprochen wurde, die Tochter in die Richtung zu drängen, die jeder für sich für richtig hielt. In der Familie bestand eine Fassade der Pseudoharmonie. Konflikte wurden nie direkt angesprochen. Wenn Gloria etwas tat, was ihrem Vater nicht zusagte, schwieg er tagelang, manchmal wochenlang. Zuwendung ihrer Eltern erhielt sie durch Leistung, Gehorsam und Überanpassung an die Erwartungen anderer (Eltern, Nachbarn etc.). Im Laufe ihrer Entwicklung wurde Gloria zunehmend abhängig von externer Verstärkung und konnte ein Vertrauen in ihren eigenen Fähigkeiten kaum entwickeln.

Umweltbedingte Stressoren. Durch die unterschiedlichen Vorstellungen ihrer Eltern über ihre berufliche Zukunft befand sich Gloria in einem für sie nicht lösbaren Konflikt. Da sie Kunstgeschichte studierte, hatte sie Schuldgefühle gegenüber der Mutter. Die Kurse im Studium fand sie langweilig. Im Studium hatte sie George, ein anderen Studenten in ihrem Semester, kennengelernt.

Dieser wurde, weil er halb griechischer Abstammung war, von den Eltern abgelehnt, was sie in einen weiteren Konflikt brachte. In der Beziehung zu George machte sie alles, was sie meinte, was man von ihr erwarten würde – im Studium, bei Ausflügen, im Bett. Eigene Wünsche und Bedürfnisse konnte sie selbst in die Beziehung nicht einbringen, teils weil sie sie selbst nicht kannte, teils weil sie Angst hatte, George könnte ihr dies verübeln. Da sie so wenig von sich in die Beziehung einbrachte, war George in der Beziehung schließlich gelangweilt und ließ sich mit einer anderen Frau ein, was Gloria tief verletzte. Sie machte den Fehler mit niemand darüber zu sprechen; bei den Eltern hatte sie Angst, sie würden sagen, daß er ohnehin nicht der richtige Partner für sie sei.

Soziokulturelle Faktoren. Gloria lebte in einem Land in dem Schlankeheit besonders für junge Frauen als sehr wichtig angesehen wurde, und viele ihrer Freundinnen hatten zeitweise gefastet oder Diäten, um schlanker zu werden, gemacht. Auch Glorias Mutter machte hin und wieder Diäten und seit dem plötzlichen Tod ihres Bruders, auch ihr Vater. Der Druck des Schlankeheitsideals ist für Mädchen und junge Frauen in unserer Gesellschaft nahezu ubiquitär vorhanden und beeinflußt die Erziehung (Barbie Puppe als Spielzeug), die Entwicklung in der Schule (Dicke werden gehänselt), das Jugendalter (Dicke tun sich schwer beim anderen Geschlecht) bis in das Erwachsenenalter hinein. Durch Diäten erreicht auch Gloria eine superschlanke Figur, was ihr half, ihre Selbstwertprobleme zu mildern. Für schlankes Aussehen fand sie Anerkennung. Heißhungerattacken waren ein Preis für das Leben mit suboptimalem Gewicht; durch Erbrechen hatte sie dies jedoch anfangs im Griff bis sie merkte, daß sie sich alleine aus der Krankheit nicht mehr befreien konnte. Darüber hinaus halfen die Heißhungeranfälle ihre emotionale Balance bei Konflikten und Problemen wiederzufinden. Analog zur Wirkung eines Beruhigungsmittels oder von Alkohol fühlte sie, wie sich eine weiche Decke über hochgekommene Probleme und Konflikte legte, wodurch diese kurzfristig erträglicher wurden. Damit wurde es überflüssig, Probleme und Konflikte wahrzunehmen und zu verstehen und gezielte Lösungen zu suchen. Es war viel einfacher, sich den Heißhungerattacken zurückzuziehen. Das Erbrechen hatte lediglich die Funktion zu verhindern, daß es durch die Heißhungerattacken zu einer Gewichtszunahme kam, die es unbedingt zu vermeiden galt. Aus denselben Gründen nahm sie Abführmittel, was dafür allerdings recht ineffektiv war. Abbildung 2 gibt ein Beispiel einer funktionellen Analyse für eine konkrete Situation von Gloria. Das Schema der Betrachtung von Auslösern (Antecedants = A), Verhalten (Behavior = B), Konsequenzen (Consequences = C) wird auch das **ABC-Schema** genannt. Verhaltensanalyse ist ein kontinuierlicher, den gesamten Verlauf der Diagnostik und Therapie durchziehender Prozeß.

