

# DER SCHWIERIGE FALL UND FALLSTRICKE SPEZIFISCHE PROBLEME IN DER BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN

## THE DIFFICULT CASE AND TRAPS. SPECIFIC PROBLEMS IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

*Markus Fumi, Manfred M. Fichter*

### Zusammenfassung

In der psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen tritt eine Reihe spezifischer Probleme auf, die auf Persönlichkeitsmerkmale der Patientinnen, Entstehungsbedingungen und Verlaufskarakteristika der Erkrankungen zurückgehen. Diese Probleme kennzeichnen häufig einen „schwierigen Fall“ und reichen vom Zugang zur Krankenversorgung und der initialen Therapiemotivation über die Diagnostik bis zum Therapieverlauf. Typische „Fallstricke“ an verschiedenen Punkten der psychotherapeutischen Behandlung werden beschrieben, durch Patientenbeispiele illustriert und um Lösungsmöglichkeiten ergänzt. Dabei wird deutlich, dass in der Essstörungstherapie spezifische Probleme und Krisen einerseits, die reizvolle Herausforderung zu kreativem Arbeiten andererseits zwei Seiten der selben Medaille sind.

**Schlüsselwörter** Essstörungen – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Psychotherapie – Behandlungsprobleme – schwierige Fälle – Fallstricke

### Summary

In psychotherapy, there are some specific problems based on personality characteristics of the patients, as well as specific issues regarding development and course of the disorders. These problems often indicate a "difficult case" and reach from access to treatment and initial motivation for therapy to diagnosis and course of treatment. Typical "traps" on different points in psychotherapy are described, illustrated by patients examples and completed by possibilities to resolve these problems. Therein, it is obvious that in eating disorder therapy there are two sides of one coin: on one hand specific problems and crises, on the other hand an attractive challenge to work creatively.

**Keywords** eating disorders – anorexia nervosa – bulimia nervosa – psychotherapy – problems in treatment – difficult cases – traps

### Einleitung

Die Therapie psychogener Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung und psychogene Adipositas) ist für den Behandler eine gleichermaßen schwierige wie reizvolle Herausforderung. Denn einerseits handelt es sich bei Patientinnen mit Essstörungen oftmals um differenzierte und sensible Mädchen und Frauen, die in der Therapie vor allem verbal mit ausgeprägter Eloquenz, rascher Auffassungsgabe und der Fähigkeit zu tieferen Einsichten beeindruckend sind. Auf der anderen Seite ruft kaum ein Störungsbild aus dem Formenkreis der psychosomatischen Erkrankungen derart starke Emotionen bei den Therapeuten hervor, die diese Patientinnen behandeln. Sorge, Angst, Enttäuschung, Hilflosigkeit, Frustration und Ärger resultieren nicht selten aus einigen spezifischen Charakteristika von Essstörungen, welche die Behandlung dieser Erkrankungen zu einer echten Herausforderung werden lässt.

Mit Essstörungen sind in der Regel gravierende Folgeschäden im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich verbunden, die es durch die Therapie abzuwenden oder

wenigstens zu begrenzen gilt. Vor allem die Schäden am Körper, die massiv gestörtes Essverhalten nach sich ziehen, tragen zu einer sehr hohen Sterblichkeitsrate bei. Diese liegt bei langen Katamnesezeiträumen bei 10-20% und ist damit erheblich höher als bei Depression oder Schizophrenie (Harris und Barraclough, 1998).

Erfahrungsgemäß sind Essstörungen häufig mit einem langjährigen Krankheitsverlauf verbunden, der auch therapeutisch einen „langen Atem“ erfordert.

Der dabei notwendigen Geduld und Ausdauer des Behandlers wenig zuträglich ist dabei zuweilen ein weiteres Merkmal von Essstörungen, welches die Therapie nahezu regelhaft erschwert. Psychogene Essstörungen weisen zumeist eine ausgeprägte Funktionalität auf, die weit entfernt von lediglich „gestörtem Essverhalten“ liegt und psychische Kernbereiche wie Selbstbild und Selbstvertrauen oder den Umgang mit Gefühlen betrifft. Entsprechend ausgeprägt präsentiert sich daher oft die Veränderungsresistenz essgestörter Patientinnen. Dieser Widerstand, manchmal als „die will ja gar nichts ändern“ zu schlicht interpretiert, zeigt vielmehr die Bedeutung,

die die Essstörung als Bewältigungsstrategie im Leben der Betroffenen gewonnen hat.

Eine weitere Erschwernis, gleichzeitig aber auch eine Chance ist die Lebensphase der Betroffenen, in der die Essstörung zumeist erstmals auftritt. Die Pubertät, die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter stellen zwar per se schon eine krisenhafte Zeit dar, zu der die Essstörung als zusätzliches Problem noch hinzutritt. Auf der anderen Seite sind die zumeist jüngeren Essstörungspatientinnen damit noch zugänglicher für neue Erfahrungen, oft aufgeschlossen und tendenziell neugierig, was die Therapie mit ihnen neben allen Schwierigkeiten auch interessant und spannend macht.

Im Folgenden sollen nun spezifische Probleme und „Fallstricke“ in der Behandlung psychogener Essstörungen geschildert werden. Wir erheben dabei bewusst keinen Anspruch auf Vollständigkeit, auch ist dieser Artikel nicht als Therapieanleitung für Essstörungen zu verstehen. Wir möchten vielmehr ausschnittsweise und beispielhaft typische Schwierigkeiten in der Therapie und, soweit möglich, auch Lösungswege aufzeigen. Wobei an dieser Stelle bereits darauf hingewiesen werden soll, dass es stets nicht nur eine „richtige“ Therapieintervention gibt, sondern gerade bei „schwierigen Fällen“ oftmals ein eher kreatives, manchmal auch unkonventionelles Vorgehen angezeigt ist. Das Dargestellte ist unabhängig vom Setting der Therapie, gilt also, sofern nicht anders gekennzeichnet, für ambulante wie stationäre Therapie gleichermaßen. Die Kasuistiken entstammen entweder unserer eigenen langjährigen klinischen Arbeit mit essgestörten Patientinnen oder sind uns durch Kollegen auch aus anderen Kliniken berichtet worden.

Wegen der besseren Lesbarkeit haben wir uns bei der Nennung von Personen für die männliche Form entschieden und bitten unsere Leserinnen dafür um Verständnis. Analog der klinischen Realität sprechen wir in Verbindung mit Essstörung hingegen von Patientinnen.

Entsprechend ihrer zeitlichen Abfolge in der Therapie thematisieren wir Problembereiche des Zugangs zur Krankenversorgung, der initialen Therapiemotivation, der Diagnostik sowie des Therapieverlaufs.

