



Eva Wunderer · Andreas Schnebel

Interdisziplinäre Essstörungstherapie

Psychotherapie, Medizinische Behandlung,
Sozialpädagogische Begleitung,
Ernährungstherapie

CD-ROM



BELTZ

Wunderer/Schnebel
Interdisziplinäre Essstörungstherapie

Eva Wunderer
Andreas Schnebel

Interdisziplinäre Essstörungstherapie

Psychotherapie, Medizinische Behandlung,
Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie

Unter Mitarbeit von
Vera Baumer, Eveline Müller, Lisa Pecho und
Sigrun Schönburg

Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Dr. *Eva Wunderer*, Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Leiterin von ANAD e.V., arbeitet dort in der Fachöffentlichkeitsarbeit und der psychotherapeutischen Betreuung der Patientinnen und Patienten. Sie ist Lehrbeauftragte im Beziehungs- und Essstörungenbereich an verschiedenen Hochschulen und systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF). Die Autorin ist verheiratet und lebt mit ihrem Mann und ihren Kindern in München.

Andreas Schnebel, Diplom-Psychologe, therapeutischer Leiter von ANAD e.V., Gründungsmitglied von ANAD, Gründungsmitglied von Cinderella e.V. Er war beteiligt am Aufbau der Essstörungsstation in der Klinik Roseneck in Prien, ist niedergelassener Verhaltenstherapeut und Vorsitzender des Bundesfachverbandes Essstörungen BFE.

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-27682-5).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.
Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen
ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk
eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen
und sonstigen Bildungseinrichtungen.

1. Auflage

© 2008 Beltz Verlag, Weinheim und Basel

www.beltz.de

Herstellung: Lore Amann

Satz: Druckhaus »Thomas Müntzer«, Bad Langensalza

Umschlaggestaltung: Federico Luci, Odenthal

Umschlagabbildung: Mauritius, Mittenwald / Fotomontage: Simone Konejung

E-Book

ISBN 978-3-621-28395-3

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Vorbemerkung	10

Teil I Essstörungen erkennen und erklären 11

1 Von Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Ess-Sucht: Betroffene berichten	13
1.1 Luise: nach Hänseleien in die Anorexie	14
1.2 Simone: von der Anorexie in die Bulimie	15
1.3 Sarah: von der Bulimie in die Binge-Eating-Störung	16
1.4 Überblick über die Inhalte des Buches	18
2 Essstörungen erkennen	20
2.1 Anorexia nervosa	21
2.2 Bulimia nervosa	25
2.3 Binge-Eating-Störung	27
2.4 Atypische/Nicht näher bezeichnete Essstörungen	29
2.5 Abgrenzung zwischen den verschiedenen Arten der Essstörung	31
2.6 Differenzialdiagnose	34
2.7 Screening auf Essstörungen	35
2.8 Standardisierte Essstörungsdiagnostik	37
2.9 Komorbidität	39
3 Epidemiologie der Essstörungen	43
3.1 Essstörungen und Übergewicht als Volkskrankheiten	44
3.2 Risikofaktoren für Essstörungen	46
3.3 Subklinische Essstörungen	48
4 Pathogenese der Essstörungen	50
4.1 Soziokulturelle Faktoren	51
4.2 Individuelle Faktoren	54
4.3 Biologische Faktoren	58
4.4 Familiäre Faktoren	60
4.5 Unterschiede zwischen den Essstörungen	66
4.6 Warum ausgerechnet eine Essstörung?	66
4.7 Warum keine (Ess-)Störung: Resilienz	70

Teil II Essstörungen behandeln	73
5 Inhalt, Setting und Prognose der Essstörungstherapie	74
5.1 Verlauf und prognostische Faktoren	75
5.2 Zum Stand der Therapieforschung	80
5.3 Das Therapiesetting	85
5.4 Die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen im Überblick	87
5.5 Wesentliche Inhalte und Ziele der Essstörungstherapie	96
6 Motivationsarbeit und Anamnese	100
6.1 Das (erste) Gespräch mit Betroffenen	102
6.2 Der Schritt in die Therapie	106
6.3 Weiterführende Motivationsarbeit in der Therapie	113
6.4 Die interdisziplinäre Anamnese der Essstörung	117
7 Medizinische Behandlung <i>Lisa Pecho</i>	124
7.1 Hinweise für das Gespräch zwischen Ärztin und Essstörungspatientin	126
7.2 Körperliche Adaptationsmechanismen bei Essstörungen	128
7.3 Somatische Komplikationen bei Essstörungen	130
7.4 Psychiatrische Beeinträchtigungen bei Essstörungen	135
7.5 Psychopharmakotherapie der Essstörung	137
7.6 Essstörungen und Diabetes mellitus	142
8 Essverhalten und Purging-Verhalten <i>Vera Baumer, Eva Wunderer und Eveline Müller</i>	143
8.1 Schritt für Schritt zu einem neuen Essverhalten	144
8.2 Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur	154
8.3 Normalisierung des Gewichts	163
8.4 Integration verbotener Lebensmittel	172
8.5 Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten	178
8.6 Flexibilität und Eigenverantwortung im Essverhalten	191
8.7 Diabetes mellitus, Allergien, Unverträglichkeiten – besondere Herausforderungen in der Ernährungstherapie	197
9 Körperbild und Körperfürsorge <i>Eva Wunderer und Eveline Müller</i>	200
9.1 Arbeit an der Störung des Körperbildes	201
9.2 Körper- und Gesundheitsfürsorge	212
10 Die kognitive Seite der Essstörung <i>Eva Wunderer und Eveline Müller</i>	216
10.1 Die Arbeit an dysfunktionalen Denkmustern	218
10.2 Den »Kalorienticker« ausschalten	227