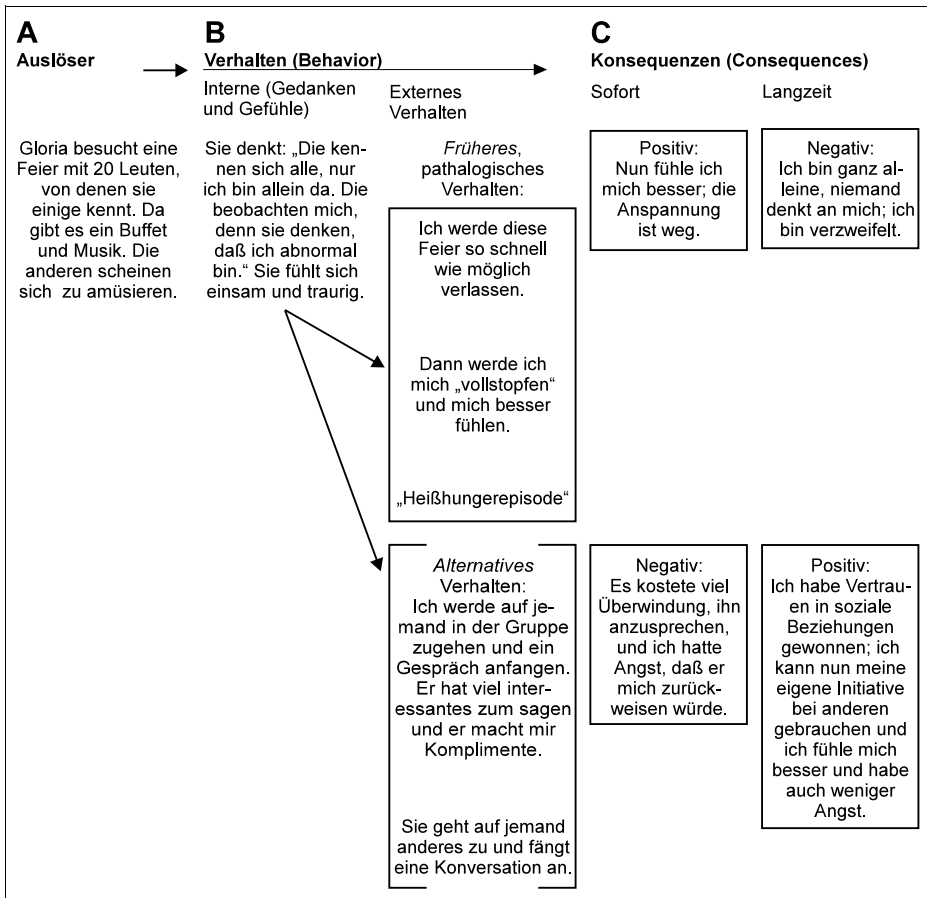


Abbildung 2:
 Funktionelle Analyse der Auslöser und Konsequenzen der Nahrungszufuhr („ABC des Verhaltens“)

5 Interventionsprinzipien: Der Fall Gloria

Im folgenden Teil wird näheres zur Therapie unter Berücksichtigung der verhaltensanalytischen Basis beschrieben (vgl. auch Fichter, 1990; 1995). Tabelle 2 gibt einen Überblick über relevante Bereiche, Therapieziele und Therapieformen für Patientinnen mit einer bulimischen Eßstörung und bei bulimischen Störungen mit Untergewicht (Anorexia nervosa) oder Übergewicht (Adipositas mit Hyperphagie), „Binge Eating Disorder“ (BED) nach DSM-IV (Appendix). Die Behandlung von Hyperphagie mit Übergewicht (BED) würde in Ergänzung zu Tabelle 1 noch einen Zusatz für die Behandlung des Gewichtsaspektes erfordern.

