

# Stationäre Psychotherapie bei Essstörungen

**Landespsychotherapeutentag 2018**

**Psychotherapie in Institutionen-  
Herausforderungen und Perspektiven**

**am 29.06.2018**

**Dr. Dipl. Psych. S. Becker**

**Leitende Psycholog. Psychotherapeutin**

**Abteilung Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie**

**Medizinische Universitätsklinik Tübingen**



# Diagnostische Kriterien der Anorexia und Bulimia nervosa **(Vorschlag ICD-11)**

## Anorexia Nervosa

- Gewicht  $BMI \leq 18,5$
  - **Zeigen von Verhaltensmustern wie Nahrungsrestriktion und Gegensteuernde Maßnahmen**  
(ICD-10: selbsterbeigeführter Gewichtsverlust)
  - **niedriges Körpergewicht ist zentral für den Selbstwert**  
(ICD-10: Körperschemastörung)
- 2 Subtypen:**
- restriktiver Typ:** ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (d.h. ohne Erbrechen, Abführen etc.), nur Diäten, Fasten und / oder übermäßige körperliche Bewegung
- binge / purging oder bulimischer Typ:** mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme und/oder wiederkehrende Essanfälle

## Bulimia Nervosa

- Essattacken mit Kontrollverlust, andauernde Beschäftigung mit Essen, Gier nach Nahrungsmitteln,
  - Gegensteuernde Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Schilddrüsenpräparaten bzw. Hungerperioden, exzessive Bewegung. Bei Diabetikerinnen: Vernachlässigung der Insulinbehandlung.
  - **Der Selbstwert hängt sehr von Figur und Gewicht ab**  
ICD-10: krankhafte Angst, dick zu werden
- Im DSM 5 : „Essattacken“ und kompensatorische Verhaltensweisen treten mindestens 3 Monate durchschnittlich 2 mal pro Woche auf



# Kriterien der “Binge Eating“ Störung (BES)

(DSM-5)

## A. Wiederholte Episoden von Essanfällen ("binge eating")

Charakterisiert durch:

- \* Essen einer *großen Nahrungsmenge* in umschriebener Zeit
- \* Begleitet von einem Gefühl des *Kontrollverlustes*

## B. Kennzeichen von Essanfällen (mindestens 3 davon):

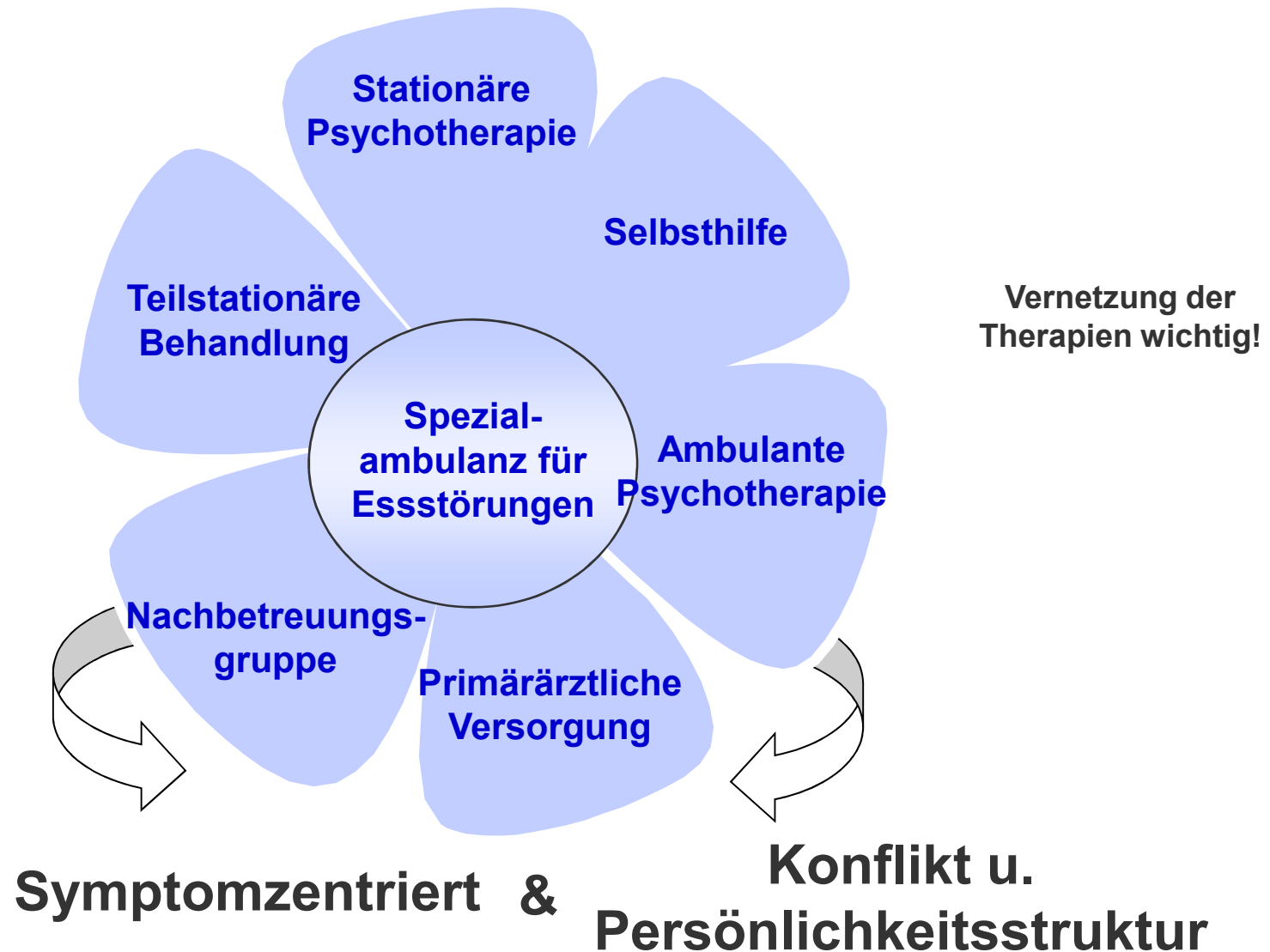
- \* Schnelles Essen
- \* Bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- \* Ohne begleitendes Hungergefühl
- \* Allein essen
- \* Negative Gefühle: bsp. Ekel, Niedergeschlagenheit, Schuld

