

Eveline Müller

Esstörungen – den Hunger nach positiven Beziehungserfahrungen stillen lernen

Eating-Disorders – Learning to satisfy the emotional hunger for positive experiences in relationships

Esstörungen sind oft chronisch verlaufende psychische Erkrankungen mit einer Vielzahl von körperlichen Folgeerscheinungen, einem – vor allem im Falle der Anorexie – sehr hohen Mortalitätsrisiko sowie einer hohen Komorbiditätsrate, insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen. An verhaltenstherapeutischen Konzepten haben sich die CBT-E (Kognitiv-Behaviorale Therapie) nach Fairburn (2012) sowie die DBT-E (Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Essstörungen) nach Sipos & Schweiger (2012) in der Praxis bewährt und auch wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise erbracht. In jüngster Zeit gewinnt darüber hinaus die RO-DBT (Lynch et al., 2013) – vor allem für überkontrollierte Anorexiepatienten – an Bedeutung. Alle bisherigen Therapieansätze lassen jedoch hinsichtlich der Remissionsraten noch Spielraum für Optimierungen. Jenseits der vordergründigen Beschäftigung mit der Frage des Essens oder Nicht-Essens bietet die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) nach Sulz (Sulz & Hauke, 2009, 2010) mit sieben Modulen einen erfolgversprechenden Ansatz, um einen Blick hinter die Symptomkulisse zu werfen und sich den grundlegenden Themen hinter der Essstörung zu widmen. Diese bestehen nach Fairburn (2012) in einem starken Perfektionismus, einem fehlenden Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sowie im interpersonellen Bereich.

Ausgehend von einem vertieften Fallverständnis im Rahmen der SBT wird an einem Beispielfall illustriert, wie sich daraus die Zielkonzeption ergibt und davon die Therapiestrategie abgeleitet werden kann. Der modular aufgebaute SBT-Ansatz wird schließlich für Essstörungen adaptiert und relevante therapeutische Interventionen vorgestellt.

Schlüsselwörter

Esstörungen – CBT-E – DBT-E – RO-DBT – Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) – Perfektionismus – Selbstwertgefühl – Emotionsregulation – interpersoneller Bereich – SBT-Esstörungsmodule

Eating disorders are mental disorders with a multitude of physical sequelae, a very high risk of mortality – particularly in the case of anorexia – and a high co-morbidity rate primarily in personality disorders. Existing behavioral therapeutic concepts, essentially CBT-E (Cognitive Behavioral Therapy) from Fairburn (2012) and DBT-E (Dialectical Behavior Therapy) from Sipos & Schweiger (2012), have proved to be useful in practice and shown scientific effectiveness. Quite recently the RO-DBT (Lynch et al., 2013) has become increasingly important, primarily to over-controlled anorectic patients. However,

all previous therapy approaches still allow space for optimization with regard to the remission rates. Beyond the superficial pre-occupation with the question as to how or not to eat, the Strategic Behavioral Therapy (SBT) from Sulz (Sulz & Hauke, 2009 and 2010) comprising seven modules offers a promising approach to take a look behind the symptoms and devote oneself to the basic topics of the eating disorder. According to Fairburn (2012) these are a strong perfectionism, a missing self-esteem and difficulties in both emotion regulation and interpersonal contact.

Starting out from a deep understanding of the case in the context of SBT, the conceptualization of the therapeutic goals will be illustrated by an example case from which the therapeutic strategy can be derived. Finally, the modular approach of SBT will be adapted to eating disorders and relevant therapeutic interventions will be introduced.

Keywords

eating disorders – CBT-E – DBT-E – RO-DBT – Strategic Behavioral Therapy (SBT) – perfectionism – self-esteem – emotion regulation – interpersonal contact – SBT-eating disorder modules

Einführung

„Iss doch. Das tut nicht weh – andere Menschen machen das ja auch ...“ – so karikierte eine meiner ehemaligen Essstörungspatientinnen in einem selbst gezeichneten Cartoon die Reaktion ihres Gegenübers auf ihre Schwierigkeiten mit dem Essen.

Was für einen Großteil der Menschen völlig selbstverständlich und alltäglich ist, ganz normal zu gesellschaftlichen Anlässen gehört, für viele auch eine Quelle von Genuss und Lebensfreude ist, das stellt für Essstörungspatienten meist eine unüberwindliche Herausforderung dar: das Essen. Und wenn es so einfach wäre, die von einer Essstörung Betroffenen wieder zum normalen Essen zu bringen, wie es so treffend von meiner ehemaligen Patientin in einem Cartoon dargestellt wurde, dann würden viele Therapeuten sicherlich sehr viel lieber mit Essstörungspatienten arbeiten.

Durch den hohen somatischen Anteil, den oft chronischen Verlauf sowie die häufig vorliegenden komorbiden Störungen gehören Essstörungen sicherlich zu den schwieriger zu behandelnden psychischen Störungsbildern.

Etwa 0,5 bis 1 % der Menschen erkranken während ihres Lebens an einer Anorexia nervosa, 1-2 % an einer Bulimia nervosa und zwischen 2 und 3 % an einer Binge-Eating-Störung (Reich & Cierpka, 2010; Schweiger, Peters & Sipos, 2003). Der Frauenanteil liegt bei der Anorexie und Bulimie bei 95 %, bei der Binge-Eating-Störung kommen im Durchschnitt zwei erkrankte Männer auf drei Frauen (Reich & Cierpka, 2010). Darüber hinaus gibt es einen erheblichen Anteil von unspezifischen Essstörungen (NNB), der bei etwa 5 % liegt und 60 % aller Essstörungen ausmacht (Fairburn, 2012).

Essstörungen beginnen meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Das Ersterkrankungsalter liegt bei der Anorexia nervosa zwischen dem 14. und dem 18. Lebensjahr, ein zweiter Erkrankungsgipfel findet sich in jüngster Zeit ab dem 40. Lebensjahr (Reich & Cierpka, 2010). Die Bulimie und die Binge-Eating-Störung beginnen meist später und treten gehäuft zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Menschen die an einer Anorexia

nervosa leiden, haben das höchste Sterblichkeitsrisiko innerhalb der Gruppe aller Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (Harris & Barraclough, 1989).

Essgestörte leiden häufig auch an weiteren psychischen Störungen, zwischen 50-60 % an einer Depression, bis zu 94 % an einer Angststörung sowie vor allem Anorexiopatienten an komorbid auftretenden Zwangsstörungen (Reich & Cierpka, 2010) in bis zu 40 % der Fälle (Sipos & Schweiger, 2012). Bis zu 80 % aller Essstörungspatienten sind nikotinabhängig (Nikotin dämpft Hungergefühle), bei 30 % aller essgestörten Patienten finden sich außerdem Hinweise auf einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen oder Benzodiazepinen (Schweiger, Peters & Sipos, 2003). Darüber hinaus lassen sich bei bis zu 80 % der Essstörungspatienten eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen feststellen (Sipos & Schweiger, 2012).

Innerhalb der wissenschaftlichen Verhaltenstherapie haben sich vor allem die Kognitiv-Behaviorale Therapie für Essstörungen CBT-E nach Fairburn (2012) sowie die DBT-E nach Sipos und Schweiger (2012), basierend auf den Prinzipien der Dialektisch-Behavioralen Therapie, etabliert. Die Remissionsraten dieser evidenzbasierten Therapieverfahren, die im Falle der CBT-E bei ca. 45 % liegen (Sipos, Bohus & Schweiger, 2011), lassen jedoch noch „Luft nach oben“.

Theoretische Grundlagen

Transdiagnostischer Ansatz

In den gängigen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013) und DSM-V (APA, 2013) werden grob folgende Essstörungen unterschieden:

- Anorexia nervosa mit zwei Subtypen (mit und ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme)
- Bulimia nervosa
- Atypische Anorexia nervosa
- Atypische Bulimia nervosa
- Binge-Eating-Störung (neu im DSM-V, nicht in der ICD-10)
- Nicht näher bezeichnete Essstörung

Jenseits dieser klassifikatorischen Unterteilung, die vor allem die Unterschiede der verschiedenen Essstörungen hervorhebt, kommt Fairburn (2012) nach mehreren großangelegten epidemiologischen Studien zu dem Schluss, dass 50 bis 60 % aller Essstörungspatienten in die Kategorie der Essstörung NNB fallen und in der klinischen Beobachtung die Gemeinsamkeiten zwischen den Essstörungen überwiegen. Die klassifikatorische Abgrenzung der Essstörungsdiagnosen erscheint nach Fairburn sowohl im Quer- wie auch im Längsschnitt einer gewissen Willkür zu unterliegen. Hierbei hebt er insbesondere auf die sogenannte diagnostic migration im Rahmen einer „Essstörungsbiografie“ ab. Das heißt, dass Essstörungspatienten im Lauf ihrer Erkrankung häufig mehrere Essstörungsdiagnosen durchlaufen sowie zwischen diesen hin und her wechseln. Dies bedeutet zum Beispiel, dass eine Patientin, die zunächst eine Anorexie vom Binge-/Purging-Typus aufweist, nach erfolgreicher Gewichtszunahme (BMI nun über der Magersuchtsgrenze von 17,5) bei gleichzeitigem Persistieren der bulimischen Symptomatik nun die Diagnose

„Bulimia nervosa“ bekommen müsste. Dies würde nach dem klassischen Denken und den je nach Art der Essstörung unterschiedlichen Therapiemanualen eine Veränderung der Behandlungsstrategie bedeuten und könnte die Motivation der Patientin deutlich beeinträchtigen.

Fairburns Ergebnisse legen somit einen sogenannten transdiagnostischen Ansatz nahe, der impliziert, dass Essstörungen besser als eine diagnostische Kategorie und nicht als Gruppe unterschiedlicher Störungen betrachtet werden sollten (Fairburn, 2012).

