

„Mit 17 habe ich zum ersten Mal meinen Körper wahrgenommen, und was ich da gesehen habe, hat mir gar nicht gefallen. Ich wollte nicht so sein, wie ich war, nicht ich sein, nicht da sein. Schielte neidisch nach all den schlanken Mädchen, die lachend durchs Leben wanderten, scheinbar glücklich und sorglos und von allen geliebt. – Ha! Das ist sie also, die Lösung all meiner Probleme – so dachte ich zumindest – wenn ich erst mal dünn bin, dann bin ich auch glücklich, dann ist alles besser, dann bin ich gut, umgänglich, geliebt“. (Barbara, 23 J.)

Essen gegen die innere Leere

Essstörungen erkennen, erklären und behandeln

Die Anzahl junger Menschen mit Essstörungen steigt, der Bedarf an Therapieangeboten damit auch. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über Arten und Bedingungsfaktoren der häufigsten Essstörungen und stellt anhand der Arbeit der ANAD e.V. Beratungsstellen und intensivtherapeutische Wohngruppen beispielhaft die verschiedenen Säulen der Behandlung dar.

Glossar

Amenorrhoe = Ausbleiben der Regelblutung

dysfunktionale Kognitionen = Denkmuster, die nicht funktional bzw. realitätsnah und auch bei depressiven Patienten weit verbreitet sind, z. B. Schwarz-weiß-denken im Sinne von „Entweder bin ich perfekt oder ein Versager“

Interozeption = Wahrnehmung innerer Vorgänge und Zustände, von Emotionen, aber auch z. B. von Hunger und Sättigung

Essen bzw. Nicht-Essen als Versuch, Schwierigkeiten im Leben in den Griff zu bekommen, die man auf andere Art und Weise nicht lösen kann – das ist der gemeinsame Nenner aller Essstörungen. Magersucht, Bulimie und Binge-Eating-Störung sind weit mehr als nur Probleme mit dem Essen, sie sind ernst zu nehmende und bedrohliche psychosomatische Erkrankungen.

Gestörtes Essverhalten bei jedem fünften Jugendlichen

Gefährdet sind vor allem Mädchen und junge Frauen, von denen vermutlich rund jede zwanzigste an Anorexie oder Bulimie leidet. Nur ca. 10 % der Betroffenen sind Männer, Tendenz offenbar steigend. Von der Binge-Eating-Störung,

die durch Essanfälle ohne gegenregulierende Maßnahmen (z. B. herbeigeführtes Erbrechen) gekennzeichnet ist, sind zusätzlich bis zu 5 % der deutschen Bevölkerung betroffen.

Gestörtes Essverhalten subklinischen Ausmaßes ist sehr viel weiter verbreitet: Laut dem aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Institutes weisen knapp 22 % der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland Merkmale einer Essstörung auf (◆Abbildung 1) [1]. Die Universität Jena stellte in einer Studie an 12–32-jährigen Schülern und Studenten bei fast 29 % der Mädchen und Frauen und 13 % der Jungen und Männer Frühzeichen von Essstörungen fest, dazu zählten unter anderem Essanfälle und drastische gewichtsregulierende Maßnahmen [2].



Dr. Eva Wunderer, Diplom-Psychologin, ANAD e.V., München
E-Mail: wunderer@psg.uni-muenchen.de

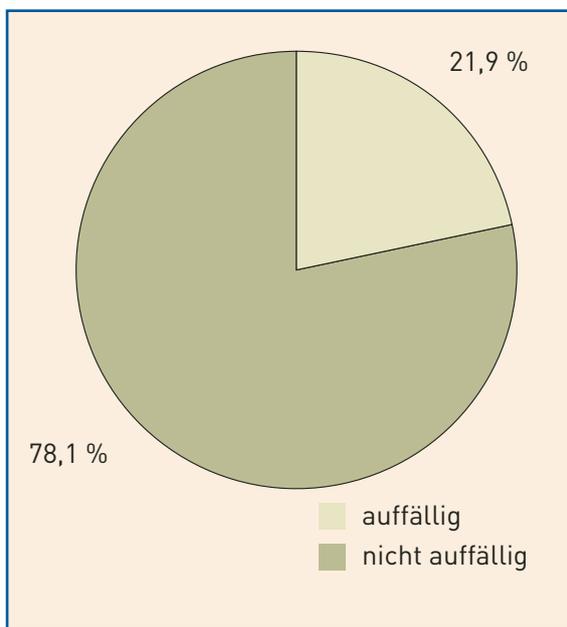


Abb. 1: Häufigkeit von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren. Mehr als jedes 5. Kind ist betroffen. Daten des Robert Koch Instituts.

Auch Übergewicht und Adipositas sind weit verbreitet, in Deutschland hat mindestens jeder zweite Erwachsene Übergewicht und jeder fünfte bis sechste ist adipös. Ein gewichtiges Problem, das oft bereits in der Kindheit beginnt: Beinahe jedes siebte Kind zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland ist übergewichtig, mehr als 6% leiden an Adipositas [1]. Obschon Adipositas oft in einem Atemzug mit Essstörungen genannt wird, bezeichnet der Begriff zunächst nur starkes Übergewicht und keine Essstörung. Gleichwohl stecken dahinter nicht selten auch psychische Ursachen (◆Abbildung 2).