### **Probleme des Zugangs zur Krankenversorgung und der initialen Therapiemotivation**

Im Idealfall kommt eine Essstörungspatientin freiwillig in Therapie. Das bedeutet, Krankheitseinsicht ist bei ihr wenigstens zum Teil gegeben, und es liegt ein gewisser Leidensdruck vor, den die Patientin mit ihrer Essstörung in Verbindung bringen kann.

Bei gänzlich fehlender Krankheitseinsicht und Verweigerung einer adäquaten Behandlung wird man bei Vorliegen eines akut lebensbedrohlichen Zustandes eine Unterbringung auf der geschlossenen Station einer psychiatrischen Klinik in Erwägung ziehen. In erster Linie sind davon Patientinnen mit Magersucht und einem BMI (Body Mass Index) unter 12 betroffen. Trotz häufig erstaunlicher Adaptation selbst an hochgradiges Untergewicht kann allein schon aus rechtlichen Gründen eine schwer kranke Patientin nicht ohne angemessene Behandlung bleiben bzw. nicht aus einem offenen Setting nach Hause entlassen werden, auch wenn sie sich in einem offenen

Therapiesetting als nicht compliant erweist oder eine „disziplinarische Entlassung“ erfolgen soll. Der Ruf von hilflosem und verärgertem Klinikpersonal nach Entlassung schwer kranker Patientinnen aus der Therapie ist eine kurzfristige Lösung für die Therapeuten, nicht für die Patientin.

**Fallbeispiel RL:** Die heute 23-jährige Fachabiturientin leidet seit über 10 Jahren unter einer Anorexie vom restriktiven Typ mit ausgeprägtem Bewegungsdrang und einer komorbid vorliegenden Zwangsstörung. Nach zwei stationären Behandlungen in einer psychosomatischen Klinik im dritten und siebten Jahr der Erkrankung und einer langfristigen ambulanten Psychotherapie, die von Frau L. mit Unterbrechungen aufgesucht wird, sinkt ihr Körpergewicht im neunten Jahr der Erkrankung auf einen BMI von 10,5. Die ambulante Psychotherapeutin entschließt sich aufgrund des akut lebensbedrohlichen Zustands zur Einweisung der Patientin in eine psychiatrische Klinik, in der sie im Rahmen einer Betreuung zunächst gegen ihren Willen auf einer geschlossenen Station behandelt und über eine Magensonde ernährt wird. Nach drei Monaten und einer Gewichtszunahme von 15 kg (BMI 16,8) wurde Frau L. wieder in die psychosomatische Klinik verlegt. Es schloss sich im folgenden Jahr eine Phase kontinuierlich besuchter ambulanter Psychotherapie bei der selben Therapeutin und einer weiteren psychosomatischen Klinikbehandlung an, in der Frau L. verstärkt an den zugrunde liegenden Problembereichen ihrer Erkrankung arbeitete und zunehmend Eigenverantwortung für die Aufrechterhaltung ihres Gewichts übernahm. Die Zeit in der Psychiatrie war im Erleben der Patientin sehr schwierig, sie konnte diese Maßnahme jedoch im Rückblick als notwendig, ja lebensrettend erkennen. Das Vertrauensverhältnis zu ihrer ambulanten Therapeutin hat langfristig keinen Schaden genommen, obwohl Frau L. zunächst „total sauer“ auf sie gewesen sei. Als sehr hilfreich erwies sich die enge Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Psychotherapeutin, der psychosomatischen Klinik (stets selbe Station und selber Bezugstherapeut) und der psychiatrischen Klinik.

Etwas anders gestaltet sich die Situation bei weniger schwer erkrankten Essstörungspatientinnen. Fehlt die Krankheitseinsicht und wird von der Patientin kein Leidensdruck benannt, kann eine psychotherapeutische Behandlung nur sehr schwer zustande kommen. Im klinischen Alltag häufiger anzutreffen sind Patientinnen mit rationaler Krankheitseinsicht („Vom Kopf her weiß ich, dass ich Therapie brauche“) und nur geringem Leidensdruck, die von Angehörigen oder Behandlern zur Therapie gedrängt oder überredet wurden.

**Fallbeispiel MB:** Frau B., eine 21-jährige Bürokauffrau, kommt auf Wunsch ihrer Eltern und Anraten ihrer Ärztin ohne vorherige ambulante Psychotherapie in eine psychosomatische Klinik. Die vormals normalgewichtige Patientin (BMI 20) berichtet eine Gewichtsabnahme, die sie während eines Auslandsaufenthaltes „nicht wirklich beabsichtigt“ begonnen habe und die ihr „entglitten“ sei.

Mit einem BMI von 14,3 leide sie nicht unter ihrem Gewicht und fühle sich nicht krank. Sie wolle "schon zunehmen", erkenne aber keinerlei Funktionen ihrer Magersucht. Sie mache sich darüber auch „keine Gedanken“. Zaghaft eingeräumte Probleme in Partnerschaft und Familie hätten „nichts mit der Essstörung zu tun“.

Der Patientin wird zunächst verdeutlicht, dass sie sich freiwillig in Therapie befindet und sie diese jederzeit, ohne Nachteile für sich befürchten zu müssen, beenden kann. Sie erhält das Angebot, sich für zwei Wochen im Therapieprogramm der Klinik zu orientieren und dann die Entscheidung zu treffen, ob sie die Behandlung zum jetzigen Zeitpunkt fortsetzen möchte. Im Falle einer vorzeitigen Beendigung der Therapie erhält sie das Angebot zu einer Wiederaufnahme, ggf. nach einem Vorgespräch in der Klinik. Es wird vermieden, nochmals auf die Patientin einzuwirken und weitere äußere Anpassung bei gleichzeitigem innerem Widerstand zu provozieren. Die Tatsache, dass ihr eine Unterbrechung der Therapie freigestellt wird, sie geradezu dazu aufgefordert wird, sich diese Option gut zu überlegen, ruft bei Frau B. zunächst Ärger hervor („Die wollen, dass ich wieder gehe“), dann, im Sinne einer erwünschten Reaktanz, den festen Wunsch, die Therapie fortzusetzen.