Selbstwert, Emotion und soziale Integration	
<i>Sigrun Schönburg und Eva Wunderer</i>	229
11.1 Die emotionale Seite der Essstörung	231
11.2 Arbeit am Selbstwertgefühl	239
11.3 Sexualität	242
11.4 Soziale Kompetenz und Integration	243
11.5 (Wieder-)Aufbau des Freizeitverhaltens	256
11.6 Berufliche und schulische Orientierung und Integration	260
11.7 Planung der Zukunft nach dem Therapieaufenthalt	266
11.8 Beispiel für ein Sozialpädagogisches Behandlungsmodell	270
12 Das familiäre Umfeld	275
12.1 Das Gespräch mit Angehörigen	276
12.2 Die Familie in der Therapie	280
12.3 »Arbeitsaufträge« an Angehörige, um Essstörungen zu vermeiden	284
13 Der professionelle Helfer	286
13.1 Selbstreflexion als Grundlage professioneller Arbeit	287
13.2 Unterstützung im kollegialen Austausch	289
13.3 Eigene Grenzen respektieren	292
13.4 Vorsicht vor Verharmlosung: Die Pro-ANA-Bewegung	293
14 Ausblick	295
14.1 Integrierte Gesundheitsversorgung im Essstörungsbereich	296
14.2 Männer und Essstörungen	297
14.3 Das ANAD Wohngruppenkonzept für adipöse Patientinnen	300
14.4 Schritt für Schritt gemeinsam aus der Essstörung	301
Teil III Anhang	303
Kontaktadressen	304
Zu den Autoren	305
Literaturverzeichnis	307
Verzeichnis der Abbildungen	322
Verzeichnis der Therapievignetten	324
Verzeichnis der Arbeitsblätter	325

Danksagung

Dieses Buch ist zu großen Teilen das Produkt der jahrzehntelangen Erfahrung und Konzeptarbeit in den ANAD Beratungsstellen und Wohngruppen. Es wäre ohne das engagierte und kompetente Team der Einrichtungen nicht möglich gewesen. Unser Dank gebührt daher allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die mit ihrem Einsatz dazu beitragen, dass junge Menschen mit Essstörungen wieder eine Perspektive finden und Schritt für Schritt gemeinsam aus der Essstörung gehen.

Einen besonderen Beitrag lieferten Studentinnen verschiedener Fachbereiche, die bei ANAD ihre Diplomarbeit schrieben. Sie werteten Daten aus und gaben wertvolle Hinweise auf konzeptionelle Weiterentwicklungen. Stellvertretend für alle seien Vanessa Mares, Carolin Martinovic, Katerina Obermeier, Julia Rohling, Martina Scheer, Gloria Schmid und Sabine Weis erwähnt.

Die Koautorinnen aus den verschiedenen Fachbereichen, Vera Baumer, Eveline Müller, Dr. Lisa Pecho und Sigrun Schönburg, haben mit ihren Erfahrungen dazu beigetragen, dass sich das Buch durch einen starken Praxisbezug auszeichnet. Dank geht an dieser Stelle zudem an Birgit Hermann, Diplom-Psychologin in den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen, die bei der Beschreibung des gruppentherapeutischen Angebotes mitwirkte. Zudem bedanken wir uns bei all denjenigen, die das Buch Korrektur lasen, insbesondere unserer Verwaltungsleiterin Susanne Kiemer.

Unser besonderer Dank jedoch gilt unseren Patientinnen und Patienten. Sie haben mit ihren Therapieverläufen und ihren Rückmeldungen nicht nur dazu beigetragen, dass das interdisziplinäre Therapiekonzept der ANAD Wohngruppen beständig weiterentwickelt und so zu dem wurde, was es heute ist. Sie haben sich vielmehr auch in dieses Buch in starkem Maße eingebracht, indem sie sich für Interviews zur Verfügung stellten, ihre Erfahrungen aufschrieben oder ihr Einverständnis dazu gaben, dass wir Therapieausschnitte auf Tonband aufzeichneten und im Buch abdruckten. Die Patientinnen wollten anonym bleiben, und so seien sie auch an dieser Stelle mit den Vornamen erwähnt, die sie sich für das Buch gaben: Herzlichen Dank an Simone, Sarah, Luise und Carmen.

München, April 2008

Eva Wunderer und Andreas Schnebel

Vorbemerkung

Am Anfang des Schreibprozesses galt es eine schwierige Frage zu klären: Wie halten wir es mit geschlechtsspezifischen Formulierungen? Um der besseren Lesbarkeit willen wollten wir auf Konstrukte wie Patienten/innen, Patientinnen und der/die Betroffene verzichten. Andererseits wollten wir nicht ein Geschlecht bevorzugen, das andere benachteiligen oder ausschließen. Und so suchten wir in Absprache mit dem Verlag einen lesefreundlichen Mittelweg.

Da es sich bei den Betroffenen zum allergrößten Teil um Mädchen und Frauen handelt, wurde im Singular die weibliche Form gewählt (»die Patientin«). Jungen und Männer sind selbstverständlich genauso gemeint. Im Plural wählten wir hingegen die Formulierung »die Patienten«, da diese am ehesten beide Geschlechter mit einbezieht. Gleiches gilt für Betroffene, Therapeuten, Pädagogen etc.: Jeweils wurde im Singular die weibliche, im Plural die männliche Form gewählt.

Wenn es sich um geschlechtsspezifische Aspekte handelt, die nur für Frauen oder Männer zutreffen, ist dies entsprechend gekennzeichnet.

Wir hoffen, damit für alle Leserinnen und Leser eine befriedigende, lesefreundliche und wenig verwirrende Lösung gefunden zu haben.

Teil I
Essstörungen erkennen
und erklären

1 Von Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Ess-Sucht: Betroffene berichten

1.1 Luise: nach Hänseleien in die Anorexie	14
1.2 Simone: von der Anorexie in die Bulimie	15
1.3 Sarah: von der Bulimie in die Binge-Eating-Störung	16
1.4 Überblick über die Inhalte des Buches	18

Mehr als 20 % aller Jugendlichen in Deutschland weisen Merkmale einer Essstörung auf. So lautete das erschreckende Fazit des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts im Jahr 2006 (www.kiggs.de). Essen erhält für viele Menschen in unserer Gesellschaft eine neue Bedeutung, fernab der Nahrungsaufnahme. »Hunger! Hunger nach Liebe. Hunger nach Anerkennung. Hunger aus Langeweile. Hunger aus Trauer. Hunger nach Essen«, so beschreibt es die 20-jährige Simone, die im Sommer 2005 in die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen in München kommt. Ihre Geschichte wird uns durch das Buch begleiten, ebenso wie die von Sarah, 26, und Luise, 15 Jahre alt. Alle drei verbringen mehrere Monate in den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen in München, um einen Weg aus ihrer Essstörung zu finden – einen Weg, ihren seelischen Hunger zu stillen.

