KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZZENTRUM
FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

KompetenzZentrum für die Behandlung von Essstörungen

Therapieangebot zur Behandlung von Essstörungen:

Anorexie, Bulimie

Inhalt

Die Behandlung von Anorexien und Bulimien

- Einleitung (SEITE 4)

  Definition der Essstörungen (SEITE 6)
  Anorexie / Bulimie / atypische und sonstige Formen (SEITE 8)
  Binge Eating Störung (Essstörung mit Essanfällen) (SEITE 10)
  Essgestörtes Verhalten (SEITE 11)

- Ursachen von Essstörungen (SEITE 13)
- Folgen und Komplikationen von Essstörungen (SEITE 15)
- Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) von Essstörungen (SEITE 17)

  Depressionen
  Zwangserkrankungen
  Angststörungen
  Persönlichkeitsstörungen inklusive selbstverletzendes Verhalten / Substanzmissbrauch
  ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom)
  Posttraumatische Belastungsstörungen

- Behandlung von Essstörungen (SEITE 18)

  Mehrgleisiges Therapieprogramm (SEITE 18)

  Medizinisches Monitoring
  Ess-Psycho-Therapieprozess
  Spezifischer Psychotherapieprozess
  Therapeutisch angeleitetes Unterstützungssystem verstehender Mitpatientinnen*

  Behandlungsformen (SEITE 22)

  Ambulant / Stationär / Stationäre Intervallphasen / Betreutes Wohnen für Essstörungen

  Miteinbezug der Familien / Partner (SEITE 23)

- Therapieziele / Rückfallprophylaxe (SEITE 24)
- Ausblick (SEITE 26)

*Im gesamten Text wird von Patientinnen gesprochen, da der Großteil der Betroffenen weiblich ist; männliche Betroffene sind eingeschlossen.

Einleitung

Essstörungen sind häufig auftretende psychosomatische Erkrankungen. Sie haben bei Mädchen und Frauen eine hohe Relevanz hinsichtlich krankheitsbedingter Einschränkungen des altersentsprechenden Lebens und damit einem Verlust an normalen Entwicklungsjahren. Sie haben damit einen hohen Stellenwert unter den psychosomatischen Krankheiten, auch da sie zum einen bevorzugt im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter auftreten und zum anderen zur Chronifizierung neigen.

ESSSTÖRUNGEN sind Krankheiten psychischen Ursprungs mit einem (nach heutiger Sicht) hohen genetischen Anteil und zum Teil erheblichen körperlichen und auch seelischen Folgen. Wir zählen sie nicht zu den Suchterkrankungen im engeren Sinne, obwohl von den Betroffenen suchtartige Verhaltensweisen beschrieben werden. Essen kann nicht ohne weiteres als Suchtmittel aufgefasst werden und eine Abstinenz vom Suchtmittel ist bei Essstörungen naturgemäß wenig möglich.

ESSSTÖRUNGEN sind nicht nur ein Schlankheitstick, eine Pubertäts- oder Lebenskrise - sie sind gefährliche psychische Erkrankungen mit Störungen der Wahrnehmung, des Ich-Erlebens, Denkens, Fühlens und Verhaltens. In Situationen mit einem (auch nur subjektiv) nicht mehr funktionierendem Leben und dem zentralen Gefühl ‚nicht zu genügen' werden sie typischerweise offenkundig. Die gelebte Essstörungssymptomatik weist auf das Ausmaß der inneren Not der Betroffenen hin und deren eigene Unfähigkeit mit dem Leben und seinen altersentsprechenden Anforderungen und den dabei auftretenden (inneren und äußeren) Konflikten fertig zu werden.

„Ein alles durchdringendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit"

so hat Hilde Bruch, eine Pionierin in der Essstörungstherapie, das bezeichnet, was alle von einer Essstörung Betroffenen gemeinsam haben; sie halten typischerweise nicht viel von sich und erwarten sich Besserung im Verändern des Körpers hin zu einem niedrigeren Gewicht. »Dünn sein und die Knochen treten hervor bedeutet inneres Schwachsein zu zeigen und gleichzeitig Stärke beweisen«, so hat es eine Patientin mit einer Magersucht vortrefflich beschrieben. „Ich schlinge Essen in mich hinein und erbreche es wieder, womit ich mich tröste, angestauten Frust loswerde und Anspannung reduziere, aber auch um mein (für mich) zu hohes Körpergewicht zu reduzieren", so eine bulimische Patientin.

EINLEITUNG

Patientinnen mit einer Bulimie streben ein Gewicht im unteren Normal- oder Untergewichtsbereich an mit selbst auferlegten kleinlichen Gewichtsgrenzen, wobei die seelische Befindlichkeit davon abhängig gemacht wird und oft diesem Diktat unterliegt. Sie erbrechen nach Essanfällen, die durch Diäten und Auslassen von Mahlzeiten ausgelöst werden können. Sie erbrechen aber auch nach normalen oder kleinen Mahlzeiten, um dem (prinzipiell gegebenen und für sie immer drohenden) dick machenden Effekt von Nahrung entgegenzuwirken, aber auch um Trost und Erleichterung im Sinne von Spannungsabbau zu erfahren - da gesündere Alternativen fehlen. Den von einer Anorexie Betroffenen ist ihr Gewicht nie niedrig genug, was das Lebensbedrohliche dieser Erkrankung ausmacht, da sich diese Einstellung nicht ändert, sondern sogar noch verstärken kann, auch wenn das Gewicht immer weiter und sogar bis in lebensbedrohlich niedrige Bereiche reduziert wird.

Essstörungen machen die innere Not der Betroffenen nach außen sichtbar

Menschen, die eine Essstörungserkrankung entwickeln, brauchen unabhängig von Alter, Geschlecht und Lebenssituation in der sie auftritt umfangreiche und umfassende, aber auch spezifische therapeutische Unterstützung; sie zeigen an, dass es so nicht weitergehen kann, sie aber selbst zu einer gesünderen Lösung nicht in der Lage sind. Häufig bestehen dabei ein überbetontes Schuld- und Schamerleben, Autonomie-/Abhängigkeitskonflikte und nach neueren Untersuchungen oft auch ein auffällig Detail fokussierter Denkstil mit wenig Flexibilität und damit zu wenig eigenen Veränderungsmöglichkeiten.

Defitinon

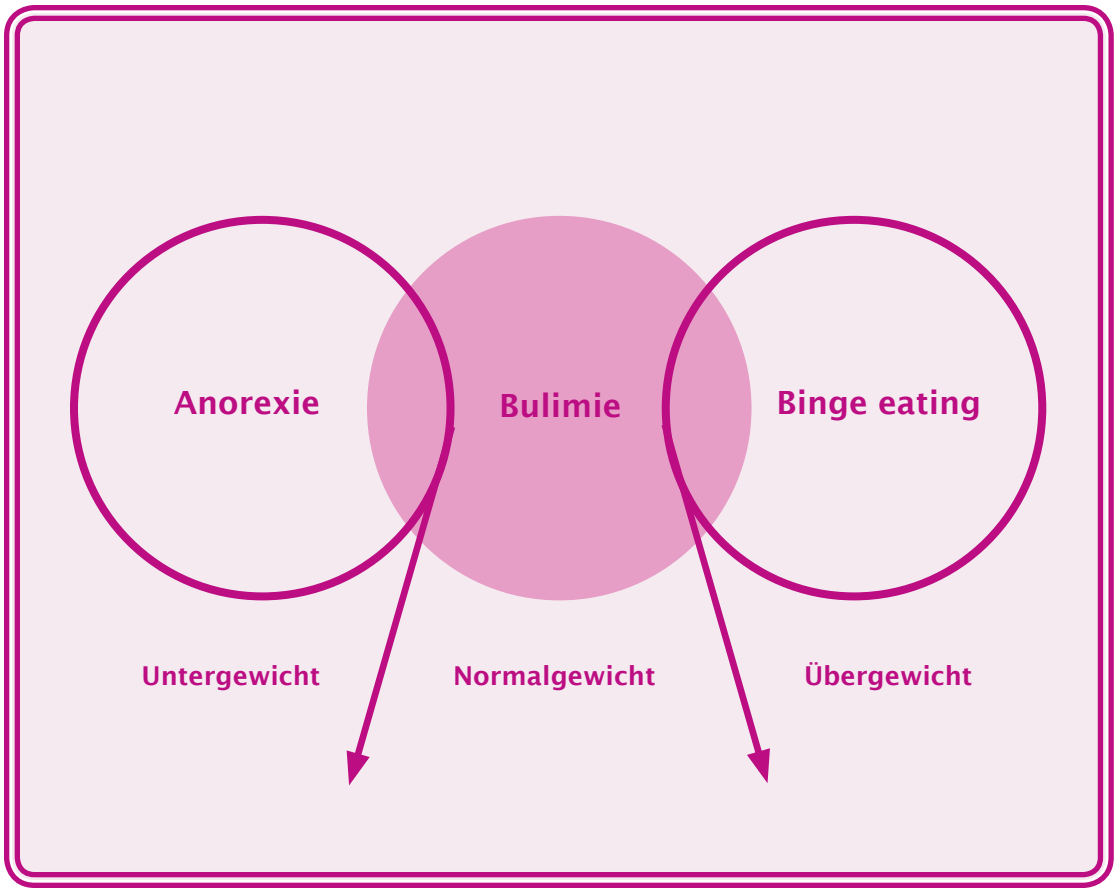
Wir unterscheiden im Wesentlichen drei Hauptformen von Essstörungen, nämlich die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und die Binge Eating Störung (Essstörung mit Essanfällen). Essstörungen sind Verhaltensstörungen in Bezug auf das Essen. Betroffene beschäftigen sich gedanklich und emotional übertrieben mit dem Thema Essen.

DIE ANOREXIA NERVOSA ist die auffälligste und älteste, aber auch die seltenste der Essstörungserkrankungen; es gab sie schon immer und sie scheint in den vergangenen zwei Jahrzehnten ihren Höhepunkt erreicht zu haben. Derzeit entwickelt etwa eines von 100 Mädchen und Frauen im Alter von 12 - 25 Jahren eine Magersucht. Insbesondere bei ganz jungen Mädchen (kindliche Anorexien) und auch bei älteren Frauen scheinen Anorexien zuzunehmen.

DIE BULIMIA NERVOSA tritt häufiger auf als die Anorexia nervosa. Man sieht sie den Betroffenen nicht an, da sie vollständig in der Heimlichkeit gelebt werden kann. Sie neigt, ebenso wie die Anorexia nervosa zur Chronifizierung und unterscheidet sich von dieser – neben dem meist normalen Gewicht – durch das vorhandene Krankheitsgefühl. Beide Essstörungen haben die krankhafte Über- und Dauerbeschäftigung mit dem Essen und dem Körper gemeinsam, die der „Lösung“ oder auch "Deckelung" verborgener, so nicht lösbarer seelischer Konflikte und der Spannungsregulation dient, oft auch zentral zur Gewichtsregulation bei einem anlagebedingt für die Betroffenen „zu hohen“ Gewicht eingesetzt wird.

BEI JUNGEN UND MÄNNERN treten Essstörungen wesentlich seltener auf als bei Mädchen und Frauen; angegeben werden Häufigkeiten von 1:10 bis 1:20. Alles andere unterscheidet sich aber nicht, außer dass Männer im Vergleich zu Frauen in niedrigen Gewichtsbereichen medizinisch höher bzw. rascher gefährdet sind bei einem naturgemäß niedrigeren Körperfettanteil und häufig nicht in erster Linie abnehmen, sondern durch übertriebenes Sportverhalten einen gestählten Körper aufbauen wollen und zusammen mit einer veränderten Ernährung Gewicht verlieren.■

Definition



BEI DER BINGE EATING STÖRUNG (Essstörung mit Essanfällen), die in vielem einer atypischen Bulimia nervosa entspricht, fehlen im Unterschied zu dieser konsequent durchgeführte Gegenmaßnahmen gegen den dickmachenden Effekt des (Über)essens und der Essanfälle, so dass die Betroffenen typischerweise übergewichtig oder adipös sind und weiter zunehmen, dies auch trotz häufiger Diäten.

Essstörungen können ineinander übergehen, wobei ehemalige Anorexien auch mit Überwindung der Erkrankung eher nicht übergewichtig werden. ■

KENNZEICHEN

Kennzeichen der Anorexia nervosa (F.50.0)

- erniedrigtes Körpergewicht
  bei über 16Jährigen: BMI < 17.5
  (BMI = Körpergewicht in kg: Körpergröße m^2)
  bei unter 16Jährigen: < 10. BMI-Perzentile

- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust mit anhaltenden Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme verhindern, dies auch noch in sehr niedrigen Gewichtsbereichen mit intensiven Ängsten vor einer Gewichtszunahme und/oder davor dick zu werden

- Störung in der Körperwahrnehmung, womit eine Störung in der Sicht auf den eigenen Körper gemeint ist

- übertriebener Einfluss des Gewichts auf die Selbstbewertung und andauerndes Fehlen einer realistischen Wahrnehmung einer Gefährdung mit

- Krankheitsverleugnung

- Amenorrhoe und vermindertes sexuelles Interesse, bzw. bei den kindlichen Anorexien nicht Einsetzen der Pubertät

Subtypen (nach DSM IV)

- Restriktiver Typ (asketische Form): ohne wiederholte Essattacken und ohne Erbrechen oder Einsatz abführender Maßnahmen

- Binge Eating/Purging Typ (bulimische Form): mit anschließendem Erbrechen nach den Mahlzeiten. Abführmittel oder Diuretika werden besonders nach Heißhungerattacken unter der falschen Annahme eingesetzt, damit Kalorien wieder loswerden zu können, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden.

Abführmittel können Durchfall erzeugen und damit in erster Linie Wasserverluste; Diuretika wirken nur an der Niere und haben so mit der Kalorienaufnahme / -Verbrennung nichts zu tun. Sie bewirken Elektrolyt- und ebenfalls Wasserverluste mit der Gefahr von Herzrhythmusstörungen, Darmlähmung, Bluteindickung oder Ödemen. Die negativen Auswirkungen werden noch verstärkt bei einer gleichzeitig bestehenden Trinkstörung (wenig trinken zum Niedrighalten des Gewichts oder zu viel trinken als Ersatz für Ernährung).■

Kennzeichen der Bulimia nervosa (F 50.2)

- Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln, wiederkehrende Heißhungerattacken mit Essanfällen (Häufigkeit mindestens 1x pro Woche über mindestens drei Monate mit einem Gefühl des Kontrollverlustes)

- Wiederholtes Anwenden kompensatorischer Maßnahmen (Erbrechen/Abführmittel/ Diuretika /Hungerphasen/übertriebene sportliche Aktivitäten) zur Vermeidung einer Gewichtszunahme (auch schon nach normalen Mahlzeiten oder kleinen Essportionen), im andauernden Kampf um ein niedrigeres Gewicht

- Krankhafte Furcht zu dick zu werden; kleinliche und zu niedrige Gewichtsgrenzen und übertriebener Einfluss des Gewichts auf die Befindlichkeit und die Selbstbewertung

- Häufig Periodenstörungen (Oligomenorrhoe = schwache und/oder seltene Periode)

Subtypen (nach DSM IV)

- Purging-Typus: regelmäßiges Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Klistieren

- Nicht-Purging-Typus: kein Erbrechen, aber Fastenphasen und/oder übermäßige körperliche Betätigung, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern und/oder das Gewicht dauerhaft zu senken (sogenannte Sportbulimie).

