

WAS SIND EIGENTLICH ESSSTÖRUNGEN?

Sorgen um das Essen

Anders als in früheren Zeiten machen sich die meisten Menschen in unserer Kultur heute keine Sorgen mehr darüber, ob genug Nahrung vorhanden ist. Im Gegenteil: Viele haben **Angst, zuviel zu essen**. Sie beobachten, kontrollieren und zügeln ihr Essverhalten, um abzunehmen oder wenigstens nicht zuzunehmen.

Verantwortlich dafür ist nicht immer das Streben nach Gesundheit, sondern sehr häufig ein übertriebenes **Schlankheitsideal**. Vorbilder aus Mode und Medien lassen glauben, nur schlanke, magere Menschen sind schön und werden anerkannt.

Wer diesen Vorbildern nacheifert und viel Mühe in die Kontrolle des Essverhaltens investiert, bei dem können schon geringe Abweichungen in Körpergewicht und Figur regelrechte Panik auslösen, zu dick zu sein. Doch jede Diät kann der Beginn einer Essstörung sein!

Die Angst vor dem Dicksein

Das Essen verliert seine Normalität. Diäten, Fasten, Aussparen von "verbotenen" Lebensmitteln, exzessiver Sport und sogar Abführmittel werden alltäglich. Schon nach einigen Wochen kann aus restriktivem Essen eine ernsthafte Störung entstehen: Alles Denken kreist nur noch um das Thema Essen, immer mehr Speisen lösen Angst vor dem Dicksein aus und werden ganz vermieden, das eigene Selbstwertgefühl hängt mehr und mehr vom Körpergewicht und von der Figur ab.

Nicht nur das Verhalten und Erleben, **auch der Körper verändert sich**: Es kommt zu dramatischen Stoffwechselveränderungen, wichtige Hormone und andere Botenstoffe des Körpers werden nicht mehr im normalen Ausmaß produziert, das natürliche Hunger-Sättigungs-Gefühl fällt aus. Es kann zu Heißhungerattacken und Fressanfällen kommen, die dann wieder Angst vor dem Dicksein auslösen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist gestört, so dass viele von Essstörungen Betroffene sich auch dann noch als viel zu dick empfinden, wenn sie normalgewichtig oder sogar untergewichtig sind. Schon nach kurzer Zeit ist dieser Teufelskreis aus eigener Kraft nicht mehr aufzuhalten. Die Konsequenz sind ernsthafte Ess-Störungen: Magersucht (Anorexia nervosa) oder Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa). Solche Erkrankungen haben meistens fatale Folgen für die Betroffenen und ihre Familien.

Es gibt Auswege

Die moderne Psychotherapie gibt jedoch Anlass, optimistisch zu sein. Mit erfahrenen und qualifizierten Spezialisten können heute auch schwere und langdauernde Essstörungen mit sehr gutem Erfolg behandelt werden. Die Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie in Münster hat sich u.a. auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert. Für jede Essstörung bieten wir spezielle Therapiekonzepte an. Denn um eine Essstörung erfolgreich zu behandeln, ist es sehr wichtig, die speziellen Erscheinungsformen und Hintergründe dieser Erkrankungen genau zu kennen; zu verstehen, wie die Störung entstanden ist und wodurch sie aufrechterhalten wird.

Mit **Intervallbehandlungen**, die abwechselnd aus stationären und ambulanten Phasen bestehen, können langdauernde Klinikaufenthalte vermieden werden; die **Alltagsnähe und Intensität** der Therapie erlauben eine hohe Konzentration der Behandlungen und die **individuelle Anpassung** der therapeutischen Maßnahmen an die persönliche Problematik der Betroffenen sorgt für stabile Behandlungserfolge.

Informationen

Auf den folgenden Seiten können Sie – getrennt für die [Anorexia nervosa](#) und die [Bulimia nervosa](#) – einiges über die besonderen Merkmale der Störungen lesen, die diagnostischen Kriterien, den Verlauf der einzelnen Essstörungen kennen lernen, sich über die Ursachen und die Aufrechterhaltung und vor allem über die Behandlungsmethoden bei Essstörungen informieren.

[Erfahrungsberichte](#) von ehemaligen Patienten können Ihnen einen zusätzlichen Eindruck von der Art der Behandlung geben. Falls noch Fragen offen sind, können Ihnen vielleicht unsere Hinweise auf interessante [Bücher und Zeitschriften](#) helfen, eine Antwort zu bekommen.

MERKMALE DER BULIMIE

Anders als die Magersucht ist die bulimische Essstörung **nicht auf den ersten Blick zu erkennen**: Die Betroffenen leiden zwar unter ihrem gestörten Essverhalten, das durchaus auch sehr extreme Formen annehmen kann, doch rein äußerlich ist erst einmal nichts zu sehen. Denn bulimische Patientinnen sind nicht untergewichtig, und sie leiden in der Regel auch nicht unter Übergewicht. Es gibt jedoch einige auffällige Merkmale im Verhalten der Patientinnen, die es neben den körperlichen Veränderungen Fachleuten möglich machen, eine richtige [Diagnose](#) zu stellen. Und auch für Betroffene und ihre Angehörigen oder Freunde ist es wichtig zu wissen, woran man eine bulimische Essstörung erkennen kann.

Heißhungerattacken

Das Symptom, unter denen die Betroffenen am meisten leiden, ist die **nicht kontrollierbare** Neigung der Patientinnen zu Heißhungeranfällen mit anschließenden Essattacken (die Betroffenen sprechen lieber von "Fressanfällen"). Regelmäßig, mehrmals die Woche oder sogar mehrfach am Tag, kommt es zu solchen "Attacken", bei denen der Heißhunger nicht kontrolliert werden kann und bei denen große Mengen an Nahrung "verschlungen" werden. Bei einigen Patientinnen ist es nur die ganze Tafel Schokolade, bei anderen sind es (z.B.): Ein bis zwei große Dosen Nudeln in Tomatensoße (kalt), ein großes Weißbrot, ein Glas Schokoladen-Brottaufstrich, eine Schachtel Pralinen oder Kekse, 1 Kilo Speiseeis und noch mehr.

Manchmal enthalten diese Mengen 4000 oder gar 8000 Kcal, in Einzelfällen auch 12.000 oder mehr als 15.000 Kcal. Für solche Fressanfälle ist es typisch, dass vor allem kalorienreiche, süße Nahrung verschlungen wird; außerdem sind die verwendeten Lebensmittel häufig weich und werden nicht in heißem Zustand gegessen, denn das würde wehtun oder zu Verletzungen des Schlundes oder der Speiseröhre führen.

Typisch ist es auch, dass der Heißhunger bei diesen Fressattacken nicht kontrolliert werden kann, so dass die Betroffenen gar nicht aufhören können, obwohl sie es wollen.

Angst vor dem Dicksein

Die Angst, dick zu sein oder dick zu werden, ist ein ganz zentrales Merkmal essgestörter Patienten – nicht nur bei der Magersucht, sondern auch bei der Bulimie. Diese Angst ist nicht nur eine "Marotte", sondern eine heftige emotionale und körperlich spürbare Reaktion, die durch bestimmte Lebensmittel und auch durch die Konfrontation mit dem Körpergewicht und der Figur ausgelöst wird, ganz besonders aber durch die Fressanfälle: Es entsteht regelrechte Panik.

Die Angst ist durch den "Verstand" kaum noch zu steuern, sie wird für die Betroffenen so unerträglich, dass sie nur die Möglichkeit sehen, mit mehr oder weniger drastischen Gegenmaßnahmen gegenzusteuern.

Gegenmaßnahmen

Aus Angst, nach solchen Fressanfällen dick zu werden, oder weil das Völlegefühl unerträglich wird, greifen die betroffenen Patientinnen zu Gegenmaßnahmen, um nicht zuzunehmen oder sich wieder besser zu fühlen. Die bekannteste und schnellste Möglichkeit ist **das absichtliche Erbrechen** nach solchen Fressanfällen. Nach anfänglichen Schwierigkeiten (absichtliches Erbrechen kann sehr unangenehm sein!) gelingt es den meisten Patientinnen, das Erbrechen relativ schnell und problemlos herbeizuführen, irgendwann geht es fast schon automatisch.

Auf jeden Fall aber erreichen die Patientinnen damit eine wirksame Erleichterung: Die Angst vor dem Dicksein lässt nach, das Völlegefühl verschwindet, aber auch andere unangenehme Gefühle wie z.B. innerer Druck und Anspannung hören auf. Nicht alle Patientinnen jedoch erbrechen nach Fressanfällen: Einige setzen große Mengen an **Abführmitteln** ein, um die Angst vor dem Dicksein zu kontrollieren; andere treiben **exzessiv Sport**, um die großen Kalorienmengen zu verbrennen; wieder andere **fasten** an den Folgetagen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Essverhalten

Nicht nur Erbrechen, Sport oder Abführmittel werden eingesetzt, um das Dickwerden zu verhindern. Sondern auch das alltägliche Essverhalten ist durch eine **ständige Kontrolle** geprägt. Das ganze Denken dreht sich fast nur noch um das Thema Essen. Ähnlich wie bei magersüchtigen Patientinnen wird jede Mahlzeit, jedes Lebensmittel auf Kalorienzahl, Fett- und Eiweißgehalt geprüft, die tägliche Kalorienzufuhr wird gezählt, die Mengen und Größen der Mahlzeiten werden genau registriert. Kontrolliert wird natürlich ganz besonders, ob sich das eingeschränkte Essverhalten auch in Ergebnissen zeigt: Tägliches Wiegen, manchmal oft am Tag, und dabei die Orientierung an "magischen Grenzen", d.h. dass ein bestimmtes Körpergewicht nicht überschritten werden darf. Anders als bei magersüchtigen Patientinnen wird diese Grenze jedoch nicht immer weiter gesenkt, sondern die bulimischen Patientinnen achten vor allem darauf, nicht weiter zuzunehmen.

Wahrnehmung

Ähnlich wie bei magersüchtigen Patientinnen ändert sich auch bei bulimisch gestörten Patientinnen die **Körperwahrnehmung**. Die Figur wird als zu dick wahrgenommen, auch dann, wenn die Person eindeutig normalgewichtig ist. Auch andere Wahrnehmungen sind gestört, z.B. das **Gespür für Hunger und Sättigkeit**. Die Patientin mit Bulimia nervosa kann sich nicht mehr auf dieses Gefühl verlassen, sie kann es nicht mehr zuverlässig wahrnehmen – und muss es durch Kontrolle, also Kalorienzählen ersetzen.

Auch die Selbsteinschätzung, der **Selbstwert** werden überwiegend von der Form der Figur und dem Körpergewicht beeinflusst: Alles Denken kreist zunehmend um Kalorien, Körpergewicht, Figur, Essen und Kontrolle des Essens. Andere Lebensbereiche, die früher die Selbsteinschätzung geprägt haben, wie z.B. Beziehungen, Bedürfnisse, Interessen, Fähigkeiten, Aktivitäten usw. spielen kaum noch eine Rolle für die Tatsache, ob man sich akzeptiert oder nicht.

Psychische Veränderungen

Je länger die Bulimie andauert, desto mehr hängt das Wohlergehen der betroffenen Person vom Körpergewicht und von der Form der Figur ab. Das Essen, besonders die Fressanfälle mit den anschließenden Gegenmaßnahmen, wird bald zum **Ersatz** für den Umgang mit Belastungen. Essen lenkt ab, beruhigt und entspannt, und auch die Gegenmaßnahmen wie z.B. das Erbrechen oder der Sport, dienen jetzt dazu, Spannungen abzubauen, Gefühle zu regulieren, innere Leere oder Unruhe zu bekämpfen. Beziehungen werden immer weniger gepflegt, die soziale Isolation – auch innerhalb der Familie – wird stärker, der Umgang mit anderen Menschen wird eingeschränkter, die Betroffenen sind mehr und mehr auf ihr gestörtes Essverhalten angewiesen, um mit ihren Gefühlen zurechtzukommen. Langfristig kommt es so zu noch mehr Stimmungsschwankungen, sehr häufig sind depressive Verstimmungen.

Körperliche Veränderungen

Durch das veränderte Essverhalten (restriktiv essen), und vor allem auch durch die Fressattacken und die Gegenmaßnahmen werden dem Körper **erhebliche Umstellungen** abverlangt. Wie bei der Magersucht ändert der Körper schon mit dem restriktiven Essen seinen Stoffwechsel. Der Grundumsatz wird umgestellt, es werden weniger Kalorien verbrannt und mehr gespeichert, der Körper arbeitet gewissermaßen "auf Sparflamme".

Es kommt zu Verschiebungen im Wasser- und Elektrolythaushalt, das bedeutet, dass wichtige Spurenelemente wie Kalium nicht mehr im normalen Sinne für den Haushalt des Körpers zur Verfügung stehen. Eine der zahlreichen Folgen dieser Umstellung sind z.B. Herzrhythmusstörungen, Probleme der Nierenfunktionen, Hautveränderungen, aber auch starke Änderungen des Hormonhaushalts: Sehr schnell bleibt die Menstruation aus, der weibliche Zyklus ist "stillgelegt".

Auffallend ist in diesem Zusammenhang auch die Stilllegung des Hunger-Sättigkeits-Gefühls (s.o.). Als Folge der Fressanfälle und des Erbrechens (wie auch anderer Gegenmaßnahmen) lassen sich bei bulimischen Patientinnen zudem typische Vergrößerungen der Ohrspeicheldrüsen beobachten (der Körper muss beim Schlingen wie beim Erbrechen enorme Mengen an Speichel produzieren), die nach gewisser Zeit dann zu Veränderungen in der Gesichtsform ("Hamsterbäckchen") führen.

Typisch sind auch Verletzungen und Entzündungen der Speiseröhre und des Mundinnenraumes, Magenbeschwerden, Erosionen des Zahnschmelzes an der Innenseite der Zähne (als Folge der Magensäure, die beim Erbrechen die Zähne angreift).