1.1 Luise: nach Hänseleien in die Anorexie

»Ich habe mich schon seit ich mich erinnern kann unwohl mit meiner Figur gefühlt. Zum Beispiel habe ich mich immer mit anderen dünneren Freundinnen verglichen. Dazu kam auch, dass mein älterer Bruder mich immer wegen meiner Figur gehänselt hat, und auch im Familienkreis wurden Anspielungen auf meine Figur gemacht. Nach einem Streit mit meinem Bruder habe ich mich dann das erste Mal wieder gewogen, seit langem. Davor habe ich immer gesagt, meine Waage sei kaputt, wenn mich jemand nach meinem Gewicht gefragt hat. Die Zahl hat mich damals total geschockt, und ich habe versucht, etwas dagegen zu unternehmen. Bald hatte ich es raus, den ›kleinen Sünden‹ zu widerstehen. Vor allem in der Weihnachtszeit war ich sehr stolz.«

Fortan ernährt sich die damals 13-jährige Luise nur mehr von Müsli, Magerjoghurt und Milch. Als sie sich nach einem Vierteljahr wieder auf die Waage stellt, ist sie mit dem Ergebnis sehr zufrieden.

»Ich wollte so bleiben, konnte aber nicht stoppen: Ich hatte einfach zu viel Angst wieder zuzunehmen. Von da an wog ich mich täglich, und die Menge, die ich aß, und meine Laune, hingen von der Zahl ab, die die Waage anzeigte. Es wurde immer schlimmer, ich aß wenig, lernte und joggte.

Ich beschäftigte mich dauernd mit Lebensmitteln. Entweder roch ich daran, besonders an Schokolade, kaufte mir Kochzeitschriften oder ging durch alle möglichen Lebensmittelgeschäfte. Das Riechen befriedigte meine Lust nach Süßem. Ich konnte den Geschmack schon auf der Zunge spüren und genoss den Moment total, aber ich aß nie etwas davon, da die Angst zuzunehmen zu groß war – selbst bei einem ganz kleinen Stück Schokolade. Ich hatte die Disziplin zu widerstehen, was viele nicht können. Ich hatte meinen Körper und meine Gedanken unter Kontrolle. Wenn die Essstörung sagte, ich darf nicht, dann durfte ich auch nicht. Ich blätterte Zeitschriften durch, schaute mir die Bilder an, rechnete die Kalorien aus und schrieb Rezepte ab. Zubereitet habe ich keines, auch wenn mir manchmal das Wasser im Mund zusammenlief. Ich

ging in Geschäften die Regale entlang, nahm die Lebensmittel in die Hand, schaute die Nährwerte an, roch daran und tastete die Packungen ab. Im Einkaufskorb landete jedoch keines.«

Die Eltern bemerken bald, dass etwas mit Luise nicht stimmt, sie kommt in die Klinik, wieder nach Hause, wieder in die Klinik. Im Sommer 2006 zieht sie in die ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen ein – zu diesem Zeitpunkt ist sie 15 Jahre alt.

1.2 Simone: von der Anorexie in die Bulimie

Wie Luise ist auch Simone schon als junges Mädchen unzufrieden mit ihrem Gewicht und ihrer Figur. Als sie mit 14 Jahren für ein Jahr in ein Internat kommt, nimmt sie deutlich zu, der Spott ihrer Umwelt und familiäre Probleme machen ihr zu schaffen. Und so beginnt sie zu hungern – für Liebe und Anerkennung und eine schlanke Figur:

»Die Pfunde purzelten nur so, ich hörte Sätze wie: ›Wow, hast du abgenommen?! Toll, echt!«, dies spornte mich natürlich an. Am Mittagstisch mit der Familie war ich nicht mehr anzutreffen, hatte Ausreden, in denen ich z. B. mitteilte, ich hätte schon unterwegs gegessen, oder ich würde das Gericht nicht mögen und würde mir später selbst etwas machen. Manchmal nahm ich das Essen auch mit in mein Zimmer und warf es dann aber in die Toilette.

Anfangs hatte ich noch keine gesundheitlichen Probleme, während meiner ›Fastenzeit‹, das mag wohl daran gelegen haben, dass ich immerhin noch Säfte getrunken habe. Doch nach und nach machte sich das Ganze bei meinem Kreislauf bemerkbar. Oft wurde mir schwarz vor Augen, doch das beunruhigte mich kaum – bin eben zu schnell aufgestanden, ganz normal. Doch einmal, als ich während des Unterrichts im Klassenzimmer saß, wurde alles ganz schummrig, ich sah wie durch eine einen Meter dicke Glaswand und fiel beinahe vom Stuhl. Ich muss kreidebleich gewesen sein. Der Unterricht wurde gestoppt – alle Augen auf mich. Der Kreislauf hatte versagt. Dann erst einmal an die frische Luft. Habe mich dann aber schnell wieder erholt. Bedenken hatte ich damals keine, kann doch jedem mal passieren!«

35 Tage fastet Simone radikal, dann schreitet ihre besorgte Mutter ein und drängt darauf, dass Simone wieder etwas zu sich nimmt. Bald wird aus der Magersucht eine Bulimie:

»Also habe ich wieder ›normal‹ gegessen. Nachdem ich aber auf der Waage feststellen konnte, dass mein Gewicht anstieg, war ich sehr traurig, deprimiert und wütend. Wütend wieder etwas essen zu müssen, wütend kontrolliert zu werden, wütend meine Ziele nicht durchsetzen zu können. Die Gedanken drehten sich nur darum abzunehmen, einfach alles loswerden zu können.

Und so kam ich dann auf den ›glorreichen‹ Einfall zu erbrechen: Ein kurzer Besuch auf der Toilette, und gut ist es. Ich empfand das als geniale Lösung, denn meine Mutter

sah, dass ich etwas zu mir nehme, und ich musste mir keine Ausreden und Lügen mehr einfallen lassen. Guter Nebeneffekt für mich war noch dazu, dass ich nun ganz ohne Reue essen konnte, was ich auch mochte, denn es landete ja eh alles in der Toilette. Als ich dann auch noch feststellte, dass ich dabei an Gewicht verlor, wurde mein Verhalten weiter bestätigt und verstärkt.