## C. Leiden unter den Essanfällen

## D. Wiederholung der Essanfälle: mind. 1x pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten

## E. Keine gegenregulierenden Maßnahmen

# Therapie der Essstörung





# Indikation für eine stationäre Behandlung von Essstörung

- Gravierendes Untergewicht ( $\text{BMI} < 15 \text{ kg / m}^2$ )
- Rapider oder anhaltender Gewichtsverlust ( $> 20\%$  über 6 Monate)
- Trotz ambulanter Therapie / Tagesklinik anhaltender Gewichtsverlust oder seit 3 Monaten stagnierendes Untergewicht
- Starke körperliche Gefährdung oder medizinische Komplikationen
- Gravierende psychische Komorbidität
- Schwere bulimische Symptomatik oder massive Essanfälle, massiver Laxantien- oder Diuretikaabusus
- Überforderung im ambulanten Setting, wenn dieses z.B. zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essmenge) bieten kann
- Vorliegen von sozialen oder familiären Einflussfaktoren, die den Gesundungsprozess stark behindern

siehe auch: [www.awmf.org/leitlinien](http://www.awmf.org/leitlinien)



# Therapie der Essstörung

## Symptomorientiert:

- **Ernährungsaufbau:** Strukturiertes, ausgewogenes und ausreichendes Essverhalten, Plan zur Gewichtsnormalisierung, Reduktion der Essattacken
- **Bearbeitung der Körperwahrnehmungsstörungen** (Körpertherapie / Spiegelexposition)

## Konfliktorientiert:

- **Behandlung der „dahinter liegenden“ Problembereiche**

### Auszug aus awmf-Leitlinien:

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und körperliche Aspekte der Krankheit berücksichtigen
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente beinhalten
- Im stationären Rahmen sollte eine Gewichtszunahme von 500g bis max. 1000g angestrebt werden



**Abt. für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Medizinische Universitätsklinik Tübingen  
Kompetenzzentrum für Essstörungen (KOMET)**

- **Station mit 28 Betten und 4 tagesklinischen Plätzen**  
**Step-down-Modell** (Station → TK für die Patienten mit  
Essstörungen)
- Separate Tagesklinik mit 12 Plätzen
- Hochschulambulanz
- Forschungsabteilung





# Symptomorientierte Bausteine: Ernährungs- und Gewichtsaufbau

## Ziele:

- Erlernen eines regelmäßigen, ausgewogenen und ausreichenden Essverhaltens (Theorie und Praxis)
- Sukzessive Aufnahme bisher verbotener Nahrungsmittel in den Speiseplan
- Angstfreier essen können
- Reduktion von Heißhungerattacken und/ohne Erbrechen (falls vorhanden) / Erlernen von alternativen Strategien zu Affektregulation
- Gewichtszunahme (bei Untergewicht) / Gewichtsabnahme bei Übergewicht/ Adipositas
- Aufbau von Bewegungsverhalten bei Übergewicht und Adipositas