Angesichts des häufig langjährigen Krankheitsverlaufs ist eine langfristige Kombination der verschiedenen Therapiesettings (stationär, ambulant, therapeutische Wohngruppe, Selbsthilfegruppe) sinnvoll. Der Anspruch, mit „einer“ Therapie über einige Wochen gesund zu werden, ist bei einer ausgeprägten Essstörung in der Regel unrealistisch. Die Patientin sollte das ausgewählte Therapiesetting für sich als passend und hilfreich erleben (betreute Patientinnen bilden hier eine Ausnahme). Wer noch keine Therapieerfahrung besitzt oder wessen Ambivalenz bezüglich Therapie sehr ausgeprägt ist, der wird sich möglicherweise im intensiven Setting einer stationären Psychotherapie überfordert fühlen. Umgekehrt kann der ambulante Behandler trotz guter Therapiemotivation der Patientin schnell an die Grenzen des Machbaren kommen, weil die Betroffene mit dem Essen täglich auf sich gestellt und damit überfordert ist. Demnach sollte in jedem Einzelfall genau geprüft und in Ruhe mit der Patientin besprochen werden, welches Therapiesetting zu welchem Zeitpunkt angezeigt ist. Es kann sehr kontraproduktiv sein, zu viel Druck auf eine Betroffene wegen der Aufnahme einer Psychotherapie auszuüben. In stationären psychotherapeutischen Behandlungen hat sich in manchen Fällen das Modell der Intervalltherapie bewährt. Hierbei folgen mehrere Abschnitte stationärer Therapie in unterschiedlichen Abständen aufeinander, die von der Klinik zusammen mit der Patientin geplant werden. Die Erwartung an die Patientin besteht darin, während der Zeit am Wohnort mit Unterstützung durch ambulante Therapie zu versuchen, erzielte Verbesserungen zu stabilisieren, um beim folgenden Abschnitt, ähnlich den Stufen einer Treppe, die nächsten Schwierigkeitsgrade anzugehen.

Fallbeispiel CS: Die heute 43-jährige verheiratete Akademikerin leidet seit ihrem 16. Lebensjahr an einer anorek-

tisch-bulimischen Essstörung sowie an einer dysthymen Störung. Das Mindestgewicht der 166 cm großen Patientin lag mit 17 Jahren bei 28 kg (BMI 10,2), später meist im Bereich von BMI 14 bis 16. Über insgesamt fünf stationäre Klinikaufenthalte in einer psychosomatischen Klinik in den vergangenen vier Jahren konnte Frau S. über stufenweise Verbesserungen schließlich vollständige Symptomfreiheit erlangen. Seit zwei Jahren ist sie darüber hinaus in regelmäßiger ambulanter Psychotherapie.

Fallbeispiel SF: Bei der 21-jährigen Schülerin wurde eine seit dem 13. Lebensjahr bestehende Anorexia nervosa vom bulimischen Typ, eine rezidivierende depressive Störung, eine Impulskontrollstörung mit selbstverletzendem Verhalten, ein Alkoholabusus sowie eine posttraumatische Belastungsstörung nach dem gewaltsamen Tod beider Eltern diagnostiziert. Sechs stationäre Klinikbehandlungen (fünf davon in derselben Klinik) vom 15. bis 21. Lebensjahr der Patientin wechselten sich ab mit insgesamt drei Aufhalten in therapeutischen Wohngruppen (zwei davon in derselben). Frau F. konnte ihre sehr schwere, hochkomorbide Symptomatik über die Jahre in kleinen Schritten reduzieren, im nächsten Behandlungsabschnitt oft an die Fortschritte vom vorherigen anknüpfen. Daneben gab es zahlreiche Rückfälle und Phasen von Stagnation, doch weder die Patientin noch die Therapeuten gaben bisher den Kampf gegen die Erkrankung auf. Frau F. verletzt sich seit einigen Monaten nicht mehr, die Frequenz der bulimischen Anfälle liegt deutlich unter ihrer bislang höchsten. Alkoholabusus betreibt sie weiterhin. Die Patientin lebt nun allein in einer eigenen Wohnung, sie hat seit zwei Jahren eine konfliktreiche, aber stabile Partnerschaft und möchte eine Lehre beginnen.

### **Schwierigkeiten und Fehler bei Diagnose und Differenzialdiagnose**

Über grundsätzliche Probleme der Diagnostik bei Essstörung hinaus, die in anderen Publikationen hinlänglich dargestellt sind, möchten wir an dieser Stelle auf einige spezifische Fallstricke hinweisen, die sich in der klinischen Praxis ergeben können. So scheint die Diagnose einer Anorexia nervosa beispielsweise gelegentlich zu scheitern, weil die Patientin Ängste vor einer Gewichtszunahme oder die Körperschemastörung in der Anfangsphase der Therapie verneint. Die Erfahrung zeigt, dass viele Patientinnen diese Phänomene selbst als „krankhaft“ oder „übertrieben“ erkennen und, im Sinne des sozial Erwünschten, zunächst verneinen. Haben Vertrauen und Offenheit in der Therapie ein ausreichendes Maß erreicht, beschreiben viele Betroffene die genannten Phänomene dennoch, möglicherweise in anderer Wortwahl. Der Therapeut sollte Dispute mit der Patientin über deren „genaue Diagnose“ ohnehin vermeiden. Aufforderungen nach dem Motto „Gestehen Sie es sich (und mir) endlich ein, dass Sie krank sind“ werden wohl eher eine gegenteilige Wirkung erzielen und sind auch nicht notwendig. Eine Essstörung kann in der Therapie durchaus unter dem Label „Essproblem“ oder „Gewichtsproblem“ laufen, wenn dies der Patientin hilft, ei-

nen Einstieg in die Behandlung zu finden (Fichter, 2000a). Ein weites Problemfeld ist die Differenzialdiagnostik von Essstörung und die daraus resultierenden Fehldiagnosen.

**Fallbeispiel FF:** Eine 18-jährige, stark untergewichtige Schülerin wurde mit der Diagnose Anorexia nervosa von einer internistischen Klinik zur stationären Psychotherapie verlegt. Die hervorstechenden Symptome waren starkes Untergewicht und Erbrechen. Die Eltern lebten seit einigen Monaten in einem arabischen Land, da der Vater im Erdölbereich tätig war. Die Patientin war bei Verwandten in Deutschland verblieben, um sich auf das Abitur vorzubereiten. Zwischen ihren Eltern habe es häufiger Streit gegeben, und auch über Trennung sei geredet worden. Die Patientin wurde mit der Hypothese, es bestehe eine Magersucht im Zusammenhang mit familiären Konflikten, behandelt. Die Krankenschwestern der Station stellten ihr Bett zur besseren Überwachung direkt vor das Stationszimmer. Sie berichteten über häufiges Erbrechen der Patientin; dies erfolgte allerdings nicht heimlich, wie sie es bei einer Magersüchtigen erwartet hätten, sondern ganz offen vor allen, plötzlich und im Schwall. Dies machte einen der behandelnden Ärzte stutzig, der das Symptom des Im-Schwall-Erbrechens von Säuglingen mit einer Pylorostenose (Verengung des Magenausgangs) kannte. Schließlich wurde die Diagnose einer Magersucht in Zweifel gezogen und eine intensive Suche nach körperlichen Ursachen in die Wege geleitet. Die bildgebenden Verfahren zeigten am Magenausgang einen Tumor, der sich bei einer Operation als Karzinom erwies. Wenige Wochen später verstarb die Patientin.