Zusammenfassung:

Diese unterschiedlichen Merkmale zeigen, dass es sich bei der Bulimia nervosa (wie auch bei der Magersucht) um eine sehr **komplexe psychische und gleichzeitig körperliche Erkrankung** handelt, die ernsthafte Folgen haben kann, wenn sie nicht richtig behandelt wird. Die Gemeinsamkeiten mit der Magersucht sind deutlich, doch auch die Unterschiede: Patientinnen mit Bulimia nervosa sind normalgewichtig, doch ihr Erleben und Verhalten ist ähnlich wie bei magersüchtigen Patientinnen erheblich eingeschränkt und gestört, und hat weitreichende psychische und körperliche Folgen.

Die bulimische Essstörung kann heute sehr gut behandelt werden, es stehen in der modernen Psychotherapie eine Vielzahl von gut überprüften Methoden zur Verfügung, die eine sichere und langfristig stabile Genesung möglich machen. Es ist aber zunächst notwendig, die richtige [Diagnose der Bulimie](#) zu stellen. Dazu sollte unbedingt professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.

DIAGNOSE DER BULIMIE

Die Weltgesundheitsorganisation WHO und die psychiatrische Vereinigung der USA haben sehr genaue Klassifikationssysteme entwickelt, um die Erkennung psychischer Krankheiten präzise und zuverlässig zu machen:

Das sog. "**ICD-10**" (10. Revision der International Classification of Diseases der WHO), und das sog. "**DSM-IV**" (4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen der APA).

Für die Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) liegen erst seit ca. 20 Jahren zuverlässige Kriterien vor. Diese Anleitungen wurden in den letzten Jahren aber zunehmend verfeinert und verbessert, so dass heute die Bulimie anhand klinischer Merkmale gut erkannt und die Diagnose sicher und zuverlässig gestellt werden kann. Damit die Diagnose einer Bulimia nervosa festgestellt werden kann, sollten bei einer Person die folgenden Merkmale vorhanden sein:

Fressanfälle: Es kommt regelmäßig zu **Fressattacken** aufgrund von Heißhungeranfällen, die **nicht kontrolliert** werden können. Bei diesen Fressattacken werden in einer bestimmten Zeit viel größere Mengen an meist hochkalorischer Nahrung konsumiert, als die meisten Menschen dies unter ähnlichen Umständen tun.

Gegenmaßnahmen: Um nicht zuzunehmen wird vor allem die Vermeidung hochkalorischer Speisen (Fasten, Diät usw.) eingesetzt. Daneben auch: absichtliches Erbrechen, Einsatz von Abführmitteln oder Appetitzüglern oder Entwässerungsmitteln, übertriebene körperliche Aktivitäten (z.B. Sport).

Häufigkeit und Dauer: Die Heißhungeranfälle und Gegenmaßnahmen treten im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche auf, und das seit mindestens drei Monaten.

Selbstwertschätzung: Die Einschätzung des Selbstwerts hängt fast nur noch vom Körpergewicht und von der Figur ab.

Keine Magersucht! Eine Bulimie liegt nur dann vor und wird auch nur dann diagnostiziert, wenn die vorher genannten Störungen und Auffälligkeiten nicht mit Untergewicht einhergehen. Ansonsten ist zu prüfen, ob eine Anorexia nervosa vorliegt.

Bei bulimischen Patientinnen kann man zwei Gruppen unterscheiden:

Eine Gruppe von Patientinnen versucht ihr Körpergewicht dadurch zu kontrollieren, dass sie nach Fressanfällen die Nahrung wieder erbrechen, oder Abführmittel, Entwässerungstabletten oder Klistiere benutzen, um die Nahrung wieder loszuwerden.

Eine andere Gruppe von Patientinnen behält nach Fressanfällen die Nahrung bei sich, erbricht also nicht und benutzt auch keine anderen Hilfsmittel. Diese Patientinnen versuchen, eine Gewichtszunahme dadurch zu verhindern, dass sie den ganzen Tag fasten oder strenge Diät halten, oder indem sie durch exzessiven Sport ihren Energieumsatz erhöhen.

HÄUFIGKEIT, VERLAUF UND FOLGEN DER BULIMIE

Häufigkeit

Wie die Magersucht tritt auch die Bulimia nervosa vor allem in modernen Ländern auf, wo Nahrung im Überfluss vorhanden und jederzeit verfügbar ist. Die bulimische Essstörung kommt mehr als doppelt so häufig vor wie die Magersucht: Etwa 2-3% der heranwachsenden Mädchen und Frauen leiden unter dieser Krankheit. Die meisten Betroffenen, sicher 90%, sind Mädchen und Frauen. Doch zunehmend berichten auch junge Männer, dass sie aus Angst vor dem Dicksein ihr Essverhalten kontrollieren und unter Heißhunger, Fressanfällen und Gegenmaßnahmen wie Erbrechen leiden.

Bulimische Symptome, ohne dass alle Kriterien für eine Diagnose erfüllt sind, d.h. einzelne Merkmale wie Heißhunger, Fressanfälle oder auch Erbrechen, treten bei sehr viel mehr Menschen auf. In bestimmten Bevölkerungsgruppen (z.B. bei jungen Frauen zwischen 20 und 30, die sich in Ausbildung befinden oder studieren) sind es mehr als 20%, die zumindest für einige Zeit bulimisches Essverhalten anwenden.

Verlauf

Bei den meisten Patientinnen mit Bulimia nervosa beginnt die Krankheit nach der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter. Oft beginnt die bulimische Essstörung mit Diäten oder Schlankheitskuren, in deren Verlauf dann erstmals Heißhungergefühle und Fressattacken auftreten. Nicht selten beginnt eine bulimische Erkrankung auch mit einer magersüchtigen Phase, manchmal führt auch eine Behandlung dazu, dass die Magersucht überwunden wird, also das Gewicht sich wieder normalisiert, jedoch Fressanfälle und Gegenmaßnahmen wie z.B. Erbrechen hinzugekommen sind. Typisch für den Verlauf der Bulimie sind auch häufige Wechsel von normalem Essverhalten mit Phasen von bulimischen Merkmalen.

Langfristig werden etwa ein Drittel der Patientinnen wieder gesund, oft jedoch erst nach etlichen Jahren. Zwei Drittel der Patientinnen leiden sehr lange unter bulimischen Beschwerden, auch wenn es zwischenzeitlich immer wieder zu Normalisierungen kommt.

Folgen

Wie auch die Magersucht hat die Bulimie ausgeprägte körperliche und psychische Folgen. **Auch der Körper der bulimischen Patientinnen leidet unter Mangelernährung!** Zwar ist das Gewicht normal, jedoch wird die Nahrung auf sehr unausgewogene Art und mangelhaft zugeführt; außerdem führen die Fressanfälle und die eingesetzten Gegenmaßnahmen zu teilweise erheblichen körperlichen Schäden. Besonders häufig sind Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, die mit einem pathologischen Befund des Blutbildes einhergehen und zu ernsthaften Störungen des Kreislaufsystems und der Nierenfunktionen führen können. Die hormonellen Änderungen und Störungen sind vielfältig und betreffen v.a. die reproduktiven Funktionen, haben aber auch erhebliche Auswirkungen auf andere Organsysteme, u.a. den Hirnstoffwechsel. Weitere körperliche Folgen sind: Ausgeprägte Schäden des Zahnschmelzes (verursacht durch die Magensäure beim Erbrechen); Verletzungen, Risse und Entzündungen der Speiseröhre und des Schlundes; abnorme Vergrößerungen der Ohrspeicheldrüsen (bei Fressanfällen und beim Erbrechen müssen enorme Mengen an Speichel produziert werden); Menstruationsstörungen, Herzrhythmusstörungen.

Personen mit Bulimia nervosa leiden sehr häufig unter depressiven Störungen, die teilweise die Kriterien für eine schwere Depression erfüllen und behandelt werden müssen. Häufig sind die depressiven Beschwerden Folge der bulimischen Essstörung (bedingt durch soziale Isolation und Selbstwertprobleme), manchmal treten sie jedoch auch gleichzeitig oder schon vor Beginn der Bulimie auf.

Andere psychische Folgen und Begleiterscheinungen der Bulimie sind Angstsymptome (vor allem Angst vor sozialen Situationen), Abhängigkeiten (von Alkohol, aber auch von Tabletten), Schuldgefühle, Scham und eine auffällige emotionale Labilität.

Die psychische Labilität kann Folge wie auch Ursache der Bulimie sein. Wie bei der Magersucht sind die meisten Familien schnell überfordert mit der Situation des erkrankten Familienmitglieds, es kommt zu Spannungen und Konflikten, die die Problematik der Patientin weiter verschärfen können. Allerdings ist es auch typisch für bulimische Patientinnen, ihr gestörtes Essverhalten so lange wie möglich zu verbergen – **die Bulimie gilt als "heimliche Krankheit"**.

Risikofaktoren

Viele verschiedene Faktoren entscheiden darüber, ob ein Mensch eine Essstörung entwickelt oder nicht. Es gibt nicht den "typischen" Konflikt oder die "typische" Persönlichkeit, die für die Entwicklung einer Bulimie verantwortlich ist. Auch lassen sich in der Familie keine "typischen" Muster erkennen, die als zentrale Ursache in Frage kämen. Für die Entstehung der Bulimia nervosa lassen sich jedoch einige **Risikofaktoren** identifizieren. Auffällig ist, dass für die Bulimie ganz ähnliche Risiken wie für die Entstehung der Magersucht gelten:

Schlankheitsideal

Schlankheit wird in unserer Gesellschaft, und besonders für junge Frauen und Mädchen (zunehmend aber auch für junge Männer), gleichgesetzt mit Schönheit, Attraktivität, Kompetenz, Anerkennung. Das Bedürfnis, möglichst dünn zu sein, kann auch aus dem Vergleich mit Gleichaltrigen ("wer ist erfolgreicher?", "wer hält die Diät länger durch?") entstehen. Manchmal sind es auch Hänseleien über Figur und Körpergewicht, die erst dieses Bedürfnis wecken. Wie auch immer – wenn dieses Ideal, möglichst schlank und dünn zu sein, sehr wichtig wird, besteht ein hohes Risiko, das eigene Essverhalten so sehr zu ändern, dass es unausweichlich zu Mangelerscheinungen und damit zu ernsthaften Essstörungen kommt.

Restriktives Essen

Diäten und kontrolliertes Essen gehören fast schon zum Alltag in unserer modernen Gesellschaft. Kaum eine Frauen- (und seit einiger Zeit auch Männer-) Zeitschrift verzichtet auf regelmäßige Tipps zur "schlanken" Ernährung. Diäten jedoch sind immer restriktives Essen. Schon nach wenigen Wochen kommt es zu erheblichen Veränderungen des Stoffwechsels und anderer körperlicher Funktionen. Das Risiko für die Entwicklung von Mangelerscheinungen und dauerhaften Essstörungen steigt schon nach kurzer Zeit rapide an. Deshalb: Jede Diät kann der Beginn einer Essstörung sein.

Angst vor dem Dicksein

Sicher einer der mächtigsten Risikofaktoren. Die Angst vor dem Dicksein ist eine Art aus dem Ruder gelaufenes Schlankheitsideal. Jetzt geht es nicht mehr um ein Ideal, das angestrebt wird, sondern um Panik vor dem Dickwerden. Alles, was dick machen könnte, wird vermieden. Viele Lebensmittel werden zu "verbotenen" Lebensmitteln. Schon der Gedanke an bestimmte Speisen kann diese Angst auslösen. Kalorien werden zu wichtigen Zahlen, um die Angst vor dem Dicksein zu beherrschen. Und damit die Angst gar nicht erst auftritt, wird immer weniger gegessen. Auch die eigene Figur, bestimmte "kritische" Stellen am Körper, lösen diese Angst aus. Die Folge: Weiter restriktiv essen, weiter fasten, oder auch Erbrechen, Sport, Abführmittel.

Familiäre Faktoren

Ebenso wenig wie "die magersüchtige" gibt es die typische "bulimische" Familie. Kinder aus behüteten Familien könnten genauso an Bulimie erkranken wie Kinder aus Familien mit vielen Konflikten. Auffällig ist jedoch auch bei dieser Essstörung, dass viele bulimische Patientinnen aus Familien der Mittel- und Oberschicht kommen – vielleicht liegt es daran, dass die Bulimie eine relativ "teure" Essstörung ist, denn die bei Fressanfällen verschlungenen Lebensmittel sind meistens nicht billig.

Belastungen

Manchmal entsteht eine bulimische Essstörung im Zusammenhang mit größeren Veränderungen des vertrauten Umfeldes, oder auch in der Folge von traumatischen Erlebnissen (Verlust einer Bezugsperson, Missbrauch oder Misshandlung), wenn die Betroffene versucht, die so entstehenden psychischen Belastungen durch Kontrolle des Essverhaltens wieder in den Griff zu bekommen. Für die Bulimie scheint es nämlich typisch zu sein, dass vor allem psychische Irritationen, z.B. Stimmungsschwankungen, depressive Störungen, innere Unruhe, Anspannungen und Druckgefühle, zu Auslösern für bulimisches Verhalten werden, weil diese Irritationen sowohl durch Fressanfälle wie auch durch Erbrechen kurzfristig ausgeglichen werden können.

Anlagefaktoren

Manche Menschen sind aufgrund ihrer Anlage eher dafür empfänglich, eine Essstörung zu entwickeln. Diese "Verletzlichkeit" (psychische Labilität oder Irritierbarkeit) kann Teil der Persönlichkeit oder biologisch bedingt sein. Bei vielen bulimischen Patientinnen ist zu Beginn der Krankheit auch eine Neigung zu leichtem Übergewicht zu beobachten, auf die dann mit Diät und restriktivem Essen reagiert wird.

Vorbilder

Es mehren sich Berichte von Patientinnen, dass sie ihr bulimisches Essverhalten durch Vorbilder in Medien, häufig auch durch Hinweise und Tipps von Freundinnen, Schulkameradinnen gelernt haben. "Essen soviel man will, ohne Angst vor dem Dicksein" – damit werden gleich zwei Ideale unserer Gesellschaft erfüllt: Genießen und Schlankheit.

