



Jacobi • Thiel • Beintner

4. Auflage

Anorexia und Bulimia nervosa

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsprogramm

 E-BOOK INSIDE +
ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Leseprobe aus: Jacobi, Thiel, Beintner, Anorexia und Bulimia nervosa, ISBN 978-3-621-28305-2

© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28305-2>

1 Einleitung: Wege aus dem goldenen Käfig

Die Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Bulimie) sind Erkrankungen mit häufig langjährigen Verläufen und erheblichen negativen Auswirkungen auf alle wichtigen Lebensbereiche. Auch wenn diese Essstörungen in den Medien gelegentlich als Modeerscheinungen dargestellt werden, dürfen sie doch nicht unterschätzt werden. Sie können die psychische und körperliche Gesundheit und die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen und führen in Einzelfällen sogar zum Tode. Soziale Kontakte, Freundschaften und Partnerschaften, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und die Lebenszufriedenheit der Patientinnen werden erheblich belastet. Das veränderte Essverhalten und die Versuche der Gewichtsreduktion begünstigen gesundheitliche Folgeschäden. Das klinische Bild ist durch dieses Nebeneinander von psychischen und somatischen Symptomen gekennzeichnet, die sich zum Teil wechselseitig bedingen. Aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse und klinischen Erfahrungen gehen wir heute von einer primär psychischen Ätiologie aus. Psychotherapie gilt deshalb als die Behandlung der ersten Wahl. Dabei müssen jedoch in Abhängigkeit vom bestehenden Untergewicht und der körperlichen Symptomatik häufig auch medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt und in den Gesamtbehandlungsplan einbezogen werden.

Das veränderte Essverhalten der anorektischen und bulimischen Patientinnen wirkt auf andere Menschen oft ebenso befremdlich oder unverständlich wie das mitunter extreme Untergewicht. Aber diese Auffälligkeiten dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass die Bezeichnung als psychogene Essstörungen einer gewissen Willkür nicht entbehrt, da sie einseitig das Essverhalten nennt, ohne gleichzeitig auch andere Symptome wie etwa die Selbstwertproblematik oder Körperschemastörungen zu erwähnen. Bei diesen Erkrankungen ist eben nicht nur das äußerlich beobachtbare Essverhalten, sondern darüber hinausgehend auch das innere Erleben der Betroffenen verändert; diese Komplexität stellt besondere Anforderungen an die psychotherapeutische Behandlung.

Franz Kafka setzt sich in seiner Kurzgeschichte »Ein Hungerkünstler« aus dem Jahre 1924 mit dem Thema Essen und Hungern auseinander und erzählt ein anschauliches Beispiel. Die Geschichte berichtet einleitend, das allgemeine Interesse an den auf Jahrmärkten gewissermaßen als Kuriosität zur Schau gestellten Hungerkünstlern, die unter den Augen der Öffentlichkeit in einem Käfig vierzig Tage hungern mussten, habe damals deutlich nachgelassen. Kafka beschreibt dann die Situation eines Hungerkünstlers, dem eine berufliche Neuorientierung als Anpassung an diese veränderte Situation nicht gelingt. Deshalb lässt er sich schließlich von einem Zirkus engagieren, wo sein Käfig in der Nähe der Ställe untergebracht wird, damit das Publikum in den Pausen nicht nur die Tiere, sondern auch den Hungerkünstler bewundern kann. Das Interesse

der Menschen verliert sich jedoch schnell, der Hungerkünstler gerät in Vergessenheit und verhungert am Ende.

Kafka litt vermutlich selbst an einer Essstörung. Anhaltspunkte dafür finden sich etwa in seinem Brief an den Vater, und so liegt es nahe, nach dem autobiografischen Hintergrund dieser Kurzgeschichte zu fragen (Fichter, 1988). Schon der Titel ruft Assoziationen mit der Magersucht hervor. Der Hungerkünstler hungert, weil er nicht die Speise findet, die ihm schmeckt: »Hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgegessen wie du und alle«; diese Worte drücken bildhaft die Unfähigkeit vieler anorektischer und bulimischer Patientinnen aus, ihre Lebenssituation anders zu meistern als durch Hungern, Essanfälle oder Erbrechen. Sie reagieren auf Konflikte oder Belastungen mit der Entwicklung einer Essstörung. Die Nahrungsverweigerung wird zum Ausdruck individueller Probleme, die von den Betroffenen als so schwer erlebt werden, dass Hungern im Vergleich dazu zur »die leichteste Sache von der Welt« (Kafka, 1976, S. 193) wird. Kafkas Geschichte vom männlichen Hungerkünstler ist etwas untypisch, da es sonst überwiegend Frauen sind, die an einer solchen Essstörung erkranken. Dennoch gibt die Kurzgeschichte viele Aspekte der psychischen Verfassung dieser Patientinnen treffend wieder.

Der Hungerkünstler in der Kurzgeschichte sieht für sich keine Alternative zum Hungern. Er findet keinen Ausweg aus seinem Käfig und stirbt schließlich. Die Mehrzahl der anorektischen und bulimischen Patientinnen erlebt ihre Lage ebenfalls als ausweglos. Bruch (1980) spricht im Zusammenhang mit der Lebenssituation dieser Frauen von einem »goldenen Käfig« und skizziert damit treffend die eingeschränkte Lebensfreude und die innere Unfreiheit der Betroffenen. Psychotherapie zielt auf eine Verbesserung der Lebensqualität und sollte Patientinnen ermutigen, sich auf neue Erfahrungen einzulassen und Wege aus diesem »goldenen Käfig« zu finden.

»In den letzten Jahrzehnten ist das Interesse an Hungerkünstlern sehr zurückgegangen. Während es sich früher gut lohnte, große derartige Vorführungen in eigener Regie zu veranstalten, ist dies heute völlig unmöglich. Es waren andere Zeiten. Damals beschäftigte sich die ganze Stadt mit dem Hungerkünstler; von Hungertag zu Hungertag stieg die Teilnahme; jeder wollte den Hungerkünstler zumindest einmal täglich sehn. [...] Man gewöhnte sich an die Sonderbarkeit, in den heutigen Zeiten Aufmerksamkeit für einen Hungerkünstler beanspruchen zu wollen, und mit dieser Gewöhnung war das Urteil über ihn gesprochen. Er mochte so gut hungern, als er nur konnte, und er tat es, aber nichts konnte ihn mehr retten, man ging an ihm vorüber. Versuche, jemandem die Hungerkunst zu erklären! Wer es nicht fühlt, dem kann man es nicht begreiflich machen. Die schönen Aufschriften wurden schmutzig und unleserlich, man riss sie herunter, niemandem fiel es ein, sie zu ersetzen; das Täfelchen mit der Ziffer der abgeleisteten Hungertage, das in der ersten Zeit sorgfältig täglich erneuert worden war, blieb schon längst immer das gleiche, denn nach den ersten Wochen war das Personal selbst dieser kleinen Arbeit überdrüssig geworden; und so hungerte zwar der Hungerkünstler

weiter, wie er es früher einmal erträumt hatte, und es gelang ihm ohne Mühe ganz so, wie er es damals vorausgesagt hatte, aber niemand zählte die Tage, niemand, nicht einmal der Hungerkünstler selbst wusste, wie groß die Leistung schon war, und sein Herz wurde schwer. [...] Doch vergingen wieder viele Tage, und auch das nahm ein Ende. Einmal fiel einem Aufseher der Käfig auf, und er fragte die Diener, warum man hier diesen gut brauchbaren Käfig mit dem verfaulten Stroh drinnen unbenutzt stehen lasse; niemand wusste es, bis sich einer mit Hilfe der Ziffertafel an den Hungerkünstler erinnerte. Man rührte mit Stangen das Stroh auf und fand den Hungerkünstler darin. »Du hungerst noch immer?« fragte der Aufseher, »wann wirst du denn endlich aufhören?« »Verzeiht mir alle«, flüsterte der Hungerkünstler; nur der Aufseher, der das Ohr ans Gitter hielt, verstand ihn. »Gewiss«, sagte der Aufseher und legte den Finger an die Stirn, um damit den Zustand des Hungerkünstlers dem Personal anzudeuten, »wir verzeihen dir.« »Immerfort wollte ich, dass ihr mein Hungern bewundert«, sagte der Hungerkünstler. »Wir bewundern es auch«, sagte der Aufseher entgegenkommend. »Ihr sollt es aber nicht bewundern«, sagte der Hungerkünstler.

»Nun, dann bewundern wir es also nicht«, sagte der Aufseher, »warum sollen wir es denn nicht bewundern?« »Weil ich hungern muss, ich kann nicht anders«, sagte der Hungerkünstler. »Da sieh mal einer«, sagte der Aufseher, »warum kannst du denn nicht anders?« »Weil ich«, sagte der Hungerkünstler, hob das Köpfchen ein wenig und sprach mit wie zum Kuss gespitzten Lippen gerade in das Ohr des Aufsehers hinein, damit nichts verloren ginge, »weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt. Hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgegessen wie du und alle.« Das waren die letzten Worte, aber noch in seinen gebrochenen Augen war die feste, wenn auch nicht mehr stolze Überzeugung, dass er weiterhungere [...].« (Kafka, 1924, S. 191 ff.).

Das vorliegende Buch beschreibt die Verhaltenstherapie der Anorexia und Bulimia nervosa. Die ersten Kapitel informieren einleitend über die Symptomatik, Diagnostik, Epidemiologie und Ätiologie von Essstörungen. Anschließend werden die einzelnen Bausteine einer Verhaltenstherapie beschrieben. Das Buch ist kein Lehrbuch für Verhaltenstherapie, sondern ein Therapiemanual mit konkreten Hinweisen und Hilfen für die psychotherapeutische Praxis.

2 Symptomatik

2.1 Körperliche Veränderungen

Die Symptome der psychogenen Essstörungen umfassen körperliche und psychische Veränderungen. Ein ausgeprägtes Untergewicht gilt oft als Leitsymptom der Anorexia nervosa. Das »schonungslose Streben nach übermäßiger Schlankheit« (Bruch, 1980, S. 16) findet sich jedoch ebenso bei der Bulimia nervosa, obwohl lebensbedrohliche Ausmaße einer extremen Kachexie auf anorektische Syndrome beschränkt sind. Somatische Beschwerden treten meist erst sekundär, d. h. als Folge der unausgewogenen Ernährung, der Gewichtsabnahme oder des stark veränderten Essverhaltens mit Erbrechen und Essanfällen auf. Anfangs stehen Herz-Kreislauf-Störungen mit niedrigem Blutdruck und Puls, Durchblutungsstörungen mit Kältegefühlen in Händen und Füßen, Hormonstörungen mit unregelmäßiger oder fehlender Menstruation und Beschwerden im Magen-Darm-Bereich im Vordergrund. Im weiteren Verlauf stellen sich dann zunehmend ausgedehnte Mineral- und Vitaminmangelsyndrome und Elektrolytstörungen ein. Heute ist bekannt, dass auch schon ein vergleichsweise geringfügiger Gewichtsverlust von wenigen Kilogramm zu metabolischen und endokrinologischen Störungen führen kann.

Körperliche Symptome und Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa

- ▶ Untergewicht (im Extremfall bis zum Verhungern)
- ▶ Lanugobehaarung (Flaumhaar)
- ▶ Schwere Lungenentzündungen (Pneumonie) bei reduziertem Allgemeinzustand
- ▶ Kreislaufregulationsstörungen mit niedrigem Blutdruck (Hypotonie, orthostatische Dysregulation)
- ▶ Niedrige Körpertemperatur (Hypothermie)
- ▶ Durchblutungsstörungen mit kalten Händen und Füßen (Akrozyanose), im Extremfall bis hin zu Erfrierungen an den Füßen
- ▶ Langsamer Puls (Bradykardie)
- ▶ Herzrhythmusstörungen (z. B. ventrikuläre Extrasystolen)
- ▶ Knochenstoffwechselstörungen (Osteoporose, Osteomalazie)
- ▶ Zahnschäden (Karies)
- ▶ Trockene Haut und Haarausfall
- ▶ Verformungen der Nägel (Uhrglasnägel)
- ▶ Verbreiterungen der Endglieder (Trommelschlegelfinger oder -zehen)
- ▶ Mineral- und Vitaminmangelzustände
- ▶ Vergrößerte Speicheldrüsen (Sialose)
- ▶ Störungen des Säure-Basen-Haushaltes (z. B. metabolische Alkalose)

- ▶ Elektrolytstörungen (z. B. Hypokaliämie)
- ▶ Nierenfunktionsstörungen (bis hin zur chronischen Niereninsuffizienz)
- ▶ Gicht (Hyperurikämie)
- ▶ Blutbildveränderungen in Form von zu wenig roten Blutkörperchen (Anämie), zu wenig weißen Blutkörperchen (Leukopenie) oder zu wenig Blutplättchen (Thrombopenie)
- ▶ Knochenmarkveränderungen (gelatinöse Transformation)
- ▶ Wassereinlagerungen im Gewebe (Ödeme)
- ▶ Magenfunktionsstörungen, Völlegefühle und Verdauungsstörungen (z. B. Obstipation)
- ▶ Geschwüre und Blutungen im Magen oder Zwölffingerdarm (Ulcus)
- ▶ Sodbrennen (Refluxösophagitis bei Kardiainsuffizienz)
- ▶ Menstruationsstörungen bis hin zur Amenorrhoe
- ▶ Störungen der Blutzuckerregulation (Hypoglykämie)
- ▶ Andere Hormonstörungen (z. B. erniedrigte T3-, Noradrenalin- und Adrenalin Spiegel, erhöhte STH- und Kortisolspiegel)
- ▶ Nervenschädigungen (Polyneuropathie)
- ▶ Hirnatrophie

Für genauere Informationen über die Pathophysiologie und die medizinischen Komplikationen dieser Erkrankungen sei auf die umfangreiche Literatur zu diesem Thema verwiesen (AWMF, 2010; Brambilla & Monteleone, 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Fichter, 2005; Friederich, 2015; Mitchell & Crow, 2006; Schweiger et al., 2003). Eine gut verständliche, für Patientinnen und Angehörige geeignete Information über die medizinischen Komplikationen und Folgeschäden bei Anorexia und Bulimia nervosa bietet Informationsblatt 1 im Anhang.

IB
1

2.2 Psychische Veränderungen

Die psychischen Veränderungen bei Essstörungen sind ebenfalls vielfältig. Sie gehen weit über das Essverhalten hinaus und beziehen sich meist auf alle wichtigen Lebensbereiche. Dabei gibt es ähnlich wie bei anderen Krankheitsbildern nicht nur die typische Patientin, bei der sämtliche Symptome und Diagnosekriterien vollständig ausgeprägt sind. Individuelle Besonderheiten können den psychischen Befund prägen. Ungeachtet dieser Einschränkung lassen sich eine Reihe wichtigster psychischer Symptome herausarbeiten, die wegen ihrer Relevanz für die Diagnose und Behandlung im Folgenden skizziert werden sollen (Fairburn & Harrison, 2003; Fichter, 2005; Krauß & de Zwaan, 2007).

Psychische Symptome bei Anorexia und Bulimia nervosa

- ▶ Pathologisches Essverhalten
- ▶ Körperbildstörungen
- ▶ Selbstwertprobleme
- ▶ Psychosoziale und sexuelle Probleme
- ▶ Depressionen
- ▶ Ausgeprägte Leistungsorientierung (häufig mit asketischen Idealen)

Pathologisches Essverhalten

Von den psychischen Symptomen fallen der Umwelt das veränderte Essverhalten und ein besonderer Umgang mit Nahrungsmitteln oft als Erstes auf. Die Patientinnen befolgen besondere Diätvorschriften. Häufig resultiert daraus eine unausgewogene, kalorienreduzierte Ernährung mit einem vergleichsweise hohen Eiweißanteil bei gleichzeitig reduzierten Fett- und Kohlenhydratanteilen. Viele Patientinnen verordnen sich selbst eine sogenannte Schwarze Liste, d.h. sie unterscheiden »erlaubte« Nahrungsmittel wie beispielsweise Quark oder Joghurt von »verbotenen« Lebensmitteln wie etwa Schokolade oder fetten Fleischprodukten. Einige beschäftigen sich intensiv mit Kochbüchern, kochen gern für andere oder sammeln Rezepte und Diättempfehlungen.

Bei anfallsartig auftretenden Essanfällen essen die Betroffenen scheinbar wie wahllos große Mengen Lebensmittel und überschreiten dabei ihre Diätregeln. Anschließend erleben viele Patientinnen Schamgefühle und fühlen sich deprimiert. Um einer Gewichtszunahme infolge der Essanfälle entgegenzuwirken, werden häufig kompensatorische Maßnahmen eingesetzt. Das DSM-5 spricht von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen und zählt hierzu selbstinduziertes Erbrechen, den Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder anderen Medikamenten sowie Fasten und übermäßige körperliche Bewegung. Zuckerkrankte Patientinnen, die Insulin zur Therapie des Diabetes mellitus benötigen, verändern manchmal die Insulindosis, um das Gewicht zu manipulieren.

Jede dieser Verhaltensweisen im Umgang mit Essen und Gewicht sind für sich genommen zunächst nur auffällig und noch nicht sicher pathologisch. Viele Menschen machen beispielsweise vorübergehend oder regelmäßig kalorienreduzierte Diäten. Seinen pathologischen Charakter bekommt das Verhalten der Patientinnen erst durch den Verlust der inneren Freiheit, der im Verlauf der Essstörung dazu führt, dass sie ihr Essverhalten kaum noch frei wählen und selbst angesichts schwerer Komplikationen nur sehr schwer verändern können.

Pathologisches Essverhalten bei Anorexia und Bulimia nervosa

- ▶ Einhalten einer Diät zur Gewichtsreduktion
- ▶ Gebrauch einer Schwarzen Liste mit »erlaubten« und »verbotenen« Lebensmitteln
- ▶ Ein besonderes Interesse und ein auffälliger Umgang mit Nahrungsmitteln
- ▶ Besondere Verhaltensweisen zur Gewichtsregulation: (1) selbstinduziertes Erbrechen, (2) übermäßige körperliche Aktivität, (3) Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren, Appetitzüglern oder Schilddrüsenhormonpräparaten
- ▶ Große Angst vor einer Gewichtszunahme
- ▶ Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf Appetit-, Hunger- und Sättigungsgefühle

Das pathologische Essverhalten der Patientinnen unterscheidet sich zum Teil erheblich voneinander. Einige halten über lange Zeiträume hinweg strenge Diäten ein und nehmen ab bis zur Kachexie. Andere Patientinnen behalten ein deutlich höheres Gewicht. Das Auftreten von Essanfällen und Erbrechen wird in beiden Gruppen beobachtet. Auf Stress reagieren einige mit hyperaktivem Verhalten oder Hungern, bei anderen kommt es dadurch zu Essanfällen. Welche Faktoren im Einzelfall für die Heterogenität dieser Symptombildung verantwortlich sind, ist bis heute unklar.

Körperbildstörungen (Body-Image-Störung)

Das auffällige Essverhalten schränkt die Ausgewogenheit und Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme erheblich ein und im Laufe der Zeit verliert sich die Möglichkeit, physiologische Gefühle von Appetit, Hunger und Sättigung differenziert wahrzunehmen. Gleichzeitig verändern sich das Körperbild und die Körperwahrnehmung. Davon betroffen ist zunächst die kognitive Wahrnehmung der Körpergrenzen; die Maße der eigenen Figur (z.B. Brust-, Hüft- und Bauchumfang) werden unverhältnismäßig überschätzt. Aber auch die emotionale Qualität, in der der eigene Körper erlebt und bewertet wird, verändert sich ins Negative; die Patientinnen empfinden sich als »zu dick, schwabbelig, unförmig, hässlich und nicht akzeptabel«. Diese beiden Aspekte werden im Zusammenhang mit den psychogenen Essstörungen häufig auch als Body-Image-Störungen bezeichnet. Sie verzerren die realistische Wahrnehmung des eigenen Körpers und führen dazu, dass der Wunsch nach Gewichtsabnahme bei längerem Krankheitsverlauf schließlich Formen annimmt, deren Ausmaß allein mit Hinweis auf das in unserer Gesellschaft vorherrschende Schlankheitsideal nicht mehr ausreichend erklärt werden kann (Tuschen-Caffier, 2015).

Selbstwertprobleme

Ein weiteres Kennzeichen und für die Entstehung der Erkrankung von zentraler Bedeutung ist die Selbstwertproblematik der Patientinnen. Sie findet ihren Ausdruck in einer ausgeprägten Selbstunsicherheit, äußert sich in dem Gefühl, »eigentlich nichts wert« zu sein und schränkt die psychosozialen und psychosexuellen Kompetenzen ein. Die Unsicherheit der Patientinnen bezieht sich nicht nur auf die eigene Rolle im

gesellschaftlichen und familiären Umfeld, sondern betrifft insgesamt die Frage nach dem »Wert« oder der »Bedeutung« der eigenen Person. Bruch spricht in diesem Zusammenhang treffend von »lähmenden Gefühlen des Unvermögens«, von der »Überzeugung (der Patientinnen), so hilflos und unfähig zu sein, dass sie nichts in ihrem Leben ändern könnten« (1980, S. 17). Auch Selvini Palazzoli beschreibt »ein Gefühl von Isolierung und eine dunkle Ahnung von Hilflosigkeit und Nutzlosigkeit« (1982, S. 110). Das DSM-5 formuliert treffend, Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

Psychosoziale und sexuelle Probleme

Die große Mehrheit der Patientinnen mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa hat ausgeprägte zwischenmenschliche Probleme im sozialen Umfeld. Häufig besteht ein Zusammenhang mit der labilen Selbstwertregulation. Im Verlauf der Essstörung werden Beziehungen zu Freunden, Partnern und Angehörigen sowie die Zufriedenheit in Ausbildung und Beruf in aller Regel zunehmend beeinträchtigt. Als sensibler Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen ist die Sexualität besonders betroffen. Anorektische Patientinnen haben nur selten sexuelle Beziehungen. Sofern solche Kontakte noch bestehen, was insgesamt bei bulimischen Frauen häufiger der Fall ist, ist die Zufriedenheit mit der Sexualität oft eingeschränkt. Wenn eine relevante Selbstwertproblematik vorliegt, wird sie in aller Regel bei der Erhebung der Anamnese, aus der Verhaltensanalyse oder bei der Reflexion der therapeutischen Beziehung erkennbar.

Depressionen

Viele Patientinnen zeigen parallel zur Essstörung auch vorübergehende oder längerfristig bestehende depressive Syndrome. Die klinische Ausprägung reicht dabei von leichten depressiven Verstimmungen bis hin zu schweren depressiven Episoden im engeren Sinne.

Ausgeprägte Leistungsorientierung

Häufig zeigen Patientinnen eine ausgeprägte Leistungsorientierung, die mit asketischen Idealen einhergehen kann. Bemühungen um sehr gute Erfolge in Schule oder Beruf können ebenso wie sportliche Aktivitäten dazu dienen, das Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Exzessives Joggen oder andere Formen körperlicher Hyperaktivität stärken sogar auf zweifache Weise das Selbstwertgefühl; sie verschaffen das Erfolgserlebnis, ein sportliches Ziel erreicht zu haben, und begünstigen wegen des gesteigerten Energieverbrauchs die Gewichtsabnahme.