Tabelle 2:
Zielbereiche und therapeutische Interventionen bei bulimischen Eßstörungen

Spezifisches Gebiet	Behandlungsziele	Therapeutische Interventionen
EBverhalten – Heißhungerattacken – Erbrechen – Fasten/Diät	– Zunahme (Erhöhung) der Kenntnis in bezug auf die Konsequenzen von Essenspathologie etc. – Regelmäßige tägliche Mahlzeiten – Ein Verständnis für die Assoziation zwischen Auslöser („Streß“), eigenem Verhalten (Heißhunger-/Erbrechen) und den Konsequenzen (kurzzeitige Erleichterung, gefolgt von langfristigen negativen Konsequenzen)	– Ernährungsberatung – Mindestens drei regelmäßige Mahlzeiten pro Tag, weder Diät noch Fasten – Funktionelle Analyse und Verhaltensverträge
Biologische Disposition für affektive Erkrankung	– Stabilisierung des emotionalen Gleichgewichtes	– Antidepressive Medikamente, wenn indiziert
Defizite bei interozeptiver und emotionaler Wahrnehmung	– Wahrnehmung eigener Körpersignale fördern	– Trainieren der Interozeption (Sättigung, Hunger, Schmerz) und Wahrnehmung von eigenen Emotionen (Zorn, Haß, Freude, ...)
Soziale Fähigkeiten und Durchsetzungsvermögen	– Erhöhung der sozialen Fähigkeiten und Durchsetzungsvermögen – Steigerung der angemessenen emotionalen Ausdruckskraft und Kompetenz für das Lösen der Probleme	– Trainieren von sozialen Fähigkeiten in Rollenspielsitzungen – Trainieren von Kommunikationsfähigkeiten – Gemeinschaftliche Verhaltenstherapie der Ehepaare
Depressive Gedanken	– Ändern von dysfunktionalen, irrationalen Gedanken, Glauben	– Kognitive Verhaltenstherapie, Reframing
Positive, lohnende Bereiche im Leben	– Erhöhung der positiven Verstärkungen und Werte – Erhöhung der Freizeitaktivitäten	– Verstärkungsprogramm, um die Häufigkeit von angenehmen Aktivitäten zu erhöhen – Verhaltensaktivitätsprogramm
Chronische Belastung im sozialen Umfeld und unwirksames Zusammenspiel	– Herbeiführung von Änderungen im sozialen Umfeld und in der Kommunikation	– Gemeinschaftliche Ehetherapie – Verhaltenstherapie in der Familie
Passivität und Mangel bei der Übernahme von Verantwortung und unangemessenes Vertrauen in eigene Fähigkeiten	– Aktivierung der eigenen Initiativen und Verantwortung	– Aktive Teilnahme in Selbsthilfegruppen – Selbstüberwachung
Angst vor einem Rückfall	– Rückfallprophylaxe	– Vorwegnahme der Probleme – Aussetzen der relevanten Stressoren – Planen von weiteren Behandlungen und Teilnahme in Selbsthilfegruppen – Umgang mit Medikamenten

Eßverhalten. Gloria war eine Expertin im Kalorienzählen, verstand jedoch wenig über gesunde Ernährung. In der Therapie wurde ihr vermittelt,

- mindestens drei feste Hauptmahlzeiten und ggf. zwei Zwischenmahlzeiten einzunehmen;
- sich genügend Kohlehydrate zuzuführen;
- sich nicht einseitig zu ernähren (z. B. nur Mohrrüben);
- in entspannter Atmosphäre zu essen und möglichst in Gesellschaft mit anderen;
- das Essen gut und in Ruhe zu kauen und es weder in Eile herunterzuschlingen oder nach Essen von Spatzenportionen im Teller herumzustochern.
- Sogenannte selbst-, „verbotene“ Nahrungsmittel, in ihrem Fall Kartoffel und Knödel, sollte Gloria wieder in ihrem Essensplan einführen.

Das Führen eines Eßprotokolls gab ihr einerseits eine Struktur und Übersicht über ihr Eßverhalten und darüber hinaus Hinweise für mögliche funktionale Beziehungen zwischen Auslösesituationen und pathologischem Eßverhalten (siehe Tab. 2). Wenn Gloria künftig Auslösesituationen frühzeitig erkannte und ihre Gefühle dabei wahrnahm, konnte sie konstruktive, gezielte Lösungen erlernen. Am Anfang der Therapie, nachdem der Therapeut in einer Therapie-stunde nicht nach dem Eßprotokoll nachgefragt hatte, hörte sie auf, dies weiterzuführen. Auch brachte sie es nicht fertig, drei Hauptmahlzeiten am Tag zu sich zu nehmen – das Frühstück ließ sie meist ausfallen. Daraufhin wurde ein schriftlicher, von Gloria und Therapeut unterschriebener Kontrakt gemacht, der ihr die Bedeutung dieser Struktur vermittelte und ihr mehr konkreten Anhalt bot, die therapeutischen Hilfen anzunehmen.