Folgende Kernmerkmale finden sich nach Fairburn (2012) bei nahezu allen Essstörungspatienten:

- veränderte Essgewohnheiten, vor allem gezügeltes Essverhalten
- Überbewertung von Figur und Gewicht
- Abhängigkeit des Selbstwerts von Figur und Gewicht
- Vernachlässigung anderer relevanter Lebensbereiche

Darüber hinaus postuliert Fairburn (2012), dass bei allen Essstörungspatienten neben der Symptomebene vier wichtige therapierrelevante Hintergrundthemen eine große Rolle spielen:

- hoher Perfektionismus
- sehr geringer Selbstwert
- Schwierigkeiten, mit starken Gefühlszuständen fertig zu werden
- Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich

Kognitiv-Behaviorale Therapie bei Essstörungen (CBT-E)

Die Therapiestrategien der CBT-E beruhen auf der Annahme, dass Essstörungen in erster Linie „kognitive Störungen“ sind, die durch eine Überbewertung von Figur, Gewicht und deren Kontrolle entstehen. Durch restriktives Essverhalten sowie gewichtsregulierende Maßnahmen nach Essanfällen kann eine Gewichtsreduktion erreicht bzw. eine Gewichtszunahme verhindert werden, so dass in der Folge eine Selbstwerterhöhung entsteht, die die Essstörung aufrechterhält. Im Mittelpunkt der Behandlung nach CBT-E stehen somit zum einen Verhaltensänderungen, bezogen auf die Wiederherstellung eines normalen Essverhaltens, sowie kognitive Strategien zum Umgang mit der Überbewertung von Figursorgen.

Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Essstörungen (DBT-E)

Ein weiteres verhaltenstherapeutisches Verfahren, das in den letzten Jahren für Essstörungen adaptiert und weiterentwickelt wurde, stellt die DBT-E nach Sipos und Schweiger (2012) dar. Die Grundannahme ist, dass verändertes Essverhalten eine natürliche Reaktion auf „Stressbelastung, Traumatisierung oder Schwierigkeiten der Emotionsregulation“ darstellt (Sipos, Bohus & Schweiger, 2011). Die DBT-E fußt auf den Prinzipien und Modulen der Standard-DBT, wurde jedoch um drei essstörungsspezifische Module erweitert: „Symptome der Essstörung“, „Selbstmanagement-Tools“ sowie „Gesundes Essverhalten“. Erste Studien zeigen, dass dieser Ansatz vor allem für Essstörungspatienten mit einer starken Störung der Emotionsregulation hoch wirksam zu sein scheint.

Radikale Offenheit – DBT (RO-DBT)

Eine noch ganz neue Weiterentwicklung im Rahmen der DBT ist vor allem für überkontrollierte Anorexiepatienten, meist vom restriktiven Typus, die RO-DBT nach Lynch et al. (2013) mit Remissionsraten von bis zu 90 %. Lynch et al. (2013) nehmen an, dass das zentrale Problem bei der Entstehung der Überkontrolle nicht wie in der Standard-DBT die emotionale Dysregulation, sondern ein tiefgreifendes Gefühl von Einsamkeit ist (Lynch et al., 2013). Frühe familiäre Erfahrungen bestünden bei diesen Patienten darin, keine Fehler machen zu dürfen. Gleichzeitig sollen sie selbstkontrolliert und diszipliniert sein. Der daraus resultierende überkontrollierende Stil führe laut Lynch et al. (2013) dazu, dass keine neuen Skills gelernt und soziale Verstärker nicht genutzt werden können. Wichtig in der Therapie sei es demzufolge, die soziale Einbindung zu stärken und Selbstoffenbarung sowie offenen Emotionsausdruck zu fördern.

Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) bei Essstörungen

Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) ist eine Weiterentwicklung der Strategischen-Kurzzeittherapie (SKT) nach Sulz (1994, 2001), ein kognitiv-behavioraler Ansatz im Sinne der dritten Welle der Verhaltenstherapie unter Einbeziehung von achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Verfahren sowie der Arbeit an persönlichen Werten. Im Fokus der SBT steht jedoch die Herausarbeitung und Modifikation der Überlebensregel eines Individuums. Damit ist ein kognitiv-affektives Schema gemeint, das sich im Laufe der persönlichen Lern- und Entwicklungsgeschichte herausdestilliert und implizit handlungsleitend wird, jedoch normalerweise nicht der bewussten Steuerung unterliegt. Während die Überlebensregel in der Kindheit und frühen Jugend angesichts frustrierter kindlicher Bedürfnisse das „emotionale Überleben“ im Mikrokosmos Familie sichert, entstehen bei einer rigiden Beibehaltung der kindlichen Überlebensregel im Makrokosmos des Erwachsenenalters häufig Probleme. Diese können letztlich bis zur Bildung psychischer Symptome führen. Somit stehen wir in der Fallkonzeption der SBT vor der Kernfrage, warum ein Patient in genau dieser Situation genau dieses Symptom entwickelt. Diese Frage gilt es, zunächst in einem diagnostischen Prozess zu klären, der auch die Bewusstmachung der Überlebensregel des jeweiligen Patienten mit einschließt. Anschließend soll die herauskristallisierte Überlebensstrategie mithilfe kognitiver und erlebnisorientierter SBT-spezifischer Interventionen modifiziert werden. Die SBT geht dabei von sieben Arbeitsmodulen aus, die häufig auch nebeneinander eingesetzt werden und sich alle auf die Überlebensstrategie beziehen (Sulz & Hauke, 2009, 2010).

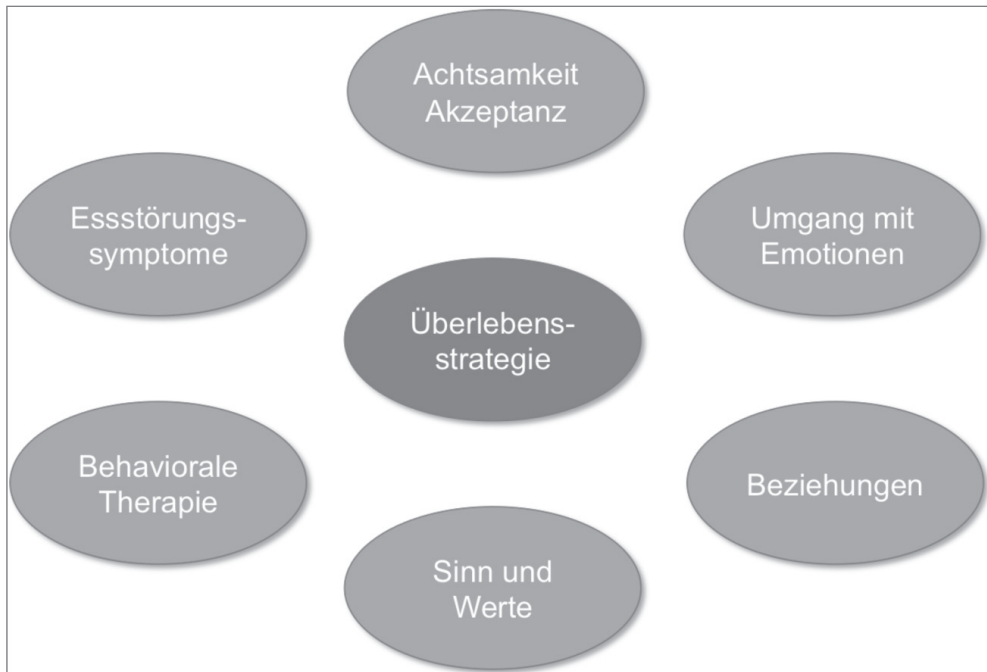
Warum nun Strategisch-Behaviorale Therapie bei Essstörungen?

Zum einen bietet gerade die SBT (Strategisch-Behaviorale Therapie) ein hilfreiches Fallverständnis und gut geeignete Module zur Behandlung der von Fairburn (2012) herausgearbeiteten grundlegenden Essstörungsthemen – starker Perfektionismus, fehlendes Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten in der Emotionsregulation sowie im interpersonellen Bereich.

Zum anderen legt auch die hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen eine intensive therapeutische Auseinandersetzung mit der Überlebensregel und deren Modifikation nahe. Insgesamt weisen etwa 30 % aller essgestörten Frauen zusätzliche Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen und 20 % Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen auf. Die am meisten verbreitete Persönlichkeitsstörung bei Essstörungspatienten ist die ängstlich-vermeidende.

Bei der restriktiven Anorexie finden sich am häufigsten dependente, ängstlich-vermeidende und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Bei Patienten mit Bulimie und Binge-Eating finden sich häufig Cluster-B (v.a. emotional instabil, antisozial, histrionisch, narzisstisch) und Cluster-C-Störungen (Reich & Cierpka, 2010; Schweiger, Peters & Sipos, 2003). Die sieben Interventionsmodule der SBT wurden in folgender Abbildung für die Behandlung von Essstörungen adaptiert:

Abb. 1: SBT-Module bei der Therapie von Essstörungen (nach Sulz & Hauke, 2010)



Vom Symptom zur Therapiestrategie: Fall- und Zielkonzeption

Ein Fallbeispiel

Frau H. ist eine 20-jährige, sehr gepflegte, modisch gekleidete und im äußeren Erscheinungsbild um Perfektion bemühte junge Frau. Sie studiert Medizin im vierten Semester, wohnt noch bei den Eltern zu Hause und ist derzeit ohne festen Partner. Ihr Vater sei Elektroingenieur, ihre Mutter Juristin, die zwei Jahre ältere Schwester studiere ebenfalls Medizin und stehe kurz vor dem Abschluss. Die Beziehung zwischen den Eltern beschreibt die Patientin als sehr angespannt, sie komme einer „Zweckgemeinschaft“ gleich. Die Atmosphäre in der Familie beschreibt die Patientin als kühl und unterschwellig angespannt. Frau H. leide seit ihrem 16. Lebensjahr unter Essstörungssymptomen. Im Vergleich zu damals gleichaltrigen Mädchen habe sie eine eher kräftige Statur gehabt. Sie habe sich von ihren Mitschülern durch sehr gute schulische Leistungen abgehoben. Ihren Körper habe sie schon immer als zu dick und hässlich empfunden.