Essstörungen erkennen

Hilde BRUCH [3; 4], eine der berühmtesten Forscherinnen im Bereich der Essstörungen, nennt drei wesentliche Merkmale der Essstörung:

- (1) die Störung des Körperbildes, auch als „Körperschemastörung“ bezeichnet,
- (2) große Schwierigkeiten, eigene Körpersignale und auch Gefühle wahrzunehmen und
- (3) ein tief verwurzeltes Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit.

Tatsächlich steht hinter einer Essstörung zumeist eine Selbstwertproblematik – auch BARBARA, von der das Eingangszitat stammt, glaubte, durch eine schlanke Figur beliebt und glücklich zu werden.

- Magersucht (Anorexia Nervosa) AN
- Ess-Brechsucht (Bulimia Nervosa) BN
- Episoden von Essanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung (Binge Eating Disorder) BED
- Psychisch bedingte Fettsucht (Adipositas)
- Sonstige Essstörungen (atypische Anorexie oder Bulimie, psychisch bedingter Appetitverlust, wiederholtes Kauen und Ausspucken von Nahrungsmitteln, ohne sie herunterzuschlucken)

Essstörungen gehören zu den Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD10).

Abb. 2: Einteilung der Essstörungen. Die Krankheitsbilder gehen oft fließend ineinander über.

Der im Folgenden abgebildete Test (◆Abbildung 3) fasst wesentliche Merkmale einer Essstörung zusammen und kann von Betroffenen selbst beantwortet werden oder Basis eines anamnestischen Gesprächs sein [5].

Testen Sie sich selbst: „Habe ich eine Essstörung?“

Wenn Sie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen an sich selbst beobachtet haben – und zwar nicht nur für ein paar Tage, sondern schon seit mehreren Wochen oder Monaten – dann sind das deutliche Hinweise dafür, dass Ihr Essverhalten gestört ist und Sie unbedingt etwas unternehmen sollten!

■ **Essen ist mit Ängsten verbunden:**

Ich habe ständig Angst, zuviel zu essen und dadurch zuzunehmen. Ich kontrolliere mein Gewicht sehr streng und ändere mein Essverhalten bei einer geringfügigen Zunahme sofort. Auch bei massivem Untergewicht habe ich Angst, zu dick zu sein bzw. zu werden.

■ **Essen bestimmt das Körpergefühl:**

Ich begutachte meinen eigenen Körper kritisch und nehme ihn als dicker wahr als er tatsächlich ist. Mein Körpergefühl hängt vom Gewicht und von meinem aktuellen Essverhalten ab.

■ **Essen gegen den Stress:**

Ich neige dazu, Misserfolge, Enttäuschungen und andere negative Gefühle durch Essen zu kompensieren – das so genannte „Frustessen“.

■ **Essen beherrscht das Denken:**

Ich bin von morgens bis abends nur damit beschäftigt, Kalorien zu zählen und meine Mahlzeiten zu planen. Ich verwende so viel Energie darauf, dass andere Dinge zu kurz kommen.

■ **Essen unter Kontrolle:**

Spontan etwas zu essen, weil ich Lust darauf habe, und es einfach nur zu genießen, kann ich kaum mehr. Ich halte mich an strenge Diätpläne und teile Lebensmittel ganz genau in „erlaubte“ und „verbotene“ ein.

Abb. 3: Selbsttest zu Störungen des Essverhaltens

Anorexia nervosa (Magersucht)

Die augenfälligste Essstörung ist sicherlich die Anorexia nervosa („nervöse Appetitlosigkeit“) oder Magersucht. Diagnostisches Kriterium ist ein Gewicht von weniger als 85 % des gemäß Alter und Größe zu erwartenden Gewichts, bei Erwachsenen wird ein Body-Mass-Index von 17,5 kg/m² als Grenzwert angesetzt.

Der Gewichtsverlust ist dabei selbst herbeigeführt, entweder durch Fasten, exzessive körperliche Aktivität oder durch einer Gewichtszunahme entgegen wirkende Maßnahmen wie Erbrechen oder Missbrauch von Abführ- oder Entwässerungsmitteln. In der Folge kommt es zu endokrinen Störungen, deren erkennbares Zeichen bei Mädchen und Frauen die primäre oder sekundäre Amenorrhoe ist; bei männlichen Patienten kommt es zu Libido- und Potenzverlust.