Verfügbarkeit

Um bulimisches Essverhalten zu entwickeln, müssen die Nahrungsmittel, die für Fressanfälle benötigt werden, ausreichend und im Notfall jederzeit, verfügbar sein. Häufig sind es hochkalorische Süßigkeiten – und die sind heute und in unserer Gesellschaft fast überall und fast rund um die Uhr zu besorgen.

THERAPIE DER BULIMIE

Auch wenn die bulimische Erkrankung komplex erscheint und mit zahlreichen Folgeproblemen einhergeht: Eine erfolgreiche Therapie dieser Essstörung ist heute sehr gut möglich. Die moderne Psychotherapie, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie hat in zahlreichen Untersuchungen gezeigt, dass es allen Grund gibt, optimistisch zu sein. Mit Hilfe qualifizierter Psychotherapeuten, die in der Behandlung bulimischer Essstörungen spezialisiert sind, kann auch bei langjährigen Erkrankungen der Teufelskreis der Bulimia nervosa erfolgreich überwunden werden.

A Ansatzpunkte der Behandlung:

Wie auch bei der anorektischen Essstörung sind bei der Bulimie sowohl Psyche als auch Körper der Patientin verändert. Deshalb ist es auch für bulimische Patientinnen kaum möglich, allein mit Einsicht oder Willensstärke diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Auch der Versuch, sich allein auf die Hintergrundkonflikte zu konzentrieren und das Essverhalten nicht direkt anzugehen, führt in der Regel nicht zum Erfolg. Vielmehr ist es notwendig, gezielt die Faktoren zu verändern, die den Teufelskreis aufrecht erhalten: Das restriktive Essverhalten, die Angst vor dem Dicksein, die unkontrollierbaren Fressanfälle, sowie die Hintergrundkonflikte einschließlich des Schlankeitsideals.

1. Restriktives Essverhalten

Es ist von zentraler Bedeutung, den körperlichen Mangelzustand direkt und gezielt zu beheben, weil es sonst zwangsläufig weiter zu Heißhungerattacken kommt. Und die Normalisierung des Stoffwechsels ist nur über eine Normalisierung des Essverhaltens möglich. Und das bedeutet: Ausreichend Kalorien pro Tag, verteilt auf mehrere Mahlzeiten, ausgewogene Zusammensetzung aus Fett, Eiweiß und Kohlehydraten.

2. Angst vor dem Dicksein

Eine normales Essverhalten löst bei bulimischen Patientinnen Angst aus. Denn Normalisierung des Essverhaltens bedeutet, auch wieder die Lebensmittel zu essen, die sich die Betroffenen aus Angst vor Gewichtszunahme verboten haben. Darum ist die Behandlung der Angst vor dem Dicksein ein ganz wichtiger und notwendiger Therapiebaustein.

3. Heißhungerattacken und Fressanfälle

Schon diese beiden ersten Therapieschritte (Normalisierung des Essverhaltens und damit Behebung des körperlichen Mangelzustands, sowie Überwindung der Angst vor Gewichtszunahme) führen zu deutlich weniger Heißhungerattacken. Weil aber viele Fressanfälle auch aufgrund von Stress oder Stimmungsschwankungen entstehen und dann kaum zu kontrollieren sind, werden die Heißhungerattacken mit speziellen Übungen gesondert behandelt. Die Patientin sollte die Erfahrung machen, dass auch in kritischen Situationen nicht automatisch Heißhunger entstehen muss.

4. Konflikte und Schlankeitsideal

Wenn sich das Essverhalten normalisiert, die Angst vor dem Dicksein reduziert und die Heißhungerattacken weniger werden, wird es für viele bulimische Patientinnen sehr wichtig sein, zu lernen, wie sie besser mit Stimmungsschwankungen, Konflikten und Belastungen umgehen können und auch das übermächtige Bedürfnis nach Schlankeitsideal überwinden können. Dabei geht es darum, sich von alten Sichtweisen zu verabschieden, neue Einsichten zu erwerben, und vor allem auch neue Strategien zu lernen, besser als mit der Hilfe von Essstörungen Lösungen für Konflikte und Belastungen zu finden.

Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Bulimia nervosa besteht also aus mehreren verschiedenen Elementen. Sie müssen miteinander kombiniert und möglichst gleichzeitig angewandt werden, um eine sichere und langfristig stabile Änderung des Essverhaltens und damit dauerhafte Überwindung des bulimischen Teufelskreises zu gewährleisten.

Wie die Therapieelemente kombiniert werden, hängt von der persönlichen Ausprägung der Essstörung bei der einzelnen Patientin ab. Jede Therapie der Bulimie wird quasi auf die individuelle Situation zugeschnitten, damit die Patientin eine möglichst maßgeschneiderte Behandlung erhält.

B Dauer der Behandlung: Konzentration durch Intensivtherapie

Häufig dauern Behandlungen von Essstörungen recht lange, nicht selten über ein halbes Jahr. Bei der Magersucht ist das nachzuvollziehen, wenn allein die Gewichtszunahme mehrere Monate erfordert. Generell jedoch ist es nicht immer von Vorteil, wenn die Betroffenen sich über längere Zeit einer Behandlung unterziehen müssen, zumal wenn die Störung eine stationäre Therapie notwendig macht, die Patientinnen also aus ihrem gewohnten Lebenszusammenhang entfernt sind.

In der Christoph-Dornier-Klinik in Münster wird durch die gezielte Kombination verschiedener Therapiebausteine und durch die Intensität der Therapie die gesamte Behandlung auch bei langwierigen und komplizierten bulimischen Erkrankungen auf **wenige Wochen** konzentriert.

Das ist möglich im Rahmen eines Behandlungsrahmens, in dem jeder Patientin ihre persönliche Therapeutin zur Verfügung steht – und zwar ausschließlich. Das bedeutet, dass diese Therapeutin während der Intensivphase nur diese eine Patientin zu betreuen hat – eine **echte 1:1-Behandlung!**

In diesem Behandlungsrahmen können, wenn nötig, über mehrere Stunden am Tag viele Übungen und Einzelsitzungen durchgeführt werden – ohne Zeitbegrenzung. Die intensiven und wiederholten Erfahrungen z.B. im Umgang mit der Angst vor dem Dicksein, in der Konfrontation mit schwierigen Essenssituationen und mit "verbotenen" Lebensmitteln, oder in der Überwindung von Heißhungerattacken, führen schon nach relativ kurzer Zeit zu deutlichen Veränderungen in den Faktoren, die den Teufelskreis aufrecht erhalten. Durch die Intensität der Übungen lernt die Patientin sehr schnell, die Probleme selbst zu überwinden, wieder Kontrolle über ihr Essen zu bekommen und ihr Essverhalten und damit auch die körperlichen Prozesse zu normalisieren. Parallel wird in intensiven Einzelgesprächen wie auch in Gruppentherapien der Hintergrund der bulimischen Essstörung bearbeitet mit dem Ziel, alternative Lösungen für die Probleme zu finden und auszuprobieren, die bisher das bulimische Verhalten hervorgerufen haben.

Die Intensität der Therapie wird deutlich am Beispiel eines Therapietages zu Beginn der Behandlung:

Ein Therapie-Tag:

| | |
|-------|--|
| 08:00 | Einzeltherapie: Angstkonfrontation mit "verbotenen" Lebensmitteln (Frühstück) |
| 09:00 | Einzeltherapie: Thema "der eigene Teufelskreis" |
| 10:00 | Einzeltherapie: Angstkonfrontation mit "verbotenen" Lebensmitteln (Zwischenmahlzeit) |
| 11:00 | Einzeltherapie: Video-Konfrontation zur Figurwahrnehmung |
| 12:00 | Mittagessen: Kochgruppe |
| 13:00 | Einzeltherapie: Thema "Umgang mit Beziehungen" |
| 14:00 | Einzeltherapie: Konfrontationsübung zum Umgang mit Heißhungerattacken |
| 15:00 | Einzeltherapie: Angstkonfrontation mit "verbotenen" Lebensmitteln (Zwischenmahlzeit) |
| 16:00 | Problemlösegruppe: Umgang mit Konflikten in der Familie |
| 18:00 | Einzeltherapie: Angstkonfrontation mit "verbotenen" Lebensmitteln (Abendessen) |
| 19:00 | Einzeltherapie: Auswertung und Vorbereitung |

Einzelne der Übungen, vor allem die Konfrontationsübungen, werden von der Patientin im Laufe der Behandlung zunehmend selbständig durchgeführt, so dass gegen Ende die Therapeutin der Patientin noch für die Einzelgespräche zur Verfügung steht, die Übungen jedoch von der Patientin eigenverantwortlich durchgeführt werden – **die Patientin ist ihre eigene Therapeutin** geworden.

Es zeigt sich, dass unter dieser intensiven Therapie schon nach wenigen Tagen eine Normalisierung von Stoffwechsel, damit auch von Hunger- und Sättigungsgefühlen zu beobachten ist. Der Drang zu Fressanfällen läßt nach, und mit den Konfrontationsübungen auch die Angst vor dem Dicksein. Und die Intensität der Übungen hilft der Patientin, relativ schnell sehr viele eigene Erfahrungen zu machen und wieder Vertrauen in den eigenen Körper und vor allem auch in die eigenen Fähigkeit zu bekommen. **Selbstwertgefühl, Kompetenz und Zuversicht steigen** – eine wichtige Voraussetzung, um die erreichten Fortschritte stabil zu halten.

C Methoden der Behandlung: Störungsspezifisch und vielfältig

Die bulimische Essstörung wird durch psychische und körperliche Prozesse aufrechterhalten. Das Denken, Erleben und Verhalten der bulimischen Patientin ist in ganz typischer Weise verändert und nicht vergleichbar mit anderen psychischen Störungen. Deshalb ist eine Behandlung notwendig, die genau auf die Besonderheiten dieser Störung zugeschnitten ist. Zugleich ist die Bulimie eine komplexe Erkrankung, die nicht eine einzige Ursache hat, sondern durch sehr unterschiedliche Faktoren bestimmt wird. Deshalb ist die Kombination von Therapiemethoden optimal, die genau dieses Faktoren gezielt berücksichtigt.

1. Normalisierung des Essverhaltens

Ein normales Essverhalten bedeutet: 1) Ausreichende Kalorienmenge, um das Gewicht zu halten. 2) Verteilung auf fünf Mahlzeiten täglich. 3) Ausgewogene Zusammensetzung aus Fett, Eiweiß, Kohlehydraten und Ballaststoffen. 4) Auch bisher vermiedene Lebensmittel werden ohne Angst gegessen. Die Normalisierung des Essverhaltens beginnt am ersten Tag der Therapie. Gemeinsam mit der Patientin wird ein genauer Plan für die einzelnen Mahlzeiten zusammengestellt. Die Patientin wählt aus und entscheidet, was sie essen möchte – solange die Kalorienmenge pro Mahlzeit ausreichend ist, die Nahrung sich ausgewogen zusammensetzt, abwechslungsreich ist (und das bedeutet vor allem auch, dass die bisher aus Angst gemiedenen Lebensmittel jetzt nicht mehr ausgelassen werden!), und auf fünf Mahlzeiten am Tag verteilt ist.

| | | |
|--|----------------------------|-----------|
| • Tägliche Kalorienzufuhr: | | 2200 Kcal |
| • Verteilt auf fünf Mahlzeiten: | Frühstück (25%): | 550 Kcal |
| | 1. Zwischenmahlzeit (10%): | 220 Kcal |
| | Mittagessen (30%): | 660 Kcal |
| | 2. Zwischenmahlzeit (10%): | 220 Kcal |
| | Abendessen (25%): | 550 Kcal |
| • Ausgewogen: | Kohlenhydrate: | ca. 55% |
| | Fett: | ca. 30% |
| | Eiweiß: | ca. 15% |
| • Bestehend aus bisher vermiedenen Lebensmitteln | | |

2. Konfrontationstherapie gegen die Angst vor dem Dicksein

Es ist nur natürlich, dass so manche Mahlzeit im neuen Essensplan der Patientin Angst machen wird, dass sie jetzt zunimmt. Das gilt besonders für die bulimischen Patientinnen, die bisher viele Lebensmittel vermieden haben oder ihr Essen auch nach normalen Mahlzeiten (nicht nur nach Heißhungerattacken) erbrochen haben. Diese Angst vor der Gewichtszunahme, die für die meisten bulimischen Patientinnen sehr typisch ist, muss gesondert behandelt werden. Das geschieht in der modernen Verhaltenstherapie durch sog. **Konfrontationsübungen**. Dabei wird die Patientin mit genau den Situationen konfrontiert, die bei ihr diese **Angst** auslösen. Das können bestimmte Lebensmittel sein (z.B. fetthaltige Mahlzeiten), das kann aber auch die gesamte Essenssituation sein (wenn andere zugucken oder mitessen), das kann auch der Anblick der eigenen Figur, insbesondere von "kritischen" Körperteilen sein, und das kann auch der Moment sein, wenn man sich auf die Waage stellt oder ein enges Kleidungsstück anzieht. Es gibt viele Situationen, die bei bulimischen Patientinnen die Angst vor dem Dicksein auslösen.