Ein weiterer Fall zeigt ebenfalls die fatalen Folgen einer unzureichenden körperlichen Diagnostik auf.

**Fallbeispiel VQ:** Ein 19-jähriger junger Mann klagte über Kopfschmerzen und nachlassender Leistung. Auch erbrach er und hatte über drei Monate an Gewicht abgenommen, so dass er von einem regionalen Krankenhaus zur stationären Psychotherapie verlegt wurde, wo die Diagnose eines anorektischen Syndroms bei psychogenem Erbrechen gestellt wurde. Nach 10 Tagen verließ er diese Klinik gegen ärztlichen Rat. Er war früher recht aktiv gewesen (Radrennfahren, Buchlektüre, Blecharbeiten), entwickelte dann in der Jugendzeit zunehmende Kontaktschwierigkeiten und im MMPI hatte er hohe Werte in den Skalen Depressionen, Schizoidie und soziale Isolation. Eine genauere Betrachtung der Symptomatik zum Zeitpunkt der ersten Krankenhausaufnahmen hätte die Diagnose anorektisches Syndrom bei psychogenem Erbrechen fragwürdig erscheinen lassen: Er zeigte keinerlei körperliche Überaktivität, sondern setzte und legte sich hin, wo immer dies auf Station möglich war. Er klagte über Müdigkeit, und die Krankenschwestern bestätigten dies durch ihre Verhaltensbeobachtungen auf Station. Im weiteren Verlauf nach Entlassung spitzten sich die Symptome weiter zu. Er wurde gelegentlich ohnmächtig, war beim Gehen wackeliger und unsicherer geworden und stürzte öfter. Er legte sich viel

hin und wollte Ruhe haben. Schließlich kam es zu Sehstörungen. Später verstarb er in einer neurologischen Klinik, noch bevor eine neurochirurgische Operation veranlasst werden konnte. Die Sektion ergab einen kirschkerngroßen Tumor im Kleinhirn.

Aus dem Bereich der psychosomatischen Diagnosen ähneln einige Störungsbilder der Essstörungssymptomatik oder bestimmen sie wesentlich mit. So kann Appetitverlust auch im Rahmen einer depressiven Symptomatik auftreten. Spezifische Phobien können zu selektivem Essverhalten führen, Zwänge und somatoforme Störung das Essverhalten beeinflussen.

**Fallbeispiel FD:** Die 23-jährige Auszubildende wurde wegen einer seit ihrem 15. Lebensjahr bestehenden restriktiv-anorektischen Essstörung bereits zweimal ohne anhaltenden Erfolg in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und einmal in einer psychosomatischen Klinik behandelt. Das Minimalgewicht der Patientin lag bei einem BMI von 11,7. Auch bei einer zweiten stationären Therapie in der Psychosomatik zeigte Frau D. wieder eine ausgeprägte Veränderungsresistenz, die notwendige Gewichtszunahme betreffend. Eine genaue Beobachtung der Patientin am therapeutisch begleiteten Essenstisch und eine Analyse ihrer Essprotokolle ergaben, dass sie ihre Essensmengen exakt gleich hielt, selbst geringfügige Veränderungen waren ihr nicht möglich. Zunächst wurde dieses Phänomen der allgemeinen Rigidität im Rahmen der Magersucht zugeschrieben. Nachdem Frau D. genug Vertrauen in der Therapie gefasst hatte, ließ sie erkennen, dass sie ihre Essensmengen tatsächlich nicht steigern, also verändern „könne“, weil diese ein Teil eines komplexen Zwangssystems waren, über welches die Patientin aus Scham noch nie gesprochen hatte. Frau D. wehrte mit ihrem Zwangsverhalten massive Ängste ab, ihren Angehörigen, vor allem ihrem über alles geliebten Vater könnte etwas zustoßen, entsprechend stark hielt sie an ihren Zwängen fest.

**Fallbeispiel CS:** Die 21-jährige, sehr behütet aufgewachsene Patientin sei schon als Kind oft krank gewesen. An vielen Aktivitäten in der Schule oder mit Gleichaltrigen habe sie daher nicht teilnehmen können. Vor ihrem Realschulabschluss habe sich Frau S. unter starken Leistungsdruck gesetzt und eine ausgeprägte Magen-Darm-Symptomatik mit Verstopfung, Schmerzen und Blähungen entwickelt. Wegen dieser Beschwerden habe die Patientin begonnen, sich „gesünder“ zu ernähren, und einen zunehmend restriktiven und selektiven Ernährungsstil entwickelt, durch den sich die Beschwerden im Rückblick noch verstärkt hätten. Aus „Angst vor den Bauchschmerzen“ habe Frau S. noch eingeschränkter gegessen und sei schließlich in einen Teufelskreis geraten, der bei einem Minimalgewicht von BMI 11,2 endete. Frau S. habe die Gewichtsabnahme nie intendiert, ihre Ängste richteten sich auf die Magen-Darm-Beschwerden, nicht auf eine Gewichtszunahme. An Stelle einer vordiagnostizierten Anorexia nervosa erhielt sie u.a. die Diagnose einer undifferenzierten somatoformen Störung.

## Probleme und Fallstricke im Therapieverlauf

Eine ambivalente Einstellung der Betroffenen zu ihrer Essstörung sowie zur Therapie ist zunächst fester Bestandteil dieser Erkrankungen. Ein Therapeut sollte misstrauisch werden, wenn eine Essstörungspatientin lediglich die negativen Konsequenzen ihrer Krankheit beklagt. In diesem Fall hat die Betroffene entweder noch wenig Therapieerfahrung oder führt ihr Verhaltensmuster „vernünftiger“ Anpasstheit auch in der Therapie fort, oder sie hat keine psychogene Essstörung. Die normalerweise ambivalente Haltung resultiert aus der ausgeprägten Funktionalität einer Essstörung, die immer auch Nutzen und Vorteile für die Patientin hat. Diese Funktionen gilt es in der Therapie herauszufinden und alternative Problemlösestrategien zu erarbeiten.

Die Veränderungsbereitschaft einer Essstörungspatientin setzt sich demnach zusammen aus ihrem Leidensdruck einerseits („Nachteile“ der Essstörung) und der Funktionalität ihrer Erkrankung andererseits („Vorteile“ der Erkrankung). Dieser Ambivalenz sollte sich der Therapeut stets bewusst sein und sie auch offen mit der Patientin thematisieren. Hilfreich dabei sind etwa Vorteile-Nachteile-Listen oder die Einschätzung „gesunder“ versus „kranker“ Anteile mittels einer Imagination: „Stellen Sie sich als Umrisszeichnung vor. Wie viel Prozent davon ist durch die Essstörung ausgefüllt, wie viel verbleibt für Sie als gesunde Person?“ Auch „Briefe an die Essstörung“ können Ambivalenz deutlich machen: „Du bist meine beste Freundin, weil ...“ und „Du bist meine ärgste Feindin, weil ...“.