Biologische Disposition für affektive Erkrankungen. Familienepidemiologische Untersuchungen zeigen eine überzufällige Häufung von affektiven Erkrankungen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa. Gloria selbst hatte depressive Verstimmungen, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen. Diese Symptome können als Folge der Eßstörung gesehen werden, könnten aber auch eine Disposition für andere affektive Erkrankungen darstellen. Die deutliche Häufung affektiver Erkrankungen in Glorias Familie läßt eine gewisse biologische Disposition für affektive Erkrankungen bei Gloria annehmen. Sie wurde eine zeitlang mit Imipramin, ein trizyklisches Antidepressivum, bei dem sie einige Nebenwirkungen hatte und schließlich mit einem Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) behandelt. Eine ganze Reihe von Studien belegt einen statistisch signifikanten positiven Effekt verschiedener antidepressiver Medikamente auf die Abnahme der Heißhungerattacken und des Erbrechens (Hudson & Pope, 1990; Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992). Die Wirkung dieser Medikamente bei Bulimia nervosa ist in den meisten Fällen nicht besonders massiv, doch können sie besonders beim Bestehen einer Zusatzindikation wie im Fall von Gloria im Kontext der Gesamttherapie sehr hilfreich sein.

Behandlung der Wahrnehmungsdefizite. Obwohl sie sehr schlank war und dem Barbie-Puppen-Ideal sehr nahe kam, lehnte Gloria ihren Körper ab. Sie fand ihre Schenkel zu dick und ihre Proportionen abscheulich. Ihre Selbstachtung war dahin, wenn sie geringfügig an Gewicht zugenommen hatte. Wie die meisten anorektischen und bulimischen Patientinnen nahm sie Körpersignale (Sättigung) und ihre eigenen Emotionen kaum mehr wahr. Verschiedene Vorgehensweisen wurden gewählt, um Glorias Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern:

- a) Sie wurde geschult auf Körpersignale und ihre eigenen Emotionen mehr zu achten. Wenn Situationen auftraten, die üblicherweise Körperwahrnehmungen oder Emotionen auslösen, wurde sie gefragt, was sie spürt und fühlt. Sie lernte „in ihr Inneres zu hören“.
- b) In ihrem Ernährungstagebuch hielt sie auch fest, wie sie sich nach bestimmten Auslösesituationen fühlte und was in ihrem Körper vorging. Beispielsweise hatte die Mutter am Telefon im Nebensatz erwähnt, daß sie sich mit der Nachbarin über Glorias Eßstörung unterhalten habe. Gloria sah darin einen Vertrauensbruch, denn ihre Eßstörung betrachtete sie als etwas sehr Persönliches und Intimes und bisher hatte sie darüber außer mit Eltern und Therapeuten mit niemandem gesprochen. Am Anfang der Therapie hätte sie ihren Ärger heruntergeschluckt. In der Therapie lernte sie, die mit derartigen Situationen einhergehenden Gefühle, wie zum Beispiel Ärger oder Wut, wahrzunehmen und in konstruktiver Weise zu lösen (z. B. der Mutter im klaren Ton und dezidiert sagen, daß ...). Dies leitet über zum nächsten Thema.

Training sozialer Fertigkeiten. Was würde Gloria helfen, Wut, Ärger, Zorn und andere Emotionen wieder wahrzunehmen, ohne sie in sozial angemessener Weise ausdrücken zu können. Auch wenn es unermesslich viele verschiedene Probleme und Konfliktsituationen gibt, so gibt es doch mehrere Dinge, die immer wiederkehren, für die es gut ist, passende aber variable Reaktionsmuster innerlich bereitstehen zu haben. Bei der Angst, einen Fremden anzusprechen, hilft es, dies einfach zu tun und zu erleben, daß es möglich ist und man dabei Fragen zum Beispiel nach Uhrzeit oder Ort beantwortet bekommt. Ein weiterer Bereich ist es, sich von anderen Menschen ausreichend abzugrenzen und bei Angeboten oder Verpflichtungen, die man nicht annehmen will, „nein“ zu sagen. Wie wir in der Fahrstunde durch konkretes Üben Autofahren lernen, so können wir lernen, auf andere zuzugehen, sich andere auf Distanz zu halten und „nein“ zu sagen, wo man „nein“ meint. Dies kann im realen Leben geübt werden oder im sogenannten Rollenspiel, zugeschnitten auf die Bedürfnisse einer Patientin, geprobt werden. Rollenspiel beinhaltet, daß bestimmte Situationen – analog zu Drehaufnahmen in einem Film – konkret durchgespielt werden, als wär es in echt. Auf diese Weise lernte Gloria Gefühle wie Ärger, Wut und Zorn nicht nur wahrzunehmen, sondern sie anderen gegenüber anfangs etwas unbeholfen oder überschießend und schließlich auf annehmbare Weise auszudrücken. Der kompetente und geschickte Einsatz von Kommunikationsfertigkeiten hat nichts damit zu tun, dem anderen „eins draufzugeben“. Vielmehr ermöglicht es etwas sehr Wichtiges für die zwischenmenschliche