Es begann eine Zeit, in der ich abwechselnd hungerte und dann wieder aß und erbrach. Einmal sprach meine Mutter mich an, ob ich denn erbrochen hätte. Ich sagte, dass mir schlecht gewesen sei, vielleicht hätte ich ja etwas Schlechtes gegessen. Fortan habe ich sehr darauf geachtet, dass meine Mutter nichts bemerkt. Ich habe das Bad im Obergeschoss benützt, dort war kaum jemand aus meiner Familie, und versucht das Geräusch zu übertönen, indem ich den Wasserhahn oder die Dusche aufdrehte.«

Simone steckt mitten im Kreislauf aus Essanfällen und Erbrechen. Später kommen Drogen hinzu. Simone nimmt immer weiter ab und langsam begreift sie, dass sie Hilfe braucht:

»Bald erbrach ich täglich. Manchmal auch zweimal am Tag. Ich wollte es lange Zeit nicht wahrhaben: Ich Simone, eine Essstörung? NEIN! Nach und nach wurde mir aber klar, dass ich wirklich eine Essstörung habe. Aber nun war ich mitten drin, und so konnte ich in diesem Moment nicht mehr machen als weiter zu essen und zu erbrechen.«

1.3 Sarah: von der Bulimie in die Binge-Eating-Störung

Sarahs Geschichte beginnt ähnlich wie die beiden anderen, auch sie will schlank sein und beginnt eine radikale Diät:

»Bereits in der zweiten Klasse schrieb ich Diätpläne, da ich unbedingt abnehmen wollte. Dieses Thema war in meiner Familie immer sehr präsent. Ich wuchs größtenteils bei meinen Großeltern auf. Mein Großvater hatte Herzprobleme, konnte aber aufgrund seines Übergewichts nicht operiert werden, so dass er hätte abnehmen müssen. Daher war ich schon als Kind ständig mit diesem Thema konfrontiert, bis meine Gedanken um Diäten in der Pubertät schließlich dazu führten, dass ich begann, nur noch einen Joghurt am Tag zu essen. Es war kein Problem, die Mahlzeiten zu umgehen. Da ich ein Morgenmuffel war, wollte keiner mit mir frühstücken, so dass es nicht auffiel, dass ich nichts aß. Das Mittagessen, das meine Großmutter jeden Tag für mich zubereitete, kippte ich in den Topf zurück. Auch dies bemerkte niemand, da meine Oma immer sehr viel mit der Hausarbeit beschäftigt war, und ich beim Mittagessen alleine war. Gegen den Joghurt, der zu meinem Abendessen wurde, hatte niemand etwas einzuwenden, im Gegenteil, man bewunderte mich für meine Disziplin.

Natürlich konnte ich diese Lebensweise nicht lange beibehalten. Nach einigen Monaten wurde ich schwach. Es begann damit, dass ich eine Magen-Darm-Grippe bekam

und alles erbrach, was ich zu mir nahm. Dies war der Anfang meiner Bulimie. Alles, was ich mir in der Zeit zuvor verboten hatte, wurde nun interessant für mich, denn ich wusste, dass ich es wieder erbrechen kann, und so kam es immer häufiger zu Ess-Brech-Anfällen.

Als ich zum Studium in eine andere Stadt zog, wollte ich auf keinen Fall in eine WG ziehen, da ich dort nicht ungestört der Bulimie hätte nachgehen können. Ich zog es vor, in ein Einzimmerappartement zu ziehen, um dort in aller Ruhe meine Krankheit ausleben zu können. Dies tat ich dann auch. Die Ess-Brech-Anfälle nahmen noch einmal zu, doch fanden sie ein jähes Ende, als mir eine Freundin erzählte, dass eine ihrer Bekannten aufgrund von Bulimie an Magenkrebs erkrankt sei. Von diesem Tag an habe ich nie mehr absichtlich erbrochen. Damals war ich 21 Jahre alt.«

Die Essanfälle jedoch bleiben, und so entwickelt Sarah nach einer anfänglichen restriktiven und einer bulimischen Phase eine Binge-Eating-Störung. Da sie nicht mehr durch Erbrechen gesteuert, nimmt sie an Gewicht zu.

»Aufgrund meiner unterschiedlichen Phasen schwankte mein Gewicht extrem. Dass es 10 kg nach unten und 10 kg wieder nach oben ging, war normal. In meinem Schrank hatte ich Kleidung in drei verschiedenen Größen. Am Ende jedoch traten die Essphasen so häufig auf, dass ich leichtes Übergewicht bekam. Ich fühlte mich so schlecht. Ich hasste mich, ekelte mich vor mir selbst und verließ das Haus nur, wenn es unbedingt sein musste. Ich hatte Angst, Diabetes zu bekommen, da ich mich hauptsächlich von Süßigkeiten ernährte. Ständig lief ich zum Spiegel, um zu überprüfen, ob ich Geweberisse am Bauch habe, da ich innerhalb kürzester Zeit zunahm. Meine Gedanken kreisten nur noch ums Essen. Wenn ich zur Uni musste, da ich in der Veranstaltung nicht fehlen konnte, ging ich im Kopf schon den Supermarkt durch und überlegte, was ich für den nächsten Essanfall einkaufen würde. Nach dem Unterricht fuhr ich wie in einem Wahn dort hin und kaufte massenweise Lebensmittel.

Wenn ich nicht zur Uni ging, sah mein Tag so aus, dass ich nach dem Aufstehen sofort zum Supermarkt ging und einkaufte: Kuchen und Gebäck für das Frühstück, Kekse und Schokolade für zwischendrin, ein Fertiggericht für das Mittagessen und Brot und Käse für das Abendessen. Nach dem Einkauf aß ich das Gebäck und die Hälfte des Kuchens, dann begann ich zu lernen oder, je nachdem, wie vollgeessen ich war, legte ich mich vor den Fernseher. Ca. eine Stunde später machte ich mit der Schokolade weiter. Ich aß eine Tafel Schokolade und dann noch eine halbe Packung Schokoriegel. Mittags ging es mit dem Fertiggericht weiter und als Nachtisch den restlichen Kuchen. Nachmittags kamen Kekse und Schokoriegel, abends Brot, Käse und wieder Kekse und Schokoriegel.