Die Funktionen oder Vorteile der Essstörung sind für die Therapie so wichtig wie die Beachtung möglicher negativer Folgen der Erkrankung.

Fallbeispiel MT: Frau T., eine 19-jährige, seit vielen Jahren magersüchtige Patientin kam während einer stationären psychotherapeutischen Behandlung aus einer Gruppentherapie weinend und völlig aufgelöst zum Einzelgespräch. Die gemeinsame Erarbeitung von Vor- und Nachteilen der Essstörung hatte in der Gruppentherapie ergeben, dass Frau T. „viel mehr Vorteile“ durch ihre Erkrankung habe als die anderen Patientinnen in der Gruppe, von denen einige „fast nur Nachteile“ hätten. Der Patientin wurde aufgezeigt, dass gerade die Kenntnis der Funktionen der Essstörung ein wesentlicher Schritt auf dem Weg aus der Krankheit ist, der denjenigen Betroffenen noch bevorsteht, die in einem rein somatischen Krankheitsverständnis nur negative Folgen sehen. Denn gerade die „Vorteile“ sind es, die dazu führen, dass sich Patientinnen nur schwer von ihrem problematischen Essverhalten lösen können.

Wenn das Abwägen von Pro und Kontra in der Essstörungstherapie gemeinsam mit der Patientin konsequent durchgeführt wird, kann sich die Patientin in einigen Fällen zum gegenwärtigen Zeitpunkt gegen eine Therapie entscheiden. Auch das kann ein erfolgreicher Teilschritt in der Therapie sein. Denn die Patientin hat für sich eine reiflich überlegte Entscheidung getroffen, die den Erwartungen der Außenstehenden nicht entspricht, was für viele Essstörungspatientinnen ein grundlegend verändertes Verhaltensmuster und damit ei-

nen Fortschritt bedeuten kann. Auch der Therapeut sollte sich in diesen Fällen von externem wie eigenem Erwartungsdruck frei machen und die Entscheidung der Patientin nicht als gegen sich gerichtet betrachten.

Fallbeispiel FS: Die 17-jährige, deutlich reifer, überaus vernünftig und leistungsorientiert auftretende Gymnasiastin befand sich zum ersten Mal wegen einer seit drei Jahren bestehenden restriktiven Anorexie in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Die Therapie war geprägt von zähem Ringen um jede kleine Steigerung der Essensmengen, die Patientin zeigte sich trotz rationaler Krankheitseinsicht völlig eingenommen von ihrer Kontrolle über Essen und Gewicht. Nach einer mühsamen Gewichtszunahme von BMI 13,3 auf 15,5 entschloss sich Frau S. gegen den eindringlichen Rat ihrer Eltern zu einer Unterbrechung der Therapie, da sie eine weitere Zunahme nicht tolerieren konnte. Dem Angebot der Klinik zu einer Wiederaufnahme kam die Patientin zweieinhalb Jahre später nach. Sie hatte zu Hause ihr Entlassungsgewicht annähernd gehalten, war nun zu einer weiteren Gewichtssteigerung bereit und zeigte sich überdies aufgeschlossener gegenüber der Bearbeitung der Problembereiche hinter ihrem gestörten Essverhalten.

Die Therapiemotivation von Psychotherapiepatienten im Allgemeinen und Essstörungspatientinnen im Besonderen ist eine Funktion aus der Veränderungsbereitschaft bezüglich des Verhaltens einerseits und der Bereitschaft andererseits, mit dem Therapeuten in Beziehung zu treten. Eine möglichst hohe Ausprägung auf beiden Dimensionen stellt die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie dar (Fichter, 2000b, c). Wegen der oft langen Krankheits- und Therapiedauer und der spezifischen Persönlichkeitsstruktur von Essstörungspatientinnen kommt dem Beziehungsaspekt in der Essstörungstherapie eine besonderer Rolle zu. Im o.g. Fallbeispiel war die therapeutische Beziehung so tragfähig, dass die Patientin die Therapie ohne „schlechtes Gewissen“ unterbrechen, über zweieinhalb Jahre in größeren Abständen den Kontakt zum Therapeuten halten und schließlich die stationäre Therapie mit der Veränderungsbereitschaft wiederaufnehmen konnte, die ihr im ersten Anlauf gefehlt hatte. Demnach ist selbst eine Therapie ohne Verhaltensänderung der Patientin nicht „erfolglos“, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle, stabile therapeutische Beziehung aufzubauen, welche die notwendige Basis für eine spätere Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des Essverhaltens darstellt. Wichtig ist für den Therapeuten, eine „festgefahrene“ Therapiesituation wieder in Gang zu bringen, statt auf seinen Zielen und Erwartungen zu beharren. Denn bekanntlich birgt jede Krise auch eine Chance.

Fallbeispiel TT: Frau T. hatte trotz verschiedenster therapeutischer Bemühungen während einer stationären Behandlung über viele Wochen ihr Aufnahmegewicht von 32 kg bei normaler Körpergröße um kein Gramm gesteigert. Der erzürnte zuständige Abteilungsleiter verlangte daraufhin vom Team, „der Patientin zu zeigen, was eine Harke ist“. Als dies nicht fruchtete, ordnete er an, dass die Patientin

in eine innere Abteilung zur Sondenernährung verlegt werden sollte. Die Patientin reagierte auf diese Ankündigung massiv, weil sie sich vom Behandlungsteam im Stich gelassen sah, und verlangte (trotz ihres ausgeprägten Untergewichtes und trotz der Tatsache, dass es eigentlich gar kein Zuhause gab) die Entlassung aus der Klinik. Es ergab sich eine schwierige Situation für das Behandlungsteam. Die Patientin gegen ihren Willen zur Sondenernährung auf eine innere Abteilung zu verlegen wäre eine schlechte Therapiebasis gewesen, und sie hätte sich noch vermehrt gesperrt. Sie, ohne dass ein Zuhause bestand, zu entlassen, wäre ein großes Risiko gewesen. Im Team entschied man sich, den Wunsch der Patientin nach Entlassung ganz wörtlich zu nehmen. Sie wollte jetzt entlassen werden, hatte aber nichts gesagt, wie es danach weitergehen sollte. Dem Wunsch der Patientin wurde nachgegeben und gleichzeitig vereinbart, dass sie in 10 Tagen wieder zur Aufnahme in die Klinik kommt. Diese Lösung gab der Patientin die Möglichkeit, ihr Gesicht zu wahren und ihren Kopf bezüglich der Entlassung durchzusetzen, andererseits die Möglichkeit einer Weiterführung der Behandlung. Nach der Wiederaufnahme war die Patientin wie verwandelt, nahm kontinuierlich an Gewicht zu und konnte schließlich mit Normalgewicht entlassen werden und hielt dieses Gewicht über die weiteren Jahre (Fichter, 2000d).