Kommunikation: gegenseitiges Verständnis. In einer Rollenspielsitzung übernahm der Therapeut die Rolle des Vaters. Gloria hatte die Aufgabe ihm mitzuteilen, wie es ihr damit ging, daß er kurz vorher und ohne Grund einen lange zugesagten gemeinsamen Einkaufsbummel absagte. Gloria war an diesem Punkt übersensibel; der Vater hatte über die Jahre wenig Zeit für sie, war ungeduldig und schenkte ihr nicht das Maß an Zuwendung, das sie sich gewünscht hätte. Über die Jahre war sie darüber sehr enttäuscht und betrübt und zu dem Entschluß gekommen, daß ihr Vater sie nicht akzeptiere, daß er sie ablehne. Dennoch versuchte sie immer wieder, seine Aufmerksamkeit zu erhalten, um sich dann wieder enttäuscht zurückzuziehen, wenn er ihren (nie ausgesprochenen) Erwartungen nicht entsprach. Sie lernte am konkreten Beispiel (Vater sagt Einkaufsbummel ab) ihm mitzuteilen, daß sie sehr enttäuscht war, daß er es so plötzlich und ohne Grund abgesagt hatte und daß sie sich von ihm hängen gelassen fühlte. Sie lernte auszudrücken, daß gerade seine Zuwendung (weil er ihr Vater war) besonders wichtig für sie war. Sie sagte ihm, daß sie verunsichert über seine Gefühle ihr gegenüber war. Nachdem verschiedene Variationen der Situation im Rollenspiel gespielt worden waren, wurde angeregt, daß Gloria eine Gelegenheit – die sich bald ergab – nutzen sollte, um derartige Gefühle ihrem Vater direkt mitzuteilen. Sie war überrascht, daß ihr Vater sich nicht barsch von ihr abwandte, als sie die Angelegenheit offen und direkt angesprochen hatte. Aufgrund ihrer Offenheit verhielt auch der Vater sich offener. Er nahm sie in den Arm und gab ihr das Gefühl, daß er sich um sie sorgte. Gloria lernte in anderen Situationen „nein“ zu sagen, wenn sie „nein“ meinte. Sie lernte ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht nur besser kennen, sondern konnte sie zunehmend auch in angemessener Weise zum Ausdruck bringen.

Depressive Gedanken. Wie viele bulimische Patientinnen hatte auch Gloria irrationale Gedanken („Niemand mag mich wirklich!“) und Werthaltungen („Alles was ich anfasse, wird sowieso nichts!“). Sie hatte ein ausgeprägtes dichotomes Denken, nach dem „Alles oder Nichts-Prinzip“. Wenn sie eine Prüfung nicht mit sehr gut machte, sah sie sich als Versagerin. Sie tendierte zu Übergeneralisationen: „Ich bin nicht fähig, eine Partnerschaft mit einem Mann (George) zu erhalten – ich werde niemals eine gute Partnerin sein!“ Aufgrund dieses schlechten Selbstwertgefühls bezog sie auch neutrale Ereignisse in negativer Seite auf sich (vgl. Abb. 2). „Die Leute auf der Partie schauen mich an, sie denken und reden sicherlich gerade schlecht über mich!“

Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie sind:

- Die Identifizierung von irrationalen Gedanken und Werthaltungen,
- die Suche nach alternativen Strategien und
- die Erarbeitung einer neuen realistischen Basis (rationale Gedanken und Werthaltungen).

Sowohl im Gespräch als auch im Leben werden alte irrationale Gedanken und dysfunktionale grundlegende Werthaltungen in Frage gestellt (demontiert) und neue zeitgemäßere für die Lebenssituation der Patientin erarbeitet.