Ich hasste meinen Körper, zog nur noch schlabberige Kleidung an, wenn ich aus dem Haus ging, und in der Wohnung lief ich nur noch im Jogginganzug herum. Ich zog mich total zurück, wollte niemanden mehr sehen, begann Notlügen zu erfinden. Ich erzählte, dass ich wegfahren würde oder Besuch bekäme, nur damit ich in Ruhe meine Essanfälle ausleben konnte. Wenn ich bei meinem Freund war, war ich unerträglich,

wir stritten nur noch. Ich verstand nicht, wie man jemanden wie mich lieben konnte. Wenn ich bei ihm war, fanden die Essanfälle heimlich statt, da ich mich geschämt hätte, vor ihm so viel zu essen. Ich versteckte Süßigkeiten in meinem Rucksack und ging ständig dort hin, um etwas herauszuholen. Ich wurde immer einsamer. Wenn ich darauf angesprochen wurde, was mit mir los sei, erzählte ich, ich hätte Depressionen.»

Essstörungen sind heimliche Störungen. Oft dauert es mehrere Jahre, bis die Betroffenen sich selbst eingestehen, dass etwas mit ihrem Leben und ihrem Essverhalten nicht stimmt – so auch bei Sarah.

»Lange Zeit wusste ich nicht, dass ich noch essgestört bin. Magerstüchtig war ich nicht und erbrochen hatte ich seit fünf Jahren auch nicht mehr, aber ich spürte, dass irgendwas an meinem Essverhalten nicht normal war. Bei meinen Recherchen in Büchern und im Internet stieß ich auf den Begriff Binge-Eating-Disorder. Bei meinen Essanfällen konsumierte ich innerhalb von kurzer Zeit ungewöhnlich große Mengen an Nahrungsmitteln, bis ein unangenehmes Völlegefühl einsetzte. Ich aß dabei sehr schnell und ekelte mich danach vor mir selbst. Ich empfand diese Situation einfach als unerträglich. Doch so belastend ich sie auch fand, ich kam alleine nicht davon los und machte mich daher auf die Suche nach einer Therapeutin.«

1.4 Überblick über die Inhalte des Buches

Luise, Simone und Sarah stehen stellvertretend für eine große Zahl an Essstörungspatienten. Viele haben einen ähnlichen Leidensweg hinter sich. Sie sind unzufrieden mit ihrem Körper, beginnen ihren Weg in die Essstörung mit einer Diät. Sie verlieren an Gewicht und werden dafür gelobt. Luise hungert weiter, aus Angst wieder zuzunehmen. Simone und Sarah können ihrem Heißhunger irgendwann nicht mehr widerstehen, die Essanfälle häufen sich und dominierten ihr Leben. Bis sie eines Tages merken, dass es so nicht weitergehen kann und sich Hilfe suchen.

Luise, Simone und Sarah nehmen bei ANAD den Kampf gegen ihre Essstörung auf. Unterstützt von Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Ernährungstherapeuten und der ärztlichen Leitung der intensivtherapeutischen Wohngruppen gehen sie Schritt für Schritt ihren Weg aus der Essstörung zurück in ein gesundes Leben.

Im zweiten Teil des Buches werden wir einige Aspekte des Therapieprozesses der drei jungen Frauen wiedergeben. Vignetten aus der psychotherapeutischen Behandlung von Simone veranschaulichen in Kapitel 8 und 9 die Beschreibung des Psychotherapiekonzepts. Für Sarah spielte die Fortsetzung ihres Studiums eine zentrale Rolle bei ANAD. Sie wird uns vor allem in Kapitel 11 wieder begegnen, wenn es um die sozialpädagogische Begleitung geht. Und Luise geht in Kapitel 8 mit ihrer Ernährungstherapeutin erfolgreich den langen Weg hin zu einem normalen Essverhalten.

Gegliedert ist der zweite und praktische Teil des Buches jedoch nicht nach den Fachbereichen, sondern nach Problemfeldern und Zielen in der Behandlung von Men-

schen mit Essstörungen. Ein Einführungskapitel informiert über die wesentlichen Inhalte, Setting und Prognose der Essstörungstherapie und stellt Konzept und Aufbau der ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen vor (Kapitel 5). Anschließend geht es um die Arbeit an der Motivation der Patienten, die uns oft durch den gesamten Therapieprozess hindurch begleitet (Kapitel 6). Über die medizinische Behandlung informiert Kapitel 7, Kapitel 8 beschäftigt sich mit der Veränderung des Ess- und Purgungsverhaltens aus interdisziplinärer Sicht. In weiteren Abschnitten geht es um die Arbeit an Körperwahrnehmung und Körpererleben (Kapitel 9), verzerrten und irrationalen Kognitionen (Kapitel 10) sowie dem Selbstwert und der sozialen Integration der Betroffenen (Kapitel 11). Kapitel 12 ist dem familiären Umfeld gewidmet, das im Therapieprozess ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Und Kapitel 13 gibt abschließend einige Hinweise für professionelle Helfer, die sich mit Essstörungen beschäftigen – und dabei nicht selten an ihre Grenzen stoßen. Der Ausblick (Kapitel 14) beschreibt neue Entwicklungen in den ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen: die Wohngruppe für Männer mit Essstörungen, für adipöse Patienten und die Integrierte Gesundheitsversorgung.

Dieser zweite Teil ist als eine Art »Praxis-Handbuch« konzipiert. Kolleginnen aus allen Fachrichtungen berichten darin aus ihrem Alltag in der Essstörungstherapie. Die theoretischen Grundlagen legt der erste Teil des Buches, in dem es um Diagnostik (Kapitel 2), Epidemiologie (Kapitel 3) und Pathogenese (Kapitel 4) von Essstörungen geht, und der einen Überblick gibt über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, Ansätze und Diskussionen.

2 Essstörungen erkennen

2.1 Anorexia nervosa	21
2.1.1 Diagnostische Kriterien	21
2.1.2 Somatische Beeinträchtigungen	24
2.2 Bulimia nervosa	25
2.2.1 Diagnostische Kriterien	25
2.2.2 Somatische Beeinträchtigungen	27
2.3 Binge-Eating-Störung	27
2.3.1 Diagnostische Kriterien	28
2.3.2 Abgrenzung zu anderen Essstörungen	29
2.4 Atypische/Nicht näher bezeichnete Essstörungen	29
2.5 Abgrenzung zwischen den verschiedenen Arten der Essstörung	31
2.5.1 Differenzierungsversuch nach Symptomatik und Gewichtsbereich	31
2.5.2 Überschneidungen zwischen den Essstörungsarten	32
2.5.3 Wege aus dem diagnostischen Dilemma	33
2.6 Differenzialdiagnose	34
2.6.1 Anorexia und Bulimia nervosa	34
2.6.2 Übergewicht und Adipositas	35
2.7 Screening auf Essstörungen	35
2.8 Standardisierte Essstörungsdiagnostik	37
2.8.1 Eating-Disorder-Inventory	37
2.8.2 Fragebogen zum Essverhalten	38
2.8.3 Eating Disorder Examination	38
2.8.4 Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen	38
2.9 Komorbidität	39
2.9.1 Depressive Störungen	39
2.9.2 Angst- und Zwangsstörungen	40
2.9.3 Persönlichkeitsstörungen	40
2.9.4 Suchterkrankungen	41
2.9.5 Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität	41
2.9.6 ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom)	42

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter. Es lassen sich diagnostisch drei Formen unterscheiden: Anorexia nervosa (vgl. Kapitel 2.1), Bulimia nervosa (vgl. Kapitel 2.2) und Atypische bzw. Nicht näher bezeichnete Essstörungen (vgl. Kapitel 2.4), zu denen streng genommen auch die Binge-Eating-Störung gezählt wird (vgl. Kapitel 2.3). Allen gemeinsam ist, dass es sich um weit mehr handelt als nur um Probleme mit dem Essen (vgl. Kapitel 2.5) – das zeigten bereits die Beispiele im vorangegangenen Kapitel. Dahinter stecken ein psychischer Hunger, eine Seele, die nicht satt wird.

Und dies spiegelt sich auch in den diagnostischen Bezeichnungen wider: durch den Zusatz *nervosa*. Die Appetitlosigkeit (Anorexia) bzw. der Heißhunger oder »Ochsenhunger« (Bulimia, von griechisch limos = Hunger und bous = Stier, Ochse) haben »nervöse«, also psychische Ursachen. Weniger differenziert ist hingegen die Bezeichnung Binge-Eating-Störung (von englisch binge eating = Essgelage).

Hilde Bruch, eine der bedeutendsten Forscherinnen in diesem Bereich, nennt drei gemeinsame Merkmale aller Essstörungen: »erstens, schwere Störungen im Körperbild, in der Art und Weise, wie die Jugendlichen sich sahen; zweitens, Fehldeutungen innerer und äußerer Reize, wobei Ungenauigkeit in der Art des Hungererlebens das hervorstechendste Symptom bildete; und drittens, ein allem zugrunde liegendes lähmendes Gefühl des Unvermögens, die Überzeugung, so hilflos und unfähig zu sein, dass sie nichts in ihrem Leben ändern könnten« (Bruch 1982, S. 16f.; Bruch 1997). Der erste Punkt findet sich auch in den diagnostischen Manualen. Fehlende Interozeptionsfähigkeit und mangelndes Selbstwertgefühl sind ebenfalls wichtige Ansatzpunkte in der therapeutischen Behandlung der Essstörungen. Sie sind die ständigen Begleiter der Essstörung, jedoch nicht zwingend notwendig, um eine entsprechende Diagnose zu stellen.

Selbstverständlich ist bei allen Arten von Essstörungen zunächst differenzialdiagnostisch abzuklären, ob die Symptomatik (Gewichtsverlust, Erbrechen, Amenorrhoe etc.) nicht auf andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen ist (vgl. Kapitel 2.6). Screeningfragen und standardisierte Testverfahren zur Essstörungsdiagnostik sind in Kapitel 2.7 und 2.8 beschrieben. Und im letzten Abschnitt geht es schließlich um komorbid auftretende psychische und psychiatrische Erkrankungen bei Essstörungen (vgl. Kapitel 2.9).

2.1 Anorexia nervosa

Die Anorexie ist eine sehr auffällige Essstörung, das mit ihr in aller Regel verbundene massive Untergewicht ist augenscheinlich.

2.1.1 Diagnostische Kriterien

Die diagnostischen Kriterien im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV und in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen

ICD-10 sind sehr ähnlich (vgl. Abbildung 2.1). Zwingende Voraussetzungen für die Diagnose sind neben dem alters- und entwicklungsgemäß viel zu niedrigen Gewicht die Störung des Körperbildes sowie endokrine Störungen. Letztere zeigen sich bei Frauen zunächst vor allem im Ausbleiben der Menstruationsblutung, bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine umfangreiche Zusammenstellung von Symptomen, wie sie sich bei Patienten mit Essstörungen im Alltag zeigen, liefern Gerlinghoff und Backmund (2000).

Kritik an den diagnostischen Kriterien

Schweiger et al. (2003) weisen allerdings auf Schwierigkeiten in der Diagnose nach DSM-IV hin. So ist Kriterium B, die »Gewichtsphobie«, kulturabhängig zu sehen – in westlichen Kulturen besteht auch bei Mädchen und Frauen ohne manifeste Essstörung vielfach die Angst zu dick zu werden. Nicht alle Patienten leugnen ferner den Schweregrad ihres Untergewichts, jedoch fehlt in den allermeisten Fällen die Angst vor den Folgen, es bleibt bei einer rein intellektuellen Einsicht, die nicht in Handeln umgesetzt wird. Fumi und Fichter (2005) warnen vor einem Verzicht auf die Diagnose der Anorexie, wenn die Patientin Ängste vor einer Gewichtszunahme oder die Störungen des Körperbildes zu Beginn der Therapie verneint. Ihrer Erfahrung nach empfinden viele Patienten diese Phänomene selbst als krankhaft oder übertrieben und verheimlichen sie daher gerade in der Anfangsphase der Therapie.