Fallbeispiel JB: Frau B. war als eineiiger Zwilling geboren und hatte mit 14 Jahren (kurz vor ihrer Zwillingsschwester) begonnen, von einem prämorbidem Gewicht von BMI 18,7 durch restriktives Essverhalten und exzessive Bewegung bis auf ein Minimum von BMI 12 abzunehmen. Mit ihrer Zwillingsschwester stand sie über Jahre in hartem Konkurrenzkampf, wer von beiden mit weniger Essen auskomme und sich mehr bewege. Das Zusammenleben beider Schwestern im selben Internat und zuletzt auch in derselben Wohnung führte über eine vollständige Parallelisierung des gesamten Verhaltens in symbiotischer, hoch ambivalenter Form immer wieder zu starken Rezidiven der anorektischen Symptomatik. Der Konkurrenzkampf bezüglich Essen und Bewegung führte beide zunehmend in soziale Isolation, die Schule wurde vernachlässigt, die Eltern und ein jüngerer Bruder waren hilflos und überfordert. Ohne die gegenseitige Versicherung, „das Richtige zu tun“, seien beide Schwestern handlungsunfähig. Ihre Bezogenheit auf einander gipfelte darin, dass sich die Mädchen im Abstand von zwei Wochen den gleichen Oberarm brachen.

Frau B. wurde über knapp vier Jahre in drei Abschnitten stationärer, dazwischen auch ambulanter Psychotherapie beim selben Therapeuten behandelt. Zu Beginn der Therapie zeigte sich die damals 16jährige Patientin völlig verschlossen, sie vermied den Blickkontakt und sprach kaum. Sie hatte sich in den zurückliegenden Jahren gemeinsam mit ihrer Schwester zunehmend von Außenkontakten zurückgezogen, nachdem beide durch einen Schulwechsel und eine vergleichsweise späte pubertäre Entwicklung den Anschluss an Gleichaltrige verloren hätten. Zuvor schon seien sie oft nicht als eigenständige Persönlichkeiten wahr-

genommen worden, Freunde hätten beide mit der Kombination aus beiden Vornamen angesprochen. Auf der Suche nach Merkmalen zur Unterscheidung hätten Verwandte Frau B. als „die Festere“ (d.h. die Dickere) der beiden Mädchen ausgemacht, dies sei für sie der Anstoß zur Gewichtsabnahme gewesen.

Der Aufbau von Vertrauen und Offenheit in der Therapie erforderte bei Frau B. wegen ihrer speziellen Problematik deutlich mehr Zeit als üblich. Entsprechend waren lange Phasen der Behandlung gekennzeichnet durch Stagnation auf der Ebene des Essverhaltens, Fortschritte in Bezug auf Vertrauen und In-Beziehung-Gehen mit dem Therapeuten konnten aber erzielt werden. Die Verbesserungen im Beziehungsbereich hielten Frau B. letztlich immer wieder im therapeutischen Kontakt und bildeten damit eine wesentliche Voraussetzung für dauerhafte Veränderungen auch im Essverhalten der Patientin, die schrittweise erfolgten. Die Zwillingsschwester wurden zunächst weitgehend zeitgleich auf zwei verschiedenen Stationen einer Klinik, dann überlappend und zuletzt nacheinander auf der selben Station behandelt. Die letzte Variante spiegelt eines der wesentlichen Therapieziele und eine wichtige Entwicklungsaufgabe für beide Schwestern, nämlich Selbständigkeit und den Aufbau einer eigenen, positiven Identität.

Gelegentlich scheint der Beziehungsaspekt, speziell in der Verhaltenstherapie, eine untergeordnete Rolle zu spielen. Geht es in der Therapie lediglich um Verhaltensmodifikation, läuft der Therapeut Gefahr, einem der wichtigsten Fallstricke in der Essstörungsbehandlung zu erliegen. Spätestens seit Hilde Bruch's Klassiker „Der goldene Käfig“ ist die spezifische Persönlichkeitsstruktur essgestörter Patientinnen bekannt, die bis heute jeder erfahrene Essstörungstherapeut bestätigen kann. Grundsätzlich positive Persönlichkeitseigenschaften wie ausgeprägte Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Anpassungsfähigkeit treffen auf Merkmale wie Konfliktvermeidung und dem „allumfassenden Gefühl eigener Unzulänglichkeit“ und prädestinieren Mädchen und Frauen mit Essstörung damit zu vordergründig „idealen“ Psychotherapiepatientinnen, die speziell in der Verhaltenstherapie Vorgaben zu Verhaltensänderungen nicht selten in der ihnen eigenen vernunftorientierten, pflichtbewussten und angepassten Art zunächst brav umsetzen.

Eine Essstörungspatientin, zumal mit Anorexia nervosa, zur Anpassung an die Vorgaben des Therapeuten zu bewegen ist kein Kunststück, sondern Teil der Psychopathologie dieses Störungsbildes. Daher sollten auffallend „glatte“ Therapieverläufe, etwa eine problemlose Gewichtszunahme stets kritisch hinterfragt werden. Wo bleibt der störungsimmanente Widerstand, bedingt durch die wichtigen Funktionen der Erkrankung? „Isst sich“ die Patientin „aus der Therapie“, um hinterher wieder ungestört ihre Essstörung ausleben zu können? Begleitet werden solche „guten“ Therapieverläufe häufig noch von der reumütigen Versicherung der Patientin, nun „verstanden“ zu haben, dass die Essstörung ein „Unsinn“ war, sie werde ihre „falschen“ Gedanken und Verhaltensweisen durch „richtige“ ersetzen und bald diesen „größten Fehler“ ihres bisherigen Lebens ad acta legen. Solche „Therapieer-

folge" sind meist nicht von langer Dauer. Vernunft und Einsichtsfähigkeit und die Anpassung an Erwartungen von außen sind in der Regel ohnehin nicht durch die Essstörung beeinträchtigt, sondern ein Teil von ihr und tragen dazu bei, sie aufrechtzuerhalten. Wesentlich relevanter ist die Rolle der Emotionen. Die Abwehr unangenehmer, abgelehnter Gefühle bzw. ihr alternativer Ausdruck durch Hungern oder übermäßiges Essen, Essanfälle und Erbrechen gehören zu den häufigsten und bedeutsamsten Funktionen einer Essstörung. Daher geht es in der Therapie weniger darum, die Patientinnen „zur Vernunft zu bringen“, die sie ohnehin im Übermaß besitzen, sondern die Wahrnehmung und den offenen Ausdruck von Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen zu fördern, auch wenn dies eine stärkere Auseinandersetzung der Patientin mit dem Therapeuten bedeutet. Eine Patientin, die in der Therapie offen und verbal rebelliert, statt nur das Essen zu verweigern, ist zwar unbequem, hat jedoch bereits einen bedeutsamen Therapiefortschritt erzielt.