Das soziale Umfeld. Es trifft nicht zu, daß in allen Fällen von Magersucht oder Bulimia nervosa die Eltern „Schuld“ daran tragen, daß die Erkrankung aufgetreten ist. In einigen Familien allerdings spielen gestörte Werthaltungen und Beziehungsmuster in der Familie eine zentrale Rolle für Krankheitsentstehung und den weiteren Verlauf. Das gleiche gilt für die Rolle des Partners. Bei der Behandlung von Gloria wurden drei therapeutische Sitzungen zusammen mit beiden Eltern durchgeführt. Mit dem Therapeuten als Katalysator konnte Gloria leichter über Dinge sprechen, die sie bisher „heruntergeschluckt“ hatte. Am Anfang dominierte in Familiengesprächen der Vater sehr die Kommunikation. Er sprach in sehr rationaler Art. Beide Eltern meinten in der Familie sei doch alles bisher so harmonisch und positiv gewesen, wenn nur Glorias Heißhungerattacken nicht wären; die hätten alles durcheinandergebracht. Am Anfang war es für die Eltern nicht ganz leicht, sich auf eine Reihe von Auseinandersetzungen einzulassen. Doch Gloria hatte nun soziale Fertigkeiten erlernt und konnte ihre Betroffenheit und ihre Gefühle zum Ausdruck bringen, ohne daß dies von den Eltern als Vorwurf empfunden wurde. Da viele Eltern bei Vorwürfen sehr empfindlich reagieren, kann in einer therapeutischen Sitzung möglicherweise das Gegenteil von Offenheit erreicht werden. Deshalb ist es hilfreich, wenn der Therapeut das Gespräch so steuert, daß sich Patientin und Angehörige selbst öffnen und nicht jeder versucht, den anderen zu „knacken“. Es macht einen großen Unterschied, ob man sagt „ich fühle mich unter Druck“ oder „ihr setzt mich unter Druck“. Gloria hatte gelernt zu sagen, was sie fühlte und konnte offener über ihre eigenen Ziele, Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse sprechen. Gloria gab im Hinblick auf die Berufsausbildung zu verstehen, wie stark sie bisher versucht hatte, die mutmaßlichen Erwartungen ihrer Eltern zu erfüllen, konnte eigene konkrete Gedanken zu ihrer beruflichen Zukunft sagen und es wurde vereinbart, daß es das Beste wäre, Gloria die erforderliche Zeit zu geben, bis sie selbst ihre Berufswahl getroffen habe.

Vorbeugung hinsichtlich künftiger Rückfälle. Gegen Therapieende zeigte Gloria normales Eßverhalten ohne Heißhungeranfälle und Erbrechen. Zwei Wochen vor Therapieende hatte sie einen kleinen Rückfall und sie dachte, jetzt wäre die ganze Therapie vergebens gewesen. Die Zeit kurz vor Therapieende ist üblicherweise eine kritische Zeit, da die Trennung vom Therapeuten ansteht und der Alltag mehr oder weniger konkret antizipiert wird. Es ist hilfreich, die üblichen Rückfallkonzepte, die die Patienten haben, zu verändern, denn jeder Rückfall ist auch eine Chance dazuzulernen und es das nächste Mal besser zu machen. Ein Rückfall ist ein Warnsignal, das ernstgenommen werden sollte, das aber mit entsprechendem Einsatz und wenn erforderlich, mit entsprechender Hilfe bewältigt werden kann. Auch die Setzung realistischer Ziele ist wichtig, um den Rückfall nicht unnötig vorzuprogrammieren. Es ist hilfreich, konkrete voraussehbare Situationen und Themen zu antizipieren und in der Therapie vorzubearbeiten. Es ist hilfreich, wenn der Patient noch während der Therapie einen Krisenplan entwirft, der im Fall einer Krise greifen kann (An wen kann ich mich wenden, wenn ...? Was kann ich selbst

konstruktiv tun, wenn ...?). Auch hilft es, einen festen Nachuntersuchungstermin, auch wenn er in relativ weiter Ferne liegt (wenn vertretbar), auszumachen; dieser Termin fungiert als Anker für den Patienten („Bis dahin halte ich noch durch; der Therapeut wird mich dann fragen, wie ich ...“).

6 Resümee

Eßgestörte sind meist ehrliche Menschen. Wenn es allerdings um das Thema Essen, Nahrung und Gewicht geht, täuschen sie andere (und bisweilen sich selbst) nicht selten. Was tun, wenn der Therapeut ein- oder mehrfach belogen oder getäuscht wurde und sich dies nach einiger Zeit der Therapie herausstellt. Lügen sind unvereinbar mit einer positiven therapeutischen Beziehung, die auf Vertrauen gegründet ist. Auch hier gilt: Jede Krise ist auch eine Chance. Wenn eine Täuschung offenbar wird, kann eine therapeutische Beziehung auf eine ehrlichere Basis gestellt werden und die Selbstverantwortung der Patientin gestärkt werden. Die Situationen erfordern Reaktionen und Konsequenzen durch den Therapeuten, nicht jedoch Überreaktionen.

