

## **Psychogene Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge eating disorder) und Adipositas Ergänzendes Behandlungskonzept Fachklinik St. Vitus, Visbek**

*Dr. Thomas W. Heinz Ärztlicher Direktor/Geschäftsführer  
Stand: Januar 2018*

Ungefähr 25% unserer Patientinnen leiden zusätzlich zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten und komorbiden Traumafolgestörungen sowie Persönlichkeitsstörungen unter einer psychogenen Essstörung im Sinne einer Bulimie (F50.2), einer Anorexia nervosa (F50.00 und F50.01) oder einer Binge eating disorder (F50.8). Bei einigen traumatisierten Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen und Sucht, finden wir auch gestörtes Essverhalten oder weitere Essstörungssymptomatik (Erbrechen, Hungern, eingeschränkte Nahrungsauswahl oder übermäßige Bewegung) ohne, dass die Symptomatik ausreichend für eine Essstörungsdiagnose nach ICD 10 ist. Etwa 10% Patientinnen sind adipös und zeigen gestörtes Essverhalten. Für die Behandlung dieser Patientengruppe ist es deshalb unabdingbar zu Beginn der Behandlung in der Diagnostikphase die führende Störung festzustellen und als erstes in den Behandlungsfokus zu nehmen. Ist die führende Störung eine psychogene Essstörung bzw. liegt gestörtes Essverhalten im Rahmen einer PTBS vor, greift unser spezialisiertes Behandlungskonzept.

Das zentrale Symptom, unter dem Patientinnen mit diesen Störungsbildern leiden wird insbesondere in den krankhaften Veränderungen des Essverhaltens gesehen, dies führt oft zu quälenden inneren Spannungszuständen, die dann mit Suchtmittelkonsum, Selbstverletzungen oder auch Erbrechen reguliert werden. Es liegt ein pathologischer Umgang mit Nahrung vor, in Form von restriktiver Nahrungsaufnahme bei Anorexie, Heißhungerattacken mit Erbrechen bei Bulimie, Heißhungerattacken ohne Erbrechen bei Binge-Eating oder überhöhter Kalorienzufuhr bei Adipositas.

Die beiden ersten Störungsbilder gehen zudem mit einer übermäßigen Beschäftigung mit den Themen Figur, Nahrung und Gewicht einher. Charakteristisch sind Störungen des Körperbildes sowie Selbstwertprobleme. Weitere Merkmale sind psychosoziale und sexuelle Probleme, Depressionen, starkes Kontrollbedürfnis und extrem ausgeprägte Leistungsorientiertheit. Unser Konzept orientiert sich am Behandlungsprogramm nach Legenbauer und Vocks bei Anorexie und Bulimie.

### **Aufnahmevoraussetzungen**

Auch für diese Gruppe von Patientinnen gelten die sonst üblichen Aufnahmekriterien für unsere Klinik.

Bei Patientinnen mit gesicherten Essstörungsdiagnosen, aber auch bei Patientinnen bei denen sich aus den Vorbefunden ein Hinweis auf eine psychogene Essstörung findet, führen wir vor Aufnahme in der Regel ein Vorgespräch. Dieses kann auch telefonisch stattfinden. Dabei wird nach dem Krankheitsverständnis, der Motivation, der Veränderungsbereitschaft und aktuellen Essstörungssymptomatik (Essverhalten, Erbrechen, Gewichtsreduktionsmaßnahmen und Körperschemastörungen) sowie Vorbehandlungen gefragt. Der Patientin wird das Essstö

rungskonzept erläutert und sie wird darauf hingewiesen, dass neben der Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme die Arbeit an der Symptomreduzierung unabdingbar ist und wir in unserem Setting mit verhaltenstherapeutischen Verträgen arbeiten. Darüber hinaus werden Rahmenbedingungen für die Aufnahme abgesprochen. Eine Laboruntersuchung mit Blutbild, Leberwerten, Pankreaswerten und Elektrolyten sollte vor Aufnahme vorliegen. Patientinnen, die einen BMI unter 16 aufweisen können in unserem Setting nicht behandelt werden.

### **Therapiedauer**

Da die Hauptindikation unserer Fachklinik die Suchterkrankung darstellt, orientiert sich die Behandlungsdauer an dieser Indikation (Alkohol/Medikamente bis zu 15 Wochen, illegale Substanzen bis zu 22 Wochen, Auffangbehandlung 8 bis 10 Wochen, StoF ab 3 Wochen). Die Therapiedauer bei Mitbehandlung der jeweiligen Essstörung sollte 12 Wochen nicht unterschreiten, da das Essstörungsmodul über 8 Wochen angelegt ist, die vorherige Diagnostik- und Motivationsphase meist 2 bis 4 Wochen beansprucht.

### **Therapie**

Bei Therapiebeginn erfolgt die Diagnosestellung durch die Bezugstherapeuten. Fragen zu Essverhalten, Laxantien- und Diuretikamissbrauch und körperlicher Aktivität sind im Fragenkatalog der Bezugstherapeut/Innen bei Aufnahme enthalten.

