Psychotherapie der Essstörungen

Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend

Herausgegeben von Günter Reich und Manfred Cierpka

LINDAUER PSYCHOTHERAPIE MODULE
Peter Buchheim
Manfred Cierpka

Mit Beiträgen von

S. Becker
S. Beisel
D. Benninghoven
H. Bents
B. Bunz
M. Cierpka
U. Cuntz
C. Götz-Kühne
Th. Herzog
A. von Hippel
V. Pudel
G. Reich
Th. Seifert
J. von Wietersheim
W. Wünsch-Leiteritz
S. Zipfel

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Thieme

Thieme

L INDAUER
P SYCHOTHERAPIE
M ODULE
Peter Buchheim
Manfred Cierpka

Psychotherapie der Essstörungen

Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend

Herausgegeben von Günter Reich und Manfred Cierpka

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit Beiträgen von

S. Becker
S. Beisel
D. Benninghoven
H. Bents
B. Bunz
M. Cierpka
U. Cuntz
C. Götz-Kühne
Th. Herzog
A. v. Hippel
V. Pudel†
G. Reich
Th. Seifert
J. v. Wietersheim
W. Wünsch-Leiteritz
S. Zipfel

16 Abbildungen
17 Tabellen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

1. Auflage 1997
2. Auflage 2001

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2010 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Deutschland
Telefon: +49/(0)711/8931-0
Unsere Homepage: www.thieme.de

Printed in Germany

Grafiken: Hilger VerlagsService, Heidelberg; Heike Hübner, Berlin
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlaggrafik: Martina Berge, Erbach
Satz: stm media + druckhaus köthen, Köthen
gesetzt aus Adobe InDesign CS4
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

ISBN 978-3-13-108783-6 1 2 3 4 5 6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anschriften

Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Sandra Becker
Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ottfried-Müller-Straße 10
72076 Tübingen

Dr. med. Sylvia Beisel
salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow

Priv. Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dieter
Benninghoven
Mühlenbergklinik – Hosteinische Schweiz
Frahmsallee 1–7
23714 Bad Malente-Gremsühlen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hinrich Bents
ZPP – Universität Heidelberg
Hauptstraße 47–51
69117 Heidelberg

Prof. Dr. med. Peter Buchheim
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München
Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Straße 22
81675 München

Dr. Dipl.-Psych. Beate Bunz
Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin u. Psychotherapie
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
Institut für psychosomatische
Kooperationsforschung
und Familientherapie
Bergheimer Straße 54
69115 Heidelberg

Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz
Medizinisch-Psychosomatische
Klinik am Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien

Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Götz-Kühne
Praxis für Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie
und Supervision
Rotenburger Straße 8
34212 Melsungen

Priv. Doz. Dr. med. Thomas Herzog
Christophsbad Göppingen
Klinik für Psychosomatik
und Psychologische Medizin
Faurndauer Straße 6–28
73035 Göppingen

Dipl.-Päd. Alexandra von Hippel
Psychotherapeutische Praxis
Goethestraße 31
34119 Kassel

Prof. Dr. rer. nat. Volker Pudel
Max-Born-Ring 39
37077 Göttingen

Prof. Dr. phil. Günter Reich
Ambulanz für Familientherapie
und für Ess-Störungen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Dr. rer. biol. hum. Theodor Seifert
Mörikestraße 54
71299 Wimsheim

Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universität Ulm
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz
Klinik Lüneburger Heide
Am Klaubusch 21
29549 Bad Bevensen

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel
Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik VI
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Osianderstraße 5
72076 Tübingen

Geleitwort der Reihenherausgeber

Patientinnen und Patienten mit Essstörungen stellen noch immer wegen der Tendenz zur Chronifizierung, der häufig vorkommenden Therapieabbrüche und des oft schwierigen Umgangs mit ihnen eine schwer zu behandelnde Gruppe von Patienten dar. Nach wie vor besteht bei Patientinnen mit Anorexia nervosa ein hohes Suizidrisiko. Die zahlreichen stationären Aufenthalte in psychosomatischen aber auch in internistischen Stationen führen zu hohen Kosten. Es gibt also viele Gründe den Wissensstand zu diesem Störungsbild immer wieder zu aktualisieren – für die Therapeuten und zum Wohl der Patientinnen und Patienten.

Die psychotherapeutische Behandlung hat durch die Modifikation psychodynamischer, kognitiv-behavioraler, systemischer und humanistischer Ansätze und durch die Einführung von störungsspezifischen Behandlungsverfahren seit den 90er Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Der vorliegende Band bietet einen Überblick über die ambulante und stationäre Therapie von Essstörungen aus der Sicht der verschiedenen Therapierichtungen und greift zudem wichtige Spezialfragen und aktuelle gewordene Anwendungsbereiche auf. Es wird dabei deutlich, dass sich trotz der Unterschiede in den Konzepten zunehmend ein gemeinsames klinisches Behandlungswissen herausbildet.