Als die Familie beruflich bedingt in eine andere Stadt umziehen musste, habe sie ihre alten

Freunde verloren und sich sehr schwergetan, sich am neuen Wohnort einzuleben. In der Schule habe sie kaum Anschluss gehabt und sei als „dicke Streberin“ verspottet worden. Sie habe dann beschlossen, eine Diät zu machen, habe zunächst Süßigkeiten weggelassen und am Schluss nur noch etwas Obst und Gemüse gegessen. Dafür habe sie von einigen Mitschülern Komplimente bekommen, die Mädchen hätten sie beneidet, einige davon hätten nun mit ihr befreundet sein wollen. Auch von ihren Eltern und ihrer Schwester habe sie zu Beginn sehr viel Anerkennung bekommen, später besorgte Zuwendung und Unterstützung. Durch das restriktive Essverhalten habe sie von 60 Kilogramm bei 1,65 m auf 40 Kilogramm abgenommen. Sie sei dann in eine Klinik gekommen, weil sie immer schwächer geworden sei und gesundheitliche Probleme entwickelt habe. Trotz dieser Probleme habe sie das Abitur noch als Klassenbeste bestanden. In der Klinik habe sie zwar auf 49 Kilogramm zunehmen können, nach der Entlassung habe sie jedoch Heißhungeranfälle mit anschließendem Erbrechen entwickelt, zunächst nur gelegentlich, dann immer regelmäßiger. Die Anzahl der Ess-Brech-Anfälle variierten mit dem Stress im Studium; zu Semesterende, in der Prüfungszeit berichtet Frau H. über bis zu drei Ess-Brech-Anfälle täglich. Ihr Tag bestehe nur noch aus Uni, Prüfungen, Essen und Schlafen. Am sozialen Leben nehme sie nicht mehr teil, da ihr dafür keine Zeit bleibe und sie mittlerweile auch immer mehr Ängste vor einem ungezwungenen Kontakt mit anderen Menschen entwickelt habe. Gleichzeitig stelle sie so hohe Erwartungen an andere, dass diese kaum jemand erfüllen könne. Sie gebe regelmäßig ins Fitnessstudio, habe darüber hinaus aber keine Hobbys. An der Uni versuche sie, in ihrer Rolle zu funktionieren. Sobald sie zu Hause sei, würde sie von Gefühlen der Verzweiflung und Einsamkeit übermannt, die sie in der nächsten Ess-Brech-Attacke zu ersticken versuche.

Die Fallkonzeption

Im Folgenden soll der Weg zur Symptombildung nach Sulz (1994, 2001) anhand des obigen Fallbeispiels einer Patientin mit bulimischer Form der Anorexie dargestellt werden:

Die Situation (S)

Pathogene Lebensgestaltung

Das gesamte Leben der Patientin kreist um das Thema Essen oder Nicht-Essen und Erbrechen. Die verbleibende Energie setzt sie ein, um im Studium gute Leistungen zu erbringen. Emotionen und Bedürfnisse werden unterdrückt und nicht ausgelebt.

Pathogene Beziehungsgestaltung

Die unerfüllbaren hohen Erwartungen an andere führen dazu, dass die Patientin in zwischenmenschlichen Beziehungen permanent frustriert wird und sich schließlich zunehmend aus sozialen Kontakten zurückzieht. Auf diese Weise kann sie keine neuen Lernerfahrungen mit anderen Menschen machen und bleibt allein. Es kann sich auch keine Partnerschaft entwickeln.

Auslösende Lebenssituation

Auf Makroebene dürften der Umzug der Familie, die Hänseleien der damaligen Mitschüler sowie die angespannte familiäre Atmosphäre, bedingt durch den latenten Paarkonflikt der Eltern, viel zur Auslösung der Essstörungssymptomatik beigetragen haben.

Auf Mikroebene sind hier der Stress im Studium, besonders in Prüfungszeiten, sowie diesbezüglich mangelnde Copingstrategien und vor allem auch die fehlenden sozialen Beziehungen zu nennen.

Die Person (O)

Angeborene Disposition

Der Set-Point der Patientin liegt vermutlich genetisch bedingt im oberen Normalgewichtsbereich. Dies entspricht nicht dem heute gängigen Schönheitsideal.

Lerngeschichte

Die Eltern, beide erfolgreiche Akademiker, sowie die ältere Schwester, die ebenfalls Medizin studiert, geben hohe Normen und Erwartungen im Hinblick auf eine in beruflicher Hinsicht erfolgreiche Lebensführung vor. Gleichzeitig vermitteln die Eltern kein Modell für einen gelungenen Umgang mit Emotionen. Sie stecken in einem latenten Partnerschaftskonflikt fest, der nicht gelöst wird. Die Patientin befindet sich schon als Kind in dem Dilemma, sich einerseits den Leistungsanforderungen der Eltern anpassen zu müssen, während andererseits ihre eigentlichen kindlichen Bedürfnisse nach authentischer Emotionalität und echter Beziehung befriedigt werden wollen.

Kindliches Weltbild

Die Patientin entwickelt hohe Erwartungen an sich und andere, die weder sie selbst noch das Gegenüber erfüllen können. Dadurch entsteht häufig ein Gefühl der Enttäuschung, so dass soziale Beziehungen und intensivere Bindungen vermieden werden.

Kindliches Selbstbild

Frau H. lehnt ihren Körper ab und kann in der Phase der Pubertät kein positives weibliches Selbstbild entwickeln. Gleichzeitig besteht ein unstillbarer Hunger nach bedingungsloser Liebe, Aufmerksamkeit und Anerkennung.

Kindliche Grundannahmen

Es entsteht eine übertriebene Orientierung an äußeren Normen und Pflichterfüllung, so dass ein vermeintlich perfektes (überschlankes) äußeres Erscheinungsbild sowie das Erbringen sehr guter Leistungen im Medizinstudium zum zentralen Lebensinhalt und zur alleinigen Verstärkerquelle werden. „Sich selber etwas Gutes tun“ ist für Frau H. ein Fremdwort.

Zwischenmenschliche Bedürfnisse wie Nähe zu anderen Menschen, Intimität und Sexualität werden abgelehnt und nicht gelebt.

Überlebensregel

Dies mündet in folgende Überlebensregel von Frau H.:

„Nur wenn ich stets gute Leistungen erbringe und immer darauf achte, dass ich perfekt das gängige Schönheitsideal erfülle und niemals eigene Wünsche oder Bedürfnisse einfordere oder auslebe, bewahre ich mir Liebe, Anerkennung und Aufmerksamkeit und verhindere, dass ich abgelehnt und ausgegrenzt werde.“

Dysfunktionale Verhaltensstereotypien

Frau H. ordnet ihr ganzes Leben der rigiden Einhaltung dieser Regel unter. Über restriktives Essverhalten versucht sie, ihr Gewicht zu kontrollieren und den vermutlich genetisch bedingt höheren Set-Point zu kompensieren. Falls sie das asketische Ideal einmal

nicht durchhält und es zu einem Essanfall kommt, steuert sie sofort mit anschließendem Erbrechen gegen.

Dauerdilemma

Die bulimische Form der Anorexie scheint das Dilemma zwischen Disziplin, Regeleinhaltung und Askese einerseits und dem Bedürfnis nach echtem Leben, Beziehung und Anerkennung andererseits zunächst und an der Oberfläche zu lösen. Durch das kompensatorische Erbrechen kann sich die Patientin wenigstens im Bereich des Bedürfnisses nach Essen den Genuss eigentlich verbotener Nahrungsmittel hin und wieder erlauben. In der Tiefe wird dadurch aber ihr eigentlicher Hunger nach Beziehung und zwischenmenschlichen Begegnungen nicht gestillt, so dass das Dilemma nicht gelöst wird und aufrechterhalten bleibt.

Die Reaktionskette – die Entstehung des Symptoms (R)

Primäre Emotion

Ärger, Wut und Enttäuschung, dass andere ihre überhohen Erwartungen und Bedürfnisse nach Liebe, Anerkennung und Aufmerksamkeit nicht von selbst erspüren und hundertprozentig befriedigen.

Primärer Handlungsimpuls

Würde am liebsten aggressiv andere dazu zwingen, ihre Bedürfnisse nach Liebe, Anerkennung und Aufmerksamkeit zu erfüllen.

Antizipierte Konsequenz

Erwartet, dass die anderen sie dann erst recht ablehnen und sie noch einsamer und verzweifelter wird.

Gegensteuernde Gefühle

Schuldgefühle, Angst, sich anderen zuzumuten, Angst davor, die Kontrolle über ihr Essverhalten und sich selbst zu verlieren.

Vermeidung

Frau H. unterdrückt ihren Handlungsimpuls, sie zieht sich von anderen Menschen zurück und vermeidet damit die Möglichkeit, abgewiesen und frustriert zu werden.

Neue verhaltenssteuernde Gefühle

Einsamkeit, Verzweiflung, Hilf- und Hoffnungslosigkeit

Symptom

Die Anorexie mit bulimischen Anteilen ist vermeintlich die ideale Lösung aus diesem Konflikt. Durch das Hungern kann Frau H. das Spüren von Emotionen dämpfen, mit den Ess-Brech-Anfällen kann sie Spannungen abbauen und als unangenehm erlebte Emotionen regulieren. Außerdem kann sie so nach außen den perfekten Schein wahren und das schlanke Schönheitsideal trotz des höheren Set-Points erfüllen. Die Essstörung wird zur „besten Freundin“, mit der sie viel Zeit verbringt, so dass sie das Fehlen zwischenmenschlicher Beziehungen nicht so schmerzhaft spürt.