# Symptomorientierte Bausteine: Ernährungs- und Gewichtsaufbau

## Interventionen:

- **Essbegleitung** mit Führen von Essprotokollen
- **Vereinbarung von Essensplänen** mit der Ernährungstherapeutin
- **Teilnahme an Übungen in der Lehrküche:** unter Anleitung der Ernährungstherapeutin Planung, Einkauf und Zubereitung von Mahlzeiten in der Gruppe
- **Gewichtszunahme-Vereinbarungen** bei Untergewicht (Gewichtsverträge mit Zunahmevereinbarung von 700-1000gr. pro Woche im stationären Setting und Konsequenzen bei Nichteinhaltung meist in Form von Ausgangsbeschränkungen)  
**Richtlinie Gewichtsabnahme** bei Adipositas: 0,5 kg pro Woche (keine Verträge)





# Liste verbotener (schwieriger) Lebensmittel

Notieren Sie in dieser Liste Ihre sogenannten „verbotenen“ Nahrungsmittel. Das sind diejenigen, von denen Sie der Meinung sind, dass Sie sie eigentlich nicht essen sollten bzw. sie wieder erbrechen, wenn Sie sie gegessen haben (z.B. weil sie zu viele Kalorien haben oder Ihrer Ansicht nach ungesund sind)

z.B.

Schokolade

Schlagsahne

in Fett Gebratenes

Gummibärchen

Nutella

Butter, Margarine

Nüsse etc...

# Der Gewichtsvertrag

## Wichtige Bestandteile:

- Immer individuell aushandeln!!
- **500-1000gr. Zunahme** pro Woche als Leitlinien-Empfehlung / wie viel genau in diesem Rahmen wird im Einzelfall ausgehandelt
- Formulierung eines Ausgangsgewichts (aktuelles Gewicht z.B. 43,4kg) und eines vorläufigen (realistischen) Zielgewichtsgewichts (z.B. 48,0 kg)
- 2 Wiegetermine wöchentlich, an welchen die vereinbarte Zunahme überprüft wird
- Formulierung von Konsequenzen bei Einhalten und bei Nicht-Einhalten- hier aushandeln (stationär als neg. Konsequenz zumeist Ausgangsbeschränkungen)



# Bearbeitung der Heißhungerattacken (mit und ohne Gegenmaßnahmen)

1. Erarbeitung des Zusammenhangs zwischen restriktivem Essen und Heißhungerattacken
2. Identifizierung von Triggern, die eine Heißhungerattacke mit Erbrechen auslösen durch Verhaltensanalysen



# Mögliche Auslöser von Essanfällen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen

## Körperliche Auslöser: Diätverhalten und Fasten

z.B. Hungergefühl, Mahlzeit  
ausgefallen, wenig gegessen,  
Müdigkeit, Erschöpfung



### Therapeutischer Ansatzpunkt:

- Regelmäßige Nahrungsaufnahme
- Vermeiden langer Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten
- Aufgabe verbotener Speisen

## Emotionale/seelische Auslöser

z.B. Langeweile, Traurigkeit,  
Ärger, diffuse Gefühle, Wut



### Therapeutischer Ansatzpunkt:

- Funktion des Essanfalls herausarbeiten
- Gefühl benennen
- Erlernen einer verbesserten Affektregulation

## Situative Auslöser / automatisierte Abläufe

z.B. alleine zuhause, nichts zu  
tun, Fernsehen



### Therapeutischer Ansatz:

- Situationsspezifität herausarbeiten
- Habituation an den Drang zu essen durch Nahrungsexposition
- Herausarbeiten mögl. Alternativen

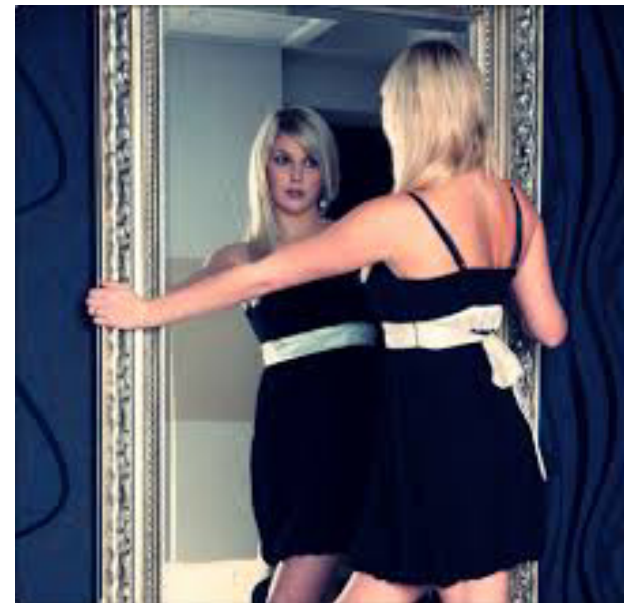
# Symptomorientierte Bausteine der Therapie: Veränderung der Körperwahrnehmungsstörung