In der jetzt vorliegenden 3. Auflage sind viele Beiträge überarbeitet und, auch unter Einbeziehung von Forschungsergebnissen, auf den neusten wissenschaftlichen Stand gebracht worden. Die Vermittlung der Kenntnisse und Fertigkeiten zur Psychotherapie der Essstörungen erfolgt, wie in dieser Reihe üblich, praxisorientiert und fallbezogen. In den therapeutischen Ansätzen, die sich für die Behandlung bewährt haben, wird hier von sehr erfahrenen Expertinnen und Experten der Blick auf die Patientinnen und Patienten, ihre spezifische Störung aber auch auf die Vielgestaltigkeit des Beschwerdebilds gelenkt. Das Buch entspricht damit den aktuellen Anforderungen an eine intensive psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung, wie wir sie für die schulenübergreifenden und störungsorientierten *Module der Lindauer Psychotherapiewochen* konzipiert haben. In diesen Modulen werden psychodynamische, verhaltenstherapeutische, systemische, körperorientierte und auch neurobiologische Ansätze zum Verständnis und zur Behandlung psychischer Störungen so dargestellt, daß den Leserinnen und Lesern anschauliche Kriterien für eine differentielle Indikationsstellung und Psychotherapie an die Hand gegeben werden. Wir wünschen der 3. Auflage des erfolgreichen Bandes „Psychotherapie der Essstörungen“ wieder eine gute Resonanz bei den fachkundigen Leserinnen und Lesern. Den Mitarbeiterinnen des Thieme-Verlags danken wir für ihr Engagement bei der Umsetzung unserer Weiterbildungsmodule in eine Reihe von Fort- und Weiterbildungstexten.

Heidelberg und München, im Februar 2010 *M. Cierpka, P. Buchheim*

Vorwort der Bandherausgeber zur 3. Auflage

Seit der Publikation der 2. Auflage dieses Buches haben sich im Bereich der Essstörungen viele neue Entwicklungen ergeben. Dies betrifft die vielfältigen Erscheinungsformen dieses Störungsspektrums ebenso wie deren Zusammenhänge mit anderen seelischen Erkrankungen, der Persönlichkeitsstruktur, der an der Entstehung beteiligten Faktoren sowie deren Behandlung.

So hat sich die Binge-Eating-Störung – die Essstörung mit Essanfällen – als feste Diagnose etabliert. Besondere Aufmerksamkeit gewinnen jetzt die „nicht näher bezeichneten Essstörungen", z. B. das Nachtessersyndrom. Zudem sind die Verläufe der „klassischen" Essstörungen Anorexie und Bulimie sowie die Übergänge zu den nicht näher bezeichneten Essstörungen noch besser untersucht.

Auch bezüglich der Adipositas und der hierbei beteiligten Entstehungsfaktoren gibt es neuere Entwicklungen und Erkenntnisse, welche die einseitige Betonung der Genetik zumindest relativieren.

Faktoren, welche die Entstehung von Essstörungen beeinflussen, z. B. familiäre Einflüsse und Aspekte der Paardynamik, sind nun weitaus besser und differenzierter untersucht als zum Zeitpunkt der vorangegangenen Auflage. Dies gilt auch für die Behandlungen von Essstörungen.

Entsprechend dieser Entwicklungen sind fast alle Kapitel völlig überarbeitet worden. Neue Abschnitte wurden hinzugefügt, andere gekürzt oder weggelassen. Zudem ist ein neues Kapitel über Körpertherapie und kreative Therapien hinzugekommen.

Hilfreich waren für uns auch dieses Mal wieder die vielen Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen über die verschiedenen Kapitel und Aspekte der 2. Auflage unseres Buches.

Wir hoffen, dass es uns gemeinsam mit unseren Autorinnen und Autoren wieder gelungen ist, den aktuellen Erkenntnisstand in den verschiedenen Bereichen für Therapeutinnen und Therapeuten interessant und vor allem nutzbringend für ihre Patientinnen und Patienten darzustellen.

Während der Arbeit an diesem Band verstarb unser Kollege Volker Pudel. Wir sind traurig über diesen Verlust und dankbar für die langjährige unkomplizierte Zusammenarbeit.

Göttingen und Heidelberg im Januar 2010

Günter Reich, Manfred Cierpka

Vorwort zur 1. Auflage

Ein klinischer Schwerpunkt in der Psychotherapie besteht derzeit in der ambulanten und stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychogenen Essstörungen. Unter Essstörungen fasst man Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas und verschiedene Mischformen zusammen. Insbesondere die an Bulimie erkrankten Patientinnen nahmen in den letzten zehn Jahren zu, so dass dieses Klientel in den engeren Fokus des Interesses rückte. Diese Zunahme ist nur vor dem Hintergrund soziokultureller Veränderungen, z. B. der zunehmenden Verfügbarkeit von Nahrung bei gleichzeitig starkem sozialem Druck zur Schlankheit, zu verstehen.