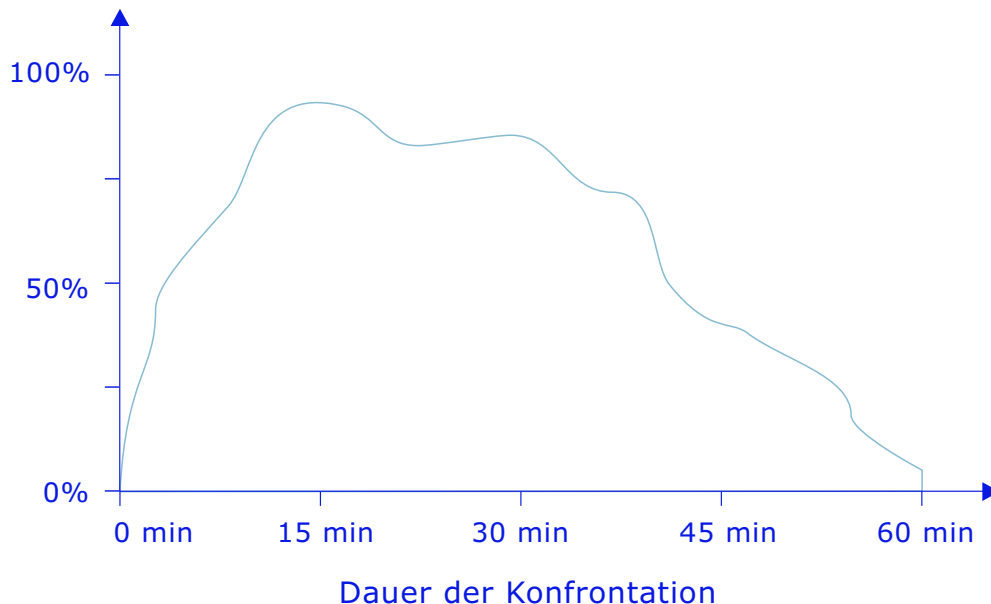
All diesen Situationen werden sich die Patientinnen aussetzen (man spricht deshalb auch von **"Expositionstherapie"**), und zwar geschieht dies mit therapeutischer Hilfe so lange, bis die Angst scheinbar von alleine weniger wird. Die Angst wird während einer solchen Exposition tatsächlich nicht von alleine weniger, sondern aufgrund von körperlichen Veränderungen, die bei einer solchen Konfrontation stattfinden: Der Körper wird zunächst mit starken Angstsymptomen reagieren (z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Anspannung), wenn sich die Patientin mit der Angstsituation konfrontiert (z.B. mit einer eher fetten Speise, oder wenn sie sich im Spiegel betrachtet). Nach einer Weile, manchmal eine halbe Stunde, manchmal etwas länger, schwächen sich die körperlichen Angstreaktionen ab, es kommt zu einer **körperlichen Gewöhnung**.

Diese Gewöhnung geht automatisch auch mit einer **psychischen Beruhigung** einher, so dass sich die Patientin am Ende der Expositionsübung mit der Situation konfrontieren kann, jedoch kaum noch oder gar keine Angst mehr erlebt. Diese Gewöhnung nennt man **"Habituation"**. Wenn eine solche Habituation oft genug wiederholt wird, also die Übung am gleichen Tag und an den folgenden Tagen mehrmals durchgeführt wird, nimmt die Angst vor Gewichtszunahme immer mehr ab, und die Patientin kann schließlich ohne Angst wieder all die Speisen essen, die sie vorher vermieden hat.

Um die Angst vor Gewichtszunahme konsequent zu reduzieren, werden die Expositionsübungen in folgenden wichtigen Bereichen durchgeführt:

- a) **Normale Mahlzeiten:** Alle Mahlzeiten werden so zusammengestellt, dass mindestens ein Bestandteil dabei ist, das bei der Patientin Angst auslöst. Also z.B. Butter aufs Brot beim Frühstück, oder Sahnesoße zum Mittagessen, oder fetthaltigen Käse zum Abendessen. Die Mahlzeit wird dann so eingenommen, dass sich die Patientin mit Hilfe ihrer Therapeutin ganz auf diese Mahlzeit konzentriert, auf den Geschmack, den Geruch und insbesondere die Speisen, die Angst machen. Sie versucht also, ihre Angst möglichst hoch zu treiben, das ist notwendig, um tatsächlich und spürbar die Erfahrung der Gewöhnung (Habituation) zu machen.

Angststärke



- b) **Die eigene Figur:** Vor einem großen Spiegel und mit Hilfe von Videoaufnahmen konfrontiert sich die Patientin mit dem eigenen Körper, insbesondere mit den Körperteilen, die bei ihr Angst vor dem Dicksein auslösen (z.B. Bauch oder Oberschenkel). Auch dies geschieht unter Anleitung, und wird wie bei der Konfrontation mit normalen Mahlzeiten solange durchgeführt, bis sich die Angst vor dem Dicksein durch Habituation reduziert.
- c) **Das eigene Körpergewicht:** Bei manchen Patientinnen wird die Angst vor dem Dicksein schon durch den Anblick der Kilogrammangabe auf der Waage ausgelöst. In diesen Fällen werden Expositionsübungen auch mit dieser Situation – sich wiegen – durchgeführt.
- d) **Die eigene Kleidung:** Auch körperbetonte Kleidung kann Angst vor dem Dicksein auslösen. Ähnliche Übungen wie mit den Mahlzeiten, der Figur oder dem Körpergewicht werden deshalb auch mit enger Kleidung angewandt.

3. Konfrontationstherapie gegen den Heißhunger

Für viele Patientinnen sind die Fressanfälle das größte Problem. Obwohl sich durch die Normalisierung des Essverhaltens, unterstützt durch die Konfrontation mit normalen Mahlzeiten, auch der körperliche Stoffwechsel wieder normalisiert und mit der Rückkehr des Hunger-Sättigungs-Gefühls auch die Heißhungeranfälle weniger werden, bleibt es bei vielen Patientinnen zunächst noch dabei, dass immer wieder unkontrollierbare Heißhungerattacken auftreten. Manche davon werden durch äußere Belastungen oder innere Stimmungsschwankungen ausgelöst, manche durch bestimmte Lebensmittel, nämlich genau diejenigen, die bisher immer zu Fressanfällen benutzt wurden. Um hier gezielt Abhilfe zu schaffen, wird – ähnlich wie gegen die Angst – auch gegen den Heißhunger eine Konfrontationstherapie eingesetzt. Dazu konfrontiert sich die Patientin zunächst unter therapeutischer Anleitung genau mit den Speisen, die sie normalerweise für Fressanfälle benutzt. Sie riecht daran, schmeckt auch daran, fühlt die Lebensmittel – tut also alles, um das **Verlangen** zu steigern.

Die Therapeutin sorgt dafür, dass es nicht zum wirklichen Essen kommt, doch der Heißhunger soll möglichst stark werden. So stark, dass er an körperlichen Reaktionen spürbar wird: Speichelfluss, Herzklopfen, Schwitzen usw. Nach einer gewissen Zeit wird der Körper dann von alleine mit einer Gegenregulation reagieren: Das Verlangen lässt nach, obwohl sich die Patientin weiter konfrontiert und alles tut, um ihr Verlangen noch zu steigern. Das Ergebnis: Auch hier Gewöhnung und Habituation, d. h. Heißhunger kann nicht mehr so leicht produziert werden. Ist der Körper einmal so trainiert, wird die Situation dadurch alltagsnäher gestaltet, dass nun auch andere Elemente hinzugefügt werden, die normalerweise Heißhunger auslösen: Bestimmte gewohnte Kleidung, bestimmte Tageszeit, eine bestimmte Stimmung, äußere Belastungen usw.

4. Gruppentherapien

Von Beginn der Bulimie-therapie an nimmt die Patientin an den Gruppentherapien teil, die speziell für essgestörte Patientinnen entwickelt wurden. Zum einen ist das eine **Problemlösegruppe**, in der gemeinsam die Hintergründe und aufrechterhaltenden Bedingungen des gestörten Essverhaltens (also der Teufelskreis) erarbeitet werden. Gemeinsam wird dabei nach Lösungen für einzelne Problem-bereiche (z.B. der Umgang mit Konflikten oder mit Langeweile oder mit Depressionen) gesucht. Wichtige Themen dieser Gruppentherapie sind auch, die Essstörung besser zu verstehen, Auslöser für Heißhunger-attacken schneller zu erkennen, sich mit dem eigenen Schlankeitsideal auseinander zu setzen. Oder zu lernen, wie der eigene Selbstwert nicht nur vom Essen oder von der Figur abhängt, sondern auch durch andere Eigenschaften und Fähigkeiten bestimmt wird.

Neben dieser Problemlösegruppe gibt es noch die **Kochgruppe**, in der gemeinsame Mahlzeiten eingekauft, vorbereitet, gekocht und gegessen werden. Eine weitere spezielle Gruppentherapie ist das "Selbstsicherheits- und Kommunikationstraining", in dem geübt werden kann, sich angemessen durchzusetzen, zwischenmenschliche Konflikte besser zu bewältigen, oder zu lernen, wie Kontakte geknüpft und Beziehungen verbessert werden können.

5. Einzeltherapien

Hauptbaustein der Bulimie-therapie ist die Einzeltherapie. Die Einzeltherapie ist der Ort, um Hintergründe der Störung wie auch der Behandlung besser zu verstehen, auftretende Probleme bei der Änderung des Essverhaltens zu lösen, Auswege aus Konflikten und Belastungen zu finden. Die Behandlung findet in der Regel von Anfang an in einem 1:1-Verhältnis statt, d.h. die Therapeutin steht ausschließlich für die eine Patientin zur Verfügung. Das bedeutet: Nicht mehr mehrere Einzelgespräche pro Woche, sondern mehrere pro Tag!

Die Übungen, z. B. im Rahmen der Konfrontationsbehandlung, sind sehr intensiv und aufwendig, und werden durch die enge therapeutische Betreuung ganz auf die persönlichen Ziele und Probleme der Patientin abgestimmt. So lernt die Patientin durch eigene Erfahrungen, ihr Essverhalten selbst zu verbessern und zu stabilisieren. Im Laufe der Behandlung wird die Patientin immer selbständiger und führt viele Übungen ganz eigenständig durch – sie wird zur **eigenen Expertin** für ihre Störung. Deshalb ist die Patientin auch von Beginn an genauestens über jeden therapeutischen Schritt informiert und weiß, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Therapieübungen durchgeführt werden.

6. Familientherapie

Bei vielen bulimischen Essstörungen ist es wichtig, die Familienmitglieder oder den Lebenspartner in die Behandlung einzubeziehen. Es ist wichtig, dass alle Familienmitglieder (oder der Partner) über die Hintergründe der Erkrankung, aber vor allem auch über das konkrete Vorgehen in der Behandlung genau **informiert** sind.

Deshalb raten wir dringend, dass die Angehörigen die Patientin möglichst schon vor der Behandlung zur Eingangsdiagnostik begleiten, damit wir in gemeinsamen Gesprächen einen möglichst umfassenden Eindruck von der Situation zu Hause bekommen, damit aber die Familie oder der Partner auch von Anfang an über Hintergründe und Vorgehen in der Therapie informiert ist. Und alle wissen, was in den nächsten Monaten auf sie zukommt und was sie erwarten können. Auch während der Behandlung und darüber hinaus werden immer wieder gemeinsame Gespräche stattfinden; teilweise werden die Familienangehörigen oder Partner auch in einzelne therapeutische Übungen einbezogen.

7. Medikamente

In der Behandlung der Bulimie ist die Psychotherapie, und zwar die störungsspezifische Psychotherapie, die Methode der ersten Wahl. Ohne Änderung des Essverhaltens gibt es keine Besserung. Nur in seltenen Fällen, wenn nämlich zusätzliche psychische oder körperliche Störungen vorliegen, ist es angezeigt, medikamentös zu behandeln. Das ist z.B. dann der Fall, wenn die Patientin sehr depressiv ist, und deshalb von der Psychotherapie nicht recht profitieren kann.

8. Visiten

Um die körperlichen Probleme, die mit einer bulimischen Essstörung einhergehen können, aber auch um mögliche psychiatrische Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und therapieren zu können, nehmen die Patientinnen mindestens einmal wöchentlich an ärztlichen Visiten teil. Die Visiten werden als Einzelgespräche durchgeführt, um ganz auf die individuellen Anteile der Behandlung eingehen zu können. In den Visiten wird auch über den eventuellen Einsatz von Medikamenten gesprochen.

9. Ärztliche Untersuchungen.

Die körperlichen Folgen des bulimischen Essverhaltens machen es notwendig, von Anfang an regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchzuführen. Dabei werden Blutbild, Stoffwechsel, Herz-Kreislauf-Funktionen und der allgemeine körperliche Zustand sorgfältig überwacht, um sicherzustellen, dass die Behandlung auch auf somatischer Ebene die gewünschten Ziele erreicht.

MERKMALE DER MAGERSUCHT

Die Magersucht, die auf gestörtes Essverhalten zurückzuführen ist (es gibt auch körperlich bedingte Zustände von Abmagerung), weist einige sehr deutliche Merkmale auf, die es Fachleuten möglich machen, zuverlässig die richtige Diagnose zu stellen. Und auch für Betroffene und ihre Angehörigen oder Freunde ist es wichtig zu wissen, woran man eine Magersucht erkennen kann. Denn manche Merkmale können schon aufmerksam machen, noch bevor der Körper dramatisch abgemagert ist:

Untergewicht

Der Versuch, möglichst viel abzunehmen, oder auch die Weigerung, das Gewicht zu erreichen, das für das Lebensalter und für die Körpergröße normal wäre, sind sicher die auffallendsten Merkmale der Magersucht.

Wenn eine Person also deutlich weniger wiegt (ca. 15%), als eigentlich zu erwarten wäre, und **auf keinen Fall mehr wiegen** möchte, sogar **weiter abnehmen** will, ist dies ein ernster Hinweis auf eine Magersucht.

Heute wird Untergewicht mit dem sog. "**body-mass-index**" (BMI) festgestellt, weil dieser Wert auch die Körpergröße berücksichtigt. Dabei geht man nach folgender Formel vor: Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in m). Ein BMI von 19 bis 25 gilt als normalgewichtig. Bei einem BMI, der kleiner als 18 ist, muss sehr ernsthaft von einer Anorexie ausgegangen werden. Wenn Sie wissen möchten, wie hoch Ihr persönlicher BMI ist, klicken sie hier: [Persönlicher BMI](#)

Essverhalten

Untergewicht ist zwar das wichtigste, aber nicht das einzige Merkmal der Magersucht. Auffallend sind deutliche **Veränderungen im alltäglichen Essverhalten**: Die Tendenz, das Essverhalten sehr zu kontrollieren, also bestimmte, meist fetthaltige oder kalorienreiche, Lebensmittel zu vermeiden; das Bestreben, die Nahrungsaufnahme möglichst weit einzuschränken, z.B. bestimmte Mahlzeiten wegzulassen oder nur teilweise zu essen; das Bemühen, bei fast allen Mahlzeiten die Kalorien und Nährstoffzusammensetzung zu berechnen.

Mehr und mehr Lebensmittel werden zu "**verbotenen**" **Lebensmitteln**, sie zu essen würde eine panische Angst vor Gewichtszunahme auslösen.