Die beschriebenen Probleme treten häufig im Zusammenhang mit Vereinbarungen in der Therapie zutage, die im Sinne eines Kontingenzplans erwünschte Verhaltensweisen verstärken, unerwünschte unterbinden sollen. So genannte Gewichtsverträge, die als Konsequenzen für mangelnde Gewichtszunahme etwa einen gestuften Verstärkerentzug vorsehen oder gar vom völligen Verstärkerentzug ausgehend Elemente des normalen Lebens wie Telefonate, Briefe oder freien Ausgang als Belohnung für erwünschtes Verhalten einsetzen, werden oft noch standardmäßig und ohne Berücksichtigung der individuellen Situation und Persönlichkeit der jeweiligen Patientin eingesetzt. Zunächst müssen die Konsequenzen solcher Vereinbarungen angemessen und individuell abgestimmt sein, um wirken zu können. Bei Patientinnen in einem körperlich akut bedrohten Zustand oder solchen mit ausgeprägtem Bewegungsdrang kann eine Bewegungseinschränkung sinnvoll oder sogar notwendig sein. Eine komorbid depressive Patientin hingegen wird wohl kaum von einer Ausgangsbeschränkung profitieren können, einer sozial phobischen dient er als willkommene Vermeidung, eine selbstunsichere Patientin wird sich zwar unverstanden und bevormundet fühlen, aber wie üblich fügen. Abgesehen davon bleibt manchen Patientinnen angesichts einer therapeutischen Machtdemonstration nichts anderes übrig, als sich nach außen anzupassen, sprich die Erwartungen zu erfüllen (wie sie es immer getan haben), mit ihren Gefühlen und der damit verbundenen Symptomatik jedoch in die Heimlichkeit zu gehen. Oft liegt hier der Schlüssel zu einem Phänomen, das den Essstörungspatientinnen innerhalb der Psychotherapie einen schlechten Ruf eingebracht hat. Die Rede ist von mangelnder Offenheit, von Manipulationen, vom „Tricksen und Lügen“ im Umgang mit der Symptomatik. Heimliches Erbrechen, Wassertrinken vor dem Wiegen, in Haaren und Unterwäsche trickreich installierte Gewichte, stundenlange „Spaziergänge“ im Umfeld der Klinik und Turnübungen im Zimmer oder Bett sind keine Charakterfehler, sondern Ausdruck davon, dass zum einen Patientin und Therapeut zum aktuellen Zeitpunkt nicht dasselbe Therapieziel verfolgen und zum anderen die therapeutische Beziehung nicht so gut ist, dass die Patientin ihren Widerstand offen äußern kann.

Fallbeispiel CR: Die in ihrer Kindheit adipöse 17-jährige Schülerin befindet sich wegen einer seit etwa drei Jahren bestehenden Anorexie vom bulimischen Typ in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Trotz kontinuierlicher Steigerung der Essensmengen nimmt die Patientin, ausgehend von ihrem Aufnahmegewicht von BMI 11,6, über Wochen kaum zu. Sie hat über eine seit ihrer Kindheit bestehende Strafangst hinaus einschlägige Erfahrungen mit negativen Konsequenzen für unerwünschtes Verhalten in Therapien. Nach wochenlangem Vertrauensaufbau und der Zusicherung einer „Amnestie“ berichtet sie, die für sie extrem angstausslösenden großen Essensmengen, die sie brav zu sich nimmt und für die sie am Esstisch regelmäßig gelobt wird, wieder zu erbrechen. Durch das offene Ansprechen ihrer Ängste und eine Neuanpassung der Essensmengen gelingt Frau R. in der Folgezeit eine Gewichtszunahme.

Die gefürchteten heimlichen Manipulationen von Essstörungspatientinnen sind mithin Ausdruck dafür, dass die Betroffene zu sehr unter Druck steht und zu wenig Vertrauen hat, sind also oft therapeutisch „hausgemacht“. Sinnvoller als ein Räuber-und-Gendarm-Spiel ist es, auf der Basis einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung die jeweiligen Therapieziele zu klären und gegebenenfalls von therapeutischem Standardvorgehen abzurücken. So kann es bei mangelnder Akzeptanz einer weiteren Gewichtszunahme im Einzelfall durchaus sinnvoll sein, ein vorübergehendes „Plateau“ in die Gewichtskurve einzubauen oder auch eine Pause in der Therapie einzulegen, stets verbunden mit dem Angebot, diese zum gegebenen Zeitpunkt wiederaufzunehmen. Stures Festhalten an einem Standardvorgehen seitens des Therapeuten oder gar Erzwingen einer Verhaltensänderung durch entsprechende Druckmittel erzeugen einen Machtkampf, den kurzfristig vielleicht der Therapeut, langfristig jedoch sicherlich die Patientin gewinnt. Machtkämpfe gilt es in der Essstörungstherapie grundsätzlich und unter allen Umständen zu vermeiden, ihr Auftreten sollte umgehend mit der Patientin selbst sowie in der Supervision thematisiert werden. Es ist daher erforderlich, dass die Patientin alle therapeutischen Interventionen als für sie hilfreich erkennen kann, sie also nicht im Sinne einer äußeren Anpassung mit innerem Ausstieg aus der Therapie über sich ergehen lässt, sondern freiwillig und mit ihrer ganzen Ambivalenz mitarbeitet.

Fallbeispiel PS: Die 32-jährige Fremdsprachenkorrespondentin, erfolgreich tätig in verschiedenen Berufen, leidet seit etwa 14 Jahren unter einer schweren Anorexia nervosa vom restriktiven Typ. Als Kind sei sie „pummelig“ gewesen, ab etwa ihrem 18. Lebensjahr habe sich ein zunehmend restriktives Essverhalten entwickelt. Dreimal befand sich Frau S. bereits in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Während die hoch differenzierte Patientin beim dritten Aufenthalt über sehr lange Zeit ohne nennenswerte Thematisierung ihres Essverhaltens und ohne Gewichtszunahme vor allem hypnotherapeutisch behandelt wurde, geriet sie während der ersten beiden Aufenthalte in einer psychosomatischen Klinik in einen klassi-

schen Machtkampf um ihr Gewicht. Eingebunden in ein einheitliches Stationsregime mit identischem Verstärkerentzugsplan (sog. Gewichtsvertrag) für alle untergewichtigen Patientinnen fühlte sich Frau S. fremdbestimmt und als eigenständige Person nicht gewürdigt und respektiert. Wie auf alle unangenehmen Gefühle reagierte sie mit Essensverweigerung, was zu therapeutischen Konsequenzen führte, die ihren Entscheidungsspielraum noch weiter beschnitten. Aus diesem Teufelskreis befreite sich die Patientin durch ein gewisses Maß an Anpassung (geringfügige, mühsame Gewichtszunahme) bei gleichzeitig innerer Ablehnung der Therapie und der Therapeuten.

Eine Wiederaufnahme in der psychosomatischen Klinik rettete der nunmehr 30-jährigen Patientin vermutlich das Leben. Die 168 cm große Patientin kam mit einem Gewicht von 27,0 kg in die Behandlung, was einem BMI von 9,5 entspricht. Angesichts des bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlaufs wurde in der Therapie dennoch von Anfang an darauf Wert gelegt, Frau S. individuell zu behandeln, sie ernst zu nehmen, ihr gegenüber die notwendigen Interventionen genau zu erklären und zu begründen, ihr so viel Freiraum wie möglich zu lassen und ihr mit steigendem Gewicht schrittweise mehr Eigenverantwortung zu übertragen. Frau S. honorierte dieses individuelle Vorgehen mit Vertrauen in die Therapie und die Therapeuten und einer Gewichtszunahme, die über einen weiteren Behandlungsabschnitt ein Jahr später bis zum BMI 16,9 reichte, den die Patientin zu Hause aktuell, ein halbes Jahr nach Entlassung, immer noch hält. Dieses Gewicht ist das höchste, das Frau S. in den vergangenen 14 Jahren ihrer anorektischen Essstörung erreichen konnte.

Verbreitet existiert noch die Auffassung, man solle Essstörungspatientinnen durchaus „zu ihrem Glück zwingen“, also ruhig so viel Druck ausüben, bis eine Verhaltensänderung erfolgt. Manche Therapeuten äußern sogar, eine Essstörungstherapie sei nur dann gut gelaufen, wenn sie von der Patientin gehasst würden. Später, mit normalisiertem Gewicht bzw. ohne bulimische Symptomatik, würden sie die Vorteile des Gesundheits schon erkennen und diesen Status deshalb beibehalten (und dankbar für die „Tritte in den Hintern“ sein, wie von Patientinnen selbst bisweilen formuliert wird). Für eine kleine Gruppe von Betroffenen mag dies zutreffen, darunter Patientinnen, die tatsächlich durch die Kachexie kognitiv eingeschränkt sind. Für den überwiegenden Teil der Betroffenen fehlt bei dieser Betrachtungsweise jedoch wiederum der gesamte Aspekt der Funktionalität. Eine Essstörungspatientin ist nicht „unfähig, richtig zu essen“, wie dies oft auch im eigenen Krankheitsmodell der Betroffenen zu hören ist, welches das ohnehin meist defizitäre Selbstbild noch zusätzlich verschlechtert. In diesem Sinne sollte den Patientinnen auch nicht vermittelt werden, dass ihr Grundproblem darin bestünde, „Denkfehler“ zu machen, also schon wieder fehlerhaft zu sein. Ein Gedanke wie „Wenn ich ein Stück Kuchen esse, nehme ich bis morgen drei Kilo zu“ ist selbstredend irrational und dysfunktional, kann das Essverhalten unmittelbar beeinflussen und sollte durch Verhaltensexpositionen widerlegt werden. Jedoch ist er ein Teil der Symptomatik, kein

zugrunde liegendes Problem. Sich hier allein kognitiv umzustrukturieren wird für die Patientin nichts daran ändern, dass sie sich minderwertig, bevormundet, wütend, einsam oder unverstanden fühlt und mit diesen Gefühlen nicht anders umgehen kann als über gestörtes Essverhalten.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass ein weiterer Fallstrick der Essstörungsbehandlung dort liegt, wo die Themen Essen und Gewicht den größten Raum in der Therapie einnehmen. Hier bewegen wir uns in einem Themenbereich, der zwar höchst relevant ist, wenn die Patientin vor ihrem Teller sitzt, ansonsten in der Therapie aber von den eigentlich wichtigen Themen, die der Esssymptomatik zugrunde liegen, wegführt. Wenn sich eine essgestörte Patientin auch nach Wochen in der Therapie immer noch ausschließlich mit Essen und Gewicht beschäftigt, sollte gemeinsam überlegt werden, über was sie sich denn Gedanken machen würde (müsste), wenn diese Themen wegfielen. Ohne eine ermutigende Begleitung der Veränderungen beim Essverhalten zu vernachlässigen kann der Therapeut den Fokus der Therapie gezielt vom Essen zu den Funktionen der Erkrankung hinlenken. Gefragt, wie er es denn aushalten könne, in der Therapie ständig über Gewicht und Oberschenkel sprechen zu müssen, antwortete ein Therapeut nach einigen Jahren Essstörungstherapie, es müsse wohl daran liegen, dass er mit den Patientinnen gar nicht so oft über Gewicht und Oberschenkel spreche.

Wie eingangs erwähnt, stehen sich in der Therapie mit essgestörten Patientinnen also einige spezifische Fallstricke einerseits, viele interessante und spannende Themen der in der Regel sehr differenzierten Patientinnen andererseits gegenüber. Mehr noch als bei anderen psychosomatischen Krankheitsbildern lehrt die klinische Praxis jedoch die Notwendigkeit, sich immer wieder daran zu erinnern, Essstörungspatientinnen ernst zu nehmen, ihnen mit Respekt und Wohlwollen zu begegnen und ihnen gegenüber das Maß an Geduld aufzubringen, das diese folgenschweren Krankheitsbilder oft erfordern.

## Literatur

- Harris EC, Barraclough B (1998): Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 159:325-333
- Fichter MM (2000a): Wesentliches zur Erkrankung und Diagnostik von Essstörungen. In: Möller H-J (Hrsg.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme Verlag, 22.1: 886-897
- Fichter MM (2000b): Verhaltenstherapie von Essstörungen. In: Möller H-J (Hrsg.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme Verlag, 22.4: 919-930
- Fichter MM (2000c): Grundsätzliches zur Therapie von Essstörungen. In: Möller H-J (Hrsg.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme Verlag, 22.2: 897-906
- Fichter MM (2000d): Anorektische und bulimische Essstörungen. In: Petermann F (Hrsg.): *Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 305-330

**Dipl.-Psych. Markus Fumi**

**Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Fichter**

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

Am Roseneck 6 • 83209 Prien am Chiemsee

Tel.: 08051-680 • E-Mail: mfichter@schoen-kliniken.de