Die Konsequenzen (K)

Vermeiden aversiver Konsequenzen

Durch den sozialen Rückzug verhindert Frau H., abgelehnt und von anderen frustriert zu werden. Sie muss sich nicht mit ihren überhöhten Ansprüchen an sich und andere auseinandersetzen.

Bewahren von Verstärkungen

Durch die Möglichkeit des Erbrechens kann sich Frau H. wenigstens manchmal eine Bedürfnisbefriedigung im Bereich des Essens erlauben, ohne ihre schlanke Idealfigur zu verlieren und damit die gewünschte Anerkennung und Aufmerksamkeit aufrechterhalten.

Bestätigung der Selbst- und Weltsicht

Die Patientin wird kurzfristig darin bestätigt, dass sich nur durch die Essstörung ihr Bedürfnis nach Anerkennung und Aufmerksamkeit stillen lässt. Eher vorbewusst ahnt sie, dass sich ihre Sehnsucht nach erfüllenden zwischenmenschlichen Beziehungen dadurch nicht verwirklichen lässt.

Positive Verstärkung durch die soziale Umwelt

Frau H. bekommt Bewunderung und Aufmerksamkeit, andere beneiden sie für ihre guten Leistungen und ihre schlanke Figur. Ihre Überlebensregel wird dadurch bestätigt. Es kommt zu einem „Mehr desselben“ anstatt zu einer Veränderung der dysfunktionalen Überlebensstrategie.

Die Zielkonzeption

Aus diesem Fallverständnis lässt sich folgender korrespondierender Therapieplan auf den einzelnen Ebenen ableiten (Sulz, 1994):

Situationsebene (S)

- Frau H. soll sich neben dem Studium und der Bedürfnisbefriedigung über das Essen alternative Selbstwertquellen erschließen.
- Sie soll lernen, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und zu gestalten, so dass sie eine gute Balance zwischen Autonomie und Abhängigkeit findet.
- Die dysfunktionalen überhöhten und unrealistischen Erwartungen an sich und andere sollen hinterfragt und modifiziert werden.
- Frau H. soll mehr Frustrationstoleranz entwickeln und neue Copingstrategien bei belastenden Lebensereignissen erlernen.

Personebene (O)

- Frau H. soll lernen, ihren Körper auch mit einem höheren Set-Point zu akzeptieren und davon nicht ihren Selbstwert abhängig machen. Es soll ein positives weibliches Körperbild erarbeitet werden.
- Frau H. soll die Fähigkeit zur Selbstverstärkung aufbauen und unabhängiger von äußerer Normsetzung werden.
- Sie soll verstehen lernen, wie die Maßstäbe und Erwartungen der Eltern die Erfüllung wichtiger kindlicher Bedürfnisse verhinderte und in ihr Dauerdilemma mündete.

- Frau H. soll ihren perfektionistischen Maßstab, den sie an sich und andere anlegt, relativieren lernen und realistische Erwartungen entwickeln.
- Die Patientin soll lernen, unabhängiger von der Anerkennung durch andere zu werden und den Grad der Aufmerksamkeit durch andere nicht als Maßstab für ihren Selbstwert anzusehen.
- Die Patientin soll ihre Überlebensregel infrage stellen und eine adaptivere Lebensregel entwickeln, etwa: „Auch wenn ich mal nur mittelmäßige Leistungen erbringe, nicht die Schlankste und Schönste bin und trotzdem meine Wünsche und Bedürfnisse einfordere und auslebe, verdiene ich Liebe und Anerkennung und muss keine Angst haben, abgelehnt und ausgegrenzt zu werden.“

Reaktionsebene (R)

- Frau H. soll in einem ersten Schritt lernen, ihre Gefühle achtsam wahrzunehmen, sie als Quelle innerer Lebendigkeit anzunehmen und auszuhalten. Im zweiten Schritt wird es darum gehen, diese Gefühle in zwischenmenschlichen Interaktionen adäquat auszudrücken.
- In Bezug auf dysfunktionale gegensteuernde Gefühle, wie Schuld, Scham und Einsamkeit, soll Frau H. lernen, diesen entgegengesetzt zu handeln.
- Auf Symptomebene geht es darum, wieder ein normalisiertes Essverhalten ohne verbotene Nahrungsmittel zu etablieren sowie darüber hinaus alternative Copingstrategien (statt Hungern, Essanfälle oder Erbrechen) zu entwickeln.

Konsequenzebene (K)

- Die Patientin soll mehr soziale Kompetenz, vor allem auch in zwischenmenschlichen Beziehungen erwerben.
- Sie soll autonomer in ihrer Lebensgestaltung und Bedürfnisbefriedigung werden und sich nicht mehr so stark von der Anerkennung durch andere abhängig machen.

Strategisch-Behaviorale Therapie der Essstörung

*Und es kam der Tag, da das Risiko, in der Knospe zu verbarren,
schmerzlicher wurde, als das Risiko zu blühen.*

Anaïs Nin

Motivationsphase

Wenn Essstörungspatienten einen Therapeuten aufsuchen, dann häufig sehr spät, zögernd, ambivalent, oftmals auch auf Drängen von Familienangehörigen oder Freunden. Dies hängt damit zusammen, dass die Magerkeit weitgehend ich-synton ist, dass vordergründig psychische Probleme zu fehlen scheinen und die Patienten etwas Besonderes sein und nicht als krank gelten wollen. Häufig fehlt das Krankheitsgefühl, und der (lebens-)bedrohliche körperliche Zustand wird verleugnet. Patienten mit bulimischer Symptomatik schämen sich häufig und haben massive Schuldgefühle. Auch sie stehen einer Psychotherapie häufig sehr ambivalent gegenüber, da sie eine Gewichtszunahme durch die Aufgabe ihrer Symptomatik befürchten. Die Motivation von Essstörungspatienten für eine Therapie ist somit häufig gering, ambivalent und/oder schwankend (Reich & Cierpka, 2010).

Essstörungspatienten sind anfangs häufig nur für eine Behandlung zu motivieren, indem der Therapeut versucht, im Sinne einer komplementären Beziehungsgestaltung der Patientin viel Wertschätzung und Anerkennung zuteilwerden zu lassen. Nur darüber lässt sich häufig zu Beginn der Therapie die soziale Erwünschtheit der Patienten für die schwierig zu erreichende Gewichtszunahme nutzen (extrinsische Motivation). Selbstverständlich geht es im Laufe der Therapie darum, diese in eine intrinsische Motivation umzuwandeln, so dass die Patientin um ihrer selbst willen zunimmt. Ähnliches gilt für den Prozess der Etablierung einer Therapiemotivation und den Aufbau einer echten Veränderungsmotivation.

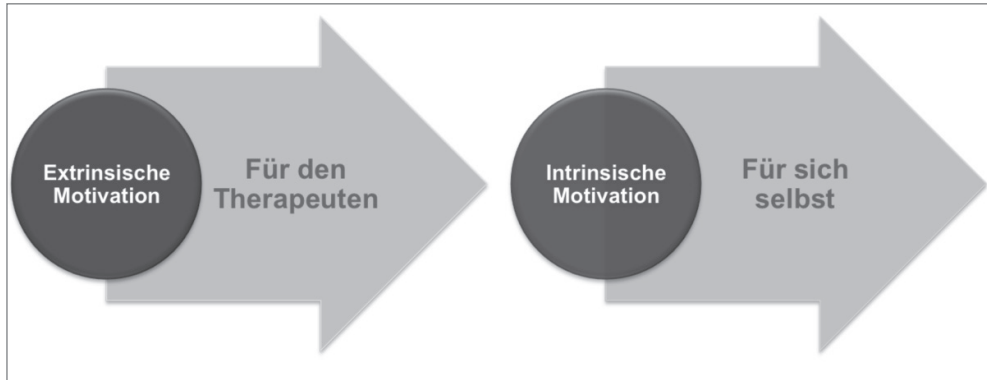


Abb 2: Motivation bei Essstörungspatienten – von extrinsisch zu intrinsisch

Motivationsstrategien

Folgende Interventionen können dazu beitragen, die Motivation von Essstörungspatienten zu erhöhen:

- Gerade bei Patienten mit bisher geringer Therapieerfahrung ist es notwendig über das Krankheitsbild und seine Symptome, vor allem auch über die körperlichen Folgeerscheinungen aufzuklären. Viele Patienten entwickeln erst dann eine Behandlungsmotivation, wenn ihnen bewusst wird, dass sich mit der Essstörung ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit mittel- bis langfristig reduzieren wird und sie damit den wichtigen sozialen Verstärker der Anerkennung und Bewunderung verlieren könnten. Hierbei kann man der Patientin eine BMI-Kurve vorlegen, auf der für die jeweiligen BMI-Bereiche auch die gesundheitlichen Risikofaktoren angegeben sind. Die Aufgabe der Patientin ist es nun, ihren BMI auf dieser Kurve abzutragen und die potentiellen Risikofaktoren mehrmals laut vorzulesen (Treasure & Schmidt, 2010).
- Durch schriftliche oder persönliche Berichte von erfolgreichen Patienten kann man häufig auch noch bei Patienten, die schon viele Therapien hinter sich haben, Glaube und Hoffnung wecken, bekanntermaßen wesentliche Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Grawe, 2000).
- Eine klassische verhaltenstherapeutische Methode besteht darin, Pro- und Contra-Listen aufzustellen.
- Eine Abwandlung davon, um v.a. die Funktionalität der Essstörung herauszuarbeiten, besteht darin, die Patientin einen Brief an die Essstörung schreiben zu lassen: „Du bist meine beste Freundin, weil ...“ und „Du bist meine beste Feindin, weil ...“.

- Sehr bewährt hat sich zum Zwecke der Motivationssteigerung die Externalisierung der Essstörung, z. B. über die Zwei-Stuhl-Technik. So kann man auf einen Stuhl den „gesunden Anteil“ der Patientin und auf den anderen Stuhl den „essgestörten Anteil“ setzen und dann beide Anteile miteinander kommunizieren lassen. Diese Methode empfiehlt sich vor allem bei Themen, bei denen mit großen Widerständen zu rechnen ist (z. B. bei der Vereinbarung von Gewichtsverträgen), aber auch um in schwierigen Therapiephasen immer wieder ein Commitment der Patientin zu erzielen. So kann der Widerstand der Patientin gegenüber dem Therapeuten umgangen werden. Dieser muss dann nicht die gesunde Seite vertreten, was häufig zu einer Verclinung führt.
- Eine weitere Technik besteht darin, die Patientin in Form von Imaginationsübungen Zukunftsvisionen, einmal mit, einmal ohne Essstörung, entwerfen zu lassen (Wunderer & Schnebel, 2008).
- Schließlich kann man mit sehr ambivalenten Patienten auch eine „Essstörungsbehandlung auf Probe“ vereinbaren (vgl. auch Jacobi, Paul & Thiel, 2004): *„Wenn Sie in den nächsten zwei Wochen laut unserer Gewichtsvereinbarung ein Kilogramm zunehmen, wie lange werden Sie bei Ihrer Erfahrung mit Diäten brauchen, um das eine Kilo wieder abzunehmen?“* Die Vorstellung der potentiellen Möglichkeit, die Veränderung schnell wieder rückgängig machen zu können, kann entängstigend wirken und es ermöglichen, dass die Patienten einen ersten kleinen Schritt wagen.

Therapeutische Beziehung

Hinsichtlich der therapeutischen Beziehung gilt es bei Essstörungspatienten ähnliche Dinge zu beachten wie bei anderen psychischen Störungen auch. Diese wurden an anderer Stelle bereits ausführlich dargestellt (Hauke, 2013; Sulz & Hauke, 2010). Daneben gibt es noch einige typische Schwierigkeiten, mit denen man in der Therapie von Essstörungspatienten konfrontiert ist.

Hierbei sind seitens der Patienten die geringe bzw. schwankende Therapiemotivation bei gleichzeitig oft lebensbedrohlichen Zuständen zu nennen, weiterhin der Druck, der von der Patientin oder vom System ausgeübt wird, die vordergründige Anpassung und soziale Erwünschtheit sowie Heimlichkeit und „Lügen“.

Auf Seiten der Therapeuten zeigt sich häufig, dass die Essstörungssymptomatik entweder überbetont oder vernachlässigt wird, dass sich Therapeuten hinsichtlich Regeln und Konsequenzen entweder zu inkonsequent oder zu rigide verhalten, dass sie entweder in Aktionismus oder in Resignation verfallen, eine zu langsame oder zu schnelle Gewichtszunahme tolerieren, sich entweder zum Komplizen der Patienten machen oder sich mit ihnen verclinchen und häufig die Behandlung zu früh beenden (Reich & Cierpka, 2010). In diesem Spannungsfeld kann die Haltung von Janet Treasure sehr hilfreich sein: *„Der Verlauf einer Essstörung ist meist nicht vorhersehbar, es gibt viele Schritte vor und zurück, oft über einen langen Zeitraum. Machen Sie sich darauf gefasst, oft wiederholen zu müssen, was Ihnen wichtig ist. Und geben Sie nicht auf, wenn Ihre Worte beim ersten Versuch nicht zum gewünschten Ergebnis führen. Freundliche und ruhige Hartnäckigkeit ist der Schlüssel zum Erfolg“* (Treasure & Schmidt, 2010).

Eine günstige therapeutische Haltung während des gesamten Therapieprozesses ist es, analog zur DBT (Bohus & Wolf-Arehult, 2012) die dialektische Balance zwischen Validierung und Veränderung zu halten. Zu Beginn der Therapie mit mehr Validierungsanteilen, später mit mehr Veränderungsanteilen. Je nach zugrunde liegender Persönlichkeitsstruktur

empfiehlt sich hier vor allem zu Beginn der Therapie eine komplementäre Beziehungsgestaltung, die später mehr konfrontative Elemente beinhalten sollte.

Da viele Essstörungspatienten einen unsicher-vermeidenden oder unsicher-ambivalenten Bindungsstil aufweisen, kommt der Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Therapie von Essstörungspatienten ein ganz besonders wichtiger Stellenwert zu.

Therapiezielhierarchie

Da es sich bei Essstörungen um komplexe, häufig lebensbedrohliche und oft mit weiteren psychischen Problemen einhergehende Erkrankungen handelt, ist ähnlich wie in der DBT mit Borderline-Patienten ein hierarchisches Vorgehen empfehlenswert:

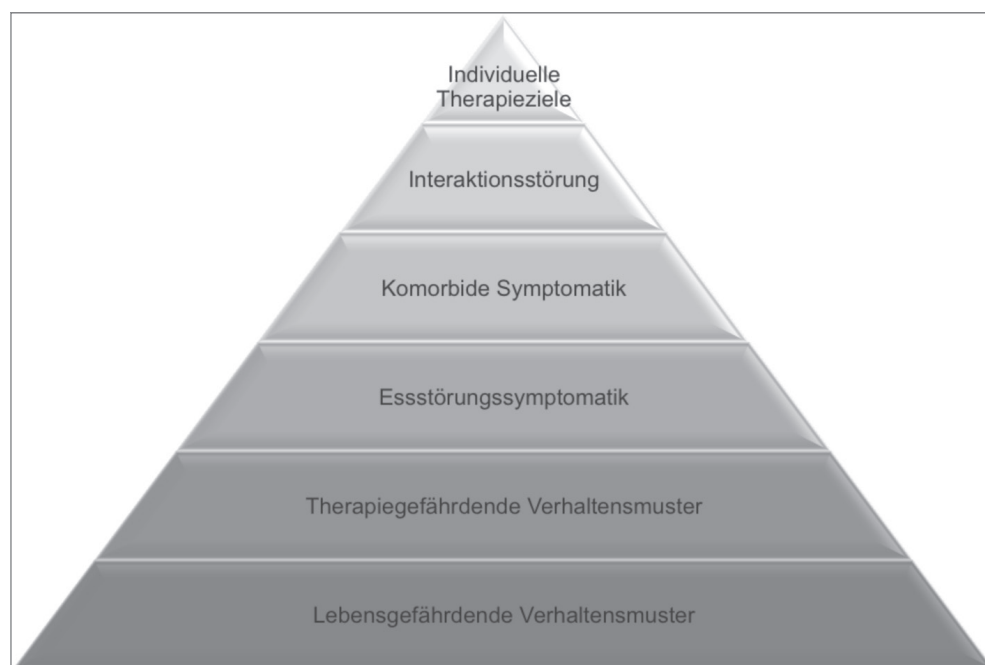


Abb. 3: Therapiezielhierarchie bei der Essstörungsbehandlung

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, geht es zunächst einmal darum, lebensbedrohliche Zustände abzuwenden, die mit starkem Untergewicht oder häufigem Erbrechen (Elektrolytstörungen!) einhergehen. Hierbei ist häufig ein stationärer Aufenthalt unumgänglich. Eine ambulante Behandlung sollte frühestens ab einem Body-Mass-Index von 16 bei einigermaßen stabilem sozialem Umfeld erfolgen (Salbach-Andrae, Jacobi & Jaite, 2010). Anschließend sollten die therapiegefährdenden Verhaltensweisen im Fokus stehen. Diese zeigen sich z. B. darin, dass Patienten aufgrund der schwankenden Motivationslage unentschuldig der vereinbarten Therapiesitzung fernbleiben oder aber therapeutische Vereinbarungen nicht einhalten, z. B. keine Essprotokolle führen, ihren Gewichtsvertrag nicht einhalten oder hinsichtlich ihrer Ess-Brech-Symptomatik nicht offen sind. Hierbei empfiehlt es sich, z. B. mithilfe der oben beschriebenen Zwei-Stuhl-Technik, die Patienten

immer wieder an ihre eigentlichen Therapieziele zu erinnern und das Therapiecommitment „aufzufrischen“.

Erst danach erfolgt die eigentliche Bearbeitung der Essstörungssymptomatik, anschließend die Behandlung der komorbiden Symptomatik, der häufig mit Essstörungen einhergehenden dysfunktionalen Interaktionsstile sowie schließlich die Bearbeitung individueller Therapieziele.

Modul: Achtsamkeit und Akzeptanz

Sobald lebensbedrohliche Zustände abgewendet sind, ist es auch bei Essstörungspatienten sinnvoll, ihnen zunächst einmal Fertigkeiten zur systematischen Selbstbeobachtung und Achtsamkeit zu vermitteln. Da entsprechende störungsübergreifende Strategien bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt sind (z. B. Eifert, 2011; Hauke, 2013; Hayes, Strosahl & Wilson, 2014; Wengenroth, 2012), soll hier vor allem auf den Einsatz von Essprotokollen eingegangen werden. Diese lassen sich je nach Therapiephase sowohl zu diagnostischen wie auch therapeutischen Zwecken nutzen und sind vor allem auch zur Achtsamkeitsschulung von Essstörungspatienten geeignet.

Ein Essprotokoll sollte folgende Informationen enthalten:

- genaue Uhrzeit der eingenommenen Mahlzeit
- Angaben zur Essenssituation (allein oder in Gesellschaft)
- Gedanken und Gefühle vor dem Essen
- Angabe des Hungers in Prozent
- genaue Angabe, was und wie viel gegessen und getrunken wurde (Cave: auch die Trinkmenge sollte unbedingt miterfasst werden, da viele Essstörungspatienten deutlich zu wenig oder aber zu viel trinken)
- Angabe zur Sättigung in Prozent
- Angabe, ob es sich um einen Essanfall handelte
- Angaben zu gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Bewegung, Laxanzien oder Diuretika
- Gedanken und Gefühle nach dem Essen

Ein Essprotokoll sollte mindestens über einen Zeitraum von sieben Tagen geführt werden, damit auf jeden Fall ein Wochenende enthalten ist. An Wochenenden und während „freier Zeiten“ gestaltet sich das Essverhalten häufig anders als während der Woche und ist meist symptombelasteter.

Anschließend sollte das Essprotokoll gemeinsam mit der Patientin nach folgenden Gesichtspunkten betrachtet werden:

- Was fällt insgesamt auf? (z. B. Art des Ausfüllens – kann Hinweise auf die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und/oder die vorhandene Motivation geben)
- Wie sieht es mit der Mahlzeitenstruktur aus?
- Wie sind die Portionsgrößen?
- Wie abwechslungsreich ist das Essverhalten?
- Wie flexibel ist das Essverhalten?
- Spart die Patientin bestimmte Lebensmittel aus?
- Isst die Patientin Light-Produkte?
- Wird besonders fett-, salz- oder kohlenhydratreich gegessen?

- Gibt es Essanfälle?
- Gibt es gewichtsregulierende Maßnahmen?
- Wie sind die Trinkmengen?
- Wie wird überwiegend gegessen (langsam, schnell, schlingend, stochernd)?
- Welche Gedanken, Einstellungen und Werthaltungen bestehen bzgl. Nahrung und Gewicht?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen Stimmungen/Gefühlen und Essen/Einsparen oder Essanfällen?
- Sind diese Zusammenhänge der Patientin bereits bewusst?

Darauf aufbauend kann dann zunächst direkt und schrittweise am Wiederaufbau eines normalen Essverhaltens gearbeitet werden (vgl. nächster Abschnitt – Therapie der Essstörungssymptome). Anschließend werden die zugrunde liegenden Auslöser mit den weiteren SBT-Modulen (Umgang mit Emotionen, Arbeit an der Überlebensstrategie und Behaviorale Therapie) bearbeitet.

Gut lassen sich zum Thema Akzeptanz (darunter fällt bei Patienten mit Essstörungen insbesondere auch die Integration ungeliebter Anteile der eigenen Person) Geschichten und Metaphern nutzen, zum Beispiel die Geschichte vom „Stolzen Schmetterling“ (Haverkamp, 2010):

„Ein wunderschöner Schmetterling umflatterte eine duftende Blume; da bemerkte er eine hässliche Raupe, die im Staube dahin kroch. Verächtlich rief der Schmetterling ihr zu: „Wie darfst du es wagen, dich in meiner Nähe sehen zu lassen? Fort mit dir! Sieh, ich bin schön und strahlend wie die Sonne, und meine Schwinge tragen mich hoch in die Lüfte, während du auf der Erde umherkriechst. Fort, wir haben nichts miteinander zu schaffen!“ „Dein Stolz, du bunter Schmetterling, steht dir schlecht an“, erwiderte die Raupe ruhig. „All deine Farbenpracht gibt dir nicht das Recht, mich zu verachten. Wir sind und bleiben Verwandte, so schmähst du dich also selbst. Bist du nicht früher eine Raupe gewesen? Und werden deine Kinder nicht Raupen sein wie du und ich?!“

Modul: Therapie der Essstörungssymptome

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, nimmt die Bearbeitung der Essstörungssymptomatik in der Therapiezielpriorisierung einen sehr hohen Stellenwert ein. Hintergrund ist, dass sowohl Mangelernährung als auch Ess-Brech-Anfälle weitreichende physiologische und Verhaltensänderungen zur Folge haben. Dies konnte bereits 1944 in der bekannten Minnesota-Studie von Keys und Brožek (1950) eindrucksvoll aufgezeigt werden. 36 gesunde junge Männer, die sechs Monate lang in einem „Hunger-Camp“ nur 50 % der gewohnten Nahrungsmenge erhielten, entwickelten neben körperlichen Veränderungen und modifizierten Essgewohnheiten auch zahlreiche psychische Schwierigkeiten, wie vermehrte Beschäftigung mit dem Essen, Heißhungerattacken, depressive Verstimmungen und Stimmungsschwankungen sowie verminderte Konzentrationsfähigkeit und Rückzugstendenzen.

Bei der folgenden Bearbeitung der Essstörungssymptomatik ist es erneut hilfreich, mit einer Therapiezielhierarchie zu arbeiten:

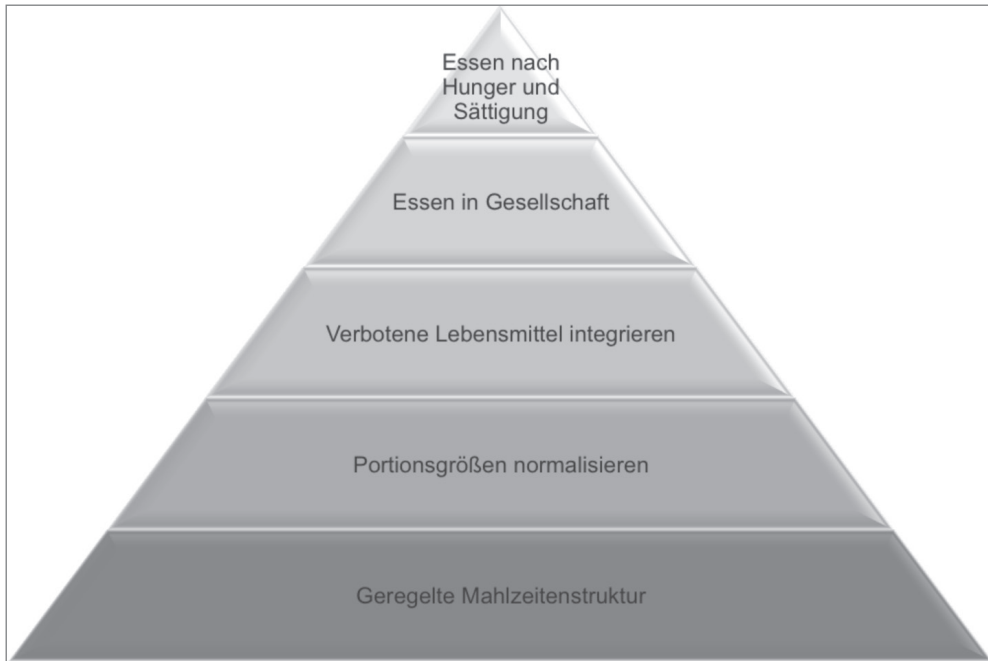


Abb. 4: Therapiezielhierarchie zur Bearbeitung der Essstörungssymptome

Hierbei geht es also zunächst um die Etablierung einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur. Dies ist sowohl bei restriktiv anorektischen als auch bei bulimischen und Binge-Eating-Patienten erforderlich, da auch die letzten beiden Gruppen außerhalb der Ess-Brech-Anfälle keine geregelte Mahlzeitenstruktur mehr aufweisen. Je nach Gewichtsbereich sind hier drei Hauptmahlzeiten und bis zu drei Zwischenmahlzeiten als sinnvolle Struktur anzusehen. Bei übergewichtigen Patienten mit Binge-Eating-Störung scheint eine Drei-Mahlzeiten-Struktur hilfreich bei der Gewichtsabnahme, da es somit nicht zu einer permanenten Insulinausschüttung und der damit verbundenen potentiellen Insulinresistenz kommt. Anschließend geht es an die Normalisierung der Portionsgrößen. Dann sollen schrittweise außerhalb von Ess-Brech-Anfällen verbotene Lebensmittel (also v.a. süße und fettreichere Nahrungsmittel) in die Ernährung eingebaut werden. Schließlich geht es darum, das Essen in Gemeinschaft mit anderen Menschen wieder zu erlernen. Eine besondere Herausforderung stellen hier Feste oder andere besondere Anlässe dar, in denen sich die Patienten mit einer Buffetsituation konfrontiert sehen. Hier besteht oft eine große Angst vor einem Kontrollverlust und große Unsicherheiten, wie viel eine normale Portion ist. Solche Situationen sollten mit Patienten speziell eingeübt werden.

Umgang mit Untergewicht

Da für viele untergewichtige Patienten die Kontrolle ihres Gewichts und ihrer Figur häufig die einzige Möglichkeit darstellt, ihrem Wunsch nach Autonomie Ausdruck zu verleihen, sollte dies bei der Zielsetzung einer Gewichtszunahme besonders berücksich-

tigt werden: Eine Gewichtsvereinbarung sollte erst getroffen werden, wenn die Patientin ansonsten keine Gewichtszunahme erreicht! Hinsichtlich des Gewichtsziels empfiehlt sich eine Orientierung am prämorbidem Gewicht, mindestens aber sollte die Patientin einen Body-Mass-Index von 19 erreichen (unterer Normalgewichtsbereich). Es empfiehlt sich, die Zunahmeschritte in Gramm pro Woche vom aktuellen Gewicht und Setting abhängig zu machen. So werden bei starkem Untergewicht im stationären Bereich meist 500- bis 700-Gramm-Schritte pro Woche festgelegt, im ambulanten Bereich, bei dann schon höherem Gewicht und mit wieder vorhandener Alltagsbelastung, empfehlen sich 300- bis 500-Gramm-Schritte.

Da ein häufiges Essstörungssymptom im permanenten Figur- und Gewichts-Checking besteht, sollte vereinbart werden, dass die Patientin sich zunächst nicht mehr selbst wiegt, sondern dass es einen fest vereinbarten Wiegetermin, z. B. in einer Arztpraxis, gibt.

Das schrittweise wiederaufzubauende Essverhalten sollte sich an folgenden zehn Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientieren (Quelle: <http://www.dge.de>):

1. Die Lebensmittelvielfalt genießen
2. Reichlich Getreideprodukte sowie Kartoffeln
3. Gemüse und Obst – Nimm „5 am Tag“
4. Milch- und Milchprodukte täglich, Fisch ein- bis zweimal in der Woche, Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen
5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
6. Zucker und Salz in Maßen
7. Reichlich Flüssigkeit: 1,5 bis 2 Liter pro Tag
8. Schonend zubereiten
9. Sich Zeit nehmen und genießen
10. In Bewegung bleiben bzw. das richtige Maß an Bewegung (wieder-)finden

Umgang mit Essanfällen

Bei Patienten mit Essanfällen empfiehlt es sich, zunächst einmal Verhaltensanalysen für jeden Ess-Brech-Anfall zu erstellen, um Auslöser dafür zu finden und diese der Patientin bewusster zu machen.

Darüber hinaus sind beim Umgang mit Essanfällen folgende verhaltenstherapeutische Strategien hilfreich (Brandl, 1994):

- Stimuluskontrolle: Es sollten nur geringe Mengen eingekauft werden – keine Vorratshaltung. Dies gilt insbesondere für Lebensmittel, die vor allem bei Essanfällen konsumiert werden, wie z. B. Süßigkeiten. Darüber hinaus sollten v.a. am Abend und an den Wochenenden ablenkende Aktivitäten geplant werden, um keine Langeweile aufkommen zu lassen.
- Mittels Essprotokoll und/oder Verhaltensanalyse sollen sich die Patienten mit Ausmaß und Inhalt des bulimischen Anfalls konfrontieren.
- Selbstkontrollmethoden: Die Patienten sollen versuchen, den Essanfall und/oder das Erbrechen so lange wie möglich hinauszuzögern.
- Selbstverstärkung, auch in Form eines Therapievertrags (z. B. mit Belohnung für Erreichen kleiner Ziele).

Umgang mit Purging-Verhalten

- Der Einsatz von Erbrechen und gewichtsregulierenden Maßnahmen soll verzögert werden, so dass die Reaktionskette Essanfall-Erbrechen unterbrochen wird. Die Patienten sollen wahrnehmen lernen, dass das Völlegefühl im Lauf der Zeit nachlässt.
- Planung alternativer Verhaltensweisen zur Ablenkung.

Körperbildarbeit

Trotz objektiv feststellbaren Untergewichts erleben sich viele Essstörungspatienten als „fett und unförmig“. Eine hohe Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper gilt als Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Je ausgeprägter die Körperbildstörung, desto ungünstiger ist die Prognose.

Vocks & Legenbauer (2010) unterscheiden vier Komponenten des Körperbildes (perzeptiv, kognitiv, affektiv und behavioral) und haben ein Behandlungsmanual mit Interventionen auf mehreren Ebenen ausgearbeitet:

- Erarbeitung eines Störungsmodells zum negativen Körperbild: u. a. kritische Reflexion des Schlankheitsideals anhand von Zeitschriftenausschnitten, Erarbeitung der individuellen Körperbild-Geschichte
- Kognitive Techniken: Identifikation automatischer Gedanken und Grundannahmen mittels sokratischem Dialog und Rollenspielen
- Körperkonfrontation: Hinsichtlich der Körperkonfrontation unterscheidet man vor allem folgende vier Verfahren mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad (Böse, 2005): Seilübungen, Körperumrisszeichnungen, Körpervideo und Spiegelexposition
- Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens: Aufsuchen bisher vermiedener Orte (z. B. Schwimmbad oder Sauna), Wiederaufnahme vermiedener Tätigkeiten (wie z. B. Sport, Tanzen, Sexualität), Wiederaufnahme sozialer Aktivitäten, in denen es zu Vergleichen mit anderen Frauen kommt, Abbau von Rückversicherungs- und Vergleichsverhalten, wieder figurbetontere Kleidung tragen
- Aufbau positiver körperbezogener Tätigkeiten, diese sollen wieder regelmäßig ausgeübt werden, z. B. nach dem Duschen eincremen oder achtsamkeitsorientierte, körperfokussierte Bewegungsformen wie Yoga oder Pilates

Modul: Arbeit am Umgang mit Emotionen

Die Arbeit am Umgang mit Emotionen ist ein ganz zentraler Baustein in der Therapie mit Essstörungspatienten.

Hierbei ist zunächst einmal wichtig zu unterscheiden, wie der bisherige Umgang mit Emotionen aussieht. Über alle Untergruppen von Essstörungspatienten ergeben sich in der Selbsteinschätzung erhöhte Alexithymiewerte (Sipos, Bohus & Schweiger, 2011). Die Praxiserfahrung zeigt, dass Patienten mit restriktiver Anorexie ihre Emotionen häufig überkontrollieren, während Patienten mit bulimischer Essstörung eher zu impulsivem Verhalten neigen und Schwierigkeiten in der Regulation von Emotionen aufweisen. Beiden Gruppen von Patienten sollte zunächst einmal Wissen über den Sinn und die Funktion von Gefühlen vermittelt werden. Auch der Unterschied zwischen primären und sekundären Emotionen soll dabei herausgearbeitet werden. Damit einher geht häufig eine Veränderung der Wertorientierung in Bezug auf die verschiedensten Gefühle (Sulz,

2001). Des Weiteren sollten Patienten Wissen über die Psychologie der Gefühlsregulierung erwerben, und es soll ein neuer Umgang mit Gefühlen eingeübt werden. Hierbei empfiehlt es sich, nun bei überregulierten Anorexiepatienten anders vorzugehen als bei den eher impulsiven Bulimiepatienten. Nach Sulz (2001) lassen sich folgende zwei Arten des Umgangs mit Gefühlen unterscheiden.

- Gefühle, die zu selten, zu kurz oder zu wenig intensiv auftreten, können in folgenden Schritten verändert werden:
 - Gefühls-Wahrnehmung
 - Gefühls-Gedanken
 - Gefühls-Kommunikation
 - Gefühls-Ausdruck
 - Gefühls-Handlung
 - Gefühls-Bewertung meines Verhaltens

Hilfreiche Übungen dazu finden sich auch im RO-DBT-Ansatz von Lynch et al. (2013).

- Gefühle, die zu oft, zu lange oder zu intensiv auftreten, sollten in folgenden Schritten modifiziert werden:
 - Gefühls-Beobachtung
 - Gefühls-Erfahrung
 - „Du bist nicht dein Gefühl“
 - das Gegenteil tun

Wertvolle Hinweise und Übungen zum Erlernen von Strategien zur Emotionsregulation liefert auch das Manual zur DBT-E von Sipos & Schweiger (2012).

Modul: Von der Überlebensstrategie zur Lebensstrategie

Die Erarbeitung der Überlebensregel erfolgt in der SBT anhand konkreter Problemsituationen mithilfe szenischer Imagination, wie es ausführlich im Buch „Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) von Hauke (2013) beschrieben ist.

Zur Bearbeitung des bei den meisten Essstörungspatienten hohen Maßes an (häufig ich-syntonem) Perfektionismus (siehe Überlebensregel) bieten sich ebenfalls Geschichten und Metaphern an (zum Umgang mit Metaphern und Geschichten in der Psychotherapie vgl. auch Kirn, Echelmeyer & Engberding, 2009, sowie Revenstorff, Freund & Trenkle, 2009), zum Beispiel die Geschichte vom „Gesprungenen Wasserkrug“ (Haverkamp, 2010): *„Es war einmal ein Mann, der hatte zwei Wasserkrüge. Die beiden Krüge befestigte er an den beiden Enden einer langen Stange, die er sich über die Schulter legte, wenn er Morgen für Morgen zum Fluss ging, um Wasser zu holen. Der eine Krug war völlig heil, während der andere einen tiefen Riss hatte. Das führte dazu, dass der Krug nur noch halb voll war, wenn der Mann vom Fluss nach Hause gekommen war. Eines Tages, als der Mann die Krüge am Fluss füllte, konnte der gesprungene Wasserkrug nicht mehr länger still sein. „Ich schäme mich so“, weinte er. „Ich mache einen schlechten Job. Aufgrund meines Sprungs bekommst du nur halb so viel Wasser von mir, wie du eigentlich solltest. Ich fühle mich so minderwertig.“ „Ich wusste nicht, dass du dich so schlecht fühlst“, antwortete der Mann bekümmert. „Aber tu mir einen gefallen: Schau auf dem Heimweg ganz genau auf den Weg.“ Als sie nach Hause zurückgekommen waren, fragte der Mann: „Hast du die schönen Blumen am Wegrand bemerkt?“ „Ja“, seufzte der Krug. „Hast du*

auch bemerkt, dass sie nur auf deiner Straßenseite wachsen? Weißt du, ich habe immer gewusst, dass du einen Sprung hast. Darum habe ich Blumen am Wegesrand gepflanzt, die du jeden Tag begossen hast. Wenn du nicht so wärst, wie du bist, hätte ich nicht jeden Tag Blumen pflücken können, um sie zu Hause auf den Tisch zu stellen. Ohne deinen Sprung hätten sich weder der Wegesrand noch das Haus an dieser Blütenpracht erfreuen können.“

Modul: Behaviorale Therapie

Bei der Behavioralen Therapie wird mittels konkreter kleinschrittiger Übungen gelernt, entgegengesetzt der Überlebensregel zu handeln (Sulz & Hauke, 2010).