Bei gemeinsamen Mahlzeiten werden deshalb oft Ausreden benutzt, oder Argumente, die auf den ersten Blick einleuchtend oder sogar vernünftig erscheinen (hoher Cholesteringehalt, zuviel Fleisch, empfindlicher Magen, bestimmte Unverträglichkeiten usw.), jedoch alle das Ziel haben, das Essen zu reduzieren.

Andere Maßnahmen zur Gewichtsabnahme

Nicht nur Fasten, sondern noch vielfältige andere Verhaltensweisen werden eingesetzt, um abzunehmen. Eine der auffälligsten Möglichkeiten ist das absichtliche **Erbrechen** nach den Mahlzeiten, bei einigen wird Erbrechen jedes Mal, bei anderen nur nach bestimmten Mahlzeiten eingesetzt.

Eine weitere Möglichkeit ist die **regelmäßige Einnahme von Abführmitteln** oder Medikamenten zur Entwässerung, nicht selten in großen Mengen bis zu 100facher Überdosierung. Andere Patientinnen und Patienten treiben stattdessen oder zusätzlich in extremer Weise **Sport**, z.B. Joggen, Radfahren oder exzessive Fitness-Übungen.

Angst vor dem Dicksein

Die Angst, dick zu sein oder dick zu werden, ist ein ganz zentrales Merkmal essgestörter Patienten. Es geht nicht mehr nur um eine Einstellung (schlank ist schön), sondern um eine **heftige emotionale und körperlich spürbare Reaktion**, die durch Essen, bestimmte Lebensmittel und auch durch eine Konfrontation mit dem Körpergewicht und der Figur ausgelöst wird: Panik. Die Angst ist durch den "Verstand" kaum noch zu steuern, sie wird für die Betroffenen so unerträglich, dass sie nur eine Möglichkeit sehen, sie zu beherrschen: Kontrolle des Essverhaltens, um Gewicht abzunehmen.

Kontrolle und Disziplin

Das ganze Denken dreht sich fast nur noch um das Thema Essen. Jede Mahlzeit, jedes Lebensmittel wird auf Kalorienzahl, Fett- und Eiweißgehalt geprüft, die tägliche Kalorienzufuhr wird gezählt, die Mengen und Größen der Mahlzeiten werden genau registriert. Kontrolliert wird natürlich ganz besonders, ob sich das eingeschränkte Essverhalten auch in Ergebnissen zeigt: Tägliches Wiegen, manchmal oft am Tag, und dabei die Orientierung an "magischen Grenzen", d.h. dass ein bestimmtes Körpergewicht nicht überschritten werden darf; oft wird diese Grenze immer weiter gesenkt. Auch die Figur wird oft und kritisch kontrolliert, manchmal vor dem Spiegel, oder anhand von Kleidergrößen, oder durch Abtasten von "kritischen" Stellen.

Wahrnehmung

Die eigene Wahrnehmung ändert sich radikal. Der Körper, insbesondere die Figur, wird als viel zu dick wahrgenommen oder besser gesagt "empfunden", selbst dann, wenn die Person schon sehr untergewichtig und offensichtlich sehr abgemagert ist. Man nennt dieses Phänomen "**Körperschemastörung**". Die Betroffenen "wissen" zwar, wie dünn sie sind, aber sie "fühlen" sich weiterhin zu dick.

Dieses täuschende Gefühl ist stärker als der Blick und das Wissen, denn durch die körperlichen Veränderungen im Hirnstoffwechsel ist auch die Figurwahrnehmung erheblich gestört. Auch andere Wahrnehmungen sind gestört, z.B. **das Gespür für Hunger und Sätttheit**.

Eine essgestörte Person kann sich nicht mehr auf dieses Gefühl verlassen, sie kann es nicht mehr zuverlässig oder überhaupt noch wahrnehmen – und muss es durch Kontrolle, also Kalorienzählen ersetzen.

Heißhungerattacken und Fressanfälle

Bei einigen Magersüchtigen reagiert der Körper auf das geänderte Essverhalten mit regelrechten Attacken von Heißhunger, die nicht immer zu kontrollieren sind. Dann kommt es zu Fressattacken, bei denen – ähnlich wie bei bulimischen Patientinnen – große Mengen an kalorienreicher Nahrung verschlungen werden, um sie anschließend wieder zu erbrechen. Wenn solche Fressattacken vorkommen, bedeutet das übrigens nicht, dass sich die Magersucht in eine Bulimie verwandelt hat: Solange die essgestörte Patientin untergewichtig ist, handelt es sich immer um eine Anorexia nervosa.

Psychische Veränderungen

Je länger die Magersucht andauert, desto mehr hängt der **Selbstwert** der betroffenen Person vom erreichten Körpergewicht und von der Form der Figur ab. Alles Denken kreist zunehmend um Kalorien, Körpergewicht, Figur, Essen und Kontrolle des Essens. Andere Lebensbereiche, die früher die Selbsteinschätzung geprägt haben, wie z.B. Beziehungen, Bedürfnisse, Interessen, Fähigkeiten, Aktivitäten usw. spielen kaum noch eine Rolle für die Tatsache, ob man sich akzeptiert oder nicht. Gefühle werden weniger wahrgenommen, dafür werden Disziplin und Kontrolle immer bedeutsamer. Das Bedürfnis nach Macht in der Familie, Kompetenz und Selbständigkeit wird mehr und mehr durch das Essverhalten befriedigt. Mit zunehmender Erkrankungsdauer vermindern sich Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, es kommt häufiger zu Depressionen, Interesseverlust, Apathie. Beziehungen werden immer weniger gepflegt, die soziale Isolation – auch innerhalb der Familie – wird stärker, der Umgang mit anderen Menschen wird eingeschränkter und restriktiver.

Körperliche Veränderungen

Die auffälligste körperliche Veränderung bei Magersüchtigen ist sicher das Untergewicht. Es hat sich gezeigt, dass der Gewichtsverlust rasch voranschreitet und selten nach wenigen Kilogramm halt macht, sondern immer weiter bis unter eine persönliche "magische" Grenze getrieben wird.

Die meisten Magersüchtigen können diesen Prozess aufgrund der psychischen und körperlichen Veränderungen nicht gut kontrollieren, das Gewicht nimmt weiter ab – bis zu einem BMI von 12, 11 oder noch darunter. Das sind bei normalgroßen Frauen manchmal weniger als 28 kg – ein absolut lebensbedrohlicher Zustand.

Doch die Gewichtsabnahme ist nicht die einzige körperliche Veränderung im Verlauf einer Magersucht. Der Körper reagiert mit vielen Umstellungen auf einen Zustand, der biologisch als "Hungersnot" zu beschreiben ist. Schon mit Beginn des restriktiven Essens, wenn das Körpergewicht noch im normalen Bereich ist, ändert der Körper seinen Stoffwechsel. Der Grundumsatz wird umgestellt, es werden weniger Kalorien verbrannt und mehr gespeichert, der Körper arbeitet gewissermaßen "auf Sparflamme". Es kommt zu Verschiebungen im Wasser- und Elektrolythaushalt, das bedeutet, dass wichtige Spurenelemente wie Kalium nicht mehr im normalen Sinne für den Haushalt des Körpers zur Verfügung stehen. Neben zahlreichen Folgen dieser Verschiebungen fällt vor allem die Veränderung des Hormonhaushalts auf: Sehr schnell bleibt die Menstruation aus, der weibliche Zyklus ist "stillgelegt".

Diese Vielfalt von Merkmalen macht deutlich, dass es sich bei der Anorexia nervosa um eine sehr komplexe psychische und gleichzeitig körperliche Erkrankung handelt, die weitreichende Folgen haben kann, wenn sie nicht richtig behandelt wird. Doch so dramatisch die Ausprägungen und Folgen der Magersucht oft sind, Hilfe ist heute gut möglich. Die Anorexie kann erfolgreich behandelt werden – mit langfristig stabilen Ergebnissen. Zunächst aber ist es wichtig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um die richtige Diagnose zu stellen.

DIAGNOSE DER MAGERSUCHT

Die Weltgesundheitsorganisation WHO und die führenden psychiatrischen Vereinigungen der USA und der europäischen Länder haben sehr genaue Klassifikationssysteme entwickelt, um die Erkennung psychischer Krankheiten präzise und zuverlässig zu machen:

Das sog. **"ICD-10"** (10. Revision der International Classification of Diseases der WHO), und das sog. **"DSM-IV"** (4. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen der psychiatrischen Vereinigungen). Für die Anorexia nervosa (Magersucht) wurden diese Anleitungen in den letzten Jahren zunehmend verfeinert und verbessert, so dass heute die Krankheit anhand klinischer Merkmale gut erkannt und die Diagnose sicher und zuverlässig gestellt werden kann.

Damit die Diagnose einer Anorexia nervosa festgestellt werden kann, sollten bei einer Person die folgenden Merkmale vorhanden sein:

1. Untergewicht: Das Körpergewicht liegt 15% unter dem für diese Person zu erwartenden Körpergewicht (der Body-Mass-Index ist kleiner als 18). Die Person bemüht sich, ihr Körpergewicht unter diesem Minimum zu halten.

2. Aktive Gewichtsreduktion: Als Maßnahme wird vor allem die Vermeidung hochkalorischer Speisen (Fasten, Diät usw.) eingesetzt. Daneben auch: absichtliches Erbrechen, Einsatz von Abführmitteln oder Appetitzüglern oder Entwässerungsmitteln, übertriebene körperliche Aktivitäten (z.B. Sport).

3. Angst vor dem Dicksein: Trotz des Untergewichts besteht eine starke und tiefverwurzelte Angst davor, dick zu werden. Diese Angst wird durch bestimmte, vor allem kalorienreiche süße und fette Lebensmittel, und auch durch die Wahrnehmung des eigenen Körpers besonders stark ausgelöst.

4. Körperschemastörungen: Die Wahrnehmung von Körpergewicht, -form und -größe ist gestört, d.h. die Person empfindet sich als viel zu dick, auch wenn sie weiß, dass sie stark untergewichtig ist. Das Untergewicht wird so geleugnet. Die gesamte Selbstwerteinschätzung hängt zudem ganz von Körpergewicht und Figur ab.

5. Hormonelle Störungen: Bei Frauen und Mädchen ist die Menstruation seit mindestens 3 Monaten ausgeblieben (oder hat noch nie eingesetzt). Bei Männern und Jungen kommt es zum Verlust sexueller Funktionen.

HÄUFIGKEIT, VERLAUF UND FOLGEN DER MAGERSUCHT

Häufigkeit

Anorexia nervosa kommt in modernen Ländern, in denen Nahrung im Überfluss vorhanden ist, viel häufiger vor als in armen Ländern. Besonders in den Gesellschaften, wo ein Schlankheitsideal ausgeprägt ist, leiden mehr Menschen unter Magersucht. Mehr als 80% der Betroffenen sind Mädchen und Frauen, jedoch scheint es, als sei der Anteil der anorektischen Männer in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen liegt die Häufigkeit dieser Erkrankung bei knapp 1%, d.h. fast jede 100. heranwachsende Frau leidet unter Anorexia nervosa. Weit häufiger noch kommt es vor, dass junge Frauen unter einem großen Teil der typischen magersüchtigen Merkmale leiden, also auch erheblich essgestört sind, auch wenn sie nicht immer alle diagnostischen Kriterien erfüllen. Die genaue Häufigkeit bei Jungen und Männern kann nur geschätzt werden, sie ist deutlich niedriger, exakte Zahlen liegen bisher nicht vor.

Verlauf

Bei den meisten von Magersucht Betroffenen beginnt die Krankheit während oder kurz nach der Pubertät. In den letzten Jahren mehren sich Hinweise, dass auch sehr junge Mädchen im Alter von 10-12 Jahren schon magersüchtiges Verhalten entwickeln. Oft ist der Beginn der Essstörung mit belastenden Ereignissen verbunden, z.B. Konflikte in der Familie, Scheidung der Eltern, Wohnortwechsel, Studienbeginn oder andere einschneidende Veränderungen in der gewohnten Umgebung.

Der weitere Verlauf der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Einige überwinden die Störung nach nur einer Episode, die allerdings mehrere Monate oder sogar Jahre dauern kann. Andere erleben über viele Jahre einen Wechsel von Gewichtsabnahme und -zunahme. Wieder andere entwickeln bulimische Symptome und überwinden zwar die Magersucht, leiden dann aber unter [Bulimia nervosa](#). Und ein nicht geringer Teil entwickelt eine chronische Anorexie, d.h. nimmt weiter ab und bleibt über viele Jahre stark untergewichtig. Langfristig schaffen es nur wenige Betroffene, die Magersucht aus eigener Kraft zu überwinden; viele entwickeln eine dauerhafte Essstörung, und etwa 10-15% der Magersüchtigen sterben an den Folgen ihrer Erkrankung. Damit ist die Anorexie die tödlichste psychische Störung, die wir kennen. Sehr häufig sind zusätzliche psychische Störungen zu beobachten, wie z. B. Depressionen, Zwangssymptome, Ängste, zumeist als Folge der Essstörung, manchmal als zusätzliche Komplikation oder auch als eine von vielen Ursachen.

Folgen

Jede Magersucht hat ausgeprägte körperliche und psychische Folgen. Auffälligste körperliche Folge der Anorexia nervosa ist das Untergewicht. Die Mangelernährung beeinträchtigt die meisten wichtigen Organe und kann eine Vielzahl von Symptomen hervorrufen. Auch das absichtliche Erbrechen, der exzessive Sport und der Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln können erhebliche Störungen verursachen. Fast immer sind krankhafte Veränderungen im Blutbild (Anämie) und andere auffällige Laborbefunde zu beobachten (zuviel Cholesterin, erhöhter Blut-Harnstoff-Stickstoff, erhöhte Leberwerte).

Besonders besorgniserregend sind die Veränderungen im Elektrolythaushalt, die zu sehr ernsthaften Störungen des Kreislaufsystems und der Nierenfunktionen führen können. Die hormonellen Änderungen und Störungen sind vielfältig und betreffen v.a. die reproduktiven Funktionen, haben aber auch erhebliche Auswirkungen auf andere Organsysteme, u.a. den Hirnstoffwechsel. Krankhafte Befunde finden sich im EKG und im EEG, auch in der Computertomographie des Gehirns lassen sich ausgeprägte Veränderungen des Gehirnvolumens bei magersüchtigen Patienten nachweisen.