Auch Kriterium D (Amenorrhoe bei Frauen) ist bei Einnahme von Hormonpräparaten nicht klar zu beurteilen. Schweiger et al. (2003) empfehlen in diesem Fall andere Anpassungsvorgänge an die Mangelernährung bei der Diagnostik zu Hilfe zu nehmen, z. B. leichtes Frieren oder hormonelle Veränderungen. Während im DSM zudem nur von Frauen die Rede ist, ist das entsprechende Kriterium der ICD-10 weiter gefasst.

Hebebrand (2007) übt weiterhin Kritik am DSM-Kriterium A. So impliziere die Weigerung ein adäquates Körpergewicht zu halten einen bewussten kognitiv-intentionalen Prozess. Dies sei jedoch empirisch bislang nicht nachgewiesen und vor dem Hintergrund biologischer Einflussfaktoren auf Essstörungen (vgl. Kapitel 4.3) anzuzweifeln.

Zwei Typen der Anorexie

Unterschieden werden zwei Formen: Menschen mit restriktiver Anorexie verlieren Gewicht, indem sie fasten. Sie verwenden keine anderen Maßnahmen zur Gewichtsregulation, wie beispielsweise Erbrechen, Abführmittel oder Diuretika. Anders ist es bei der Anorexia vom Binge-eating-/Purging-Typus (engl. to purge = abführen, reinigen), bei der auf die eben beschriebene Weise versucht wird, weiter abzunehmen bzw. zumindest nicht zuzunehmen. Meist treten dann auch Heißhungerattacken auf, daher wird diese Form auch als »bulimische Anorexie« oder »Bulimanorexie« bezeichnet. Im Gegensatz zur Bulimie ist das Gewicht zwingend im Untergewichtsbereich angesiedelt.

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa	
ICD-10 (F 50.0)	DSM-IV (307.10)
Untergewicht	
<p>1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.</p>	<p>A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).</p>
<p>2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: b) selbst induziertes Erbrechen, c) selbst induziertes Abführen, d) übertriebene körperliche Aktivitäten e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika 	
Störung des Körperbildes bzw. »Gewichtssphobie«	
<p>3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.</p>	<p>B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, zu dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.</p>
	<p>C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.</p>
Endokrine Störung	
<p>4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.</p>	<p>D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).</p>

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (Fortsetzung)	
ICD-10 (F 50.0)	DSM-IV (307.10)
Entwicklungsverzögerung bei präpuberalem Beginn	
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.	
Untertypen	
F 50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) – dazugehörige Begriffe: asketische Form der Anorexie, passive Form der Anorexie, restriktive Form der Anorexie.	Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder kein Purging-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.
F 50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) – dazugehörige Begriffe: aktive Form der Anorexie, bulimische Form der Anorexie.	Binge-eating/Purging-Typus: Während der aktuellen Episode des Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.

Abbildung 2.1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

2.1.2 Somatische Beeinträchtigungen

Trotz ihres erheblichen Untergewichts weisen viele Patienten lediglich geringe körperliche Begleit- und Folgerscheinungen und -schädigungen auf. Diese können jedoch, gerade bei chronifizierten Erkrankungen oder sehr starkem Gewichtsverlust, erheblich sein. Auch Simone, deren Geschichte wir in Kapitel 1.2 kennengelernt haben, fühlt sich lange körperlich stark, obwohl sie wochenlang so gut wie nichts isst. Später halten sie auch massive Kreislaufprobleme nicht davon ab weiter zu hungern. Ihre Beschwerden sind durchaus typisch für Anorexie-Patienten, Näheres dazu findet sich in Kapitel 7 im zweiten Teil dieses Buches.

Da alle bislang gefundenen metabolischen, endokrinologischen und neurochemischen Veränderungen auch bei Mangelernährung anderer Ursachen zu finden sind, ist davon auszugehen, dass »sie physiologisch primär der Anpassung an Mangelernährung dienen und keine ätiologische Bedeutung haben« (Herpertz & Schweiger 2001, S. 196). Allerdings haben sie sehr wohl Konsequenzen für die Verhaltensregulation und können mit dazu beitragen, die Essstörung aufrechtzuerhalten.

2.2 Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa wurde 1979 von Russel in seinem Aufsatz »Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa?« beschrieben und ist seit 1980 Bestandteil des DSM.

2.2.1 Diagnostische Kriterien

Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Bulimie sind Essanfälle mit kompensatorischen Maßnahmen. Bei Letzteren können Erbrechen, Medikamente und Abführmittel zum Einsatz kommen (Purging-Typus) oder aber die Betroffenen versuchen einer Gewichtszunahme durch Fasten oder exzessive sportliche Betätigung entgegen zu wirken (Non-Purging-Typus). Mittlerweile hat sich auch der Begriff der »Sportbulimie« eingebürgert. In einer Untersuchung von Fichter (2005) berichteten mehr als 70 % der bulimischen und um die 80 % der anorektischen Patienten exzessive körperliche Betätigung.

Kritik an den diagnostischen Kriterien

Nur im DSM-IV ist die Diagnose an die Häufigkeit und Dauer der Symptomatik geknüpft (vgl. Abbildung 2.2). Jedoch findet sich bei Betroffenen kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des bulimischen Verhaltens, der Psychopathologie und dem Therapieerfolg (de Zwaan 2000). Das Gewicht liegt laut DSM zumeist im normalen Bereich. Hingegen impliziert die Formulierung in der ICD-10: »Die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder ›gesund‹ betrachteten Gewicht«, dass die Patientin untergewichtig ist bzw. zumindest sein will. Geht man davon aus, dass die Betroffene die von ihr definierte Gewichtsgrenze auch einhält, so müsste eine Bulimie mit Normalgewicht als atypisch diagnostiziert werden (vgl. Jacobi et al. 2000). Allerdings ist der entsprechende Satz in der ICD nicht eindeutig formuliert und könnte folglich auch lediglich die »Gewichtssphobie« der Betroffenen zum Ausdruck bringen. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2004) gibt in seinen von britischen Experten zusammengestellten Leitlinien an, dass die Diagnose der Anorexie vor der der Bulimie Vorrang hat und setzt somit für die Bulimie ein Gewicht von mehr als 17,5 kg/m² voraus.