Wie bereits im Kapitel zur Zielkonzeption dargestellt, geht es bei Essstörungspatienten meist darum, sich weniger von der äußeren Normsetzung abhängig zu machen. Auch hierbei kann wieder die Arbeit mit einer kleinen Geschichte hilfreich sein – „Lass die Leute reden“ (Peschkian, 1979): *Ein Vater zog mit seinem Sohn und einem Esel in der Mittagsglut durch die staubigen Gassen von Keshan. Der Vater saß auf dem Esel, den der Junge führte. „Der arme Junge“, sagte da ein Vorübergehender. „Seine kurzen Beinchen versuchen, mit dem Tempo des Esels Schritt zu halten. Wie kann man so faul auf dem Esel reiten, wenn man sieht, dass das kleine Kind sich müde läuft.“ Der Vater nahm sich dies zu Herzen. Hinter der nächsten Ecke stieg er ab und ließ den Jungen aufsitzen. Gar nicht lange dauerte es, da erhob schon wieder ein Vorübergehender seine Stimme: „So eine Unverschämtheit. Sitzt doch der kleine Bengel wie ein Sultan auf dem Esel, während sein armer, alter Vater nebenher läuft.“ Dies schmerzte den Jungen. Er bat den Vater, sich hinter ihn auf den Esel setzen zu dürfen. „Hat man so was schon gesehen?“, keifte kurz darauf eine schleierverhangene Frau. „So eine Tierquälerei! Dem armen Esel hängt der Rücken durch, während der alte und der junge Faulpelz sich ausruhen. Die arme Kreatur!“ Die beiden Gescholtenen schauten sich nur an und stiegen, ohne ein Wort zu sagen, vom Esel herunter. Kaum waren sie wenige Schritte neben dem Tier hergegangen, da machte sich ein Fremder über sie lustig: „So dumm möchte ich nicht sein. Wozu führt ihr denn euren Esel spazieren, wenn er gar nichts leistet – und nicht einmal einen von euch trägt?“ Der Vater schob dem Esel eine Hand voll Stroh ins Maul und legte seine Hand auf die Schulter des Sohnes. „Egal, was wir machen“, sagte er, „es findet sich immer jemand, der damit nicht einverstanden ist. Ich glaube, wir müssen selbst wissen, was wir für richtig halten.“*

Nach der Erarbeitung der Kerninhalte der Geschichte und eines Bedeutungstransfers werden die Patienten zu kleinen Verhaltensexperimenten angeleitet, zum Beispiel einmal bewusst einen anderen Weg zur Schule oder Arbeit zu nehmen oder einmal einen Tag auf ein allzu perfektes Styling zu verzichten. Auf der Ebene der Essstörungssymptomatik kann dies auch bedeuten, statt des beispielsweise gewohnten Müslifrühstücks morgens einmal etwas anderes zu essen. Darauf aufbauend können dann weitreichendere Verhaltensexperimente gemacht werden, in denen auch zwischenmenschliche Interaktionen eine Rolle spielen: So kann die Patientin etwa die Übernahme einer Aufgabe in der Arbeit ablehnen oder sich mit Freunden treffen, obwohl sie eigentlich noch andere Aufgaben erledigen müsste.

Modul: Lebenssinn und Werte statt „Essen oder Nicht-Essen“

*Was würde ich anders machen, wenn mein Leben noch einmal begänne?
Ich würde unterwegs mehr anhalten, um den Duft der Rosen zu riechen.*

Ingrid Trobisch

Da Essstörungspatienten i.d.R. unter einem sehr geringen Selbstwertgefühl leiden (Fairburn, 2012), ist die Suche nach alternativen Selbstwertquellen jenseits der Erfüllung eines gesellschaftlich vorgegebenen Schlankheitsideals ein wichtiges Therapieziel.

Zunächst einmal gilt es, hier die Selbstakzeptanz der Patienten zu fördern. Bewährt hat sich hierbei nach Potreck-Rose & Jacob (2012) die Etablierung eines „liebvollen Begleiters“ neben dem „inneren Kritiker“ und dem sog. Faulpelz. Ziel ist es, die drei Instanzen in eine gesunde Balance zu bringen.

Eine weitere Übung besteht darin, die eigene Biografie zu schreiben, so wie man es gern gelebt hätte bzw. leben würde, oder die Patienten eine Art Logo bzw. Lebensmotto über sich erstellen zu lassen. Hierbei kristallisiert sich das heraus, was jenseits der Essstörung für eine Person wichtig ist, was sie ausmacht oder ausmachen könnte.

Darauf aufbauend kann die Patientin eine Art „Lebenskompass“ (Timko, Eifert & Harres, 2013) erstellen. Für verschiedene Lebensbereiche (wie z.B. Beruf, Partnerschaft, Elternschaft, Freundschaften, Freizeit/Hobby, Religion/Spiritualität, gesellschaftliches Engagement) soll hier die jeweilige Wichtigkeit angegeben werden und welche Handlungen man sich konkret vornimmt, um seinem Ziel ein Stück näherzukommen.

Auch die Übung „Der Lebensbus“ kann wichtige Impulse in Richtung Neuorientierung geben (Timko, Eifert & Harres, 2013). Die Patientin soll sich vorstellen, sie sei am Steuer ihres „Lebensbusses“ und fahre in Richtung ihrer Werte nach Norden, während unterwegs laute Monster-Fahrgäste einsteigen, die sie mit ihren Essstörungssymptomen konfrontieren. Dadurch stark abgelenkt, übersieht die Patientin die richtige Abfahrt und fährt in die falsche Richtung. Ihre Aufgabe ist es nun, innezuhalten, die Monster-Fahrgäste zurechtzuweisen und sich wieder auf ihr eigentliches Ziel zu besinnen.

Schließlich empfiehlt es sich, als Therapeut sensibel für die Ressourcen der jeweiligen Patientin zu sein: „Iss doch. Das tut nicht weh – andere Menschen machen das ja auch ...“ – das Talent meiner eingangs erwähnten ehemaligen Essstörungspatientin zu zeichnen entdeckte ich, als sie mir eines Tages eine Art Collagenzeichnung an meine Bürotür hängte und ich auch von mehreren Kollegen darauf angesprochen wurde, wie schön diese Zeichnung sei. Daraufhin bat ich die Patientin, Cartoons zum Thema Essstörung und die Therapie der Essstörung zu zeichnen. Heraus kam eine ganze Reihe hintergründiger Cartoons, für die die Patientin viel Bewunderung und Aufmerksamkeit bekam und sich gleichzeitig mit Humor etwas von der Essstörung distanzieren konnte.

Resümee

Essstörungspatienten verbringen vordergründig einen Großteil ihrer Zeit mit der Frage, ob sie essen sollen oder nicht. Wird diese Frage überhaupt bejaht, dann geht es häufig darum, welche Nahrungsmittel erlaubt sind und welche man besser meiden sollte, um die schlanke Figur aufrechterhalten zu können und damit dem gängigen Schönheitsideal

perfekt zu entsprechen. Der Körper wird zur Projektionsfläche von Selbstabwertung und/oder fungiert häufig als alleinige Selbstwertquelle, während andere wichtige Lebensbereiche vernachlässigt werden. Doch worum geht es hinter der Symptomkulisse wirklich, und wie kann dem therapeutisch begegnet werden?

Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT), in deren Zentrum die Auseinandersetzung mit der Überlebensstrategie steht, leistet hier einen wichtigen Beitrag und schließt eine Lücke bisheriger verhaltenstherapeutischer Ansätze. Im Kern geht es dabei um die Bearbeitung der bei anorektischen Patienten häufig ängstlich-vermeidenden oder zwanghaften, bei Patienten mit bulimischen Anteilen oft auch emotional-instabilen Überlebensregel. Die sieben Module der SBT wurden dazu für Patienten mit Essstörungen adaptiert. Die dargestellten therapeutischen Interventionen haben sich in der Praxis bereits sehr gut bewährt, die empirische Überprüfung steht noch aus.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V*. American Psychiatric Publishing.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2012). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten – Das Therapeutenmanual*. Stuttgart: Schattauer.
- Böse, R. (2005). Verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verbesserung der Körperakzeptanz bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10 (1), 135-141.
- Brandl, C. (1994). Die Behandlung der Bulimia nervosa. In S. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch* (S. 433-456). München: CIP-Medien.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.). Bern: Huber.
- Eifert, G.H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Fairburn, C.G. (2012). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
- Hauke, G. (2013). *Strategisch Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Haverkamp, C. (2010). *Vom Duft der Rosenblüte*. Gießen: Brunnen Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Keys, A. & Brožek, J. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kirn, T., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (2009). *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Lynch, T.R., Gray, K., Hempel, R., Titley, M., Chen, E. & O'Mahen, H. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: Feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC Psychiatry*, 13, 293.
- Peseschkian, N. (1979). *Der Kaufmann und der Papagei*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2012). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.). (2010). *Psychotherapie der Essstörungen*. 3., vollst. Überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Revenstorf, D., Freund, U. & Trenkle, B. (2009). *Therapeutische Geschichten und Metaphern*. In B. Peter & D. Revenstorf (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer.
- Salbach-Andrae, H, Jacobi, C. & Jaite, C. (2010). *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter*. Weinheim: Beltz.
- Schweiger, U., Peters, A. & Sipos, V. (2003). *Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sipos, V., Bohus, M. & Schweiger, U. (2011). Dialektisch-behaviorale Therapie für Essstörungen (DBT-E). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 61, 87-91.
- Sipos, V. & Schweiger, U. (2012). *Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15 (1), 10-19.
- Timko, C.A., Eifert, G.H. & Harres, A. (2013). *Akzeptanz- und Commitmenttherapie bei Anorexia nervosa*. Weinheim: Beltz.
- Treasure, J. & Schmidt, U. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung von Essstörungen*. In H. Arkowitz et al. (Hrsg.), *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2010). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Göttingen: Hogrefe.
- Wengenroth, M. (2012). *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*. Weinheim: Beltz.
- Wunderer, E. & Schnebel, A. (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Weinheim: Beltz.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Eveline Müller
Psychologische Psychotherapeutin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Tel.: 0176-23577705 | eveline.mueller@online.de