## Ziele:

- Die Figur unverzerrt einschätzen lernen
- Eigene Körperteile differenzierter wahrnehmen und bewerten lernen / Realitätsüberprüfung: Was fühle ich vs wie sehe ich wirklich aus?
- Positive und negative Merkmale des Körpers wahrnehmen

## Therapeutische Interventionen:

- Körpertherapie
- Kunsttherapie
- Spiegelexposition (ab BMI > 18 kg/m<sup>2</sup>)



## Nicht (bzw. wenig)-konfrontative körpertherapeutische Interventionen

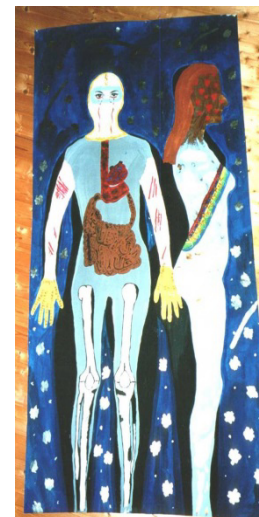
- Imaginationsübungen (z.B. Körperreisen)
- Entspannungsübungen (PME, Yoga, Qi-Gong, Autogenes Training etc.)
- Partnerübungen (z.B. Igelball-Massage / Nähe und Distanzübungen)
- Förderung basaler Körperwahrnehmung: Spüren, wahrnehmen, bewegen (Bälle, Sandsäckchen, Körperreisen, Decken usw.)
- Tanztherapie





# Konfrontative Interventionen zur Bearbeitung der Körperbild-Störungen / Körperunzufriedenheit

- Körpervideo
- Seilübungen
- Körperumrisszeichnungen
- Figurkonfrontation im Spiegel



Immer in Kombination mit kognitiven Interventionen:

- Sokratischer Dialog
- Disputation
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken





# Häufige konfliktorientierte Themen der Therapie

- Dysfunktionaler Umgang mit negativen Affekten wie Ärger, Wut, Traurigkeit, Scham, Neid, Eifersucht / Defizite im Umgang mit Konflikten  
bei **Anorexie**: eher Schwierigkeiten in Emotionserkennung und Emotionsausdruck  
bei **Bulimie /BES**: eher in der Emotionsregulation
- Ablösungsschwierigkeiten vom Elternhaus aufgrund mangelnden Bewältigungsstrategien für anstehende Entwicklungsaufgaben (gilt mehr für die Anorexie)
- Ausgeprägtes Leistungsdenken und Perfektionismus
- Scham- und Schuldgefühle aufgrund von traumatischen Erlebnissen / Abwehr von sexuellen Wünschen und von Weiblichkeit
- Ungünstige, dysfunktionale (familiäre) Kommunikationsmuster / mangelnde Konfliktbewältigungsstrategien
- Defizite / Ängste in der Beziehungsgestaltung

**Letztendlich aber immer abhängig von der individuellen Problematik und dem biographischen Hintergrund des jeweiligen Patienten!**

# Familien- / Angehörigengespräche

- Informationsvermittlung über die Krankheit und Therapie
- Ergänzende Information aus dem familiären Umfeld
- Würdigung des Leidensdrucks der Familie / aber auch Hinweise, dass die Patientin nicht die einzige ist, die Schwierigkeiten hat
- Entlastung (auch von Schuldgefühlen)
- Erarbeitung von hilfreichen Strategien im Umgang mit der Erkrankung



# Literatur

## **Behandlungsmanuale:**

- Legenbauer T. und Vocks S. (2017). Manual der kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Heidelberg: Springer Verlag
- Herpertz S., Zipfel S., de Zwaan M. (Hrsg.) (2015) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer.
- Vocks S., Legenbauer T. (2010). Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Göttingen: Hogrefe
- Friederich H.C , Herzog W, Wild B, Zipfel S, Schauenburg H. (2014). Anorexia Nervosa. Fokale psychodynamische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

## **Für Betroffene und Angehörige:**

- Zeek, A., Herpertz (Hrsg.) (2015). Diagnostik und Behandlung von Essstörungen. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Patientenleitlinie. Berlin: Springer Verlag
- Schulte-Markwort M., Zahn S. (2011). Magersucht – effektive Hilfe für Betroffene und Angehörige. Patmos-Verlag
- Fairburn C. (2008). Ess-Attacken stoppen. Ein Selbsthilfeprogramm. Bern: Huber
- Schmidt U., Treasure J., June A. (2016). Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm. Berlin: Beltz.
- Treasure J., June A. (2014). Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm. Berlin: Beltz.
- Wardetzki B. (1996). „Iss doch endlich mal normal!“. Hilfe für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen. München: Kösel

## **Informationen im Internet**

- [www.anad.de](http://www.anad.de)
- [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)
- [www.awmf.org](http://www.awmf.org) (S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen)