

Eßstörungen

Rose Shaw, Winfried Rief und Manfred M. Fichter

1 Theoretische Grundlagen

1.1 Beschreibung der Störungsbilder

Das Eßverhalten kann auf dem Kontinuum “normal” bis “selbstschädigend” variieren. Die zentralen Eßstörungen sind Anorexia nervosa und Bulimia nervosa und bestimmte Formen der Adipositas (“Binge-Eating-Disorder”, “Recurrent Overeating” mit Heißhungerattacken). Letztere sind bisher diagnostisch noch unzureichend ausformuliert.

1.1.1 Anorexia nervosa

Bei Patientinnen¹ mit Anorexia nervosa steht der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust mit ausgeprägter Furcht vor einer Gewichtszunahme im Vordergrund. Die Patientinnen beschäftigen sich übermäßig mit ihrem Körpergewicht und ihrer Figur und nehmen ihren eigenen Körper als zu dick wahr. Häufig hängt das Selbstwertgefühl vollständig vom Körpergewicht ab. Infolge der Gewichtsabnahme kommt es zu einem Ausbleiben der Monatsblutung (Amenorrhoe, siehe auch Ehlert in diesem Buch).

Für die Diagnose einer Anorexia nervosa müssen nach der aktuellen Auflage des “Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Störungen” der American Psychiatric Association (DSM-IV; APA, 1994) die in Tabelle 1 aufgelisteten Kriterien erfüllt sein.

Es werden folgende Untergruppen unterschieden:

- **Restriktiver Typ:** Im Verlauf der vorliegenden Episode einer Anorexia nervosa traten keine Freßattacken oder “purging behavior” (d.h. selbst-induziertes Erbrechen, Laxantienabusus, Diuretika-einnahme o.ä.) auf.

¹ Da die Mehrzahl der Betroffenen Frauen sind, werden wir im folgenden die weibliche Sprachform verwenden. Wenn nicht anders gekennzeichnet, sind damit auch männliche Patienten gemeint.

- **Bulimischer Typ:** Im Verlauf der vorliegenden Episode einer Anorexia nervosa traten regelmäßig Freßattacken oder “purging behavior” auf.

Tabelle 1: Kriterien für die Diagnose einer Anorexia nervosa (nach DSM-IV).

Anorexia nervosa (307.1)
A. Weigerung, das Körpergewicht auf oder über einer für Alter und Größe minimalen Schwelle zu halten (Gewicht unterhalb von 85% des zu erwartenden Gewichtes).
B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, obwohl Untergewicht besteht.
C. Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Gewichtes oder der Figur; das Selbstwertgefühl wird übermäßig durch Körpergewicht oder Figur bestimmt; oder die Ernsthaftigkeit des bestehenden Untergewichtes wird geleugnet.
D. Amenorrhoe bei Frauen nach Eintreten der Menarche, das heißt, Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.

1.1.2 Bulimia nervosa

Hauptmerkmal der Bulimia nervosa ist das wiederholte Auftreten von Heißhungerattacken, gefolgt von unangemessenen gegenregulierenden Maßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme wie selbst herbeigeführtes Erbrechen oder Laxantieneinnahme. Die Heißhungerattacken, bei denen die Betroffenen innerhalb kurzer Zeit sehr große Nahrungsmengen zu sich nehmen (bis zu 9000kcal; Wöll, Fichter, Pirke & Wolfram, 1989), sind begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlustes. Die in Tabelle 2 aufgelisteten Kriterien müssen nach dem DSM-IV für die Diagnose einer Bulimia nervosa erfüllt sein.

Es werden zwei Untergruppen unterschieden:

- **“Purging type”:** Die betroffene Person wendet während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig selbst-herbeigeführtes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien oder Diuretika an.
- **“Non-purging type”:** Während der aktuellen Episode einer Bulimia nervosa wendet die betroffene Person unangemessene gegenregulierende Verhaltensweisen an wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung, sie zeigt jedoch kein regelmäßiges Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien oder Diuretika.

Anders als in den früheren Kriterien nach DSM-III-R wird also die Diagnose einer Bulimia nervosa dann ausgeschlossen, wenn die Patientin auch die Kriterien für eine Anorexia nervosa erfüllt (hierarchische Diagnostik). Mehr als die Hälfte der Patientinnen mit Anorexie hat ebenfalls Heißhungerattacken (Fair-

burn, 1988). Bulimia kommt häufig zusammen mit anderen impulsiven Verhaltensweisen wie Drogen- und Alkoholmißbrauch, impulsives Stehlen und Selbstverletzungstendenzen vor (Fichter, Quadflieg & Rief, 1994).

Tabelle 2: Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (nach DSM-IV).

<p>Bulimia nervosa (307.51)</p> <p>A. Wiederholte Episoden von Heißhungerattacken. Eine Heißhungerattacke ist charakterisiert durch folgende Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Innerhalb relativ kurzer Zeit (max. 2 Stunden) wird eine Nahrungsmenge aufgenommen, die weit größer ist, als was die meisten Menschen verzehren würden; ● Während der Heißhungerattacke tritt ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen ein (z.B. das Gefühl, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können oder die Menge oder Art der aufgenommenen Nahrung nicht beeinflussen zu können).
<p>B. Wiederholte unangemessene Magnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie zum Beispiel selbst herbeigeführtes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderer Medikamente; Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.</p>
<p>C. Die Heißhungeranfälle und die unangemessenen gegenregulierenden Verhaltensweisen treten im Durchschnitt mindestens 2 mal wöchentlich über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.</p>
<p>D. Das Selbstwertgefühl wird übermäßig durch das Körpergewicht und die Figur bestimmt.</p>
<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia nervosa auf.</p>

1.1.3 Binge-Eating-Disorder

Die letzte Auflage des DSM (DSM-IV; APA, 1994) bietet darüber hinaus die Möglichkeit, unter der Rubrik der "Nicht näher bezeichneten Eßstörung" Störungsbilder zu kodieren, die nicht die vollständigen Kriterien einer spezifischen Eßstörung erfüllen. Hierzu zählt auch das Störungsbild der "Binge-Eating-Disorder", über das bisher noch relativ wenig bekannt ist. Die Kriterien (Research Criteria des DSM-IV) der "Binge-Eating-Disorder" sind als vorläufig zu betrachten und bedürfen weiterer Erforschung; sie entsprechen hinsichtlich der Heißhungeranfälle weitgehend den Kriterien von Bulimia nervosa. Die Heißhungerattacken werden von einem starken Gefühl des Unwohlseins begleitet und sind weiterhin gekennzeichnet durch:

- Sehr viel schnellere Nahrungsaufnahme als bei anderen Menschen,
- Essen bis zum Auftreten eines unangenehmen Völlegefühls,
- Essen größerer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl und

- die Patientin ißt alleine, aus Scham oder Ekel vor sich selbst oder aufgrund von Depressionen oder Schuldgefühlen.

Im Unterschied zur Bulimia nervosa fehlen bei der “Binge-Eating-Disorder” nach DSM-IV (Research Criteria) jedoch gegenregulierende Maßnahmen wie Erbrechen oder Einnahme von Laxantien oder anderen Medikamenten zur Verhinderung einer Gewichtszunahme. Die meisten der Patientinnen mit diesem Störungsbild sind daher übergewichtig.

1.1.4 Eßstörung mit Adipositas

Adipositas zeichnet sich durch eine übermäßige Vergrößerung der Fettzellen aus (Hypertrophie), bei extremer Adipositas findet sich auch eine Vermehrung der Anzahl von Fettzellen (Hyperplasie). Unter Verwendung des “Body Mass Index” (BMI: Körpergewicht in kg dividiert durch das Quadrat der in Meter gemessenen Körpergröße) spricht man dann von Adipositas, wenn der BMI > 30 ist (Bray, 1978).

Der Begriff “Adipositas” sagt noch nichts über die Ätiologie der Störung aus. Im DSM-IV erscheint die Adipositas als diagnostische Kategorie überhaupt nicht. In der 10. Revision des Diagnoseschlüssels psychischer Störungen der WHO (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) wird eine Untergruppe von Adipositas aufgeführt: “Eßattacken bei anderen psychischen Störungen”. Dies bedeutet, daß in der ICD-10, Kapitel V (Psychische Störungen) nur eine Untergruppe adipöser Patienten als psychisch krank oder gestört klassifiziert wird. Adipositas im allgemeinen soll im medizinischen Störungsteil der ICD-10 unter E66 kodiert werden (siehe auch Tuschhoff, Benecke-Timp & Vogel in diesem Buch).

Bruch (1973) nannte als gemeinsame zentrale Problembereiche bei Patientinnen mit Anorexia nervosa, bulimischen Eßstörungen und (psychogener) Adipositas:

- Körperschemastörungen,
- Störungen der proprio- und interozeptiven Wahrnehmung und
- ein alles durchdringendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit.

1.1.5 Gemeinsamkeiten

Für Beumont, Garner und Touyz (1994) ist eine Vorgeschichte von zahlreichen, auf die eine oder andere Weise fehlgeschlagenen Versuchen der Gewichtsreduktion das wesentliche verbindende Merkmal dieser Patientengruppen; bei allen findet sich restriktives Essen. Wiederholte Diäten und gezügeltes Eßverhalten stellen danach einen Risikofaktor für die Entstehung von Eß-

störungen dar. Unter restriktivem (gezügelter) Essen versteht man die willkürliche Einschränkung der Nahrungsaufnahme mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion. Entsprechend ist eine weitere Gemeinsamkeit die gedankliche Fixierung auf die Themen Gewicht und Essen (zur Adipositas siehe auch Tuschoff, Benecke-Timp & Vogel in diesem Buch).

1.2 Epidemiologie

Die Prävalenz von Anorexia nervosa bei jungen Frauen zwischen 15 und 30 Jahren wird auf circa 0,5-1% geschätzt. Männer erkranken sehr viel seltener als Frauen (Geschlechterverhältnis ca. 12:1; Nielsen, 1990). Das mittlere Alter bei Beginn liegt bei 16 Jahren, für Jungen etwas früher (Nielsen, 1990). Für die Bulimia nervosa liegen die Schätzungen bei 1-3% aller Frauen zwischen 15 und 30 Jahren. Auch hier findet sich ein deutlicher Geschlechterunterschied mit einem Geschlechterverhältnis von circa 10:1 (APA, 1994). Das Alter bei Beginn liegt etwas höher als bei der Anorexia nervosa. Eine Reihe von Studien sprechen dafür, daß beide Störungsbilder in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen haben (Pyle, Halvorson, Neuman & Mitchell, 1986; Willi & Grossman, 1983).

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa finden sich weitaus häufiger in westlichen Industriegesellschaften. Für die "Binge-Eating-Disorder" liegen noch keine verlässlichen Schätzungen zur Häufigkeit in der Bevölkerung nach festgelegten Kriterien vor; erste Befunde deuten darauf hin, daß in der Allgemeinbevölkerung zwischen 2 % und 5 %, unter den behandlingssuchenden Übergewichtigen circa 30% unter Freßattacken leiden (Spitzer et al., 1993). Auch hier scheint eine Häufung bei Frauen vorzuliegen, allerdings ist der Geschlechterunterschied bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei der Anorexia oder Bulimia nervosa (Spitzer et al., 1992). Bei der Adipositas scheint ebenfalls eine zunehmende Verbreitung vorzuliegen. Nach einer Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (1984) in den Jahren 1982/1983 sind bereits 17% aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig, ihr Körpergewicht liegt 15 % über dem empfohlenen Normalgewicht. In den USA liegt der Anteil der mehr als 20% über dem Referenzgewicht wiegenden Personen bei 25 % (Brownell & Mahlen O'Neill, 1993). Ein besonders hoher Anteil an Übergewichtigen findet sich - anders als bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa - in sozial benachteiligten Schichten (vgl. z.B. Pudiel, 1982; Logue, 1995).

1.3 Ätiologie

Die ätiologischen Faktoren bei Eßstörungen sind bis heute nicht eindeutig geklärt, vermutlich handelt es sich um multifaktoriell bedingte Störungsbilder. Bei Überlegungen bezüglich der Ätiologie von Eßstörungen müssen insbesondere zwei Auffälligkeiten berücksichtigt werden: Einerseits die Tatsache, daß diese Störungen fast ausschließlich bei Frauen auftreten, andererseits die deutliche Zunahme seit Ende der 70er Jahre, was auf den starken Einfluß soziokultureller Faktoren hindeutet. Es scheint somit ein deutlicher Zusammenhang zu bestehen zwischen dem kulturell vermittelten, insbesondere in westlichen Industrienationen vorherrschenden Schlankheitsideal und dem Auftreten von Eßstörungen. Verschiedene Untersuchungen haben ferner gezeigt, daß Diätverhalten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einhergeht, eine Eßstörung zu entwickeln (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990; Polivy & Herman, 1993). Ein restriktiver Eßstil (gezügelt es Verhalten) ist sowohl unter Frauen als auch unter Männern weit verbreitet; allerdings entwickelt die Mehrzahl trotz dieser Rahmenbedingungen keine Eßstörung, so daß andere Überlegungen zur Ätiologie hinzugezogen werden müssen.

Neben individuellen Faktoren (z.B. traumatische Erlebnisse oder chronische Belastungen) werden insbesondere biologische Faktoren diskutiert. Erhöhte Konkordanzraten hinsichtlich Eßstörungen bei monozygoten im Vergleich mit dizygoten Zwillingen (Crisp, Hall & Holland, 1985; Fichter & Nögel, 1990) sowie ein gehäuftes Vorkommen affektiver Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades von Patientinnen mit Eßstörungen, lassen auf eine biologische Mitverursachung, möglicherweise im Sinne einer erhöhten genetisch-biologischen Vulnerabilität, schließen.

2 Therapie

2.1 Somatische Therapie

Besteht bei einer Patientin mit **Anorexia nervosa** ein lebensbedrohliches Untergewicht, so muß vor dem Einsatz anderer Behandlungsstrategien eine schrittweise Anhebung des Körpergewichtes, wenn nötig unter Einsatz von Sondenernährung, erfolgen. Die Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen ist bei einer ausgeprägt kachektischen (ausgezehrten) Patientin durch die sekundären Folgen des Hungers, wie kognitive Einengung und allgemeine Verminderung der psychologischen Ansprechbarkeit, nur sehr begrenzt möglich. Pharmakologische Behandlungsversuche der Anorexia nervosa zeigten bisher wenig Erfolg;

weder Antidepressiva noch Neuroleptika oder andere Psychopharmaka erwiesen sich als wirkungsvoll (Fichter, 1993). Sinnvoll kann eine medikamentöse Behandlung von anorektischen Patientinnen dann sein, wenn eine Komorbidität, zum Beispiel mit einer depressiven Erkrankung, vorliegt oder bei schwerwiegenden medizinischen Folgeschäden der Eßstörung.

Im Gegensatz dazu zeigen die meisten kontrollierten Therapiestudien zur pharmakologischen Behandlung von **Bulimia nervosa**, daß der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva bei diesen Patientinnen sowohl die depressive Symptomatik als auch das gestörte Eßverhalten positiv verändern kann (Hudson & Pope, 1989). Auch für Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wurde eine statistisch bedeutsame Verbesserung aufgezeigt. Eine Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie scheint die Effektivität noch zu erhöhen (Agras et al., 1992). Ein Vorteil der medikamentösen Behandlung besteht darin, daß sie bereits nach relativ kurzer Behandlungsdauer wirksam wird; in den meisten kontrollierten Studien zeigten sich die positiven Effekte bereits nach sechs bis acht Wochen. Auf der anderen Seite konnten bisher kaum langfristige Erfolge nachgewiesen werden; ein weiteres Problem können die unerwünschten Nebeneffekte von Antidepressiva sein.

Bei **extremer Adipositas** wird von einigen Autoren die Durchführung chirurgischer Maßnahmen zur Reduktion von Körperfett empfohlen; nach Schätzungen von Kral (1992) behalten 50% der so behandelten Adipösen noch fünf Jahre nach dem Eingriff eine deutliche Reduktion des Körpergewichtes bei. Diskutiert wird auch eine medikamentöse Behandlung; in einer Studie von Weintraub (1992) konnte die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung mit d-Fenfluramin und Phentermin gegenüber Placebo gezeigt werden (vgl. auch Tuschhoff & Benecke-Timp in diesem Buch). Die Behandlungserfolge (durchschnittlicher Gewichtsverlust von 14,3kg) konnten über die Dauer der Verabreichung der Medikation gehalten werden. Sobald das Medikament jedoch abgesetzt wurde, nahmen alle Patienten das verlorene Gewicht wieder zu. Eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung der Adipositas müßte demnach in einer kontinuierlichen Medikamenteneinnahme bestehen.

2.2 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Verfahren sind heute ein wichtiger Bestandteil der meisten Behandlungsprogramme für Eßstörungen. Die Behandlung der Adipositas war tatsächlich eines der ersten Gebiete überhaupt, auf die sich die Verhaltenstherapie in ihren Anfängen konzentrierte (vgl. Wilson, 1994); von den Erfahrungen auf diesem Gebiet konnte vor allem die Entwicklung von Therapieprogrammen für Bulimia nervosa profitieren. Operante Techniken wurden

auch bei der Behandlung von Anorexia nervosa, vor allem zur Gewichtssteigerung, bereits sehr früh eingesetzt.

Stand früher jedoch vor allem eine Veränderung des Gewichts und des Eßverhaltens im Vordergrund, so sind die Therapieziele und -methoden heute um einiges komplexer und umfassender geworden, wozu nicht zuletzt auch die allgemeine "kognitive Wende" mit ihrer Hinwendung zu kognitiven Therapie-techniken beigetragen hat. Zu den wichtigsten Therapiezielen bei eßgestörten Patientinnen zählen heute:

- Normalisierung des Eßverhaltens (bei Anorexia nervosa: zusätzlich eine Anhebung des Körpergewichtes),
- Aufklärung über gesunde Ernährung und Verbesserung des Ernährungszustandes (ausgewogene Ernährung),
- Verbesserung der Wahrnehmung von Körpersignalen (Hunger, Sättigung) und von Emotionen,
- Verbesserung des direkten Ausdrucks von Gefühlen,
- Veränderung dysfunktionaler Einstellungen bezüglich Gewicht und Figur,
- Stärkung des Selbstvertrauens, Training sozialer Fertigkeiten,
- Bearbeitung psychosozialer Belastungen und
- Rückfallprophylaxe.

3 Ein stationäres verhaltensmedizinisches Behandlungsprogramm

Geht man von der multikausalen Bedingtheit von Eßstörungen aus, so sollte ein sinnvolles Behandlungsprogramm sowohl psychologische, medizinische als auch soziale Maßnahmen in integrierter Form enthalten. Ein solches integratives Programm, das versucht, den oben genannten Therapiezielen Rechnung zu tragen, soll im folgenden vorgestellt werden.

Patientinnen mit Eßstörungen werden in der Klinik Roseneck auf Spezialstationen behandelt, wobei keine Trennung nach der jeweils vorliegenden Symptomatik (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder psychogene Adipositas) erfolgt. Das Behandlungsprogramm umfaßt verschiedene einzel- und gruppentherapeutische Angebote, die im folgenden detailliert dargestellt werden.

3.1 Eßstörungsspezifische therapeutische Interventionen

3.1.1 Diagnostik

Am Anfang der Behandlung sollte eine genaue Diagnostik im Mittelpunkt stehen. Zur Erhebung des allgemeinen psychopathologischen Status empfiehlt sich die Verwendung von Selbstbeschreibungsskalen wie der Symptom Checklist SCL-90-R (CIPS, 1986; Rief & Fichter, 1992). Darüber hinaus ist eine detaillierte Verhaltensanalyse notwendig, um die spezifische Psychopathologie zu erfassen und eine individuelle Therapieplanung vornehmen zu können. Auf der Verhaltensebene ist hier zunächst die Erfassung der Eßgewohnheiten zu nennen. Dazu gehören Informationen über:

- Gewichtsschwankungen in der Vorgeschichte,
- Perioden deutlich eingeschränkter Nahrungszufuhr,
- Nahrungszusammensetzung,
- Vorkommen und Häufigkeit von Heißhungerattacken,
- Kontrollverlust und
- Vorliegen von gegenregulatorischen Maßnahmen wie Erbrechen oder Laxantienabusus.

Bedingungen, die problematischen Verhaltensweisen (z.B. einem Eßanfall) vorausgehen beziehungsweise diese auslösen, sollten ebenso erfaßt werden, wie die kurz- und langfristigen positiven und negativen Konsequenzen dieser Verhaltensweisen. Dazu bietet sich beispielsweise die Führung eines Protokolls an, wie es weiter unten ausführlicher dargestellt wird. Das Aktivitätsmuster kann ebenfalls mit Hilfe von Verhaltensprotokollen erfaßt werden. Wichtige Angaben sind zum Beispiel Art und Häufigkeit sportlicher Betätigung und Freizeitaktivitäten. Auf der kognitiven Ebene werden unter anderem:

- Die Einstellungen der Patientin zu ihrem eigenen Körper,
- Furcht vor Essen und Gewichtszunahme,
- übermäßige Beschäftigung mit den Themen Essen und Gewicht,
- negative Selbstbewertungen und
- Attribution von Erfolgen und Fehlschlägen erfaßt.

Störungen des Körperbildes und internaler Körperempfindungen sind ebenfalls von Interesse. Ein weiterer Aspekt ist die soziale Unterstützung, auf die die Patientin zurückgreifen kann. Dazu zählen unter anderem die Verfügbarkeit von Hilfe durch wichtige Einflußpersonen, Reaktion anderer auf die Störung und frühere Behandlungsversuche. Anhand einer funktionalen Analyse des Eßverhaltens können die individuellen Therapieziele festgelegt und der Patientin erste Prinzipien des Lernens vermittelt werden.

3.1.2 Informationsvermittlung

In der Anfangsphase der Behandlung sollten auch wichtige Grundlagen der Therapie sowie theoretische Hintergründe vermittelt werden. Transparenz der Therapie ist ein wichtiges Grundprinzip, vor allem auch deswegen, weil von der Patientin eine aktive Mitarbeit an der Wiederherstellung geregelter Eßgewohnheiten erwartet wird. Ein Großteil der therapeutischen Arbeit findet nicht in den Einzel- oder Gruppensitzungen selbst statt, sondern in der Zeit zwischen den Sitzungen: "Hausaufgaben", bei denen gemeinsam erarbeitete Problemlöse-Strategien im Alltag geübt werden, sind ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Sinnvoll ist auch, den Patientinnen ein Erklärungsmodell für ihre Erkrankung an die Hand zu geben, in dem die körperlichen und psychosozialen Faktoren vermittelt werden, die zur Entstehung oder Aufrechterhaltung ihrer Störung beitragen (vgl. Waadt, Laessle & Pirke, 1992). Insbesondere für die Therapiemotivation ist es förderlich, die Patientinnen über die körperlichen Schädigungen infolge ihres Eßverhaltens aufzuklären (Elektrolytstörungen, Ödeme, Erosion des Zahnschmelzes, Menstruationsstörungen etc.), die zum größten Teil durch eine Normalisierung des Eßverhaltens reversibel sind.

3.1.3 Eßprotokoll

Die Selbstbeobachtung mit Hilfe von Protokollen ist ein zentraler Bestandteil verhaltenstherapeutischer Ansätze. Dieses Vorgehen ermöglicht den Patientinnen und Therapeuten, sich ein genaueres Bild des Eßverhaltens zu machen. Dadurch können Auslöser und Konsequenzen für das Auslassen einer Mahlzeit oder übermäßiges Essen identifiziert und so der Aufbau eines geregelten Eßverhaltens unterstützt werden. Meist zeigt sich bereits durch die Selbstbeobachtung an sich eine Veränderung des Verhaltens in Richtung des therapeutischen Ziels ("Reaktivität"), zum Beispiel eine Erhöhung oder Erniedrigung der Kalorienzufuhr.

In Abbildung 1 ist als Beispiel ein solches Eßprotokoll dargestellt, das von Patientinnen der Klinik Roseneck verwendet, in der Einzeltherapie und speziellen Eßprotokoll-Gruppen regelmäßig besprochen wird. Aus der **Uhrzeit der Nahrungsaufnahme** kann geschlossen werden, ob die Betroffene versucht, möglichst wenig zu essen, was die Gefahr einer unkontrollierten Nahrungsaufnahme erhöht (restriktiver Eßstil). Aus der **Art der Nahrung** wird ersichtlich, ob "verbotene Nahrungsmittel" vermieden werden oder die Zusammenstellung der Hauptmahlzeiten unausgewogen ist. Viele Personen mit restriktivem Eßstil tasten sich beim Essen oftmals nicht an die Sättigungsgrenze heran oder essen aufgrund anderer situativer oder emotionaler Auslöser, wie sich an der subjektiven Bewertung der Variablen "Hunger vor dem Essen" und "Sättigkeit nach dem Essen" zeigt. Schließlich können sich im Eßprotokoll **negative Kognitionen**

nach der Nahrungsaufnahme zeigen, die den Druck auf die Betroffenen erhöhen und genußvolles Essen nach Hunger und Sättigung erschweren.

Eßprotokoll		Datum: _____		Name: _____			
Uhrzeit	Situation vor dem Essen: Tätigkeit, Gefühle, Gedanken	Bedürfnisse, Lust auf?	Hunger (in%)	Was, wieviel und wie gegessen?	satt (in%)	Abführmittel, Erbrechen, Bewegung	Situation nach dem Essen: Tätigkeit, Gefühle, Gedanken?

Abbildung 1: Beispiel für ein Eßprotokoll.

3.1.4 Veränderung dysfunktionaler Kognitionen

Vielfach stellt sich durch das Führen des Eßprotokolls heraus, daß gerade negative Gedanken, beispielsweise Selbstabwertung, zu fehlangepasstem Eßverhalten wie einer Heißhungerattacke führen. Eine Veränderung des Eßverhaltens an sich ist für einen langfristigen Therapieerfolg nicht ausreichend, solange nicht die dysfunktionalen Einstellungen und Gedanken über Figur und Gewicht ebenfalls verändert werden (Fairburn, 1988). Typische kognitive Verzerrungen von eßgestörten Patientinnen sind in Tabelle 3 wiedergegeben.

Eine kognitive Umstrukturierung in Anlehnung an die kognitive Behandlung der Depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1992) beinhaltet die Identifizierung solcher dysfunktionaler Gedanken, die Überprüfung des Gedankens auf seine Berechtigung (z.B. auch durch Verhaltensexperimente) und das Ersetzen durch alternative, funktionalere Gedanken. Tieferliegende dysfunktionale Einstellungen ("Ich muß dünn sein, denn Dünnsein bedeutet Erfolg, Attraktivität und Glück!"; "Selbstkontrolle ist gut, weil es ein Zeichen von Stärke und Disziplin ist!") können aus diesen dysfunktionalen Gedanken erschlossen und auf ähnliche Weise bearbeitet werden. Ein zusätzliches Problemlösetraining kann die Patientinnen dabei unterstützen, mit alltäglichen Schwierigkeiten angemessen umzugehen, die sonst eventuell einen Heißhungeranfall provozieren könnten. Für eine ausführliche Darstellung von kognitiver Therapie bei Eßstörungen sei

an dieser Stelle auf Fairburn und Cooper (1989), Fairburn, Marcus und Wilson (1993) sowie Wilson und Pike (1993) verwiesen.

Tabelle 3: Typische kognitive Verzerrungen (Fairburn, 1989).

<p>Dichotomes Alles-oder-Nichts-Denken</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Wenn ich jetzt ein Pfund zunehme, werde ich immer weiter zunehmen!”
<p>Übergeneralisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Als ich noch Kohlenhydrate zu mir genommen habe, war ich fett; deshalb muß ich sie jetzt vermeiden, um nicht zuzunehmen.”
<p>Selektive Abstraktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ich kann mich einfach nicht beherrschen. Als ich gestern abend in einem Restaurant aß, habe ich alles aufgegessen, was mir vorgesetzt wurde, obwohl ich mir doch vorgenommen hatte, sehr zurückhaltend zu sein. Ich bin so schwach.”
<p>Personalisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Als ich gestern über die Straße ging, lachten und tuschelten zwei Leute. Sie haben bestimmt darüber geredet, wie unattraktiv ich aussehe. Ich habe nämlich drei Pfund zugenommen . . .”
<p>Katastrophisieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Wenn andere etwas über mein Gewicht sagen, kann ich das nicht ertragen.”

3.1.5 Aufbau eines geregelten Eßverhaltens

Bei allen Patientinnen mit einer Eßstörung werden zum Aufbau eines geregelten Eßverhaltens in der Anfangsphase “strukturierte Essenstage” durchgeführt, da die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt noch nicht in der Lage sind, sich an Hunger und Sättigung zu orientieren. Die Häufigkeit der Mahlzeiten, der zeitliche Abstand, die Art und Menge der verzehrten Nahrung werden genau vorgegeben, um wieder eine Vorstellung von “normaler” Nahrungsaufnahme zu vermitteln. Bei Patientinnen mit **Bulimia nervosa** steht insbesondere der Abbau von Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen oder anderen gegenregulierenden Maßnahmen im Mittelpunkt. Durch die vorgegebene Strukturierung sollen die psychophysiologischen Auslöser von Heißhungerattacken reduziert werden, um sich dann den individuellen psychosozialen Auslösern zuwenden zu können.

Viele adipöse Patientinnen sehen eine Gewichtsabnahme als ihr wichtigstes Behandlungsziel. Zahlreiche Therapiestudien haben ergeben, daß eine kurzfristige Gewichtsreduzierung mit den verschiedensten Methoden erreicht werden kann. Der entscheidende Punkt ist jedoch, daß sich das Gewicht normalerweise **nicht** auf dem erreichten niedrigeren Niveau **stabilisiert**. Spätestens nach zwei Jahren haben fast alle Patientinnen wieder ihr Ausgangsgewicht erreicht, un-

abhängig davon, wodurch eine Gewichtsabnahme erreicht wurde. Häufig wird im Langzeitverlauf sogar das Ausgangsgewicht überschritten, besonders nach den radikaleren Maßnahmen wie "Nulldiät" oder drastischem Fasten (Hautzinger, 1989; Garner & Wooley, 1991; Perri & Nezu, 1993). Deshalb muß als zentrales Ziel eine Normalisierung des Eßverhaltens und eine Veränderung der Einstellung gelten.

Entsprechend wird selbst bei ausgeprägt adipösen Patienten im Regelfall keine Reduktionsdiät angesetzt, da Reduktionsdiäten wiederum ein extern gesteuertes Eßverhalten begünstigen. Basierend auf dem "Anti-Diät-Konzept" (Orbach, 1978) wird vielmehr die Wahrnehmung interner Hunger- und Sättigungssignale als Regelgrößen der Nahrungsaufnahme gefördert. Auch Adipösen ist es erlaubt, gelegentlich hochkalorische Kost zu sich zu nehmen, um den Teufelskreis aus Verboten, Heißhungergelüsten und Verlust der Selbstkontrolle zu unterbrechen. Allerdings ist es sinnvoll, den Fettanteil in der Nahrung gering zu halten.

Der Aufbau eines geregelten Eßverhaltens wird durch Techniken der Reizkontrolle unterstützt; wirksame Strategien sind zum Beispiel:

- Essen sollte nicht mit anderen Tätigkeiten gemeinsam geschehen. So wird ein automatisches Essen unterbunden und der Genuß gefördert.
- Es sollte an einem bestimmten Platz gegessen werden.
- Die verfügbare Menge an Essen für eine Mahlzeit sollte reduziert werden.
- Die Patientin sollte nicht zu viel "problematisches" Essen im Haus haben.
- Die Patientin sollte ihre Einkäufe planen und sich an die Einkaufsliste halten.

Bei der **Anorexia nervosa** steht zunächst die Gewichtszunahme im Mittelpunkt. Bei magersüchtigen Patientinnen kann es sinnvoll sein, einen Gewichtsvertrag abzuschließen, in dem ein Zielgewicht festgelegt wird sowie die Zeit, in welcher dieses erreicht werden soll. Ein solcher Vertrag sollte jedoch eher als externe Hilfestellung verstanden werden, denn als Druckmittel seitens des Therapeuten (Böse, Greimel & Geissner, 1994). Für die Motivation der Patientin kann es förderlich sein, wenn sie selbst mittels einer graphischen Kurve die Gewichtsentwicklung im Therapieverlauf aufzeichnet. Eine Gewichtszunahme kann entweder durch Reduzierung der körperlichen Aktivität oder durch vermehrte Nahrungsaufnahme, beispielsweise durch mehrere Zwischenmahlzeiten, erfolgen. Im Sinne operanter Prinzipien sollte die Patientin für das Erreichen von Teilzielen, in diesem Fall eines bestimmten Gewichtes zu einem festgelegten Zeitpunkt, verstärkt werden. Einmal wöchentlich werden die Patientinnen gewogen. Sehr häufiges Wiegen ist kontraindiziert, weil dadurch die über

mäßige Beschäftigung mit dem Gewicht wieder in den Vordergrund gerückt wurde.

3.1.6 Gruppentisch

Auch therapeutisch begleitete Mahlzeiten mit festgelegten Regeln können den Aufbau eines geregelten Eßverhaltens fördern. Die Patientin setzt sich für die anstehende Mahlzeit bestimmte Ziele bezüglich Menge und Art der aufgenommenen Nahrung. Im Anschluß an das Essen können die Zufriedenheit der Patientin mit ihrem Verhalten, die Erreichung der gesetzten Ziele und eventuell aufgetretene Schwierigkeiten gemeinsam besprochen werden.

3.1.7 Anti-Diät-Gruppe

Ein zentraler Baustein des integrativen Konzeptes ist eine "Anti-Diät-Gruppe", an der Patientinnen mit Eßstörungen zu einem beliebigen Zeitpunkt der Therapie teilnehmen können. Es handelt sich um eine halbstrukturierte Gruppe mit zehn 90-minütigen Sitzungen.

Tabelle 4: Themen der Anti-Diät-Gruppe (Rief, Stock & Fichter, 1991).

- Einführung: Erfahrungen mit Diäten; Herstellen von Gruppenkohäsion.
- Informationsvermittlung über Essen, Hungern und Fehlernahrung.
- Theorie der Verhaltenssteuerung (S-O-R-K-C-Modell).
- Veränderungsstrategien (Reizkontrolle, Reaktionsverminderung, Identifizierung und Veränderung automatischer Gedanken und irrationaler Zielsetzungen).
- "Verbotene Nahrungsmittel": Identifizierung und Reduktion.
- Wahrnehmungsübungen zum Riechen, Schmecken und Ertasten von Nahrungsmitteln.
- Schlankheitsideale und Körperbild: Einstellungen und Einstellungsänderung.
- Positive Aspekte des aktuellen Gewichtes.
- Eßverhalten in der Familie und in der Öffentlichkeit.
- Rückfallprophylaxe.

Im Mittelpunkt der Gruppe steht nicht die Normalisierung des Gewichts, sondern eine Normalisierung des Eßverhaltens. Dementsprechend ist die Gruppe für Patientinnen mit verschiedenartigen Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und psychogene Adipositas) konzipiert. Ziele dieser Gruppe sind:

- Steuerung des Eßverhaltens durch verbesserte interozeptive Wahrnehmung von Hunger und Sättigung,
- Abbau eines restriktiven Eßverhaltens zur Verhinderung von Heißhungerattacken sowie

- Reduzierung von Gefühlen der persönlichen Ineffektivität, zwischenmenschlichem Mißtrauen und Unsicherheit.

In der **ersten Sitzung** werden den Teilnehmerinnen zunächst die Zielsetzungen der Anti-Diät-Gruppe erläutert und damit transparent gemacht. In einer Gruppendiskussion sollen gemeinsame Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit Diäten gesammelt werden: Welche Nachteile haben Diäten? Welche langfristigen Konsequenzen haben die Diäten für die Patientinnen gehabt? Thema der **zweiten Gruppensitzung** ist vor allem die Informationsvermittlung über verschiedene Aspekte des Essens wie:

- Psychische und körperliche Begleiterscheinungen von Fasten,
- Unterscheidung zwischen Appetit und Hunger sowie
- mögliche Ersatzfunktionen von Essen wie Essen zur Belohnung, Essen aus Langeweile oder Ärger oder auch als Ersatz für andere Tätigkeiten.

In der **dritten Sitzung** werden den Patientinnen verhaltenstherapeutische Grundlagen vermittelt: Nach dem S-O-R-K-C-Schema soll eine funktionale Analyse abnormen Eßverhaltens erfolgen mit Identifizieren der Auslöserbedingungen (z.B. emotionaler Druck), Reaktion (z.B. Verschlucken hochkalorischer Speisen) und Konsequenzen des Essens (Völlegefühl, Scham, Ärger über Gewichtszunahme; vgl. Fichter & Warschburger, 1995). In Abbildung 2 ist das Arbeitsblatt zu diesem Themenbereich abgebildet.

Darauf aufbauend sollen in der **vierten Stunde** Veränderungsstrategien erlernt werden, zu denen unter anderem:

- Reizkontrolle,
- Reaktionsverhinderung und Einsatz alternativer Verhaltensweisen,
- Identifizieren und Verändern dysfunktionaler Kognitionen sowie
- der angemessene Einsatz von Belohnung gehören.

Das Ziel der **fünften Sitzung** besteht darin, "verbotene Nahrungsmittel" zu identifizieren, die möglichen Folgen (z.B. Erhöhung des Risikos für Eßanfälle; Essen mit schlechtem Gewissen statt Genuß) dieser dichotomen Sichtweise deutlich zu machen und die Anzahl "verbotener" Lebensmittel zu reduzieren. Bei einem gemeinsamen Einkauf soll jede Patientin ein besonders begehrtes, aber "verbotenes" Nahrungsmittel kaufen und in die **nächste Gruppenstunde** mitnehmen. Dort wird dieses Nahrungsmittel dazu verwendet, die Wahrnehmungsfähigkeit zu verbessern, indem alle seine Eigenschaften (Aussehen, Oberfläche, Geruch etc.) vor dem Essen selbst intensiv wahrgenommen werden sollen.

Identifizieren Sie das Problem

Im Folgenden geht es darum, die Faktoren wahrzunehmen, die für Sie problematisches Verhalten (z.B. Freßanfall, Erbrechen, eine Mahlzeit ausfallen lassen, stehlen u.a.) auslösen und/oder aufrechterhalten. Hierfür tragen Sie in das folgende Schema zunächst Ihr heute aufgetretenes Problemverhalten ein.

Dann beantworten Sie folgende Fragen:

- was war der Reiz (z.B. beim Bäcker Kuchen sehen) oder die Situation, in der ich mich befunden habe (z.B. allein im Zimmer)
- welche Gefühle (z.B. Langeweile) und Gedanken (z.B. "keiner mag mich") waren mit dieser Situation/diesem Reiz verbunden
- was waren die kurzfristigen Folgen meines Verhaltens (positiv: zum Beispiel weniger Langeweile, negativ: zum Beispiel Ekelgefühl)
- was sind die langfristigen Folgen meines Verhaltens (positiv: zum Beispiel ich kann nicht verletzt werden, wenn ich alleine bleibe; negativ: zum Beispiel mein Leben bleibt langweilig)

Reize	Reaktionen		Konsequenzen	
	innerlich	äußerlich	kurzfristig positiv	langfristig positiv
Nach Heißhungerattacke fühlte sich mein Magen völlig überfüllt an	Gedanken	Verhaltensweisen	Erleichterung	?
	So fett mag mich keiner Gefühle Ich hasse mich	Erbrechen	Ekel	Gesundheitschäden

Abbildung 2: Beispiel eines Arbeitsblattes der Anti-Diät-Gruppe.

In der **siebten Sitzung** werden Schlankeitsideale und ihre Auswirkung auf die Patientinnen besprochen. Bei vielen Übergewichtigen findet sich beispielsweise die irrationale Hoffnung, daß sich alle Schwierigkeiten in ihrem Leben automatisch lösen, sobald sie schlank sind. Diese Vorstellungen werden diskutiert und in Frage gestellt. Im Mittelpunkt steht die Förderung der Fähigkeit, das Leben nicht auf die Zukunft auszurichten, sondern jetzt zu gestalten. In der **nächsten Gruppensitzung** wird daran anknüpfend der funktionale Charakter der Figur besprochen. Die Patientinnen werden aufgefordert sich darüber klar zu werden, welche Vorteile ihr jetziges Gewicht für sie hat; welche Aufgaben sie beispielsweise vermeiden oder wie sich das Gewicht auf den Kontakt zu anderen Menschen auswirkt. Ziel der **neunten Sitzung** ist es herauszufinden, wie die Einstellungen der Herkunftsfamilie bezüglich Essen und Figur das Eßverhalten der Patientinnen auch heute noch bestimmen. Gegen Ende des Kurses steht ein gemeinsamer Restaurantbesuch auf dem Programm. Ziel ist es hier, einerseits das bisher Gelernte in einer realen Eßsituation anzuwenden, andererseits gezielt das Essen in der Öffentlichkeit wieder genießen zu lernen. Thema der **letzten Sitzung** ist die Rückfallprophylaxe. Dazu gehört die Identifikation möglicher Risikofaktoren für einen Rückfall in das problematische Eßverhalten und die Erarbeitung von Strategien, Rückfälle zu vermeiden und sich gegebenenfalls nach einem Rückfall wieder zu stabilisieren.

3.1.8 Ernährungsberatung und die Lehrküche

Trotz der ständigen Beschäftigung mit dem Thema Essen ist das Wissen der meisten Patientinnen mit Eßstörungen über eine gesunde Ernährung erstaunlich gering. Vorherrschend sind stattdessen Ängste und falsche Vorstellungen darüber, welche Lebensmittel “dick” machen und daher vermieden werden müssen. Bei vielen Patientinnen ist das Eßverhalten bereits so lange gestört, daß auch grundlegende Dinge wieder neu gelernt werden müssen, zum Beispiel wieviel Nahrung ausreichend ist oder wie groß eine “normale” Portion ist. Eine Ernährungsberatung in diesem Sinne ist daher ein wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes (vgl. Beumont, O’Connor, Lennerts & Touyz, 1989).

In der Lehrküche nehmen die Patientinnen an einer geschlossenen Gruppe teil, die in fünf dreistündigen Sitzungen unter Anleitung einer Diplom-Ökologin die Möglichkeit bietet, im Sinne einer Ernährungskonfrontation konkret mit Einkauf, Zubereitung und Verzehr von Lebensmitteln umzugehen. Die wichtigsten Inhalte sind in Tabelle 5 zusammengestellt.

Tabelle 5: Inhalte und Ziele der Lehrküchen-Veranstaltungen.

Theorie	Praxis
Vorstellung des Programms	Bisheriger Umgang mit Lieblings Speisen, Rezeptauswahl
Mengenplanung, Portionsgrößen, Resteproblematik	Schätzübungen zu Portionsgrößen; jeder bereitet für sich selbst eine vollständige Mahlzeit
Grundlagen einer gesunden, ausgewogenen Ernährung; Lebensmittelauswahl; Sinnlosigkeit von starren Diätplänen und Kalorienberechnungen	Improvisation - Kochen ohne Rezept mit Lebensmitteln, die vorrätig sind
Physiologische und psychologische Mechanismen bei der Regulation von Hunger, Appetit und Sättigung	Kochen eines Lieblingsgerichtes
Physiologische Hintergründe von Diäten	Gemeinsame Zubereitung einer Mahlzeit
Menüplanung, Einkaufsplanung	Selbständiger Einkauf, Kochen eines dreigängigen Menüs

Den Patientinnen wird Grundwissen über gesunde, ausgewogene Ernährung und erste Kochkenntnisse vermittelt. Dazu gehören unter anderem die richtige Portionierung von Lebensmitteln und der gezielte Einkauf. Bei magersüchtigen Patientinnen findet man oft, daß sie ihre Einkäufe nach den Bedürfnissen und Vorlieben anderer Personen (z.B. ihrer Familie) richten und sehr gerne für andere kochen, ohne jedoch selbst viel davon zu sich zu nehmen. Viele bulimische Patientinnen kaufen entweder nur kalorienarme, diätgeeignete Lebensmittel oder nur "verbotene" Speisen, die dann in einem Heißhungeranfall gegessen werden. Psychogen Übergewichtige kaufen häufig wie für Großfamilien ein und kochen für mehrere Tage auf Vorrat; eine einzelne Mahlzeit für eine Person zu kochen, haben sie oft nicht gelernt. Wichtig ist daher, ihnen Informationen darüber zu vermitteln, wie groß die benötigte Nahrungsmenge für eine Person ist, die entsprechenden Lebensmittel gezielt einzukaufen und zuzubereiten.

Darüber hinaus lernen die Patientinnen, Hemmungen und Ängste im Umgang mit Lebensmitteln abzubauen und bestimmte Speisen (z.B. Süßspeisen) wieder ohne Schuldgefühle zu genießen. Ein weiteres Ziel besteht darin, daß die Patientinnen lernen, wieder auf Hunger und Sättigung zu achten, anstatt nach jeder Mahlzeit geistig die aufgenommene Kalorienmenge auszurechnen. Dazu gehört auch, Reste einmal wegzuwerfen, anstatt den Teller leerzuessen, wie es gerade psychogen Adipöse häufig tun. Zusammenfassend simuliert die Lehrkü-

che die Alltagssituation, in der die Patientinnen nicht mehr wie im Klinikalltag die Mahlzeiten serviert bekommen, sondern selbst bestimmen, was und wieviel sie sich zubereiten. Dies stellt eine konkrete Vorbereitung auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt dar.

3.2 Allgemeine gruppen- und einzeltherapeutische Interventionen

3.2.1 Allgemeine Gruppentherapie

In der offenen therapeutischen Gruppe für eßgestörte Patientinnen befinden sich sowohl gerade angekommene Patientinnen als auch solche, die bereits länger in Behandlung sind. Der Vorteil einer solchen offenen Gruppe besteht darin, daß die "neuen" Patientinnen von den Erfahrungen der "älteren" profitieren können und miterleben, daß andere - mit ähnlichen Schwierigkeiten - bereits Therapiefortschritte machen konnten. Eine gemischte Gruppe von Patientinnen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und psychogener Adipositas bietet den Vorteil, daß nicht mehr das spezifische problematische Eßverhalten (z.B. Fasten, Heißhungerattacken) im Vordergrund steht, sondern daß das eigene Verhalten auf einer übergeordneten Ebene als unangemessener Versuch erkannt werden kann, andere Probleme zu lösen (Franke, 1994). Häufig wiederkehrende Themen, die im Sinne eines problemorientierten Ansatzes bearbeitet werden, sind beispielsweise:

- Kontaktschwierigkeiten,
- Umgang mit den eigenen Bedürfnissen,
- Leistungsorientierung,
- Minderwertigkeitsgefühle und
- Umgang mit Partnerschaft und Sexualität.

3.2.2 Körperorientierte Verfahren

Störungen der Körperwahrnehmung sind bei fast allen Patientinnen mit Eßstörungen zu finden. Körperschemastörungen, wie diese Störung der Körperwahrnehmung im DSM-III-R auch genannt wird, sind ein diagnostisches Kriterium der Anorexia nervosa; auch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa scheint eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers vorzuliegen. Die Personen empfinden sich als zu dick, auch wenn sie offensichtliche untergewichtig sind und beschäftigen sich ständig mit ihrem Körperumfang (DSM-III-R; Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1989). Durch das lange Bestehen der Eßstörung sind die Patientinnen zusätzlich nicht mehr in der Lage, internale Signale des Körpers, wie Hunger und Sättigung, korrekt wahrzunehmen.