Interessanterweise finden sich bei der Bulimia nervosa in der ICD-10 geschlechtsspezifische Formulierungen, es ist von »Patientinnen« die Rede. Dies steht in einem gewissen Gegensatz zu den diagnostischen Kriterien der Anorexia nervosa, die in der ICD – im Gegensatz zum DSM – explizit auch die spezifische Symptomatik bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen beschreiben.

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa	
ICD-10 (F 50.2)	DSM-IV (307.51)
Essanfälle	
<p>1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.</p>	<p>A. Wiederholte Episoden von Essanfällen: Eine Episode von Essanfällen ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. ▶ Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
Kompensatorische Maßnahmen	
<p>2. Die Patientin versucht, dem dickmachenenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.</p>	<p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p>
»Gewichtssphobie«, Einfluss Körperbild auf Selbstachtung	
<p>3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder »gesund« betrachteten Gewicht.</p>	<p>D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p>
Abgrenzung zur Anorexia nervosa	
<p>3. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.</p>	<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (Fortsetzung)	
ICD-10 (F 50.2)	DSM-IV (307.51)
Chronizität	
	C. Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
Untertypen	
	Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxanzien, Diuretika oder Klistiere.
	Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder unubermaige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxanzien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Abbildung 2.2: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

2.2.2 Somatische Beeinträchtigungen

Informationen zu den somatischen Folgen der Bulimia nervosa und Hinweise auf deren Behandlung finden sich in Kapitel 7.

Nicht selten geht einer Bulimie eine Anorexie voraus – wie wir es im ersten Kapitel bei Simone gesehen haben. Sie wird von ihrer besorgten Mutter zum Essen angehalten, ihre rigide Kontrolle bricht zusammen, und sie erbricht, um ihr Gewicht zu regulieren. Auch Sarah fastet zunächst und wird dann bulimisch. Aufgeschreckt durch drohende Gesundheitsschäden hört sie auf zu erbrechen. Die Essanfälle bleiben, ihre Essstörung fällt folglich unter die diagnostische Kategorie der »Binge-Eating-Störung«.

2.3 Binge-Eating-Störung

Die Binge-Eating-Störung ist bislang lediglich über Forschungskriterien im DSM-IV definiert, auch in der ICD-10 gibt es keine eigene diagnostische Kategorie. Bei Personen, die die Forschungskriterien erfüllen, muss daher eine Nicht näher bezeichnete Essstörung diagnostiziert werden, nach der ICD-10 fällt die Binge-Eating-Störung ebenfalls unter die Atypischen Essstörungen (F 50.9) (vgl. Kapitel 2.4).

2.3.1 Diagnostische Kriterien

Abbildung 2.3 zeigt die Forschungskriterien im DSM-IV, die derzeit als Leitlinie für die Diagnostik der Binge-Eating-Störung gelten.

Kritik an den diagnostischen Kriterien

Kritik wird vor allem am Häufigkeitskriterium geübt, da die reine Häufigkeit der Essanfälle nach bisherigen Erkenntnissen nicht mit anderen Merkmalen der Binge-Eating-Störung in Verbindung steht (Munsch 2003). Ähnliches gilt für das Zeitkriterium. Für Kinder mit einer Binge-Eating-Störung werden eigene diagnostische Merkmale diskutiert, bei denen neben dem Kontrollverlust das Essen in Abwesenheit von Hunger bei Essattacken im Vordergrund steht (Marcus & Kalarchian 2003).

Forschungskriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV
<p>A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zwei-stündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. (2) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man nicht mit dem Essen aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
<p>B. Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) wesentlich schneller essen als normal, (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, (4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
<p>C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.</p>
<p>D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen pro Woche für 6 Monate auf.</p>
<p>E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. Purging-Verhalten, fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.</p>

Abbildung 2.3: Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung

2.3.2 Abgrenzung zu anderen Essstörungen

Bis zu 40 % der Patienten mit Binge-Eating-Störung, die sich in klinischen Einrichtungen vorstellen, sind adipös (vgl. Munsch 2003; Herpertz 2000). Zur reinen Adipositas lässt sich die Binge-Eating-Störung vor allem durch das regelmäßige Auftreten von Essanfällen abgrenzen, zudem durch ein negativeres Körperbild, größere Einschränkungen im Sozialverhalten sowie höhere Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen. Während Adipositas weitgehend in unteren sozialen Schichten auftritt, findet sich für die Binge-Eating-Störung keine Häufung in bestimmten Schichten (vgl. Kapitel 3).

Der größte Unterschied zur Bulimie (Purging-Typus) liegt im Fehlen gegenregulierender Maßnahmen nach Essanfällen. Weiterhin finden sich zwischen Patienten mit Bulimie und Binge-Eating-Störung unter anderem folgende Unterschiede (vgl. zusammenfassend Munsch 2003):

- ▶ Patienten mit Bulimie fühlen sich schon während des Essanfalls unwohl, Patienten mit Binge-Eating-Störung erst und verstärkt danach.
- ▶ Patienten mit Bulimie essen zwischen den Essanfällen restriktiver.
- ▶ Die Erstmanifestation ist bei der Binge-Eating-Störung im Durchschnitt später als bei der Bulimia nervosa.
- ▶ Patienten mit Bulimie weisen häufiger komorbide psychiatrische Störungen auf.
- ▶ Bei Patienten mit Binge-Eating-Störung handelt es sich insgesamt um eine heterogenere Gruppe bzgl. soziodemographischer und psychopathologischer Merkmale.

2.4 Atypische/Nicht näher bezeichnete Essstörungen

Ein nicht unbeträchtlicher Teil an Essstörungen passt nicht in eine der vorgenannten diagnostischen Kategorien. So zum Beispiel, wenn bei Frauen alle Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllt sind außer der Amenorrhoe. In diesem Fall muss nach der ICD-10 die Diagnose »Atypische Essstörung« gestellt werden, nach DSM-IV die Diagnose »Nicht näher bezeichnete Essstörung« (vgl. Abbildung 2.4). Auch die Binge-Eating-Störung fällt, wie bereits erwähnt, bislang in diese Kategorie. Zwar wird die Stellung der Diagnose in der ICD »eher nicht empfohlen«, doch lässt sich dies in vielen Fällen nicht vermeiden.