Den Krankheitsformen gemeinsam ist ein zum Teil extrem gestörtes Essverhalten, das durch sehr unterschiedliche innerpsychische und zwischenmenschliche Konflikte bedingt sein kann. Das gestörte Essverhalten wird oft durch einen selbstverstärkenden Zirkel aufrechterhalten oder verschlimmert, bei dem neben seelischen auch ernährungsphysiologische Faktoren eine große Rolle spielen können.

Dieses Buch befasst sich mit der Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung dieser Störungen. Alle Autorinnen und Autoren dieses Buches vertreten ein multifaktorielles, bio-psycho-soziales Entstehungsmodell von Essstörungen und plädieren entsprechend auch für eine umfassende diagnostische Perspektive, die soziokulturelle, ernährungsphysiologische, verhaltensorientierte, intrapsychische und interpersonelle Aspekte einbezieht. Sie plädieren ebenso für verschiedene Formen der Therapie, die entsprechend der Problematik schwerpunktmäßig sequentiell oder kombiniert angewendet werden müssen, um eine adäquate Behandlung auf dem derzeitigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis zu gewährleisten.

Die schulübergreifende, integrative Konzeption dieses Bandes soll den Leserinnen und Lesern für die Diagnostik und für die Therapie der Essstörungen eine klinisch relevante und praxisnahe Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten aus den genannten unterschiedlichen Perspektiven ermöglichen.

Im Bestreben, für Patienten die adäquate Psychotherapie für ihre Probleme zu finden, sind grundsätzlich zwei Wege gehbar.

In den differentiellen Indikationsüberlegungen wird versucht, diejenige psychotherapeutische Behandlungsmethode festzulegen, die für den Patienten die größtmöglichste Heilungschance verspricht. In diesem Prozess müssen sowohl die Vor- und Nachteile der verschiedenen Psychotherapieformen abgewogen als auch das Setting, in dem diese Behandlung dann durchgeführt werden soll, bestimmt werden. Die jeweilige Behandlungs-

methode bleibt dabei ihrer Schulrichtung verpflichtet. Manchmal werden verschiedene Behandlungsformen bewusst sequentiell (zeitlich aufeinanderfolgend) oder kombiniert (gleichzeitig) angewendet, dann in der Regel bei verschiedenen Therapeuten. Zum Beispiel werden zunächst psychoanalytisch begründete Verfahren angewendet, dann behavioral-kognitiv orientierte oder umgekehrt, seltener wird gleichzeitig von verschiedenen Therapeuten an den intrapsychischen Konflikten und am Verhalten gearbeitet. Im schlechtesten Falle werden nacheinander verschiedene Therapien durchgeführt, weil eine Methode „versagt" hat, ohne dass die Behandlungen aufeinander abgestimmt sind oder zumindest zwischen den Therapeuten der verschiedenen Richtungen über den Verlauf kommuniziert wird.

Eine andere Möglichkeit besteht in der Integration von verschiedenen Bausteinen aus unterschiedlichen Psychotherapieverfahren, um möglichst maßgeschneidert das Patientenproblem angehen zu können. Gerade in letzter Zeit wird diese Diskussion verstärkt geführt, nachdem von Orlinsky (1994) das forschungsgeleitete „Generische Modell" und von Grawe et al. (1994) das „Allgemeine Psychotherapiemodell" als integrative Modelle vorgestellt wurden, die je nach Patientenproblem eine Gewichtung der Therapiefaktoren im Behandlungsprozess zulassen. Diesen Modellen ist eine bestimmte Vorgehensweise inhärent: Bei Patienten, bei denen z. B. Verhaltensprobleme im Vordergrund stehen, werden vorwiegend die kognitiv-behavioralen Techniken angewendet, bei Beziehungsproblemen eher psychodynamische oder systemische Konzepte. Die Variation in der Behandlung findet in jedem Fall innerhalb dieser integrativen Modelle statt. Das Generische Modell und das Allgemeine Psychotherapiemodell fordern von dem einzelnen Therapeuten, die verschiedenen Ansätze in der Behandlung bei ein und derselben Patientin zu integrieren. Ausgearbeitete Konzepte zur Integration von mehreren psychotherapeutischen Verfahren sind allerdings bisher selten geblieben.

Dies erscheint aufgrund der Gegensätzlichkeit – z. B. zwischen den behavioral-kognitiven und den psychoanalytisch fundierten Verfahren – auch nicht allzu verwunderlich, wenn man bedenkt, welche Unterschiede nicht nur in der Behandlungstheorie und -technik, sondern auch in den „psychotherapeutischen Haltungen" und in den Weltanschauungen der Therapeuten auszumachen sind.