KENNZEICHEN

Kennzeichen der Binge Eating Störung

- Wiederholte Episoden von Essanfällen mit dem Gefühl des Kontrollverlustes (mindestens einmal in der Woche während drei Monaten)
- Die Essanfälle sind verbunden mit Ekel- und Schuldgefühlen und deutlichem Leidensdruck
- Kompensatorische Verhaltensweisen zur Korrektur des dickmachenden Effekts des Überessens werden nicht (oder zumindest nicht regelmäßig) eingesetzt

Die Binge Eating Störung unterscheidet sich von der Bulimia nervosa im wesentlichen dadurch, dass den Essattacken nicht gegengesteuert wird und so die Betroffenen zunehmen und schwerst adipös werden können. Diese Essstörung geht, genauso wie die beiden anderen, mit einem gestörten Körpererleben und Selbstentwertungen wegen des gestörten Essverhaltens bis hin zu Selbsthassgefühlen einher und sollte bei den Betroffenen diagnostiziert werden, da Maßnahmen allein zur Gewichtreduktion nicht ausreichen.
Die Betroffenen brauchen ein ebenso intensives Psychotherapieprogramm zur Aufgabe der Essstörung wie die anderen beiden Essstörungen auch (siehe seperate Broschüre).

Übergewicht und Adipositas sind nicht zwangsläufig mit einer Essstörung vergesellschaftet. ■

Essstörungen und essgestörtes Verhalten

Essgestörte Verhaltensweisen sind in unserer Gesellschaft weit verbreitet und scheinen weiter zuzunehmen. Subklinische Essstörungen (gezügeltes Essen, Diät halten, Mahlzeiten auslassen, überzogene Vorstellungen zur Traumfigur, gestörte Körperwahrnehmung und allgemein die Dysfunktionalität von Essen) sollen nach Untersuchungen an Schülern und Studenten in knapp einem Drittel der Bevölkerung vorkommt mit zum Teil erheblichem Leidensdruck.

DIE URSACHEN SIND VIELFÄLTIG. Beizutragen scheint der permanente Nahrungsüberfluss in unserer westlichen Gesellschaft mit einer Fülle jederzeit erreichbarer hochkalorischer und sofort verzehrbarer Nahrungsmittel, die dazu noch billiger sind als Vollwertiges, inklusive Obst und Gemüse, und in Übergrößen angeboten werden.

AUF DER EINEN SEITE stürmen Starköche die Bücherhitlisten und Fernsehkochshows nehmen an Beliebtheit zu, auf der anderen Seite geht persönliches Wissen um Essen und Ernährung sowie ganz allgemein Esskultur verloren und gleichzeitig nimmt der Druck sich richtig, gesund oder stilvoll zu ernähren zu. Die Mehrheit der Erwachsenen ist immer weniger in der Lage ihren Kindern diesbezüglich Sicherheit zu vermitteln. Sowohl auf dem Gebiet der angemessenen Ernährung als auch der Bewegung sind Erwachsene immer weniger Vorbilder und Lehrer für ihre Kinder. Mit der Familie eingenommene Mahlzeiten, während derer Wichtiges vom Tag besprochen wird – vor allem relevant aus der Sicht des Kindes – lassen sich immer seltener einrichten; Mütter sind häufig notwendige Mitverdiener für das Familieneinkommen und stehen für eine aufwendigere Haushaltsführung mit im wesentlichen selbst zubereiteten Mahlzeiten nur noch eingeschränkt zur Verfügung.

DIE ÜBERSICHT ÜBER DAS, was wir den Tag über konsumieren, ist ohne geregelte Mahlzeiten schwierig zu behalten, wodurch ein entscheidender Anteil an Lebensqualität verloren gehen kann. Essen genießen, auch in Gesellschaft anderer, ist eine wichtige Ressource für Lebensfreude. Mit fortschreitender Technisierung und Vereinfachung von Abläufen unseres täglichen Lebens - über die Rolltreppe bis zur Fernbedienung und zum Handy mit Einkaufen oder Bankgeschäfte via Internet - erfasst uns alle ein zunehmender Bewegungsmangel mit der Folge, dass ein Großteil der Bevölkerung immer dicker und damit zu einem schlechten Vorbild und zu einer Verunsicherung für unsere Kinder wird, die auf der anderen Seite konfrontiert sind mit dünnen oder muskulösen Idealen.

In unserer Gesellschaft hat sich ein Schlankheits-, Körper- und Fitnessideal bei Frauen und Männern gegenläufig zur Realität entwickelt:

- Überbetont schlanke und perfekte Frauenkörper in einer Gesellschaft mit Überernährung
- muskulöse Männerkörper in einer Gesellschaft mit wenig Bewegung und mangelnder körperlicher Anstrengung

Zudem verbreitet sich ein Klima der Betonung von Selbstkontrolle im Umgang mit Figur und Aussehen, so als ob alles machbar wäre, wenn man sich nur genügend anstrengt – unter Vernachlässigkeit anlagebedingter und deshalb nicht ohne weiteres beeinflussbarer Faktoren. So kämpfen viele darum, ihr Gewicht in »ideale« Bereiche, entsprechend dem untersten Normalgewicht oder dem Untergewichtsbereich, zu reduzieren. Bestärkt werden sie darin von einem Gesellschaftsbild, das Schlanksein und Gewichtsreduktion mit Starksein, Schönsein, Attraktivsein und Erfolgreichsein, ja sogar Intelligentsein gleichsetzt.

EIN BMI < 18,5 wird von der Weltgesundheitsorganisation in westlichen Ländern als Unterernährung definiert, Models heutzutage haben typischerweise BMI-Werte darunter. Anlagebedingt haben nur etwa 10% der Mädchen und Frauen einen BMI um 18,5, was im gesunden Fall begleitet ist von einer normalen Menstruation (ohne Einsatz der Pille), einer normalen ovariellen Funktion (Eisprung) und normalem Essverhalten; diese Mädchen und Frauen können das Essen genießen und reagieren nicht auf emotionale Probleme mit Störungen im Essverhalten.

ÜBERGEWICHT ODER DIE FRÜHE Entwicklung besonders deutlich sichtbarer weiblicher Körperformen gilt - neben abwertenden Bemerkungen über das Aussehen und im Speziellen den Körper, aber auch zu vielen Körperbewertungen - als Risikofaktor für die Entwicklung einer vor allem bulimischen Essstörung. Perfektionismus gilt als hervorstechendes Persönlichkeitsmerkmal und Risikofaktor bei den Anorexien.