Psychogen Adipöse neigen ebenfalls zu einer Überschätzung ihrer eigenen Körperdimensionen (Nutzinger & Slunecko, 1991). Anstatt sich vorbehaltlos dem schlanken Schönheitsideal unterzuordnen, sollten psychogen adipöse Patientinnen lernen, die positiven Seiten des eigenen Körpers zu sehen. Sie erleben in der Regel ihren Körper als Feind, den es mit Diät oder Fasten in den Griff zu bekommen gilt. Sich im eigenen Körper wohlzufühlen und keine Scheu zu haben, sich mit ihm in der Öffentlichkeit zu zeigen, müssen Adipöse erst (wieder-)lernen, um so depressiven Begleiterscheinungen entgegenzuwirken und positive Energie zur Weiterführung des Erlernten zu gewinnen. Untersuchungen zeigen, daß eine größere Akzeptanz des eigenen Körpers zu einer Verbesserung auf anderen Ebenen, wie Selbstwertgefühl und psychischem Wohlbefinden, führt (Garner & Wooley, 1991).

Die Verbesserung der Körperwahrnehmung, ein angstfreier Umgang mit dem eigenen Körper sowie die Förderung des Körperausdrucks sind die Ziele der verschiedenen körperorientierten Therapieverfahren wie Tanztherapie oder Bewegungserfahrung. Auch körperliche Empfindungen wieder genießen zu lernen, beispielsweise durch Massagen, gehört zum Behandlungskonzept. Insbesondere für Adipöse ist ein Ziel der Sport- und Bewegungstherapie sowie der Schwimmgruppen die körperliche Betätigung und Aktivierung der Patientinnen. Die Bedeutung körperlicher Aktivität in der Behandlung von Übergewicht wurde von Psychotherapeuten lange Zeit unterschätzt. Aufgrund verschiedener Erhebungen ist heute bekannt, daß körperliche Aktivität einer der wenigen identifizierbaren, positiven prognostischen Faktoren für einen langfristigen Therapieerfolg und in vielen Fällen auch für eine weitere Gewichtsabnahme ist. Tatsächlich können gerade die Patientinnen, die während der ersten Behandlungsphasen anfangen sich starker zu bewegen, zu schwimmen und die Öffentlichkeit nicht mehr zu meiden, am besten ein reduziertes Gewicht halten (vgl. Brownell & Wadden, 1992; Holden, Darga, Olson, Ardito & Lucas, 1992).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist das Erlernen von Entspannungstechniken. Heißhungeranfälle treten häufig nach belastenden Situation auf und dienen der Spannungsreduktion. Wichtig ist daher die Vermittlung alternativer Bewältigungsstrategien. Die Progressive Muskelentspannung (PME) ist eine Möglichkeit, kurzfristig eine Spannungsreduktion herbeizuführen und damit auch die Wahrscheinlichkeit eines nachfolgenden Eßanfalles zu reduzieren.

3.2.3 Gestaltungstherapie

Das wesentliche Ziel der Gestaltungstherapie besteht darin, der Patientin die Möglichkeit zu bieten, über ein non-verbales Medium Zugang zu ihren Emotionen zu bekommen. Die so gewonnenen Erkenntnisse und ausgelösten Emotionen können dann therapeutisch bearbeitet werden.

3.2.4 Selbstsicherheitstraining

Patientinnen mit Eßstörungen zeichnen sich häufig durch große Schwierigkeiten aus, eigene Bedürfnisse zu erkennen und anderen gegenüber auszudrücken (Rief & Fichter, 1992). Im Selbstsicherheitstraining kam der Umgang mit konkreten Problemsituationen zunächst im sicheren Rahmen der Therapie, beispielsweise im Rollenspiel, eingeübt werden. In den Übungen werden vor allem vier Themenbereiche angesprochen (Geissner, Gonzales-Martin, Rief & Fichter, 1995; vgl. auch ATP von Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977):

- “Forderungen stellen”,
- “Nein sagen und kritisieren”,
- “Kontaktaufnahme” und
- “Sich öffentlicher Beachtung aussetzen”.

3.2.5 Familien- oder Paargespräche

Vielfach finden zusätzlich zu den Einzelsitzungen Paar- und Familiengespräche statt, in denen die aufrechterhaltenden Bedingungen des Problems innerhalb der Familie oder Partnerbeziehung identifiziert und gegebenenfalls verändert werden können. Familientherapeutische Verfahren scheinen besonders bei jüngeren Patientinnen hilfreich zu sein, deren Krankheit noch nicht chronifiziert ist (Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987). Das Einbeziehen der Familie oder des Partners ermöglicht dem Therapeuten, sich ein Bild der Kommunikationsstrukturen zu machen, die möglicherweise einer Verbesserung des Zustandes der Patientin oder einer Aufrechterhaltung des Therapieerfolges zuhause im Wege stehen. Weitere Ziele können sein:

- Das Erreichen einer Kooperation der Familie bei der Arbeit an Therapiezielen und Unterstützung der Patientin bei Veränderungsversuchen,
- eine Reduktion von Schuldgefühlen auf seiten der Angehörigen sowie
- das Vermitteln spezifischer Kommunikationsfertigkeiten oder
- die Planung gemeinsamer Freizeitaktivitäten.

Im stationären Rahmen sind aus organisatorischen Gründen häufig nur wenige Familien- oder Partnergespräche möglich, so daß manchmal die Information über die Erkrankung und eine kurze Beratung im Vordergrund stehen mit der Empfehlung, sich nach Beendigung des Aufenthaltes gemeinsam in ambulante Behandlung zu begeben.

3.2.6 Medizinische Betreuung

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeut und Arzt ist angesichts der zum Teil schwerwiegenden Folgeschäden der Eßstörungen unerlässlich. Bei Aufnahme wird durch eine neurologische und internistische Untersuchung (einschließlich Laborscreening auf Elektrolytstörungen, Eiweiß-, Nieren- und Leberwerte) das Ausmaß möglicherweise vorhandener körperlicher Folgeschäden der Eßstörung erfaßt. Gerade der Kalium-Mangel bei Bulimia nervosa kann zu lebensbedrohlichen Zuständen führen. Laxantien, Diuretika und Appetitzügler werden unter ärztlicher Überwachung abgesetzt. Eine erhöhte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose) kann eine medizinische Komplikation bei chronisch Magersüchtigen darstellen, die medizinisches Handeln erfordert (Östradiol-Gestagen-Behandlung, niedrig dosiert; kaliumreiche Ernährung; Gewichtsnormalisierung).

3.2.7 Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Rückfallprophylaxe

In der Endphase der Therapie kommt es in erster Linie darauf an, der Patientin die Hilfestellung zu geben, die sie benötigt, um den status quo erhalten zu können. Besonders wichtig für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolges ist die angemessene Vorbereitung der Patientin auf mögliche Rückfälle. Häufig haben die Patientinnen nach Abschluß der Therapie unrealistische Erwartungen, zum Beispiel nie wieder einen Freßanfall zu haben. Dies führt dazu, daß bei einem Rückfall eine Katastrophisierung dieses "Mißerfolges" stattfindet (z.B. "Ich habe überhaupt nichts dazugelernt, alles war umsonst; dieser Freßanfall bedeutet, daß ich jetzt immer wieder Freßanfälle haben werde!"). Wichtig ist daher, die Patientinnen darauf vorzubereiten, daß ein Rückfall wahrscheinlich ist, jedoch keine Katastrophe darstellt (vgl. Marlatt & Gordon, 1985).

Hilfreich ist darüber hinaus die Vermittlung kognitiver und verhaltensbezogener Problemlösestrategien, die sie bei einem drohenden Rückfall anwenden können. Dazu gehört die Fähigkeit, Risikosituationen für problematisches Eßverhalten rechtzeitig zu erkennen und zu vermeiden oder sie anders als bisher zu bewältigen. Die weitere Behandlung nach der Entlassung aus dem stationären Rahmen, beispielsweise bei einem niedergelassenen Therapeuten und/oder durch Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, sollte gemeinsam besprochen werden.

4 **Schlußfolgerungen**

4.1 **Bulimia und Anorexia nervosa**

Verhaltensmedizinische Ansätze, wie das hier dargestellte Behandlungsprogramm, können zu einer deutlichen Verbesserung sowohl der spezifischen als auch der allgemeinen Psychopathologie beitragen. In einer in unserer Klinik durchgeführten Follow-Up-Studie waren zwei Jahre nach Entlassung 60% der Patientinnen mit einer Bulimia nervosa soweit gebessert, daß sie die DSM-IV Kriterien nicht mehr erfüllten; 47% der stationär behandelten Patientinnen mit einer Anorexia nervosa wiesen zwei Jahre nach Entlassung keine Eßstörung nach DSM-IV mehr auf (weitere Verlaufsdaten siehe Fichter & Warschburger, 1995).