Ausgeprägte körperliche Beschwerden sind die Folge: Auszehrung, Hauttrockenheit, Änderungen der Hautbehaarung ("Lanugo"), verlangsamter Herzschlag, Ödeme, Hautverfärbungen, Schwellungen der Ohrspeicheldrüsen, Erosion des Zahnschmelzes (bei Erbrechen), niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen und – besonders schwerwiegend, weil nicht rückgängig zu machen – Osteoporose.

Psychische Folgen der Magersucht sind depressive Verstimmungen, Konzentrationsstörungen, Leistungsabfall, Zwangsverhalten, rigides Denken, soziale Isolierung, Ängste vor Öffentlichkeit, Einschränkung der emotionalen Erlebnisfähigkeit.

Nicht wenige der Betroffenen, die unter langdauernder Magersucht leiden, entwickeln so starke Depressionen, dass es zu Selbstmordversuchen kommt. Auch die familiären und sozialen Folgen der Anorexia nervosa sind gravierend. Die meisten Familien sind schnell überfordert mit der Situation des erkrankten Familienmitglieds, es kommt zu Spannungen und Konflikten, die die Problematik der Patientin weiter verschärfen können.

URSACHEN DER MAGERSUCHT

Es gibt nicht "die eine" Ursache für Magersucht. Es müssen schon verschiedene Faktoren zusammenkommen, die erst in ihrer Kombination entscheiden, ob ein Mensch eine Essstörung entwickelt oder nicht. Für die Entstehung der Magersucht lassen sich einige typische Risikofaktoren identifizieren.

Ein ausgeprägtes Schlankheitsideal:

Das Bedürfnis, es schlanken und mageren Vorbildern aus Mode, Film und anderen Medien gleichzutun. Schlankheit wird gerade in unserer Gesellschaft, und besonders für junge Frauen und Mädchen (zunehmend aber auch für junge Männer), gleichgesetzt mit Schönheit, Attraktivität, Kompetenz, Anerkennung. Das Bedürfnis, möglichst dünn zu sein, kann auch aus dem Vergleich mit Gleichaltrigen ("wer ist erfolgreicher?", "wer hält die Diät länger durch?") entstehen.

Manchmal sind es auch Hänseleien über Figur und Körpergewicht, die erst dieses Bedürfnis wecken. Wie auch immer – wenn dieses Ideal, möglichst schlank und dünn zu sein, sehr wichtig wird, besteht ein hohes Risiko, das eigene Essverhalten so sehr zu ändern, dass es unausweichlich zu Mangelerscheinungen und damit zu ernsthaften Essstörungen kommt.

Restriktives Essen:

Auch ohne ausgeprägtes Schlankheitsideal gehören Diäten und kontrolliertes Essen fast schon zum Alltag in unserer modernen Gesellschaft. Kaum eine Frauen- (und seit einiger Zeit auch Männer-) Zeitschrift verzichtet auf regelmäßige Tipps zur "schlanken" Ernährung. Diäten jedoch sind immer restriktives Essen.

Schon nach wenigen Wochen, kommt es zu erheblichen Veränderungen des Stoffwechsels und anderer körperlicher Funktionen. Das Risiko für die Entwicklung von Mangelerscheinungen und dauerhaften Essstörungen steigt schon nach kurzer Zeit rapide an.

Angst vor dem Dicksein:

Sicher einer der mächtigsten Risikofaktoren. Die Angst vor dem Dicksein ist eine Art aus dem Ruder gelaufenes Schlankheitsideal. Jetzt geht es nicht mehr um ein Ideal, das angestrebt wird, sondern um Panik vor dem Dickwerden. Alles, was dick machen könnte, wird vermieden. Viele Lebensmittel werden zu "verbotenen" Lebensmitteln.

Schon der Gedanke an bestimmte Speisen kann diese Angst auslösen. Kalorien werden zu wichtigen Zahlen, um die Angst vor dem Dicksein zu beherrschen. Und damit die Angst gar nicht erst auftritt, wird immer weniger gegessen. Auch die eigene Figur, bestimmte "kritische" Stellen am Körper, lösen diese Angst aus. Die Folge: Weiter restriktiv essen, weiter fasten, oder auch Erbrechen, Sport, Abführmittel.

Familiäre Faktoren:

Sicher gibt es nicht die typische "anorektische" Familie. Kinder aus behüteten Familien könnten genauso an Magersucht erkranken wie Kinder aus Familien mit vielen Konflikten. Es fällt jedoch auf, dass viele Essgestörte aus Familien der Mittel- und Oberschicht kommen, in denen Leistung und Disziplin wie auch ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl sehr wichtig sind.

Abschottung nach außen und gleichzeitig unbeschränkte Offenheit innerhalb der Familie kann ein Risikofaktor sein, wenn das Kind wenig Möglichkeiten hat, sich als autonom zu erleben, keine Geheimnisse haben darf, sich nicht abgrenzen kann. Dann kann es dazu kommen, dass das Essverhalten für die Betroffene die einzige Gelegenheit bietet, Selbstkontrolle, Kompetenz und Autonomie zu erleben.

Belastungen:

Recht häufig entsteht eine Magersucht im Zusammenhang mit größeren Veränderungen des vertrauten Umfelds. Das kann ein Umzug in eine ganz neue Umgebung oder ein Schulwechsel sein. Typische Risikofaktoren sind auch größere Veränderungen wie ein längerer Auslandsaufenthalt oder der Studienbeginn. Auch die Scheidung der Eltern, oder der Verlust von vertrauten Personen (Tod von Freunden, Auszug von Geschwistern) können Anlass sein, die so entstehenden psychischen Belastungen durch Kontrolle des Essverhaltens wieder in den Griff zu bekommen.

Manchmal reicht allein die Ankündigung von Veränderungen, z.B. zunehmende Konflikte der Eltern mit Androhung von Trennung, um Änderungen des Essverhaltens auszulösen.

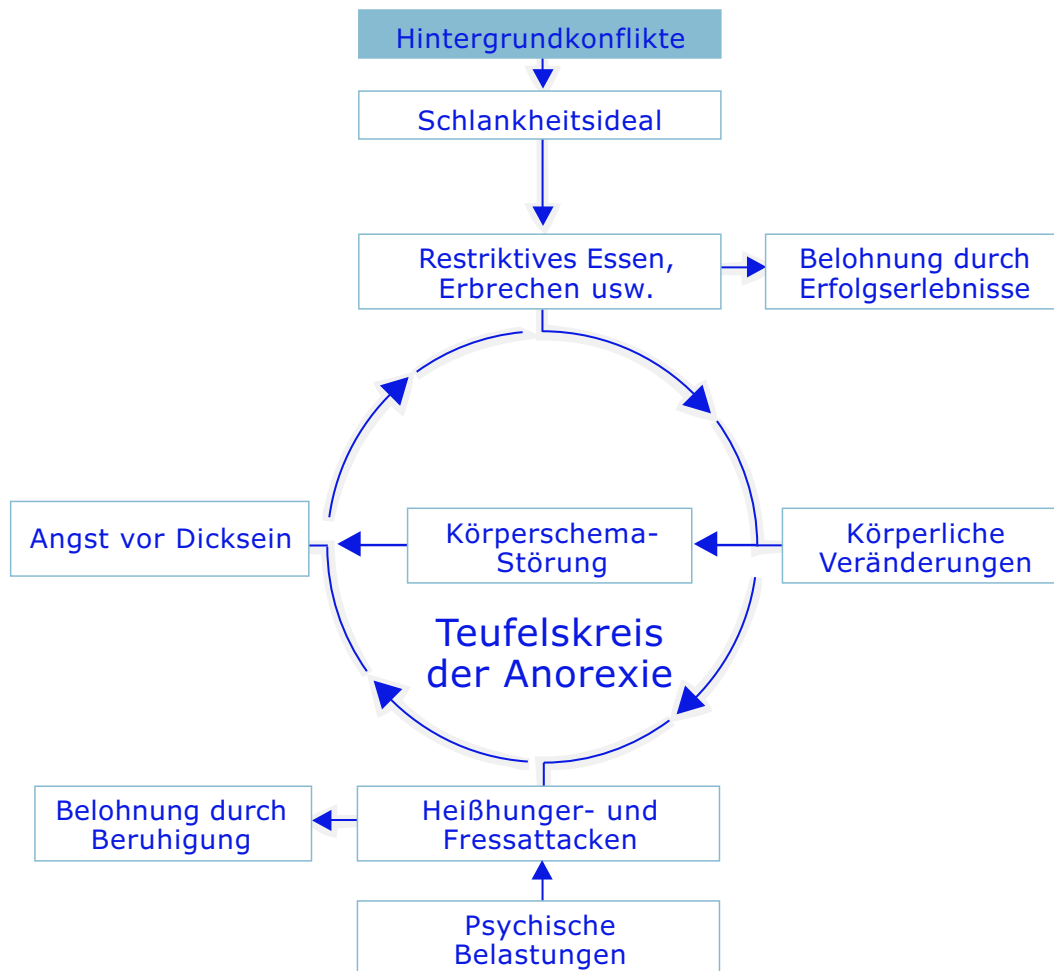
Nicht selten kann dann die Magersucht eines Kindes letztlich die Familie noch zusammenhalten, weil durch die Essproblematik die anderen Konflikte in den Hintergrund treten. Auch die Veränderungen, die durch die Pubertät entstehen, können manchmal Belastungen sein, auf die junge Mädchen mit restriktivem Essen reagieren.

Anlagefaktoren:

Manche Menschen sind aufgrund ihrer Anlage eher dafür empfänglich, eine Essstörung zu entwickeln. Diese "Verletzlichkeit" kann körperlich begründet sein, aber auch in einer psychische Ursachen ihre Wurzeln haben. Diese Menschen nehmen z.B. unter Stress besonders leicht oder schnell ab, oder reagieren auf Belastungen automatisch mit Appetitlosigkeit.

Der Teufelskreis der Magersucht

Die Zusammenhänge, die zur Anorexie führen, sind also zunächst recht vielfältig, münden aber schließlich alle in einen gemeinsamen Prozess, der sich nicht einfach umkehren lässt. Wie in einem Teufelskreis sorgen jetzt die **körperlichen** und **psychischen** Veränderungen dafür, dass die Angst vor dem Dicksein immer größer und deshalb das Essen immer weiter eingeschränkt wird.



Durch das restriktive Essen entstehen körperliche Mangelerscheinungen, die die **Körperwahrnehmung** und das Hunger-Sättigungs-Gefühl beeinträchtigen. Die **Wahrnehmungsstörungen** führen dazu, sich auch dann zu dick zu fühlen, wenn das Gewicht immer geringer wird. Die Folge: Das Essen wird weiter eingeschränkt. Das verminderte Hunger-Sättigungs-Gefühl erhöht die Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren. Bei einigen Essgestörten kommt es durch das verminderte Hunger-Sättigungs-Gefühl tatsächlich zu spontanen Heißhungerattacken und Fressanfällen.

Die Folge: Massive Angst vor dem Dickwerden und weitere Einschränkung des Essverhaltens. Nicht wenige Essgestörte setzen zusätzliche Maßnahmen wie Erbrechen, Abführmittel usw. ein, um weiter abzunehmen. Die körperlichen Mangelerscheinungen werden stärker, der Teufelskreis schließt sich. Dazu kommen Belohnungseffekte, sowohl für das restriktive Essen (Erfolg und Kontrolle erleben, Anerkennung), also auch für die Fressanfälle (sie lenken ab von Stress, sie beruhigen und erleichtern für kurze Zeit, vor allem wenn anschließend alles erbrochen werden kann...).

THERAPIE DER MAGERSUCHT

A Ansatzpunkte der Behandlung: Körpergewicht – Essverhalten – Konflikte

Weil in der Magersucht sowohl Psyche als auch Körper der Patientin verändert sind, ist es sehr schwer, allein mit Einsicht oder Willensstärke diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Auch der Versuch, allein die Hintergrundkonflikte zu lösen, kann nicht zum Erfolg führen. Es ist deshalb unbedingt notwendig, zunächst den **körperlichen** Mangelzustand zu beheben.

Erst wenn dieser Schritt eingeleitet ist (also die Gewichtszunahme wieder beginnt), ist es sinnvoll, die **psychischen** Faktoren zu ändern, die innerhalb des Teufelskreises wirksam sind. Und erst wenn diese Faktoren sich allmählich verbessern (also die Angst vor Gewichtszunahme kleiner wird, die Körperwahrnehmung realistischer wird, das Hunger-Sattheits-Gefühl wiederkehrt), dann können auch die "äußeren" Hintergrundkonflikte und Belastungen effektiv gelöst werden (also alle Faktoren, die für die Essstörung der einzelnen Patienten von Bedeutung sind, z.B. die familiäre Situation, die Angst vor der eigenen Weiblichkeit oder dem Erwachsen werden, der Umgang mit Konflikten und Leistung usw.).

Aus den Risikofaktoren ergeben sich die zentralen Ansatzpunkte für die Behandlung:

1. Untergewicht

Der zentrale Faktor ist das Untergewicht, weil durch die damit verbundenen Mangelerscheinungen die anderen Faktoren (keine Hunger-Sattheits-Gefühle mehr, Heißhunger, Wahrnehmungsverzerrungen, Angst vor dem Dicksein, restriktives Essen, psychische Beeinträchtigungen) weiter verstärkt werden. Es ist also zu Anfang der Behandlung unbedingt notwendig, schnell und sicher an Gewicht zuzunehmen. Erst wenn das Normalgewicht wieder erreicht ist, können sich auch die anderen Faktoren normalisieren. Die kontinuierliche Gewichtszunahme bis zum gesunden Zielgewicht ist deshalb das absolut vorrangige Ziel jeder Magersucht-Behandlung.

2. Aufrechterhaltende Faktoren

Durch eine Normalisierung des Essverhaltens wird der körperliche Stoffwechsel wieder hergestellt, und mit zunehmendem Körpergewicht werden auch die Mangelerscheinungen und ihre Folgen behoben. Die Angst vor dem Dicksein wird sich allein durch diese Veränderungen reduzieren, muss jedoch noch gesondert psychotherapeutisch behandelt werden, denn die Angst vor dem Dicksein wird ja noch aus anderen Quellen gespeist, wie z.B. dem Schlankheitsideal. Auch die Tendenz zu Heißhungerattacken wird mit der Normalisierung des Essverhaltens geringer werden, braucht aber auch zusätzlich Maßnahmen, um ganz überwunden zu werden. Gleiches gilt für die Körperschemastörungen, die zwar mit zunehmendem Körpergewicht weniger werden, aber ebenfalls eine gezielte Therapie benötigen. Und auch das gestörte Essverhalten selbst muss mit speziellen therapeutischen Übungen systematisch verbessert und normalisiert werden, um auf Dauer ein stabiles, ausgewogenes Essverhalten ohne Einschränkung, ohne Erbrechen oder andere Gegenmaßnahmen zu erreichen.

3. Hintergrundkonflikte

Schließlich werden – allerdings ist dies erst mit allmählicher Gewichtszunahme möglich – auch die "äußeren" Faktoren des Teufelskreises verändert: die "Belohnungen", die durch die Ess-Störung bisher erreicht wurden, sollten auch durch andere Verhaltensweisen erreicht werden können; das Schlankheitsideal sollte nicht mehr so mächtig sein; und all die persönlichen Hintergrundfaktoren wie z.B. Konflikte in der Familie, Probleme in der Schule, Stress mit Beziehungen, Angst vor dem Erwachsenwerden oder vor dem Frau-Sein werden in der Therapie bearbeitet, um Lösungen zu finden, die einen dauerhaften Erfolg der Behandlung absichern.

B Dauer der Behandlung: Die Intervalltherapie

Ein sehr wichtiger Punkt in der Therapie der Anorexia nervosa muss deutlich erwähnt werden: **Die Behandlung der Magersucht dauert lange.** Das hängt ab von dem Körpergewicht, das in der Therapie erreicht werden muss, um sicher zu sein, dass die Magersucht auch überwunden ist. Dieses sogenannte Zielgewicht wird anhand des BMI berechnet: Ein BMI von 20 muss erreicht werden, um den Körper in einen Zustand zu bringen, in dem die Mangelerscheinungen überwunden sind und keine akute Rückfallgefahr besteht.

Ein Beispiel: Bei einer stark abgemagerten Patientin, die nur noch ein Körpergewicht von 35 kg bei 1,61 m Körpergröße (das wäre ein BMI von 13,5) hat, kann es recht lange dauern, bis ein BMI von 20 erreicht ist. Eine dermaßen untergewichtige Patientin müsste nämlich mehr als 16 kg zunehmen, um ihr Zielgewicht von 51,8 kg zu erreichen. Es ist zwar möglich, in einer Woche 2 kg und mehr zuzunehmen, doch eine kontinuierliche Gewichtszunahme ist mit 1-1,5 kg pro Woche realistischer. Und dann kann es schon mehr als nur einige Monate dauern, bis das Zielgewicht erreicht ist.

Weil die Behandlung der Magersucht also relativ viel Zeit braucht, es aber für die meisten Betroffenen nicht zumutbar ist, viele Monate entfernt von zu Hause in einer Klinik zu verbringen (außerdem ist es nicht besonders hilfreich, auf Dauer den Alltag aus der Therapie herauszuhalten; und es ist nicht zuletzt auch eine Frage der Kosten...) haben wir in der Christoph-Dornier-Klinik ein Therapiekonzept entwickelt, das sich **"Intervalltherapie"** nennt:

Erstes stationäres Intervall (Dauer: 8 - 10 Wochen): dosierte Gewichtszunahme bis BMI > 17; danach selbstkontrollierte Gewichtszunahme

Erstes ambulantes Intervall (Dauer: mehrere Wochen): weitere selbstkontrollierte Gewichtszunahme und Alltagserprobung der bisher erreichten Fortschritte

Zweites stationäres Intervall (Dauer: ca. 2-4 Wochen): weiter selbstkontrollierte Gewichtszunahme, zunehmende Bearbeitung von Hintergrundkonflikten

Zweites ambulantes Intervall (Dauer: variabel): evtl. weitere selbstkontrollierte Gewichtszunahme, weitere Erprobung des bisher Erreichten

Drittes stationäres Intervall (Dauer: 1-2 Wochen): evtl. weitere selbstkontrollierte Gewichtszunahme, Stabilisierung, Rückfallprophylaxe

Drittes ambulantes Intervall (Dauer: variabel): ambulante Unterstützung der Patienten bei der Stabilisierung des bisher Erreichten unter Alltagsbedingungen.

Diese Intervalltherapie hilft nicht nur Kosten zu sparen, sondern bietet eine einzigartige Verknüpfung intensiver stationärer Therapie mit den alltagsnahen Vorteilen einer ambulanten Behandlung, so dass Erfahrungen und Erfolge aus der stationären Behandlung immer gleich unter wirklichkeitsgerechten Bedingungen im häuslichen Umfeld erprobt und gefestigt werden können. Diese Alltagserfahrungen können dann in den folgenden stationären Kurzintervallen sofort wieder ausgewertet und weiter stabilisiert werden.

C Methoden der Behandlung

1. Dosierte Gewichtszunahme

Das erste Ziel in der Behandlung der Magersucht ist die möglichst rasche Gewichtszunahme. Allerdings ist für fast jede magersüchtige Patientin die Angst vor der Gewichtszunahme viel zu groß, um eine solche Veränderung leichten Herzens zu schaffen. Und dies auch noch über längere Zeit, manchmal Monate, durchzuhalten – das ist ohne fremde Hilfe kaum möglich. Auch in der Behandlung werden Gespräche, gute Worte, oder auch besonders "leckerer" Essen nicht ausreichen.

Die Lösung des Problems heißt deshalb am Anfang: **Nahrung wird als "Medikament" betrachtet**. Gerade weil am Anfang die Gewichtszunahme so wichtig und gleichzeitig so schwer ist, wird die Verantwortung dafür von uns übernommen: Den Patientinnen wird jeden Tag exakt die Menge an Kalorien zur Verfügung gestellt, die nötig ist, um die vereinbarte wöchentliche Gewichtszunahme zu schaffen. Durch gemeinsames Essen unter therapeutischer Anleitung wird zudem gewährleistet, dass diese Kalorienmenge dem Körper auch in der richtigen "Dosierung" zugeführt wird.

Die dosierte Nahrungsaufnahme bildet den Schwerpunkt der ersten Behandlungsphase. Und diese dauert so lange, bis der BMI der Patientin bei 17 liegt. Das sollte die Patientin innerhalb des ersten stationären Intervalls schaffen. Es wird deshalb zu Beginn der Therapie ausgerechnet, wie viel Gewichtszunahme pro Woche nötig ist, um das vorläufige Zielgewicht in dieser Zeit auch zu erreichen. Die wöchentliche Gewichtszunahme sollte jedoch in jedem Fall mindestens 1200 g betragen, um die vereinbarte wöchentliche Gewichtszunahme auch wirklich zu erreichen. Dazu wird jeden zweiten Tag das Körpergewicht gewogen, und bei Bedarf wird die Kalorienzufuhr falls nötig erhöht.

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 08:00 | Wiegen | | Wiegen | | Wiegen | | |
| 08:30 | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück |
| 09:00 | | | | | | | |
| 09:30 | Visite | | | | Einzelth. | | |
| 10:00 | | | | | | SH-Gruppe | |
| 10:30 | | | | | | | |
| 11:00 | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit |
| 11:30 | | Einzelth. | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | |
| 12:30 | Mittag-essen | Mittag-essen | Mittag-essen | Mittag-essen | Mittag-essen | Mittag-essen | Mittag-essen |
| 13:00 | | | | | | | |
| 13:30 | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | |
| 14:30 | | | | | | | |
| 15:00 | Info-Gruppe | PLG 1 | SH-Gruppe | Info-Gruppe | PLG 1 | | |
| 15:30 | | | | | | | |
| 16:00 | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit | Z-Mahlzeit |
| 16:30 | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | SH-Gruppe |
| 17:30 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | |
| 18:30 | Abend-essen | Abend-essen | Abend-essen | Abend-essen | Abend-essen | Abend-essen | Abend-essen |
| 19:00 | | | | | | | |

Während dieser Zeit findet die Therapie vor allem in Kleingruppen statt, die von 2 Therapeuten bzw. Therapeutinnen geleitet werden, die in der Behandlung von Essstörungen spezialisiert sind. In der Kleingruppe von 4-6 Patientinnen werden auch alle Mahlzeiten unter therapeutischer Anleitung eingenommen. In den eigentlichen Gruppentherapien setzen sich die Patientinnen mit den einzelnen Faktoren und Risiken ihres persönlichen Essverhaltens auseinander (Info-Gruppe) und lernen mit aktuellen Problemen und Belastungen umzugehen (Problemlösegruppe – PLG I).

Neben diesen und weiteren Gruppentherapien (s.u.) finden regelmäßig 2 Einzelgespräche pro Woche statt. Jede Patientin hat ihre feste Bezugstherapeutin. In diesen Einzeltherapien geht es in dieser ersten Phase der Behandlung vornehmlich um die Gewichtszunahme und die Möglichkeiten, diesen Prozess zu unterstützen.

2. Selbstkontrollierte Gewichtszunahme

Sobald ein BMI von 17 erreicht ist, wird die Behandlung individualisiert und mehr der Selbstverantwortung der Patientin überlassen. D.h. jetzt liegt viel mehr Kontrolle, z.B. bei der Auswahl und Menge des Essens, bei der Patientin. Dies ist eine sehr wichtige Therapiephase, denn um so besser es der Patientin gelingt, die notwendigen Änderungen in die eigene Hand zu nehmen, also zur "Expertin" der eigenen Störung und ihrer Behandlung zu werden, desto mehr werden die Therapieerfolge auch dauerhaft stabil bleiben.

Um die Patientin dabei zu unterstützen, findet diese Therapiephase als 1:1-Betreuung statt. Das heißt tatsächlich, dass ab jetzt (BMI=17!) jede Patientin ihre eigene Therapeutin zur Verfügung hat, die ihr überwiegend allein zur Verfügung steht. Es finden auch weiterhin Gruppentherapien statt, jedoch viel mehr einzeltherapeutische Sitzungen und vor allem praktische Übungen, in denen jetzt neben der weiteren Gewichtszunahme zunehmend die psychischen Faktoren und Hintergründe des Teufelskreises bearbeitet werden – vor allem die Angst vor dem Dicksein. Dieser Therapieteil ist zeitlich und inhaltlich sehr intensiv und kann an manchen Tagen viele Stunden Therapie beinhalten:

Beispiel für einen Therapietag während der selbstkontrollierten Gewichtszunahme:

08:00 Einzeltherapie: Konfrontationsübung mit "verbotenen" Lebensmitteln (Frühstück)

09:00 Einzeltherapie: Thema "Familie"

10:00 Zwischenmahlzeit

11:00 Einzeltherapie: Video-Übung zur Figurkonfrontation

12:00 Mittagessen: Kochgruppe

13:00 Einzeltherapie: Thema "Umgang mit Beziehungen"

14:00 Einzeltherapie: Konfrontationsübung zum Umgang mit Heißhungerattacken

15:00 Zwischenmahlzeit

16:00 Problemlösegruppe II: Umgang mit Konflikten

18:00 Abendessen

19:00 Einzeltherapie: Auswertung und Vorbereitung

Die Übungen zur selbstkontrollierten Gewichtszunahme beginnen schon im ersten stationären Intervall und werden in den ambulanten und weiteren stationären Intervallen fortgesetzt. Nachdem also mit der dosierten Gewichtszunahme schon das erste Zwischenziel von einem BMI=17 erreicht wurde, kommt es jetzt darauf an, das endgültige Zielgewicht von BMI=20 zu schaffen. Die Gewichtszunahme ist nun auf mindestens 700g pro Woche festgelegt. Es wird also etwas leichter, allerdings liegt die Verantwortung für die Gewichtszunahme ja auch mehr in der Hand der Patientin.

Die tägliche Kalorienzufuhr wird nicht mehr durch die Gruppentherapeutinnen garantiert, denn jetzt können die Patientinnen selbst bestimmen (und auch ausprobieren), wie viel und was sie essen müssen, um die weitere wöchentliche Zunahme ihres Körpergewichts zu erreichen. Auch wird nicht mehr jeden 2. Tag gewogen, um zu kontrollieren, sondern nur noch ein- bis zweimal pro Woche, um festzustellen, ob die wöchentliche Gewichtszunahme erreicht wurde.

3. Einschränkungsprogramm

Die dosierte und die selbstkontrollierte Gewichtszunahme sollen helfen, schnell und stabil Gewicht zuzunehmen. Zunächst unter Anleitung und garantierter Kalorienzufuhr (Essen als Medikament), dann unter mehr Selbstverantwortung. In beiden Programmen wird eine wöchentliche Mindest-Gewichtszunahme vereinbart: Während der dosierten Gewichtszunahme mindestens 1200 g pro Woche, in der selbstkontrollierten Gewichtszunahme mindestens 700 g pro Woche.

Während in der ersten Phase die Gewichtszunahme weitgehend sichergestellt ist, weil die nötige Kalorienzufuhr ja garantiert ist und auch beaufsichtigt wird, ist die selbstkontrollierte wöchentliche Gewichtszunahme zwar kleiner (nur mehr 700 g), jedoch liegt es nun fast ganz bei der Patientin, ob dieses wöchentliche Ziel auch erreicht wird.

Was passiert, wenn die wöchentliche Gewichtszunahme nicht erreicht wird?

Einmal pro Woche wird das Gewicht unter immer gleichen Bedingungen kontrolliert: Gleiche Uhrzeit, gleiche Kleidung, gleiche Waage. Für die dosierte und für die selbstkontrollierte Nahrungszufuhr gibt es nun **unterschiedliche Konsequenzen** für den Fall, dass das wöchentliche Zielgewicht nicht erreicht wurde:

Wenn **bei der dosierten Nahrungszufuhr** die 1200 Gramm trotz erhöhter und kontrollierter Kalorienzufuhr nicht erreicht werden, werden in der Visite und im Einzelgespräch Maßnahmen besprochen, wie die Therapie noch verbessert werden kann (z.B. mehr Bettruhe, noch mehr Kalorien, mehr Kontrolle usw.).

Wenn aber **bei der Selbstkontrolle** die 700 Gramm nicht erreicht wurden, tritt ein **"Einschränkungsprogramm"** in Kraft. Dies soll es der Patientin ermöglichen, doch noch aus eigener Kraft die notwendige Gewichtszunahme zu schaffen. Einschränkung bedeutet: Die Bewegungsmöglichkeiten der Patientin, aber auch angenehme Tätigkeiten, Kontakte und Freiheitsräume sind eingeschränkt (mehr Bettruhe, den größten Teil des Tages auf dem Zimmer verbringen, keinen Kontakt zu den Angehörigen oder Freunden, kein Besuch, keine Ausgang, wenig Ablenkung usw.).

Diese Maßnahmen bewirken zum einen, dass durch die eingeschränkte körperliche Tätigkeit auch der Stoffwechsel reduziert wird, der Körper also weniger verbrennt und besser zunimmt. Zum anderen jedoch wird die Einschränkung durchaus als unangenehm, öde und langweilig erlebt – ein Zustand, den man möglichst schnell wieder beenden möchte. Und das ist auch die Absicht dieser Maßnahme: Denn es gilt, dass **nur durch konsequentes Essen und Zunehmen** der Zustand der Einschränkung durch die Patientin beendet werden kann.

Es wird vereinbart, dass in der Einschränkung wieder 1200 g innerhalb einer Woche zugenommen werden müssen. Wird das bis zum nächsten Wiegetermin erreicht, ist die Einschränkung beendet. Wenn nicht, gilt sie eine Woche weiter. Durch diese "unangenehme" Maßnahme wird die Patientin auch dann motiviert zuzunehmen, wenn sie es aus eigener Kraft einmal nicht schaffen sollte, denn in den allermeisten Fällen ist diese Einschränkung dann doch unangenehmer als die Gewichtszunahme. Im übrigen wird die Patientin nicht "eingesperrt" – die Einschränkung ist freiwillig vereinbart, kann also jederzeit – auch ohne Gewichtszunahme – beendet werden. Allerdings wäre dann auch die Therapie beendet.

In den allermeisten Fällen führt das Einverständnis, sich im Falle eines Falles auf die Einschränkung einzulassen dazu, dass die vereinbarten 700 g Gewichtszunahme pro Woche auch erreicht werden. Und das ist das allerwichtigste: **Es liegt in der Hand der Patientin**, ob eine Einschränkung wirksam wird oder nicht, und es liegt auch bei ihr, wie schnell sie die Einschränkung wieder beendet.

4. Normalisierung des Essverhaltens

Ein normales Essverhalten bedeutet:

- 1) Ausreichende Kalorienmenge, um das Gewicht zu halten.
- 2) Ausgewogene Zusammensetzung aus Fett, Eiweiß, Kohlehydraten und Ballaststoffen.
- 3) Abwechslungsreiche Auswahl der Lebensmittel.
- 4) Verteilung auf fünf Mahlzeiten täglich.

Die Normalisierung geschieht schrittweise. Zunächst sind ja auch mehr Kalorien pro Tag notwendig, weil das Gewicht nicht nur gehalten, sondern gesteigert werden soll. Auf die ausgewogene Zusammensetzung wird von Anfang an geachtet, damit sich der Stoffwechsel schnell normalisieren kann und die körperlichen Mangelzustände baldmöglichst behoben werden. Auch auf die abwechslungsreiche Auswahl wird von Beginn an geachtet, auch wenn einige Lebensmittel dabei sein werden, die besonders viel Angst machen. Und von Anfang an wird das Essen auf fünf Mahlzeiten verteilt: Frühstück, Mittag und Abendessen, sowie mindestens zwei Zwischenmahlzeiten.

5. Konfrontationstherapie

Manches Essen wird während der Gewichtszunahme Angst machen, besonders die fett- und kohlenhydratreichen Lebensmittel werden ganz besonders stark die Angst vor dem Dickwerden auslösen. Die Angst vor dem Dicksein wird aber auch durch die eigene Figur ausgelöst, v.a. wenn schon einiges an Körpergewicht zugenommen wurde. Dann sind es meistens die besonders "kritischen" Körperstellen wie Bauch, Po oder Oberschenkel, die diese Angst hervorrufen. Bei manchen Patientinnen ist es auch die Waage, oder es ist der Moment, wenn die gewohnte Kleidung zu eng wird, der diese Angst auslöst. Diese Angst kann sehr schlimm sein, sich wirklich als Panik zeigen.

Bei denjenigen Patientinnen, bei denen diese Angst sehr stark ausgeprägt ist, werden mit Beginn der selbstkontrollierten Gewichtszunahme, also erst nach dem BMI von 17, spezielle therapeutische Übungen durchgeführt, die gezielt diese Angst bekämpfen. Diese Übungen nennt man **Expositionsübungen** oder auch Konfrontationstherapie. Dabei werden die Patientinnen mit genau den Situationen konfrontiert, die die meiste Angst hervorrufen. Also bestimmte "bedrohliche" Speisen, oder der Anblick der eigenen Figur vor dem Spiegel oder im Video. Wenn man sich in diesen Situationen dann wirklich mit dieser Angst konfrontiert, wird die Angst zunächst noch stärker, lässt dann aber allmählich nach und verschwindet bei wiederholter Konfrontation ganz. Diese Wirkung nennt man **"Habituation"**, das bedeutet, dass sich der Organismus an die angstmachende Situation, also die gefürchtete Nahrung oder der Anblick des eigenen Körpers auch an den kritischen Stellen, "gewöhnt". Besser ausgedrückt: Die bestimmten Lebensmittel, die "kritischen" Körperregionen, oder auch das Wiegen, sind dann nicht mehr in der Lage, die massive Panik hervorzurufen. Solche Übungen sind sehr intensiv, d.h. sehr belastend, aber auch hochwirksam. Sie funktionieren jedoch erst ab einem bestimmten Körpergewicht, wenn aufgrund der verbesserten körperlichen Situation auch das Gehirn wieder in der Lage ist, solche neuen Lernerfahrungen zu verarbeiten.

6. Gruppentherapien

Zu Beginn der Magersuchtbehandlung, also während der dosierten Gewichtszunahme, werden viele Therapieelemente in Form von Gruppentherapien durchgeführt. Das sind z.B. die Gruppen, in denen gemeinsam unter therapeutischer Anleitung gegessen wird. Zu Beginn dieser Behandlungsphase werden fast alle **Mahlzeiten in der Gruppe** eingenommen. In einer anderen Gruppentherapie ("**Info-Gruppe**") geht es um ein besseres Verständnis der Zusammenhänge von Ernährungsverhalten und Stoffwechsel sowie den Folgen von gestörtem Essverhalten: Was passiert eigentlich im Körper, wenn des Essverhalten geändert wird? Wie wirkt sich das auf die Psyche aus? Und was passiert, wenn unter der Behandlung der Körper wieder an Gewicht zunimmt?

Andere Gruppentherapien ("**Problemlösegruppen** – PLG I und II") befassen sich mit den aufrechterhaltenden Bedingungen des Teufelskreises von Magersucht: Welche Rolle spielen Konflikte? Wie reagiert der Körper auf Stress? Welche Möglichkeiten gibt es, besser mit Belastungen umzugehen? Welche Bedeutung hat die Familie für die Entwicklung der Magersucht und für den Erfolg der Therapie?

Weitere spezielle Gruppentherapien sind: Das "**Selbstsicherheits- und Kommunikationstraining**", in dem geübt werden kann, sich angemessen durchzusetzen, zwischenmenschliche Konflikte besser zu bewältigen, oder zu lernen, wie Kontakte geknüpft und Beziehungen verbessert werden können. Außerdem gibt es noch die "**Kochgruppe**", in der gemeinsame Mahlzeiten eingekauft, vorbereitet, gekocht und gegessen werden.

Um die Selbstverantwortung und Eigenständigkeit der Patientinnen von Anfang an zu unterstützen, finden neben den therapeutisch angeleiteten Gruppentherapien regelmäßig auch Gruppen statt, die von den Patientinnen **selbst organisiert** und durchgeführt werden. In diesen Selbsthilfegruppen, die teilweise über die gesamte Behandlung hinaus bestehen, werden therapeutische Aufgaben und Übungen vorbereitet, die in den kommenden Einzel- und Gruppentherapien aktuell behandelt werden. So lernen die Patientinnen schon während des Fremdkontrollprogramms, ihre Probleme selbst in die Hand zu nehmen und zu lösen.

7. Einzeltherapien

Schon während der ersten Therapiephase finden neben den Gruppenbehandlungen regelmäßig Einzeltherapien statt, in denen die Patientin bei ihren Bemühungen um Gewichtszunahme unterstützt wird. Die Einzeltherapie ist auch der Ort, um Hintergründe der Störung wie auch der Behandlung besser zu verstehen, auftretende Probleme bei der Änderung des Essverhaltens zu lösen, Auswege aus Konflikten und Belastungen zu finden.

Mit Erreichen eines BMI von 17 wird die **individuelle Ausrichtung** der Behandlung sehr verstärkt: Jetzt findet die Therapie überwiegend in einem 1:1-Verhältnis statt, d.h. die Therapeutin steht ausschließlich für die eine Patientin zur Verfügung. Das bedeutet: Nicht mehr zwei Einzelgespräche pro Woche, sondern mehrere Einzelsitzungen pro Tag! Die Übungen, z. B. im Rahmen der Konfrontationsbehandlung, werden sehr viel intensiver und zeitaufwendiger, und die Patientin lernt nicht nur durch Gespräche, sondern durch neue Erfahrungen, ihr Essverhalten zu verbessern und zu stabilisieren. Mehr und mehr werden jetzt auch die Hintergrundkonflikte und aktuellen Probleme der Patientin zum Schwerpunkt der Behandlung.

8. Familientherapie

Gerade bei jungen magersüchtigen Patientinnen haben Familienmitglieder, besonders die Eltern, großen Einfluss auf die Entwicklung der Essstörung. Das gilt vor allem auch für den Verlauf der Therapie. Oft sind Eltern und Geschwister recht hilflos und wissen nicht, wie sie sich "richtig" verhalten sollen; und nicht selten ist die Familie durch die Probleme des essgestörten Kindes erheblich belastet. Wir wollen helfen, diese Belastungen zu verringern, indem wir die Familie der Patientin von Anfang an in die Behandlung mit einbeziehen. Denn es ist außerordentlich wichtig, dass alle Familienmitglieder über die Hintergründe der Erkrankung, aber vor allem auch über das konkrete Vorgehen in der Behandlung genau informiert sind.

Ein Großteil der Intervalltherapie findet ja im häuslichen Milieu, d.h. meistens zu Hause in der Familie der Patientin statt. Und auch während der stationären Intervalle kann die Familie die Patientin aktiv unterstützen. Durch gemeinsame Gespräche von Beginn an helfen wir dabei. Deshalb raten wir dringend, dass die Familie möglichst schon vor der Behandlung die Patientin zur Eingangsdagnostik begleitet, damit wir als die Behandler in gemeinsamen Gesprächen einen möglichst umfassenden Eindruck von der Situation zuhause bekommen, damit aber die gesamte Familie auch von Anfang an über Hintergründe und Vorgehen in der Therapie informiert ist. Und alle wissen, was in den nächsten Monaten auf sie zukommt und was sie erwarten können. Auch während der Behandlung und darüber hinaus werden immer wieder gemeinsame Gespräche stattfinden, teilweise werden die Familienangehörigen auch in einzelne therapeutische Übungen einbezogen.

9. Medikamente

Zur Behandlung von Magersucht haben sich medikamentöse Therapien als nicht sehr wirksam erwiesen. Es gibt kein Medikament, das gegen Magersucht hilft. Das einzig wirksame Mittel ist die Änderung des Essverhaltens, um stetig und ausreichend Gewicht zuzunehmen und um möglichst optimal von der Psychotherapie profitieren zu können. Also: Ausgewogene Nahrung als Medikament. In ausreichender Dosierung.

Nur in ganz seltenen Fällen, wenn nämlich zusätzliche psychische oder körperliche Störungen vorliegen, kann es sinnvoll oder notwendig sein, medikamentös zu behandeln, z.B. bei schweren depressiven Krisen, oder wenn der Stoffwechsel, Kreislauf oder Organfunktionen so beeinträchtigt sind, dass ernsthafte körperliche Schäden nur durch Medikamente aufgefangen werden können.

10. Visiten

Um insbesondere die körperlichen Probleme, die mit der Magersucht einhergehen (auch die Behandlung greift massiv in körperliche Prozesse ein!), aber auch um mögliche psychiatrische Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und therapieren zu können, nehmen die Patientinnen mindestens einmal wöchentlich an ärztlichen Visiten teil. In der ersten Behandlungsphase werden die Visiten in der Gruppe durchgeführt, um gemeinsam mit den Therapeutinnen und den anderen Patientinnen aus der Gruppe über Änderungen des täglichen Kalorienbedarfs und andere Umstellungen des Ernährungsprogramms zu beraten. In den späteren Therapiephasen werden die Visiten als Einzelgespräche durchgeführt, um mehr auf die individuellen Anteile der Behandlung eingehen zu können. In den Visiten wird auch über den evtl. Einsatz von Medikamenten entschieden.

11. Ärztliche Untersuchungen

Aufgrund der erheblichen körperlichen Folgeschäden der Magersucht werden die Patientinnen von Beginn an regelmäßig ärztlich untersucht. Insbesondere Blutbild, Herz-Kreislauf-Funktionen, Stoffwechsel und der allgemeine körperliche Zustand müssen sorgfältig überwacht werden, um sicherzugehen, dass die Behandlung auch auf somatischer Ebene ihre Ziele erreicht.