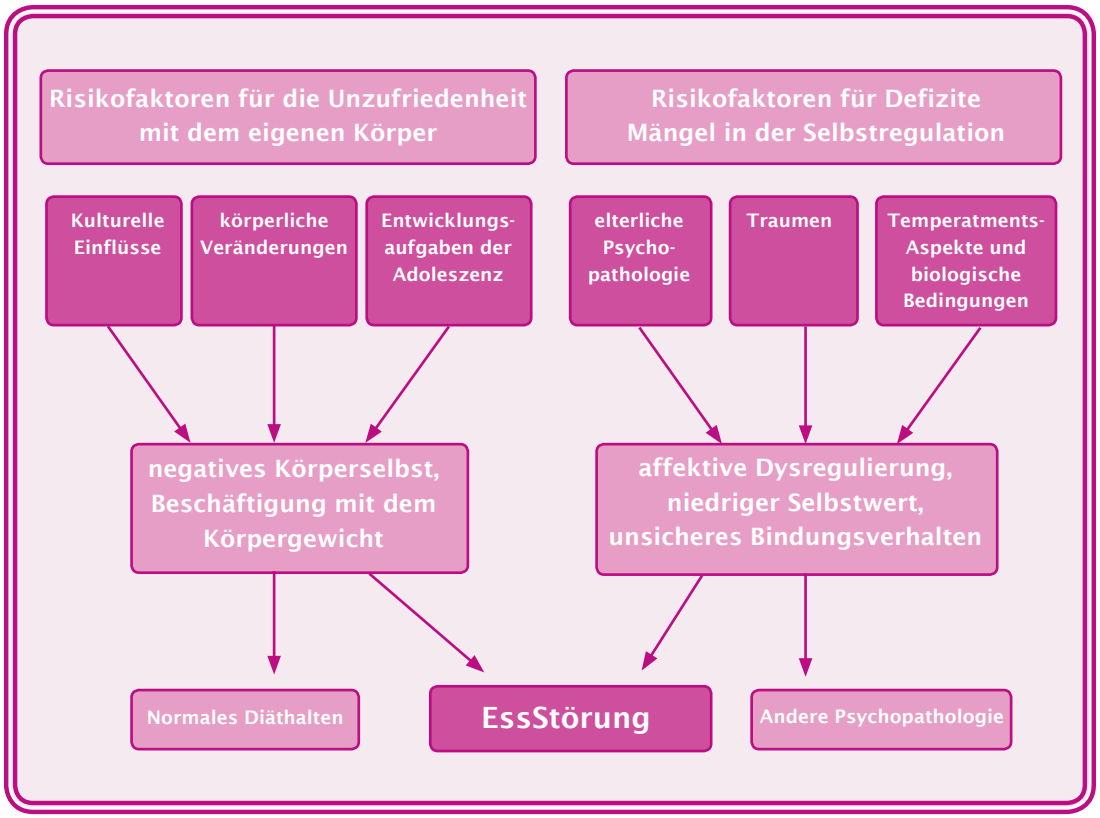
BEI JUNGEN GEHT DIE NORMALE Entwicklung ab der Pubertät, die ein bis zwei Jahre später eintritt als bei Mädchen in Richtung Muskelaufbau und entspricht so typischerweise dem, was in unserer Gesellschaft gewünscht wird. Das Problem bei Jungen und Männern ist jedoch ähnlich gelagert wie bei Mädchen und Frauen. Nicht jeder kann - auch nicht mit noch so viel Training - den idealen, muskulösen Körper mit »Sixpacks« entwickeln, da dabei die genetische Veranlagung eine Rolle spielt. Manches ist auf gesundem Weg einfach nicht machbar.

ESSGESTÖRTES VERHALTEN hat mit der Essstörung als Erkrankung einiges gemeinsam: die sichtbaren Symptome und die überkritische Einstellung dem eigenen Körper gegenüber - wenn auch meist in abgemilderter Form. Es liegt dem aber keine (schwere) seelische Störung zugrunde, jedoch gibt es fließende Übergänge.

VOR ALLEM DAS ANOREKTISCHE Verhalten kann auf der psychologischen Ebene als ein schweres Missverständnis verstanden werden: Die Betroffenen versuchen am Körper etwas zu verändern, was aber so nicht verändert werden kann, da es darum nicht geht. Der »Lösungsversuch Essstörung« bringt das zugrunde liegende Problem in indirekter Form zum Ausdruck und macht es sichtbar, es bedarf also einer Entschlüsselung, womit sich die Familienangehörigen typischerweise sehr schwer tun. Die Essstörung bietet einen »pathologischen Halt«, die Betroffene muss ihr seelisches Leiden erst einmal weniger spüren, bleibt auf diesem Weg jedoch allein mit schlechter werdenden Beziehungen zu anderen. Es ändert sich zudem nichts am Grundproblem, auch wenn der Körper sich verändert, es kommen nur noch neue Probleme dazu, wie die körperlichen und seelischen Folgen des Hungerns, des Erbrechens und des übertriebenen bis selbst schädigenden Sporttreibens.■

Ursachen von Essstörungen

Das gesellschaftliche Problem betrifft uns alle. Damit aber die Erkrankung Essstörung ausbricht, müssen neben Umweltfaktoren eine Reihe weiterer dazukommen, die M. Connors 1996 wie folgt zusammengestellt hat:



Risikofaktoren für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (linke Seite der Abbildung) und Risikofaktoren für Defizite in der Selbstregulation (rechte Seite der Abbildung) müssen zusammenkommen, damit eine Essstörungserkrankung entsteht. Risikofaktoren für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper haben zum einen mit kulturellen Einflüssen zu tun: unser überbetontes Schlankheitsstreben, das zusammentrifft mit körperlichen Veränderungen in der Pubertät, die bei Mädchen bedeuten, dass an den typischen Stellen wie Po, Oberschenkel, Becken, Bauch und Busen vermehrt Fett eingelagert wird. Schon Zwölfjährige bezeichnen sie als ihre Problemzonen. Die Pubertät tritt zudem tendenziell früher ein - man bezeichnet das als Akzelleration. So kann es passieren, dass Mädchen, die noch Kinder sind, sich innerhalb weniger Monate mit betont weiblichen Körperformen konfrontiert sehen und damit nicht zurecht kommen in einer Gesellschaft mit einem Schlankheitsideal, das dem komplett entgegensteht.

Bei Jungen geht es ab der Pubertät um Muskelaufbau, womit deren normale körperliche Entwicklung dem Ideal entgegen kommt.

Im Zusammenwirken mehrerer problematischer Faktoren kann sich ein negatives Körperselbst/Körperbild mit einer vermehrten Beschäftigung mit dem Körpergewicht/der Figur und andauerndem Diäthalten entwickeln.

ZUR ENTWICKLUNG EINER Essstörungserkrankung müssen aber neben den Risikofaktoren, die zu einer gestörten Körperakzeptanz führen, auch Risikofaktoren für Defizite in der Selbstregulation kommen: eine elterliche Psychopathologie, also Störungen auf Seiten der Eltern oder im Familiensystem, die die gesunde Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen oder Traumen verschiedenster Art (wobei sexueller Missbrauch bei Essstörungspatientinnen außer bei Bulimie nicht häufiger vorkommt als in der normalen Bevölkerung) und Temperamentaspekte, also biologisch/genetische Bedingungen auf Seiten desjenigen, der die Essstörung entwickelt, wobei sich derzeit Hinweise auf deren besondere Bedeutung in der Entwicklung einer Essstörung verdichten.

IM ZUSAMMENWIRKEN dieser Faktoren kommt es zu Störungen des Gefühlslebens, zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und einem unsicheren Bindungsverhalten mit dem Resultat, dass die Betroffenen sich nicht sicher und geborgen fühlen und typischerweise wenig gesunde Selbstbehauptungsansprüche zeigen. Wir wissen heute, dass ein anorexietypischer Denkstil dazu kommt bzw. dies verursacht und die Besonderheiten von Anorexie-Betroffenen erklärt. Die auf der rechten Seite der Abbildung dargestellten Risikofaktoren können zu allen möglichen seelischen Störungen führen, jedoch in Kombination mit dem gestörten Körpererleben (linke Seite der Abbildung) zum Auftreten einer Essstörung. ■

URSACHEN

Folgen und Komplikationen von Essstörungen

Essstörungen sind seelische Krankheiten, die zu sekundären medizinischen und psychischen Folgen / Komplikationen führen.

Die Anpassung an die Mangel- und Unterernährung führt bei Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und beim experimentellen Fasten zu ähnlichen Veränderungen. Die Unterschiede sind mehr quantitativer als qualitativer Natur und hängen von der Art, dem Ausmaß und der Dauer selbstzerstörerischer Verhaltensweisen ab.