Sich nicht auf Machtkämpfe mit Magersüchtigen einlassen. Magersüchtige haben einen sehr starken Willen. In der Therapie gilt es, diesen konstruktiv und nicht destruktiv für die Therapie einzusetzen. Wenn der Therapeut, ohne die entsprechende Bereitschaft für einen Patienten aufzubauen, undifferenziert den Patienten unter Druck setzt, Gewicht zuzunehmen, können sich Machtkämpfe entfalten. Diesen mag kurzfristig der Therapeut sogar bei entsprechendem massiven Druck „gewinnen“ („die Patientin ißt sich aus der Klinik heraus“); langfristig wird es dann meist eine Niederlage für alle Beteiligten, da es die Patientin künftig vermeiden wird, therapeutische Hilfen aufzusuchen. Im Fall Christina wäre eine Machtkampfsituation entstanden, wenn sie gegen ihren Willen per gerichtlichem Beschluß in eine andere Abteilung zum „Auf-füttern“ verlegt worden wäre; dies konnte durch die Interventionen vermieden werden. Wenn ein Machtkampf in der Therapie voll im Gange ist, ist etwas schiefgelaufen. Der Therapeut braucht dann Supervision. Eine Möglichkeit zur Umgehung eines Machtkampfes liegt darin, die Patientin selbst zu projizieren: Sie hat gesunde Anteile, und da ist die Magersucht; in der Therapie geht es darum, daß sie ihre gesunden Anteile aktiviert, um mit der Magersucht fertig zu werden.

Umgang mit „Therapeutenkillern“. Manche Patientinnen haben mehr Psychotherapieerfahrung als ihr Therapeut und setzen diesen Erfahrungsvorsprung und ihre Intelligenz ein, den Therapeuten aufs Glatteis zu führen. Dies geschieht besonders dann, wenn die Patientin nicht dazu gebracht werden kann, wirkliche Veränderungen im Verhalten und Einstellung zuzulassen. Komplimente wie zum Beispiel „Sie sind meine letzte Hoffnung“ eröffnen dieses Spiel. Später wandeln diese Komplimente sich in verborgene Kritik („Therapeut A hätte dies anders gemacht“). Die Patientin verunsichert den Therapeu-

ten, führt vom Therapeuten angeregte Übungen nicht durch und untergräbt mit ihren Hinterfragungen die Basis der Therapie. In solchen Situationen kann Klarheit und Offenheit des Therapeuten „entwaffnend“ für den Patienten sein. Wenn der Therapeut einer Patientin gegenüber seine therapeutische Hilflosigkeit mitteilt, muß dies seine therapeutische Kompetenz keineswegs untergraben – im Gegenteil. Vorausgesetzt der Therapeut hat ein Konzept, wird eine offene Konfrontation klärend wirken können. Es gibt viele Wege, um zu einem bestimmten Ziel zu kommen. Allerdings muß zwischen Patientin und Therapeut eine Einigkeit erarbeitet werden, was das Ziel sein soll. Wenn die Patientin beteuert, dieses Ziel wirklich von innen heraus selbst zu wollen, kann der Therapeut sie auffordern, ihr Engagement auch in konkreten Taten zu zeigen.

Umgang mit selbstdestruktivem Verhalten. Das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten, von verdeckten oder offenen Selbstmorddrohungen und „acting out“ in der Therapie (Alkoholmißbrauch, disziplinarische Probleme) sind kritische Situationen in der Therapie. Klare Strukturen, Klarheit im Umgang mit Konsequenzen (ohne Überzureagieren) und Erfahrung (ggf. durch Supervision ergänzt) sind hier hilfreich. Im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie können die Probleme offen besprochen werden. Der Gruppe wird dann in der Regel eine lenkende und regulierende Funktion zufallen. Kontrakte, die klar und deutlich die Konsequenzen festlegen und den Therapeuten in seiner Möglichkeit nicht einengen, aus dem Kontext heraus entscheiden zu können, sind sehr hilfreich. Sinnlos sind Kontrakte, die als Konsequenz für bestimmte Vorkommnisse die Beendigung der Therapie androhen; eine schwer suizidale Patientin kann man nicht einfach auf die Straße setzen, auch wenn sie gegen die Hausordnung verstoßen hat.

Umgang mit übermäßiger Passivität. Eßstörungen treten üblicherweise bei heranwachsenden oder jungen Erwachsenen auf. Die Patientinnen sind in einer Lebensphase, in der sie nach mehr Autonomie und Unabhängigkeit suchen, andererseits aber Ängste vor mehr Verantwortung und den Risiken eigener falscher Entscheidungen haben. Ein zuviel an externer Kontrolle (z. B. Eltern oder durch Therapeut) verhindert die Entwicklung und Entfaltung einer Patientin. Deshalb ist es wichtig, den Aufbau von mehr Selbstverantwortung und Selbstkontrolle als ein Ziel in der Therapie aufzunehmen. Auch hier gilt es, den goldenen Mittelweg zu finden. Ein zuviel an externer Kontrolle verhindert eine Autonomieentwicklung, ein zuwenig an externer Kontrolle kann Ängste und Verunsicherung auslösen. Das Ausmaß der Verantwortungsübernahme durch eine Patientin muß auch altersangemessen sein. Bei einem Kind wird man anders verfahren als bei einem jungen Erwachsenen.

Was tun, wenn die Therapie festgefahren ist, in der Sackgasse steckt? Der Fall Christina ist ein Beispiel für das Finden von Wegen aus einer auf den ersten Blick unlösbar erscheinenden Problemsituation. In diesem Fall konnte eine Krise erfolgreich genutzt werden, um die Therapiebasis zu verbessern. Stagnation in der Therapie fordert den Therapeuten auf, in konstruktiver Weise

Bewegung in die Therapie zu bringen. Die Einbeziehung von Angehörigen, die Konfrontation der Patientin mit der Stagnation, einlegen einer Therapiepause, wenn verantwortlich, sind einige von vielen Möglichkeiten, neue Bewegung in eine Therapie zu bringen.

Anhand von Fallbeispielen wurden wichtige Aspekte des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens für die Behandlung von Patientinnen mit Mager-sucht bzw. Bulimia nervosa dargestellt. Auch wenn die Symptomatik der Eßstörungen relativ uniform ist, ist jeder „Fall“ anders und es gibt kein Kochrezept. Dies macht die Therapie von Eßstörungen für aufgeschlossene Therapeuten besonders reizvoll, da sie dem Therapeuten in seiner Kreativität und Vielseitigkeit fordert. Die meisten Therapieevaluationsstudien wurden mit verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ansätzen durchgeführt und ihre Wirksamkeit konnte nachgewiesen werden. So berichteten Fairburn et al. (1995) in einer wichtigen und interessanten empirischen Arbeit über die kurz-, mittel- und längerfristige Wirksamkeit kognitiver verhaltenstherapeutischer Verfahren bei Bulimia nervosa. Dabei wurde eine längerfristige Wirksamkeit allerdings auch für die interpersonelle Therapie (IPT) aufgezeigt. Weitere wichtige Arbeiten zur Therapie sind die von Mitchell et al. (1990), Mitchell (1991), Laessle et al. (1991) und Agras et al. (1992).

Literatur

- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Arnow, B., Schneider, J. A., Telch, Ch. F., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M. & Koran, L. M. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82–87.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Book.
- Channon, S., de Silva, P., Hemsley, D. & Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioral and behavioral treatment of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 27, 529–535.
- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fairburn, Ch. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A. & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 721–729.
- Fichter, M. M. (1995). Inpatient treatment of anorexia nervosa. In K. D. Brownell & Ch. G. Fairburn (Eds.), *Comprehensive textbook of eating disorders and obesity*. New York: Guilford Press.
- Fichter, M. M. (Ed.) (1990). *Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy*. Chichester: Wiley.
- Fichter, M. M. & Nögel R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 255–263.
- Fichter, M. M. & Pirke, K. M. (1986). Effects of experimental and pathological weight loss upon the Hypothalamo-Pituitary-Adrenal-Axis. *Psychoneuroendocrinology*, 11, 295–304.

- Fichter, M.M. & Warschburger, P. (2000). Eßstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (561–585). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139–147.
- Hudson, J.I. & Pope, H.G. (1990). Psychopharmacological treatment of bulimia. In M.M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy*. Chichester: Wiley.
- Kendler, K.S., MacLean, Ch., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1627–1637.
- Laessle, R.G., Beumont, P.J.V., Butow, P., Lennerts, W., O'Connor, M., Pirke, K.M., Touyz, S.W. & Waadt, S. (1991). A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 250–261.
- Mitchell, J.E. (1991). A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 23–31.
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. & Zimmermann, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149–157.
- Theander, S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a swedish long-term study. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 493–508.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.