Bisher ist noch viel zu wenig über sich prognostisch günstig oder ungünstig auswirkende Faktoren bekannt; hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Eine primäre Prävention erscheint angesichts des vorherrschenden Schlankheitskultes in der westlichen Welt schwierig. Eine Aufklärung von Eltern und Fortbildung von Ärzten über die ersten Symptome, Folgesymptome und Behandlungsmöglichkeiten scheint dennoch wichtig, um durch Früherkennung eine rasche Behandlung in die Wege zu leiten und so, im Sinne einer sekundären Prävention, eine Chronifizierung verhindern zu können.

4.2 **Psychogene Adipositas**

Obwohl durch das dargestellte Therapiekonzept eine Gewichtsabnahme nicht explizit angestrebt wird, gelingt es den Patientinnen im Durchschnitt, neun Kilogramm abzunehmen. Diese Gewichtsabnahme ist mit derjenigen vergleichbar, die durch Maßnahmen wie Diät oder Fasten zu erzielen ist (Rief et al., 1991). Es besteht jedoch im weiteren Lebensverlauf das Risiko einer erneuten Gewichtszunahme, auch wenn die psychischen Parameter eine langfristige Besserung zeigen. Das Hauptaugenmerk muß deshalb auf der Erarbeitung und wissenschaftlichen Überprüfung von Strategien liegen, die eine Aufrechterhaltung des Therapieerfolges gewährleisten. Therapeutische Kontakte auch nach Beendigung der Therapie, in Form von Auffrischungssitzungen oder Brief- oder Telefonkontakten, scheinen dazu beitragen zu können (Perri & Nezu, 1993).

Angesichts der Tatsache, daß rein biologisch eine Gewichtsabnahme bei extrem adipösen Patientinnen, die bereits eine irreversible Hyperplasie entwickelt haben, nur zu einem gewissen Grad möglich ist, rückt auch der Aspekt der Prävention in den Mittelpunkt. Neben **primärer Prävention** durch Aufklärung

über Faktoren wie gesunde Ernährung und die Notwendigkeit körperlicher Betätigung, beispielsweise durch die Medien, ist die **sekundäre Prävention** durch frühzeitige Intervention bei Risikopopulationen (z.B. übergewichtige Kinder), die noch keine Hyperplasie entwickelt haben, besonders wichtig.

Literatur

- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. & Koran, L.M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition, revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beumont, P.J.V., Garner, D.M. & Touyz, S.W. (1994). Diagnoses of eating or dieting disorders: What may we learn from past mistakes? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 4, 349-362.
- Beumont, P.J.V., O'Connor, M., Lennerts, W. & Touyz, S.W. (1989). Ernährungsberatung in der Behandlung der Bulimia. In M.M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa - Grundlagen und Behandlung* (262-273). Stuttgart: Enke.
- Böse, R., Greimel, K.V. & Geissner, E. (1994). Therapie der Anorexia nervosa. In S.S. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch*. München: CIP.
- Bray, G.A. (1978). Definitions, measurements and classification of the Syndromes of obesity. *International Journal of Obesity*, 2, 99-112.
- Brownell, K.D. & Mahlen O'Neill, P. (1993). Obesity. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (318-361). New York: Guilford Press.
- Brownell, K.D. & Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505-517.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Crisp, A.H., Hall, A. & Holland, A.J. (1985). Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets and an adoptive family. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 5-29.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (1984). *Ernährungsbericht 1984*. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Fairburn, C.G. (1988). The uncertain status of the cognitive approach to bulimia nervosa. In K.M. Pirke, W. Vandereycken & D. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia nervosa*. Berlin: Springer.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. & Wilson, G.T. (1993). Cognitive behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating - Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

- Fairburn, C.G. & Cooper, P.J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behavioral therapy for psychiatric Problems*. Oxford: University Press.
- Fichter, M.M. (1993). Die medikamentöse Behandlung bei Anorexia und Bulimia nervosa: Eine Übersicht. *Der Nervenarzt*, 64, 21-35.
- Fichter, M.M. (1985). *Magersucht und Bulimia*. Berlin: Springer.
- Fichter, M.M. & Warschburger, P. (1995). Eßstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (455-483)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N. & Rief, W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 591-604.
- Fichter, M.M. & Nögel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 255-263.
- Franke, A. (1994). Grundsätze bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa in einer verhaltenmedizinischen Klinik. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Garner, D.M. & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioural and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-780.
- Geissner, E., Gonzales-Martin, E., Rief, W. & Fichter, M.M. (1995). Selbstsicherheits-training in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik. In J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), *Training sozialer Kompetenz*. Baltmannsweiler: Röttger.
- Hautzinger, M. (1989). Erklärungsansätze und Therapie der Adipositas. In J.C. Brengelmann, C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Verhaltenstherapie bei Eßstörungen*. München: Röttger.
- Holden, J.H., Darga, L.L., Olson, S.M., Stettner, D.C., Ardito, E.A. & Lucas, C.P. (1992). Long-term follow-up of patients attending a combination very-low calorie diet and behavior therapy weight loss Programme. *International Journal of Obesity*, 16, 605-613.
- Hudson, J.I. & Pope, H.G. (1989). Psychopharmakologische Behandlung der Bulimia. In M.M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung (284-292)*. Stuttgart: Enke.
- Kral, J.G. (1992). Surgical treatment of obesity. In T.A. Wadden & T.B. Van Itallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient*. New York: Guilford Press.
- Logue, A.W. (1995). *Die Psychologie des Essens und Trinkens*. Heidelberg: Spektrum.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: A nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 507-514.
- Nutzinger, D.O. & Slunecko, T. (1991). Körperwahrnehmung und Körperbild bei adipösen und normalgewichtigen Frauen: Ein methodischer Vergleich verschiedener Meßverfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 379-388.
- Orbach, S. (1978). *Anti-Diät-Buch*. München: Frauenoffensive.
- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: Outcome at twelve months follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Perri, M. E. & Nezu, A.M. (1993). Preventing relapse following treatment for obesity. In A.J. Stunkard & T.A. Wadden (Eds.), *Obesity: Theory and therapy*. New York: Raven Press.

- Polivy J.M. & Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating - Nature, assessment and treatment* (173-205). New York: Guilford Press.
- Pudel, V. (1982). *Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten*. Berlin: Springer.
- Pyle, R.L., Halvorson, P.A., Neuman, P.A. & Mitchell, J.E. (1986). The increasing prevalence of bulimia nervosa in freshman College students. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 631-647.
- Rief, W., Stock, C. & Fichter, M. M. (1991). Das Anti-Diät-Programm als integrativer Therapiebaustein bei anorektischen, bulimischen und adipösen Patienten. *Verhaltenstherapie*, 1, 47-54.
- Rief, W. & Fichter, M.M. (1992). The Symptom-Checklist 90 (SCL-90) and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders and anorexia nervosa. *Psychopathology*, 25, 128-138.
- Russell, G.F.M., Szukler, G.I., Dare, C. & Eisler, M.A. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- Spitzer, R.L., Stunkard, A.J., Yanovski, S., Marcus, M.D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J. & Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al's 'The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder'. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 161-169.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A.J., Waden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J. KL Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV? *International Journal of Eating Disorders*, 10, 627-630.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Einübung von Selbstvertrauen und Sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie - Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Weintraub, M. (1992). Long-term weight control: The national Heart, Lung, and Blood Institute founded multimodal intervention study. *Clinical Pharmacological Therapy*, 51, 581-646.
- Willi, J. & Grossman, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-567.
- Wilson, G.T. (1994). Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 31-75.
- Wilson, G.T. & Pike, K.M. (1993). Eating disorders. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (278-317). New York: Guilford Press.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- Wöll, C., Fichter, M.M., Pirke, K.M. & Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 557-568.