EINE MANGEL- UND UNTERERNÄHRUNG wird mit Übergang in den Zustand des Verhungerns zu einer zunehmenden Hormon- und Stoffwechselkrankheit mit Auswirkungen auf nahezu alle Organsysteme:
Akute Schäden beziehen sich dabei auf Herz-Kreislaufprobleme. Besonders gefährlich ist die Kombination: Hungern, Kaliummangel, körperliche Aktivität. Außerdem kann, bevorzugt vor dem rechten Herzen, ein Perikarderguss (Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel) auftreten. Chronische Schäden betreffen bevorzugt Knochen (Osteoporose), Niere und Zähne (letztere bei den bulimischen Patientinnen). Auch das Körperlängenwachstum kann verzögert sein. Zunehmend werden als chronische Folgen des Hungerzustandes auch überdauernde Probleme um spätere Schwangerschaften und Geburten berichtet. Ein chronisch erniedrigtes Gewicht geht mit einer erhöhten Sterblichkeit einher.

EINE MANGEL- UND UNTERERNÄHRUNG hat auch psychische Folgen: die typische, vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Nahrung und die gesteigerte motorische Aktivität, der Bewegungsdrang Magersüchtiger. Beides wird nicht nur als unsinnige oder absichtlich den Energieverbrauch steigernde Reaktion der Betroffenen angesehen, sondern scheint auch hormonelle Gründe (erniedrigter Leptinspiegel im Hungerzustand) zu haben. Entwicklungsgeschichtlich gesehen machen beide Verhaltensweisen das Auffinden von Nahrung wahrscheinlicher.

FOLGEN

Der Bewegungsdrang Magersüchtiger kann Schuldthematiken beinhalten mit der Überzeugung, sich Essen erst über Bewegung verdienen zu müssen. In Bewegung zu sein kann auch dazu eingesetzt werden, Gefühle von Unruhe und innerem Druck abzumildern oder das Gefühl sich nicht aushalten zu können, wie auch ein verzehrendes „sich Getriebenfühlen in Ruhesituationen“ kann auslösend sein.

DER HUNGERZUSTAND kann als weitere Folgen eine ungewöhnliche Nahrungsauswahl, einen (vermehrten) Substanzgebrauch (Alkohol, Drogen, Nikotin, Kaffee) nach sich ziehen. Zwanghafte Verhaltensweisen, ritualisiertes Essen, erhöhte Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen treten auf, weshalb wir den Betroffenen vom Schulbesuch oder einer Berufstätigkeit im anorektischen Gewichtsbereich abraten. Eine Mangelernährung scheint über psychobiologische Mechanismen auch die Wahrscheinlichkeit impulsiven Verhaltens (Aggressionsschübe mit gewalttätigen Durchbrüchen, Selbstverletzungen) erhöhen, aber auch reduzieren zu können. Bulimisches Verhalten ist – abhängig vom Ausmaß – mit erheblicher körperlicher Erschöpfung verbunden.

ABER MEDIZINISCHE FOLGEN und Komplikationen sind nur Begleitsymptome und nicht das verursachende Problem. Komplikationen erfordern, zum Teil schon aus lebenserhaltenden Gründen, die medizinisch angemessene Behandlung. Aber jede Behandlung nur der medizinischen Seite bleibt einseitig und nicht nachhaltig, wenn sie nicht auch an den Ursachen der Störung angreift. Aufgrund der Natur der Erkrankung brauchen auch schwerst Erkrankte von Anfang an eine Störungsspezifische Behandlung, die der zugrunde liegenden seelischen Störung und dem professionellen Umgang mit dem sich auffällig verhaltenden Betroffenen gerecht wird. ■

Medizinische Komplikationen, wie schwerwiegend auch immer, sind ein Epiphänomen, ein Begleitsymptom und nicht das eigentliche verursachende Problem

FOLGEN

Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) von Essstörungen

- Essstörungen gehen häufig mit Begleiterkrankungen einher, die das Aufgeben des essgestörten Verhaltens erschweren bis dahin, dass dies für die Betroffenen unmöglich erscheint. Die Esskontrollsymptomatik, aber auch Selbstverletzungen und Substanzmissbrauch überdecken dabei die seelische Grundproblematik, halten diese sozusagen in Schach. Aber auch der Hungerzustand kann neben den körperlichen Problemen zu begleitenden psychischen Störungen führen, die sich mit der Gewichtsnormalisierung wieder zurückbilden (Depressionen, Reizbarkeit, Ängste, Zwänge).

  Die häufigsten Begleiterkrankungen sind:

- Depressionen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Selbstverletzungen
- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit
- bestimmte Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitsstörungen (zwanghaft und ängstlich-vermeidend bei AN, Borderline bei BN)
- ADHS

Essstörung und Komorbidität können sich wechselseitig beeinflussen. Geben Patienten das eine auf, können sich die Symptome auf das andere verschieben. Deshalb brauchen die Betroffenen ein spezifisches therapeutisches Setting, das sowohl die Essstörung als auch im gleichen Maße die komorbiden Erkrankungen mitbehandelt, das ihnen Tages- und Mahlzeiten Struktur gibt mit Überwachungsmöglichkeiten bis hin zur Ganztagsbegleitung und ggf. auch medikamentöser Hilfen.

BEGLEITERKRANKUNGEN

Behandlung von Essstörungen

Essstörungserkrankungen sind psychosomatische Erkrankungen komplexer Natur, die in ihrem chronischen Verlauf unweigerlich zu körperlichen und seelischen Folgen und Komplikationen führen. Da es sich um vielschichtige Krankheitsbilder handelt, braucht es auch zur Behandlung vielschichtige, d.h. mehrdimensionale und ineinander greifende, auf das Spezifische eingehende Therapieprogramme. Da die Krankheitsbilder zur Chronifizierung neigen, sind Langzeittherapiekonzepte notwendig. Es kann hilfreich sein, wenn die Behandler die gleichen bleiben, sofern die Behandlung erfolgreich verläuft. Außerdem sind vernetzte Behandlungsstrukturen zum Erleichtern der Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungsformen erforderlich.

Wir bieten dazu in der **Klinik Lüneburger Heide** für den stationären Therapieteil ein seit Jahren bewährtes mehrgleisiges Therapieprogramm an:

Den ersten Baustein des Therapieprogramms bilden das **Medizinische Monitoring** und die **medizinische Behandlung** und **Überwachung während der Wiederernährung und Symptomaufgabe**. Eingeschlossen ist zu Beginn eine medizinische Bestandsaufnahme hinsichtlich der relevanten Folgen und Komplikationen von Essstörungen. Verlegungen in akut- und intensivmedizinische Abteilungen sind so nur in sehr seltenen Fällen und bei speziellen Problemstellungen notwendig, die eine intensivmedizinische oder anderweitig spezifische Behandlung erfordern. So kann in den allermeisten Fällen **der nicht aufschiebbare essstörungsspezifische Therapieprozess** im Vordergrund bleiben und sofort beginnen.

Der zweite Therapiebaustein ist die **Ess-Psycho-Therapie**, die es ermöglicht **ohne Magensonden**- oder Infusionsernährung auch Patientinnen mit schwersten Anorexien zu behandeln (wir haben kein Mindestaufnahmegewicht und deshalb einen medizinisch-pflegerischen Überwachungsbereich) und fördern eine Gewichtszunahme von 500g - 1.000g pro Woche. Die angemessene Wiederernährung steht dabei nicht nur für die Betroffenen, sondern für das gesamte therapeutische Personal im Vordergrund und wird vom geschulten Personal (Ernährungsfachkräfte und Ernährungsmediziner) verantwortet. Es geht dabei um das Wiedereinführen eines normalen Essverhaltens mit einer der Zunahme zuträglichen Essmenge, wobei alle Patienten mit einem BMI < 12 und bestimmten Gefahrenindikationen anfangs in den medizinischen Überwachungsbereich aufgenommen werden.

Damit Essen nicht weiter (auch unbewusst) dazu missbraucht wird, seelische Konflikte (vermeintlich) darüber lösen zu wollen.

SIR WILLIAM GULL, einer der Erstbeschreiber der Anorexia nervosa hat formuliert, dass man zur Wiederernährung von Anorexien Menschen braucht, die die Patienten **»moralisch unter Kontrolle haben«**. Übersetzt werden kann das heute dahingehend, dass es eine therapeutische Umgebung („ein antianorektisches Klima“) braucht, um das vorher berechnete Essen auch durchzusetzen. Dies geschieht durch Beziehungsaufbau mit unbelasteter Auseinandersetzung um Missverständnisse, die den Körper, seine Funktionen und die Ernährung betreffen. Es gilt dabei das große Missverständnis Essstörung aufzulösen und schuldhafte Verstrickungen zu vermindern. Wir setzen dazu konkret auf eine Essplan gestützte Wiederernährung (Kalorien- und Fett definiert) mit **Betreutem Essen** (anfänglicher **Tellerservice und Betreuung** aller Mahlzeiten) **durch Ernährungsfachkräfte**. Die Portionierung ist verlässlich und wird zuvor gemeinsam abgesprochen, jeder erhält seinen Essplan ausgehändigt. Die Verantwortung für die richtige Portionierung liegt beim Personal.

TÄGLICH NACH DEM MITTAGESSEN, auch Samstag und Sonntag, trifft sich eine symptombezogenen arbeitende Essstörungsgruppe, in der alle Themen besprochen werden, die das Essen und den Gewichtsverlauf, das Trinken, die Bewegung und die damit verbundenen Fehlüberzeugungen betreffen. Zudem werden Symptomdruckanalysen möglichst zeitnah durchgeführt um Gegenregulationen zu vermeiden. Ein sog. "Löffeltraining" hilft beim Portionieren lernen am Buffet und **Lehrküchenveranstaltungen** runden das esspsychotherapeutische Programm ab.

Bei bulimischen Patientinnen steht in den meisten Fällen nicht die Gewichtszunahme im Vordergrund. Sie müssen vielmehr lernen ihr Gewicht zu halten oder mit gesunden Mitteln abzunehmen und gleichzeitig wieder angemessen und regelmäßig zu essen. In diesem Prozess setzen wir uns mit den Betroffenen über ihr anlagebedingtes individuelles Normalgewicht auseinander, das zumeist höher liegt als das Wunschgewicht. Dies bezieht die Auseinandersetzung mit kleinlich gesetzten, unphysiologischen Gewichtsgrenzen ein.

UNSERE PATIENTINNEN LERNEN, körperliche Folgen bulimischen Verhaltens, wie Gewichtsschwankungen, auch vorübergehende Gewichtszunahmen in den Zusammenhang mit Störungen des Hormon-, Elektrolyt- und Wasserhaushalts zu bringen und diese damit als Teil der Essstörung zu verstehen.

FÜR DIE TEILNAHME AM **sporttherapeutischen Programm** ist das unterste Normalgewicht (mindestens BMI 18,5, ein normaler Kaliumspiegel und ein sog. Gehtest) Voraussetzung. Es geht dabei um die Auseinandersetzung mit krankem Bewegungsdrang im Gegensatz zu gesunder, leistungssteigernder und fit machender körperlicher Aktivität. In niedrigeren Gewichtsbereichen ist die Teilnahme an **körperbildtherapeutischen** und - angepasst an die wöchentliche Gewichtszunahme - **bewegungstherapeutischen** Angeboten möglich; Patienten in BMI-Bereichen <12 werden im Rollstuhl gefahren, um ihnen die Teilnahme an den Therapien im Sitzen zu ermöglichen. Bettruhe mit begleitender sozialer Isolation wird so bei uns vermieden.

ZUM ERREICHEN einer Gewichtszunahme ist eine Bewegungsreduktion sinnvoll, um den Kalorienverbrauch möglichst gering zu halten und so auch die notwendige tägliche Menge an Essen. Der Wiederernährungsprozess wird so leichter gemacht. Gleichzeitig geht es aber auch darum, dass die Patientinnen sich ohne körperliche Aktivität aushalten lernen bzw. diese nicht ausschließlich oder vorwiegend einsetzen um unangenehme Gefühle zu regulieren. Wir wollen die neurotische und im Falle exzessiven Bewegungsdrangs gefährliche Schuldverstrickung auflösen und den Glauben, sich Essen erst verdienen zu müssen abändern.

DER PSYCHOTHERAPIEPROZESS findet vorzugsweise in Gruppen statt, die sich aus essgestörten Mitpatientinnen zusammensetzen. Damit kann einem gravierenden Symptom der Essstörungserkrankung, dem sozialen Rückzug bis hin zur sozialen Isolierung, von Anfang an wirksam begegnet werden. Durch die Gruppenarbeit wird zusätzlich ein therapeutisch geführtes **Unterstützungssystem innerhalb der verstehenden und verständnisvollen Mitpatientinnen** auch über die allgemeinen Therapiezeiten hinaus aufgebaut und der soziale Rückhalt untereinander gefördert, was auch für die altersentsprechende gesunde Ablösung von den Eltern hilfreich ist. Die Therapiegruppe ist das Zentrum der sozialen Verankerung innerhalb der Klinik und gleichzeitig der wichtigste Ort der Problemauseinandersetzung, zur Überwindung des essgestörten Verhaltens. Die vollständige und anhaltende Überwindung des essgestörten Verhaltens, auch in Konfliktsituationen, muss Ziel der stationären Therapie sein.

BEHANDLUNG

Einzelpsychotherapien begleiten den im Vordergrund stehenden Gruppentherapieprozess, dies vor allem auch in Krisensituationen oder für spezielle Problematiken und der Auseinandersetzung mit Traumatisierungen.

Spezifisch ist der Therapieprozess durch das zentrale Anliegen des **gemeinsamen Begreifenlernens** dessen, wofür die Essstörung steht und was folglich der Überwindung im Wege steht. In diesen Prozess werden auch die wichtigen Angehörigen miteinbezogen, sowohl in familien- oder paartherapeutischen Sitzungen als auch innerhalb unserer **Eltern-Kind-Therapie-Wochen**. Es findet zudem eine Klärung und Auseinandersetzung um die weitere poststationäre Lebens- und Perspektivplanung der Betroffenen statt. In einzelnen Fällen sind begleitende Traumatherapiesitzungen mit Behandlungen erforderlich, wenn Traumafolgestörungen die Überwindung der Essstörung behindern, wobei diese Patientinnen dabei insbesondere von der konsequenten Aufrechterhaltung der Wiederernährung profitieren.

ALLE THERAPIESTRÄNGE werden ineinander greifend und ineinander übergehend eingesetzt und beinhalten im weiteren **die Kunst- und Körperbildtherapie, die Entspannungstherapie, das Skillstraining und Einzelcoachingeinheiten, die angeleitete Sporttherapie (inklusive der Möglichkeit zum Gerätetraining) und den Einbezug unserer Sozialarbeiterin.** Diese begleitet von Beginn an die Therapie und hilft bei der Organisation der poststationären Nachsorge im Sinne eines Langzeittherapieplans. So lässt sich die hohe Rückfallgefährdung und damit Chronifizierung effektiver eingrenzen.

Außerdem finden ein bis zweimal jährlich unsere **Samstagsbrunchveranstaltungen** (Informationsveranstaltungen, Ehemaligentreffen und »Tag der offenen Tür«) statt.■

BEHANDLUNG

Behandlungsformen

Da Essstörungen Erkrankungen mit hohem Krankheitswert (hohe Morbidität und Mortalität), sowohl seelischer als auch körperlicher Art sein können mit einem hohen Anteil an Komorbidität (Begleiterkrankungen) und einer hohen Chronifizierungsneigung sind zu ihrer effektiven, durchgreifenden Behandlung von Anfang an spezifische Therapieangebote notwendig.