Bei allen Patientinnen, auch bei denen mit Adipositas und Binge eating disorder, wird die Veränderungsmotivation in Bezug auf alle vorliegenden Störungen erfragt und ein Therapieplan erarbeitet. Alle therapeutischen Interventionen orientieren sich dabei am rehabilitativen Auftrag, der Stabilisierung der Abstinenz, der sozialen und beruflichen Teilhabe.

- **Esstörungsmodul bei Anorexie und Bulimie**

Das Esstörungskonzept basiert auf einer verhaltenstherapeutischen Gesprächsgruppe, einer Körperwahrnehmungsgruppe, medizinischer Beratung, Einzels psychotherapie, und Ernährungsberatung mit Schulungsküche.

In der **Indikativen Gesprächsgruppe** für essgestörte Frauen wird themenzentriert gearbeitet. Die jeweilige Thematik der Sitzung wird zum Teil vorgegeben, aber auch aus der Patientinnengruppe heraus entwickelt. Häufige Themen sind Essen und die Verbindung mit Gefühlen wie Wut, Traurigkeit, Sehnsucht nach Geborgenheit sowie Schuld- und Schamgefühle. Außerdem wird das Körperbild, Umgang mit Gewichtsabnahme/-zunahme, Frau-Sein und Sexualität besprochen. Ein wichtiger Aspekt liegt auch auf der Förderung der Eigenverantwortlichkeit bzgl. der Veränderung des Essverhaltens und der Akzeptanz der Erkrankung.

In der **Indikationsgruppe zur Körperwahrnehmung**, die immer abwechselnd mit der Gesprächsgruppe stattfindet, liegt bei Anorexie/Bulimie der Schwerpunkt bei der Aufhellung der Körperschemastörung, der Verbesserung des Körpergefühls, dem Herausarbeiten falscher Grundannahmen bezogen auf den Körper, der Realitätsprüfung durch Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Konfrontation mit dem eigenen Spiegelbild.

Im Rahmen der **Einzels psychotherapie** wird zu Beginn in der Diagnostik geprüft, ob eine Essstörung, eine Störung des Essverhaltens im Rahmen einer Traumafolgestörung oder eine Kombination aus beidem vorliegt. Das Ergebnis dieser Diagnostik ist therapeutisch handlungsleitend sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Therapieplangestaltung und der Zielsetzung in Bezug auf die Essstörung. Bei der Festlegung aller Behandlungsschritte wird der ausgeprägte Autonomiekonflikt dieser Patientinnen berücksichtigt. Bei Aufnahme erhalten die Patientinnen ein standardisiertes Ess-Brech-Protokoll. Nach einer Woche erfolgt die Auswertung; Therapieziele und Therapieverträge (Gewichtshaltevertrag, Gewichtszunahmevertrag, Reduktion des Erbrechens) werden gemeinsam mit der Patientin unter Einbeziehung der Ernährungsberaterin formuliert.

Die **Ernährungsberaterin** unterstützt die Patientin in Einzelkontakten bei der Erreichung der Ziele unter ernährungsphysiologischen und –psychologischen Gesichtspunkten. Die Patientin nimmt während des Essstörungsmoduls 4 Wochen an der **Lehrküche** teil, um ein Gefühl für normale Portionen zu bekommen. Es wird gemeinsam gekocht und gegessen. Außerdem werden Grundlagen der Ernährung vermittelt.

Der **Bezugsarzt** legt entsprechend den einzelnen Therapieverträgen und –zielen das Sport- und Bewegungsprogramm gemeinsam mit der Patientin fest. Alle 4 bis 6 Wochen werden Verlaufskontrollen des Labors (Elektrolyte, Lipase, Amylase, Gesamteiweiß und Albumin) und auch EKG-Untersuchungen durchgeführt.

- **Adipositasbehandlung**

Die Adipositasgruppe wird von der Ernährungsberaterin geleitet. Hier werden alle Patientinnen zugeteilt, die als Ziel eine Gewichtsreduktion und Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten benennen oder dazu motiviert werden konnten.

In mehreren Einheiten werden mit den Patientinnen die Ursachen von Adipositas erarbeitet. Dazu führen diese ein Essprotokoll, dieses wird gemeinsam reflektiert und daraus werden Maßnahmen zur Verhaltensänderung abgeleitet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Stimuli und die Stimuluskontrolle gelegt.

Die erarbeiteten Strategien in Bezug auf das Essverhalten werden in der Lehrküche während eines gemeinsamen Kochens erlebbar und überprüfbar gemacht und die Erfahrungen gemeinsam reflektiert.

Unterstützend können auch Einzelernährungsberatungstermine angeboten werden.

Das dazugehörige Bewegungs- und Sportprogramm wird vom Bezugsarzt je nach Konstitution und Zielsetzung verordnet.

- **Binge eating disorder**

Relativ wenige Patientinnen leiden an einer Binge eating disorder, so dass die Behandlung dieser Patientinnen nicht in einer spezialisierten Gruppe erfolgen kann. Dies erfolgt sowohl in der Einzels psychotherapie als auch in der Ernährungsberatung.

## **Literatur**

- Herpertz et al. Handbuch Essstörungen und Adipositas, Springer 2015
- Legenbauer und Vocks, Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie, Springer 2017