Trotz ihres meist erheblichen Untergewichts fühlen sich die Betroffenen zu dick (Körperschemastörung) und haben panische Angst zuzunehmen („Gewichtsphobie“). Sie machen ihren Selbstwert in hohem Maße von Essen, Figur und Gewicht abhängig, jedes Pfund mehr auf der Waage wird als persönliches Versagen erlebt. Die wenigsten Betroffenen schaffen es dabei, auf längere Sicht ihre selbst auferlegte „Diät“ durchzuhalten. Durch die Nahrungsrestriktion werden Heißhungeranfälle provoziert, denen dann wiederum durch Erbrechen, Sport oder Abführmittel entgegengewirkt wird. Bleibt Untergewicht bestehen, so spricht man dann von einer **bulimischen Anorexie oder einer Anorexie vom binge eating-/purging Typus** (binge eating = Essgelage, purging = reinigen, abführen). Beim restriktiven Typ wird dagegen konsequent gefastet.

„Bald schon reichte meine Disziplin nicht mehr, ich wurde ‚schwach‘, aß mehr, als ich mir zugestand, zu viel von den ‚verbotenen‘ Nahrungsmitteln. Ich hatte gegen meinen strengen Diätplan verstoßen, fühlte mich schwach und schuldig, als ein durch und durch schlechter Mensch eben. Und auch dafür hatte ich eine ‚Lösung‘: Erbrechen.“

Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)

Der Übergang zur Bulimie (von griechisch *bous* = Ochse und *limos* = Hunger) ist fließend, ein guter Teil der bulimischen Patienten hatte eine Anorexie in der Vorgeschichte. Kernsymptomatik der Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle und anschließende gegenregulierende Maßnahmen. Manche Betroffenen verzichten auf Erbrechen und Medikamente und versuchen, sich die überschüssigen Kalorien wieder abzutrainieren – man spricht von einer „Sportbulimie“. Bei den Essanfällen nehmen die Betroffenen in kurzer Zeit große Mengen von Nahrungsmitteln zu sich, bevorzugt solche, die sie sich sonst verbieten, weil sie zuviel Fett oder Kohlenhydrate enthalten.

„Mein Leben bestand schließlich nur noch aus Essen, Erbrechen, Schuldgefühlen, und das Ganze immer wieder von vorne. Ständig unter Druck. Andere Gefühle hatte ich zu dem Zeitpunkt verlernt. Pausen gab es nicht und Entspannung schon gar nicht. Höchstens Erschöpfung, wenn ich zwischen zwei Essanfällen wieder einmal im Dämmerzustand im Bett lag und mich vor lauter Kraftlosigkeit nicht mal mehr zum Kühlschranks bewegen konnte. Mein erster Gedanke nach dem Aufwachen war: Essen, und der hielt sich den ganzen Tag, bei allem, was ich tat, wo immer ich auch war. Und mit dem Gedanken an Essen schlief ich schließlich dann auch ein.“

Auch für die Bulimie ist eine Körperschemastörung kennzeichnend. Das Gewicht bewegt sich zumeist im Normalbereich und so kann die Erkrankung oft jahrelang geheim gehalten werden. Die Betroffenen schämen sich, haben starke Schuldgefühle und ziehen sich mehr und mehr zurück.

Binge-Eating-Störung (Ess-Sucht) und Orthorexie

Die Binge-Eating-Störung ist ebenfalls durch Essanfälle gekennzeichnet – jedoch fehlen gegenregulierende Maßnahmen. In der Folge nehmen

die Betroffenen meist deutlich an Gewicht zu, viele sind übergewichtig, bis zu 40 % sind adipös.

Die Binge-Eating-Störung ist streng genommen keine eigene diagnostische Kategorie, sie zählt vielmehr zu den „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ nach DSM-IV [6] bzw. den „atypischen Essstörungen“ nach ICD-10 [7]. Dazu gehören alle Essstörungen klinischen Ausmaßes, die nicht die oben beschriebenen Kriterien der Anorexie oder Bulimie erfüllen, also beispielsweise auch eine Magersucht ohne Ausbleiben der Menstruationsblutung bei einer Frau. Schätzungen zufolge fallen bis zu 60 % aller Essstörungen in diese Kategorie, weswegen sich namhafte Forscher dafür aussprechen, eine einzige Essstörungsdiagnose ohne weitere Unterscheidungen in Anorexie, Bulimie usw. zu schaffen [8].

Eine neue Art der Essstörung ging in letzter Zeit verstärkt durch die Presse: die „Orthorexia nervosa“, der zwanghafte Versuch, sich richtig und gesund zu ernähren. Die Betroffenen sind wahre „Healthfood Junkies“, sie leiden in der Regel an einer Kombination einer Essstörung mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung [9].

Essstörungen sind lebensbedrohlich

Bis zu 15 % der Betroffenen sterben an den Folgen ihrer Magersucht [10]. Die somatischen Begleit- und Folgeerscheinungen sind vielfältig und reichen von kardiovaskulären und gastrointestinalen Veränderungen über Nierenschäden und endokrinologischen Veränderungen bis hin zu Osteoporose und Hirnatrophie. Viele Betroffene leiden zusätzlich an weiteren psychiatrischen Erkrankungen, beispielsweise Depressionen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen. Diese können die Behandlung erschweren.