DIE BASIS ODER DER THERAPIESTART ist meist die ambulante psychotherapeutische Behandlung einmal wöchentlich bei einer Therapeutin/einem Therapeuten, die/der mit Essstörungen Erfahrung haben sollte. Im Idealfall gibt es eine Zusammenarbeit mit einer Diätassistentin oder Ökotrophologin in Ernährungsfragen (Essplangestaltung), ebenso wie mit einem Allgemeinmediziner oder Internisten/Kinderarzt zur Erfassung medizinischer Probleme.

ABHÄNGIG VON DER NIEDRIGKEIT des Körpergewichts oder dem Ausmaß einer bulimischen Symptomatik, kann ein stationärer Aufenthalt in der Anfangsphase ein erfolgreicher Therapiestart sein, weil er die Betroffenen aus dem typischerweise hochbelasteten häuslichen Milieu löst und frühzeitig eine effektive (erfolgreiche) Wiederernährung bewirken kann. Am besten funktioniert dieser Therapiestart, wenn er in einem essstörungsspezifisch arbeitenden Setting unter Miteinbezug der wesentlichen Familienangehörigen erfolgt. Die Klinik Lüneburger Heide bietet dazu das entsprechende Therapieprogramm.

AUCH NUR KURZE STATIONÄRE INTERVALLAUFENTHALTE können mithelfen, den stationären Therapieerfolg zu sichern und schwereren Rückfällen vorzubeugen. Essstörungen treten bevorzugt im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter auf. In dieser Zeit sind die Anforderungen hinsichtlich Lebensorientierungs- und Gestaltungswünschen besonders hoch und damit auch die Anfälligkeit der Betroffenen für Rückfälle. Die Essstörung vermittelt pathologischen Halt, wenn gesünderer Halt und Lebenssicherheit noch zu wenig selbst erlebt werden oder im Umfeld gegeben sind. Nach neueren Untersuchungen spielt der besondere Denkstil bei Anorexia nervosa Patientinnen (unflexibel, eingeengt, auf Leistung und Perfektionismus focussierend, hohe Außenorientierung, Schwierigkeiten mit der Anpassung an sich verändernde Lebenssituationen) eine wichtige Rolle.

ESSSTÖRUNGSSPEZIFISCH ARBEITENDE BETREUTE WOHNEINRICHTUNGEN können für schwere, chronifizierte und hoch rückfallgefährdete Essstörungserkrankte ein wichtiges Bindeglied darstellen zwischen dem stationären Aufenthalt und ambulanten Therapieangeboten, bei denen die Betreuungsintensität und Tagesstrukturierung nicht ausreichen. Die Überwindung der Erkrankung lässt sich damit gut befördern und die Rückfallgefährdung reduzieren. Der Schritt danach kann dann wieder die Rückkehr nach Hause oder in eine altersangemessene andere Lebensform, oft mit weiterer und im Verlauf erst langsam abnehmender Betreuung durch die Wohneinrichtung sein.

Stationäre Therapiephasen erscheinen angezeigt

- wenn sich nur damit die krankhaft ausgelebte Esskontrollsymptomatik unterbrechen lässt, bzw. eine Essstörung vorliegt (laut Leitlinien Essstörungen BMI <15 oder <3.BMI-PZ), die mit ambulanten, auch mehrgleisig eingesetzten Therapiemaßnahmen, nicht oder zu wenig positiv zu beeinflussen ist

- wenn schwerere medizinische Folgen und Komplikationen vorliegen

- wenn die Essstörung eine Begleiterkrankung überdeckt, die eine Symptomverschiebung auslöst, sobald das essgestörte Verhalten aufgegeben wird.

- wenn Hungern und bulimisches Verhalten sich abwechseln bei dem Versuch darauf zu verzichten

- wenn das Lösen aus dem häuslichen Umfeld und / oder die Einbindung in eine Tages- und Mahlzeitenstruktur erforderlich ist, um die Esskontrollsymptomatik zu unterbrechen

- generell, um das hohe Chronifizierungsrisiko zu senken und im stationären **Aufenthalt als Dreh- und Angelpunkt** einen Langzeittherapieplan auszuarbeiten - dies besonders bei Betroffenen mit geringer Veränderungsmotivation.

Miteinbezug der Eltern

Im Rahmen familientherapeutischer Sitzungen bzw. Coachingeinheiten beziehen wir die wesentlichen Angehörigen in den Therapieprozess mit ein. Eine videounterstützte Nachbearbeitung zur gemeinsamen Analyse ungünstiger und vor allem krankheitsaufrechterhaltender Verhaltensmuster kann den Therapieprozess ergänzen und auch zusammen mit den Angehörigen erfolgen.

INTENSIVIERT WIRD DIESER PROZESS in einem speziellen Therapieangebot der **Klinik Lüneburger Heide**, den **Eltern-Kind-Therapiewochen (als Multifamilientherapieeinheit)**. In ihrem Rahmen bieten wir 7x jährlich (von Montag bis Freitag) den stationären Miteinbezug von Eltern Essgestörter an (Unterbringung der Eltern in einem nahegelegenen Hotel). Neben dem Miteinbezug der Eltern in den Therapieprozess der Kinder gibt es eine Selbsterfahrungseinheit nur für die Eltern, in der problematisches Elternverhalten bzw. eine Optimierung unterstützenden Elternverhaltens besprochen wird.■

FORMEN

Therapieziele / Rückfallprophylaxe

Das entscheidende Therapieziel ist bei allen Formen von Essstörungserkrankungen der Verzicht auf das essgestörte oder anderweitig selbstschädigende Verhalten. Dazu bedarf es parallel zur medizinisch-therapeutisch begleiteten Wiederernährung einer Bearbeitung der innerseelischen Konflikte und äußeren Lebensbelastungen, die das selbstschädigende Verhalten bedingen und aufrecht erhalten und nach neueren Untersuchungen vor allem auch einer Modifizierung des Denkstils. Die Defizite in der nicht altersgemäßen Persönlichkeitsentwicklung, gekennzeichnet durch einen auffallenden Mangel an gesunder Selbstbehauptung und Identitätsbildung, müssen überwunden werden, damit ein „normales“ Leben gelebt werden kann.

Begleitet werden muss dies vom Wiedererlangen eines angemessenen Körpergewichts und Essverhaltens und der Bearbeitung der typischen und oft schwer zu beeinflussbaren Körperbildstörung.

IM EINZELNEN HEISST DAS für **anorektische Patientinnen** das Erreichen des Normalgewichts (unterste Normalgewichtsgrenze bei BMI 18,5, bei Männern BMI 19, oder das Erreichen der 25. BMI-PZ bei den unter 16-Jährigen) mit normalisiertem Essverhalten. Bei Mädchen und Frauen zusätzlich mit dem Wiedereintreten oder erstmaligen Auftreten einer regelmäßigen Periode ohne Hormoneinnahme, einhergehend mit einer normalisierten ovariellen Funktion (wäre durch einen gynäkologischen Ultraschall in Zyklusmitte erfassbar).

Abhängig vom Ausmaß und der Dauer der Essstörungserkrankung kann dieses zur Gesundung unbedingt notwendige und nicht aufschiebbare Therapieziel oft nur unter (auch wiederholten) stationären Bedingungen (störungsspezifisch arbeitende psychosomatische Kliniken oder auch in stationär betreuten Wohneinrichtungen für Essstörungen) erreicht werden.

KÜRZERE STATIONÄRE THERAPIEZEITEN scheinen dadurch möglich, dass mit Überschreiten der Anorexiegrenze (BMI 17,5 oder bei den unter 16-Jährigen der 10. BMI-PZ) Entlassungen erfolgen und stationäre Intervallaufnahmen geplant werden für den Fall, dass die Gewichtsnormalisierung mit ambulanten Mitteln oder in betreuten Wohneinrichtungen nicht in einer angemessenen Zeit (im nächsten 1/4 - 1/2 Jahr) möglich ist.

Eine Aufnahme in eine betreute Wohneinrichtung für Essstörungen erfordert als Aufnahmevoraussetzung üblicherweise ein Minimalgewicht von BMI 17,5 bzw. der 10. BMI-PZ.

ZIELE

Bei den Patientinnen mit einer **Bulimia nervosa** liegt das stationäre Therapieziel ebenfalls im Verzicht auf selbstschädigendes Verhalten und in der Wiederaufnahme eines (individuell) normalisierten, regelmäßigen Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und einer Gewichtsstabilisierung mit der therapeutisch geführten Auseinandersetzung um das angestrebte Wunschgewicht. Ein solcher Verzicht macht die Bearbeitung eines zugrunde liegenden Persönlichkeitsproblems mit einer Affektregulationsstörung erst möglich, ohne die der nächste Rückfall vorprogrammiert wäre.

„Bulimisches Verhalten wird zur Spannungs- und/oder Gewichtsregulation eingesetzt“

Zusammenfassend geht es für beide Formen von Essstörungserkrankungen

- um die Gewichtsnormalisierung und die Auseinandersetzung mit dem individuell erforderlichen gesunden Normalgewicht
- um den anhaltenden Symptomverzicht ohne Symptomverschiebung und die Normalisierung des Ess- und Bewegungsverhaltens
- um den Abbau der dies begleitenden Fehlüberzeugungen mit der Flexibilisierung eines zu sehr auf Details orientierten Denkstils
- um die Bearbeitung der der Essstörung zugrunde liegenden Persönlichkeitsprobleme, die eine altersentsprechende Lebensführung verhindern
- um die Bestandsaufnahme und Mitbehandlung der medizinischen und psychischen Folgen und Komplikationen der Essstörung
- um die Bearbeitung der zwischenmenschlichen Probleme und der Folgen im Familiensystem, dem Schul- und Berufsumfeld
- um die Rückfallprophylaxe durch ein individuell erarbeitetes Langzeittherapieprogramm unter Miteinbezug der wesentlichen Familienangehörigen v.a. bei den Jüngeren und um eine Verhinderung der Chronifizierung
- um die Förderung der sozialen Integration und ein "Nachholen" verpasster Entwicklungsschritte

ZIELE

Ausblick

Wir sehen es als erforderlich an, dass das, was ein stationärer Aufenthalt für von Essstörungen Betroffene sein kann, nämlich der Dreh- und Angelpunkt in einer oft längerfristig anzulegenden Essstörungstherapie, auch umgesetzt wird. Das Herauslösen des in die Essstörung Verstrickten aus dem häuslichen Milieu, das ihn typischerweise belastet (und umgekehrt), ist oft die einzige Möglichkeit, entscheidend Einfluss zu nehmen. Stationäre Aufenthalte in darauf ausgerichteten Therapieeinheiten sollten unserer Ansicht nach eher frühzeitig mit dann der Möglichkeit zu kürzeren Aufenthaltsdauern genutzt werden, um langwierige und schwierige Verläufe mit zum Teil ernsthaften Konsequenzen zu vermeiden.

EIN mangelndes Krankheitsgefühl und eine wenig vorhandene Krankheitseinsicht anorektischer Patientinnen werden nicht selten noch durch falsche Therapieentscheidungen verstärkt, wenn die Betroffenen mit noch bestehendem anorektischen Gewicht aus stationären Behandlungen entlassen werden, vor allem wenn dies ohne klare weitere Handlungsvorgaben geschieht. Die Todesraten an Magersucht, die im Langzeitverlauf bezogen auf die Lebensspanne bei bis zu 15% liegen, können durch konsequente, das Spezifische der Erkrankungen verstehende Einflussnahmen und eine Einmischung von außen in ein offensichtlich nicht funktionierendes Leben und Familiensystem drastisch gesenkt werden.

„DENN WARUM SONST WÜRDEN Magersüchtige in Kliniken zunehmen und zuhause wieder abnehmen?“ Nicht, weil es ihnen zu Hause an Liebe mangelt. Es mangelt ihnen an unbelasteter Einflussnahme auf ihr Denken und Handeln, das sie umfassend unterstützt und spezifisch fördert, ohne gleichzeitig ungewollt ihre charakterlich/genetisch verankerte Neigung zum Perfektionismus und zur Überverantwortlichkeit für ihre Gegenüber mit vielen Schuldkonflikten zu schüren.

Das Ausleben eines bulimischen oder anderweitig selbstverletzenden Verhaltens verschlechtert noch einmal das ohnehin schon beschädigte Selbstwerterleben der Betroffenen. Es zeigt den schweren Konflikt an zwischen den beiden Polen »sich abhängig fühlen dürfen« und dabei gleichzeitig »autonom sein wollen«, der durch Kontakte zur Ursprungsfamilie krisenhaft reaktiviert werden kann. Abstand zum Familiensystem mit aktiver Aufforderung zum Symptomverzicht und der Durchsetzung dieser Aufforderung in einem verstehenden therapeutischen Milieu ist auch für diese Patientinnengruppe die Lösung und nicht die jahrelang ausgelebte Essstörung, die eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung und Gefühlsregulation mit Teilhabe am altersentsprechenden Leben mit Lebensfreude und Genussfähigkeit hemmt.

„Essgestörte brauchen gute flexible Denker als Problemlöser an ihrer Seite“

Für weitere Informationen

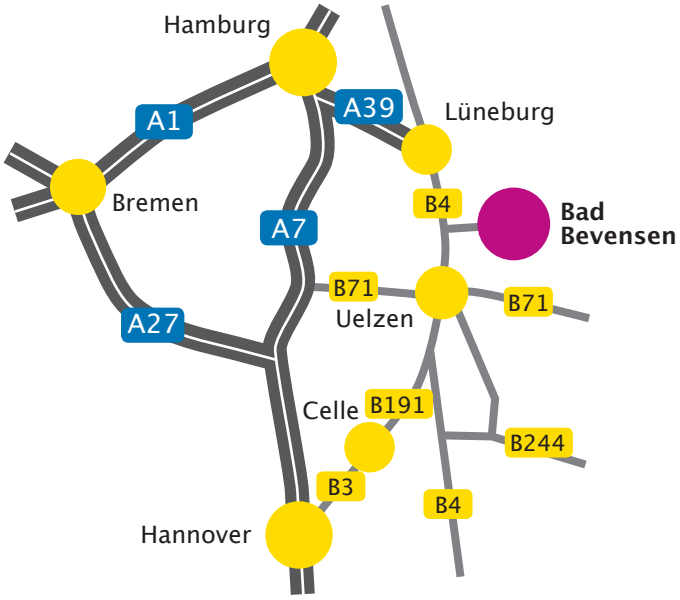
Rufen Sie uns gerne an, wenn Sie ein persönliches Gespräch wünschen.

Ansprechpartnerinnen

Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz
Leitende Oberärztin
Fachärztin für Innere Medizin,
Psychotherapie und Ernährungsmedizin
Tel. 05821.960-177
wuensch-leiteritz@klinik-lueneburger-heide.de

Regina Rayber
Beratung / Information
Tel. 05821.960-0 oder 05821.960-175

Anfahrt per PKW



Anfahrt per Bahn

Der Bahnhof Bad Bevensen (auch IC-Halt)
liegt an der Bahnstrecke Hamburg – Hannover

Stand: Januar 2015

Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen in Bad Bevensen

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

AM KLAUBUSCH 21
29549 BAD BEVENSEN

TEL. 05821.960-0
FAX 05821.960-180

INFO@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE

WWW.KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE

CHEFARZT DR. MED. ANDREAS LEITERITZ
FACHARZT FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN
FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN
PSYCHOTHERAPIE / REHABILITATIONSWESEN