Essstörungen erklären

Essstörungen sind – freilich sehr selbstdestruktive – Lösungsversuche für eigene – vermeintlich unlösbare –

Probleme. Sie sind in der Regel von vielen Faktoren bedingt: Der familiäre Kontext und Lernerfahrungen spielen ebenso eine Rolle wie soziokulturelle, individuelle und biologische Faktoren (◆Abbildung 4). Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Mädchen und jungen Frauen mit Essstörungen hat Grenzverletzungen, emotionalen oder sexuellen Missbrauch erlebt.

Biologische Faktoren

Zwillingsstudien weisen auf eine genetische Komponente von Essstörungen hin. Neueren Studien zufolge stehen auch die Hormone Leptin und Serotonin in Verbindung mit der Entstehung und dem Verlauf von Essstörungen [11]. Bei Essanfällen spielen zudem physiologische Ursachen eine wichtige Rolle: Der Körper entwickelt als Reaktion auf eine anhaltend restriktive Ernährung gleichsam zwangsläufig Heißhunger.

Familiärer Kontext und Lernerfahrungen

Nicht immer stammen die Betroffenen aus augenscheinlich schwierigen Familienverhältnissen. Es geht also keinesfalls um Schuldzuweisungen – dennoch ist ein Einfluss der Familie nicht von der Hand zu weisen. Wie die Forschung zeigt, werden Kinder, die später Essstörungen entwickeln, häufiger wegen ihrer Figur und ihres Essverhaltens gehänselt, viele sind vor Beginn der Essstörung übergewichtig. Oft finden sich in der Familie andere Personen mit restriktivem Essverhalten, meist die Mütter. Sie geben ihren Kindern ein Modell, ein natürlicher und ausgewogener Umgang mit Nahrungsmitteln ist in einer solchen Umgebung schwer erlernbar.

Viele Betroffene sind zudem „emotional auf Diät“, in ihrem Elternhaus werden Gefühle nicht angemessen geäußert und benannt, so dass sich die Mädchen und Jungen schwer tun, ihre Emotionen zu spüren und ihnen Ausdruck zu verleihen. Die Essstörung hilft zumindest kurzfristig, mit

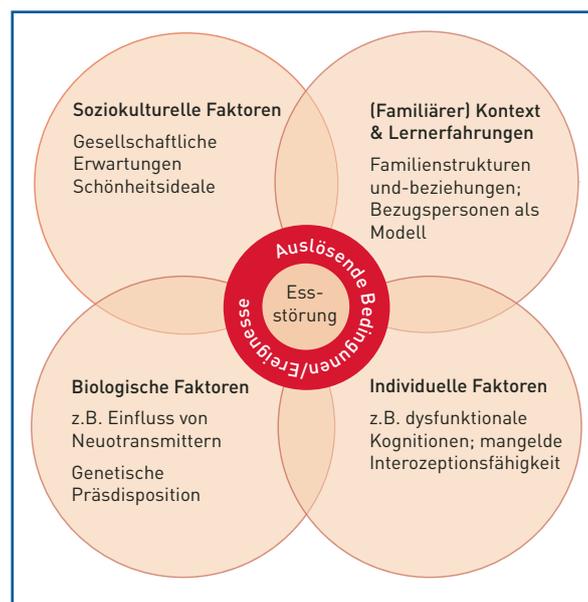


Abb. 4: Faktoren für die Entstehung von Essstörungen

emotionaler Anspannung fertig zu werden und negative Gefühle zu verdrängen. Zudem vermittelt gerade die Magersucht ein Gefühl von Kontrolle und hebt den Selbstwert. Die Betroffenen sind anfangs stolz darauf, dass sie nichts essen müssen, während alle anderen ihrem Hunger nachgeben. Sie nehmen ab, bekommen zu Beginn viel Anerkennung dafür, und haben endlich das Gefühl, doch etwas zu können und im Griff zu haben [12].

Soziokulturelle Faktoren

Magersüchtige liegen scheinbar voll im Trend, entsprechen sie doch dem in westeuropäischen Ländern vorherrschenden Schönheitsideal: Schön ist, wer schlank ist – und zwar weitaus schlanker als der Durchschnitt der Bevölkerung (vgl den Beitrag zu „pro ana“ ab S. 208).

Auch Männer sehen sich zunehmend gesell-



schaftlichem Druck ausgesetzt, fettfrei, durchtrainiert und muskulös ist angesagt. Ein weiterer häufig erwähnter soziokultureller Faktor ist die sich verändernde Rolle der Frau. Frauen sehen sich widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt, die zu erheblichen individuellen Konflikten führen können. Sie sollen zugleich beruflich erfolgreich, beliebt und von gepflegtem Äußeren sein und sich als liebevolle Ehefrau und Mutter mit ganzer Kraft für Ehemann und Familie einsetzen.

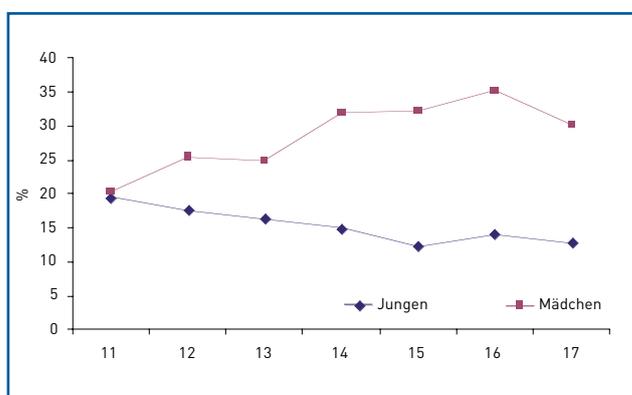


Abb. 5: Häufigkeit von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Im Altersverlauf nimmt Anteil der Auffälligen bei den Mädchen um ca. 50% zu, bei den Jungen hingegen um etwa ein Drittel ab. Daten der KiGGS-Studie des Robert Koch Instituts

Solche soziokulturellen Einflüsse allein machen sicherlich noch keine Essstörung, doch sie lassen es attraktiv erscheinen, Probleme durch Hungern lösen zu wollen. Schon in der Grundschule wird das Mädchen, das in der Pause nur eine Karotte knabbert und zierlich ist wie eine Balletttänzerin, von den anderen bewundert – warum sollte es zunehmen? Zumal viele der Idole, seien es Models, Sportlerinnen, Schauspielerinnen oder Sängerinnen, ebenfalls untergewichtig sind. Essstörungen können also bereits im Kindesalter beginnen (◆Abbildung 5).

Auslösende Bedingungen und Ereignisse

Auslöser einer Essstörung sind oftmals kritische Lebensereignisse, beispielsweise ein Umzug, ein Todesfall in der Familie, die Trennung vom

Partner oder schwerwiegende Konflikte im Elternhaus. Essstörungen haben fast immer mit Ablösung zu tun. Sie bieten die Möglichkeit einer Art „Abgrenzung in Verstrickung“, die vielen Magersüchtigen als einzig gangbarer Weg aus dem Elternhaus erscheint. Die Betroffenen rebellieren und lehnen sich gegen die besorgten Eltern auf, zugleich werden sie zu Kranken, die alle noch fester an sich binden. Bulimische Frauen und Männer folgen oft „ungeschriebenen Familienregeln“: Sie wahren eine perfekte Fassade und behalten ihre Sorgen und Ängste für sich.

Essstörungen behandeln

Essstörungen sind heimliche Erkrankungen, vor allem die Bulimie bleibt oft jahrelang unentdeckt. Der erste Schritt heraus aus der Heimlichkeit ist daher der wichtigste und zugleich der schwierigste. Wenn ein Verdacht direkt ausgesprochen wird, reagieren manche Betroffene erleichtert, bei anderen stößt man jedoch auf massive Abwehr. Dennoch bewährt es sich aus Sicht der Beratung, die Betroffenen auf ihre Essstörung anzusprechen. Dabei muss natürlich eine ver-

trauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, man sollte also nicht gleich beim ersten Gespräch mit der Tür ins Haus fallen. Daneben ist es wichtig zu signalisieren, dass man die Essstörung nicht nur als Problem mit dem Essen versteht, sondern weiß, in welcher Not sich die Betroffenen befinden [13].

Selbst wenn der oder die Beratende dann auf Ablehnung stößt: Immer wieder berichten Patienten/innen, ein solcher Hinweis habe sie aufgerüttelt und – etwas später – doch zum Handeln bewegt.

Sowohl für Patienten mit Anorexie als auch mit Bulimie besteht eine gut 50-prozentige Chance, ihre Essstörungs-Symptomatik zu überwinden. Bei 10–20% wird die Essstörung chronisch, beim Rest tritt eine Besserung, aber keine vollständige Heilung ein. Die Prognose für die Binge-Eating-Störung ist etwas besser, allerdings bleibt das Übergewicht in der Regel bestehen.

Niederschwelliger Einstieg

Für den Erstkontakt sind niederschwellige Angebote wichtig, wie sie vor allem die Information und Bera-

Fallstricke im Gespräch mit Betroffenen

- **Hilf mir, aber nach meinem Willen** – ein Paradox aus offensichtlicher körperlicher Schwäche und Hilfsbedürftigkeit einerseits und einer zu meist sehr machtvollen Position im Familien – und Umweltsystem andererseits. Gerade Magersüchtige sind stolz auf ihre Selbstkontrolle und reagieren oftmals empfindlich auf Hilfsangebote von außen.
- **Einfach nur wieder essen?** Eine Essstörung ist ein destruktiver Lösungsversuch für eine tiefere Problematik. Unterstützungsangebote, die nur auf eine Veränderung der Ernährung abzielen, führen daher in aller Regel nicht weiter und geben den Betroffenen nicht das Gefühl, ernst genommen zu werden.
- **Fressen, Kotzen, „es überkommt mich“** Betroffene gebrauche häufig eine abwertende und externalisierende Sprache. Steigt der Gesprächspartner darauf ein, könnten sie sich in ihrem Selbstbild bestätigt oder aber nicht akzeptiert fühlen.
- **Mein Kind braucht Hilfe!** Gerade bei jugendlichen Essstörungs-Patienten und -Patientinnen suchen teilweise die Eltern Hilfe. Fühlt sich die Patientin durch ein Bündnis zwischen Eltern und professionellem Helfer übergangen, ist die Vertrauensbasis zerstört.

Informationen und Therapieangebote zum Thema Essstörungen im Internet

www.bzga-essstoerungen.de

Sehr umfangreiches Seitenangebot mit Erklärung der verschiedenen Essstörungen, Präventionsangeboten, **Medien** (s. auch Medienumschau), **Telefonberatung**, einer **umfangreichen Link-Liste** und einem schnellen **Suchservice für Beratungsstellen** deutschlandweit.

www.hungrig-online.de/magersucht-online.de/bulimie-online.de

Umfangreiche und für Betroffene ansprechend aufgemachte Seiten mit vielen Informationen, Beratungsstellen-Suche, **Chat und Foren** für Betroffene, Angehörige und Mediatoren, „virtueller Selbsthilfegruppe“ etc.

www.essstoerungs-hotline.de

Bietet v. a. eine **Suchmaschine für Therapeuten** in Deutschland.

www.magersucht.de

Erfahrungsforum, Klinikberichte von Betroffenen, Hilfe für **Angehörige**, Informationen über **Fortbildungsangebote** großer Beratungsstellen für Fachpersonal und **Beratungsstellen-Suchservice**.

www.ab-server.de

Informationsreiches Seitenangebot mit u. a. **Online-Beratung, Foren, Adresslisten** und einem **Verzeichnis von Studien** der Universität Leipzig zum Thema.

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

Für Fachpersonal: Bietet Informationen zu den verschiedenen Essstörungen, **Leitlinien zur Behandlung** und einen **Quick-Test** zur Erfassung von Essstörungen.

www.anorexia-nervosa.de

Für Fachpersonal: Seite der Uniklinik Heidelberg mit wissenschaftlicher Literatur zum Thema und einem **Verzeichnis deutscher Kliniken** mit Abteilungen zur Behandlung von Essstörungen.

Homepages einiger großer Beratungsstellen: www.anad-pathways.de, www.balance-bei-Essstoerungen-Frankfurt.de, www.essstoerungenfrankfurt.de, www.dick-und-duenn-berlin.de, www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

tung per Internet bieten (z. B. www.anad.de; www.hungrig-online.de). Beratungsstellen wie ANAD e.V. ermöglichen dann eine erste Abklärung der Essstörung sowie ihrer Hintergründe und können gezielt über Therapieangebote informieren. Je nach Bedarf und Schweregrad der Essstörung schließen sich an die Beratung unterschiedliche Maßnahmen an. Konzepte der Integrierten Versorgung, beispielsweise durch das „Therapienetzz Essstörung“ in Bayern, bieten rasche und umfassende Hilfe aus einer Hand an [14].

Auszeit vom Alltag – stationäre Behandlung

Hat die Essstörung erst vor kurzem begonnen und ist nicht allzu stark ausgeprägt, bietet sich eine ambulante Therapie an. Ist der körperliche Zustand der bzw. des Betroffenen hingegen sehr schlecht oder treten weitere psychiatrische Störungsbilder auf, empfiehlt sich meist eine stationäre Therapie. Spezialkliniken bieten intensive Betreuung und verschaffen eine Art „Auszeit“ vom Alltag, einen Abstand vom gewohnten Umfeld, das nicht selten an der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Essstörung beteiligt ist. Die räumliche Trennung kann zudem ein erster Schritt in Richtung Abgrenzung und Ablösung vom Elternhaus sein.

„Direkt nach dem Abitur ging ich dann in die Klinik. Auf einmal war ich nicht mehr alleine mit meinen Problemen, mit meinen komischen Gedanken, die ich bis dahin ja selbst nicht verstand und für vollkommen irre hielt, mit den gewaltigen Gefühlen, die auf einmal aus mir hervorbrachen. Langsam und mit viel Arbeit an mir, meinem Innenleben, meiner Krankheit entwickelte sich aus dem ‚fressenden Monster‘, als das ich mich sah, eine junge Frau, die mitten im Leben steht. Auf einmal merkte ich, dass ich gar nicht so komisch bin, ja, dass die Krankheit sogar einen Sinn hat. Als Ausdruck meiner Gefühle und als Antwort auf Konflikte. Wenn auch auf eine ziemlich kranke Art und Weise.“

Zurück ins „normale Leben“ – die ANAD Wohngruppen

Doch gerade im Anschluss an eine solche „Klinik-Auszeit“ gestaltet sich die Rückkehr ins normale Leben oft schwierig. Eine ambulante Therapie reicht zum Teil nicht aus, um die erzielten Erfolge aufrechtzuerhalten. Aus diesem Grund wurden 1994 durch den Träger ANAD e.V. die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen in München ins Leben gerufen – gleichsam als Brückenschlag



Patientinnen in der Wohngruppe

ANAD e.V. – Beratung und intensivtherapeutische Wohngemeinschaften für junge Mädchen und Frauen mit Essstörung.

Pilotystraße 6, 80538 München

Tel.: 089 219 973-0

Fax.: 089 219 973-23

E-Mail: Kontakt@ANAD-pathways.de

Internet: www.ANAD.de

Zielgruppe: Mädchen und Frauen von 14–30 Jahren

Angebot: Wohngruppen unter ärztlicher Leitung, Psychotherapeutische Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche, Sozialpädagogische Wohngemeinschaftsbetreuung, intensive ernährungstherapeutische Beratung und Begleitung, individuell, in der Gruppe und ganz praktisch beim gemeinsamen Kochen und Essen, Erlebnispädagogik, Freizeitaktivitäten.

zwischen stationärer und ambulanter Versorgung [15]. Mädchen, junge Frauen und junge Männer mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypischen Essstörungen und psychisch bedingtem Übergewicht) leben sechs Monate lang mit Gleichaltrigen in einer Wohngemeinschaft in der Münchner Innenstadt und bleiben im schulischen bzw. beruflichen Alltag integriert. Sie sind somit den Problemen des alltäglichen Lebens ausgesetzt und zugleich in eine engmaschige Betreuung eingebunden, die sie dabei unterstützt, neue Wege im Umgang mit Stress und Konflikten zu suchen und zu erproben.

Arbeit an Psyche und Gewicht

Wichtig bei allen Essstörungen ist die parallele Arbeit an Symptom (Fasten, Ess-Brech-Anfälle etc.) und Gewicht sowie Auslösern und Hintergründen. Viele Kliniken und auch die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen stützen sich auf kognitiv-verhaltenstherapeutisch-integrative Therapiekonzepte. Begleitende Arbeit mit den Familienmitgliedern ist gerade für jüngere Patientinnen, die noch zu Hause leben, sinnvoll [16].

Als besonders hilfreich hat sich die Arbeit im interdisziplinären Team erwiesen. So werden die Patientinnen bei ANAD beispielsweise rund um die Uhr intensiv von einem multidisziplinären Team begleitet, das aus einer ärztlichen Leitung, approbierten Diplom-Psychologen/innen, Diplom-Sozialpädagogen/innen und Ernährungstherapeutinnen (Diplom-Oecotrophologinnen/Diätassistentinnen) besteht und die Patientinnen somit in unterschiedlichen Lebensbereichen zu unterstützen vermag. Wesentliche Therapieziele sind neben der Gewichtsveränderung (sofern nötig) eine Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Aufbau einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung,

die Bearbeitung von Hintergründen (ggf. unter Einbezug wichtiger Bezugspersonen) sowie die Behandlung komorbid auftretender Störungen (z.B. Interaktionsstörungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch). Zentral ist ferner der Aufbau sozialer Kompetenzen, denn Langzeituntersuchungen zeigen, dass die Betroffenen oftmals andauernde Schwierigkeiten im psychosozialen und psychosexuellen Bereich haben. Weiterhin steht die Rückfallprophylaxe bzw. die Arbeit am Umgang mit Rückfällen im Vordergrund.

Ernährungstherapie bei Essstörungen

Handlungsleitend im Ernährungsbereich ist bei ANAD e.V. das so genannte „Anti-Diät-Konzept“ [17, 18]. Danach sind light- und kalorienreduzierte Produkte nicht erlaubt. Ziel ist ferner, die „schwarzen Listen“ der „verbotenen Lebensmittel“ abzubauen



Gemeinsames Kochen/Essen in ANAD Wohngruppen

en. Auf diesen befinden sich oft insbesondere süße und fettreiche Nahrungsmittel, die dann vorzugsweise bei Essanfällen konsumiert werden. Es soll eine Ernährungsweise erreicht werden, die angstfrei, natürlich, bedürfnisorientiert, ohne rigide Nahrungskontrolle, ohne zwanghaftes Kalorienzählen und ohne diätetische Einschränkungen ist. Das „Anti-Diät-Konzept“ findet auch in der Therapie übergewichtiger und adipöser Patienten Anwendung und führt langfristig zu ähnlich guten Erfolgen wie eine

Reduktionsdiät [19]. Zudem vermeidet man negative Folgen von Diäten, z. B. den so genannten Jo-Jo-Effekt.

In den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen haben sich neben Einzelberatungen vor allem Gruppenberatungen und praktische Übungen bewährt wie z. B. gemeinsames Kochen und Essen sowie Geschmackstraining [20]. In der Einzelberatung vermittelt die Ernährungstherapeutin Wissen bzgl. relevanter Ernährungsthemen, erstellt Esspläne und wertet Essprotokolle aus. Ziel ist der Aufbau einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur mit normalen Essensmengen und in der Folge eine verbesserte Wahrnehmung von Hunger und Sättigung. In der Gruppenberatung steht der Austausch der Betroffenen untereinander im Vordergrund. Mit Unterstützung der Ernährungstherapeutin lernen sie, über ihre Essstörung zu sprechen, ihr Essverhalten zu reflektieren und schrittweise zu verändern. Beim gemeinsamen Kochen und Essen unterstützt die Ernährungstherapeutin die Betroffenen bei der Zubereitung der Mahlzeiten, gibt Portionsgrößen vor und schätzt das Essverhalten der Betroffenen bezüglich Menge, Esstempo und Symptomatik ein.

In der Essstörungstherapie arbeiten Ernährungstherapeuten somit direkt am Symptom. Der Übergang zwischen beratender und therapeutischer Arbeit ist dabei oft fließend; zudem hat die Motivationsarbeit einen zentralen Stellenwert, da es die Patienten häufig viel Überwindung kostet, die Ratschläge der Ernährungstherapeuten umzusetzen und sich an die Essenspläne zu halten. So ist in der ernährungstherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Essstörungen viel Geduld, Einfühlungsvermögen und Hartnäckigkeit erforderlich, jedoch bietet gerade dieser Arbeitsbereich für Ernährungstherapeuten andererseits auch viel Abwechslung und Herausforderung.

Literatur

1. www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html. 07.03.2007
2. Aschenbrenner K et al. (2004) Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(6), 259–263
3. Bruch H: *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Fischer, Frankfurt 1982.
4. Bruch H: *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Fischer, Frankfurt 1997
5. Schnebel A, Bröhm P. *Sprechstunde Bulimie*. Gräfe und Unzer, München, 1996
6. *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, Textrevision, DSM-IV-TR: Deutsche Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben*. Hogrefe, Göttingen 2003 (Originalausgabe: American Psychiatric Association APA: *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders DSM-IV*)
7. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der WHO. Deutsche Bearbeitung von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt*. Huber, Bern 1993
8. Fairburn CG, Bohn K: *Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV*. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6) 2005, 691–701.
9. Sipos V, Schweiger U (2006) *Orthorexia nervosa*. *Phoenix*, 4, 11–13
10. Zipfel S et al. (2000) *Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study*. *Lancet*, 355, 721–722
11. Brunn, IM (2006) *Psychobiologische Aspekte des Hungerstoffwechsels*. *Ernährungs-Umschau*, 53, 430–34
12. Fairburn CG, Shafran R, Cooper ZA (1999) *Cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13
13. Wunderer E et al (2005) *Schön schlank – oder schon krank? Essstörungen in der Arztpraxis aufspüren*. *MMW-Fortschritte der Medizin*, 7, 44–47
14. Wunderer E, Schnebel A (2006) *Das Therapienetz Essstörungen. Integrierte Gesundheitsversorgung von PatientInnen mit Essstörungen*. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 6(1), 31–33
15. Wunderer E, Schnebel A, Müller E (2004) *Pathways – Intensivtherapeutische Wohngruppen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen mit verhaltenstherapeutisch-integrativem Schwerpunkt*. *Psychotherapie im Dialog*, 5(1), 63–66
16. Wunderer E (2005) *Zusammenarbeit mit Eltern bei der Prävention und Therapie von Essstörungen*. *profugend*, 3, 25–26.
17. Orbach S: *Anti-Diät-Buch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht*. Verlag Frauenoffensive, München, 1984
18. Orbach S: *Anti-Diät-Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht*. Verlag Frauenoffensive, München, 1994
19. Leibbrand R (2002) *Adipositas: Verlauf und verlaufsbeeinflussende Faktoren*. *Verhaltenstherapie*, 12, 327–333
20. Messmann A, Wunderer E (2006) *Wenn das Essverhalten entgleist*. *VDO_E Position*, 2

Zusammenfassung

Essen gegen die innere Leere

Dr. Eva Wunderer, ANAD e. V., München

Essstörungen sind schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter. Die Betroffenen versuchen durch Essen bzw. Nicht-Essen Probleme in den Griff zu bekommen, die sie auf andere Weise nicht zu lösen vermögen. An der Entstehung von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und anderen Essstörungen sind viele Faktoren beteiligt: das familiäre und soziokulturelle Umfeld ebenso wie individuelle und biologische Faktoren. Oft wird die Essstörung lange Zeit verheimlicht, da die Betroffenen sich schämen und Schuldgefühle haben. Niederschwellige Beratungsangebote spielen daher eine wichtige Rolle. Viele Einrichtungen haben sich mittlerweile auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert, üblicherweise wird im interdisziplinären Team gearbeitet. Dabei spielt auch die Ernährungstherapie eine wesentliche Rolle. Die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen setzen auf das „Anti-Diät-Konzept“, das sich gegen diätetische Einschränkungen und Verbote in der Nahrungsmittelauswahl richtet.

Ernährungs Umschau 54 [2007] S. 180–187