Die Verhaltenstherapie bleibt, wie die in diesem Band vorliegenden Beiträge zeigen, während des ganzen Therapieverlaufs, z. B. in der Erarbeitung von Selbst- und Stimuluskontrolltechniken, von Möglichkeiten der Stressbewältigung oder der Reattribuierung, deutlich am Symptomverhalten orientiert. Das Vorgehen ist insgesamt sehr stark strukturiert.

Die psychodynamische Arbeit thematisiert demgegenüber die vorbewusste und unbewusste Bedeutung der Symptomatik. Zu deren Darstellung muss in der therapeutischen Beziehung Raum geschaffen werden. Die mit den Wechselfällen der Übertragungsdynamik, der Affektregulierung und der Abwehrprozesse an den Scham- und Schuldkonflikten oder den Problemen der Selbst-Objekt-Abgrenzung arbeitende Behandlung verläuft daher insbesondere in der oft sehr langen Mittelphase nicht so strukturiert wie die kognitiv-behaviorale Therapie.

Der Einbau von Therapiebausteinen aus einer anderen Schulrichtung in das eigene therapeutische Spektrum ist also sehr schwierig, so dass es eher zu Überweisungen zu anderen Therapeuten kommt als zu Überlegungen, wie man selbst Bausteine aus der jeweils anderen Methode für sein eigenes Vorgehen verwenden kann. Allerdings vertreten wir die Ansicht, dass bei entsprechenden Informationen über andere Handlungsansätze und auch

beim Überdenken der eigenen „Widerstände gegen das Andere“ Annäherungen möglich sind. Welche „Widerstände“ sind gemeint?

Wegen des strukturierten Vorgehens, das auf das Verfolgen der Therapieziele ausgerichtet ist, sind psychodynamisch orientierte Therapien für Verhaltenstherapeuten oft zu „unkonturiert“ und zu wenig auf die Symptomatik ausgerichtet. Die Patient-Therapeuten-Beziehung zu entwickeln bedeutet aber oft, einen Schritt vom direkten Weg abzugehen, um dieser Dynamik Raum zu lassen. Dabei muss man nicht unbedingt das Therapieziel aus dem Auge verlieren.

Psychodynamisch orientierte Therapeuten empfinden die behavioral-kognitiven Verfahren aufgrund des aktiv-rationalen therapeutischen Vorgehens als unspontan und starr. Prozesse, in denen unbewusste Phantasien oder heftigere Affekte „aufsteigen“ können, werden von ihnen vermisst. Für sie ist wegen der starken Aktivität des Therapeuten schwer zu unterscheiden, was durch diesen induziert ist und was vom Patienten „übertragen“ wird. Dies führt bei dieser Therapeutengruppe möglicherweise zur Angst, im „acting in“ Objektbeziehungen zu wiederholen, die für die Patientin konflikthaft sind und sie in ihrer psychischen Entwicklung weiter hemmen. Oder es wird befürchtet, dass durch das aktive Informieren und Trainieren von bestimmten Verhaltensmustern eine Interaktion induziert wird, in der der Patient sich eher an Vorgegebenes anpasst und seine eigenen Bestrebungen vernachlässigt, also ein „falsches Selbst“ perpetuiert wird. Diese Gefahr kann sicherlich bestehen. Ein „acting in“ kann aber auch durch das Vorenthalten von Information und Verhaltenstraining durch den Therapeuten induziert werden: wenn dem Patienten nämlich Fürsorge in Form von Anleitung genauso vom Therapeuten versagt bleibt, wie er es von den Eltern erlitten hat. Dann wiederholt sich für die Patientin ein früheres traumatisierendes Muster, das zur Entstehung der Essstörungen möglicherweise beigetragen hat. Risiken gibt es also sowohl im Falle der Integration unterschiedlicher Therapieverfahren als auch bei der isolierten Anwendung eines Verfahrens.

Auch die Kombination von Einzelbehandlungen mit familien- oder paartherapeutischen Interventionen wird vor allem im ambulanten, aber auch im stationären Bereich zu selten vorgenommen, z. B. weil eine Konfundierung der Übertragungsbeziehung oder, weiter gefasst, der therapeutischen Rollen oder die Unübersichtlichkeit des therapeutischen Feldes gefürchtet wird. Inzwischen werden auch hier Lösungsmöglichkeiten diskutiert (Cierpka 1995; Massing 1994; Reich u. Rüger 1994).

Es gibt allerdings auch sich überlappende Bereiche in den verschiedenen Therapiemethoden. Die Verhaltenstherapeuten haben sich inzwischen das Konzept der therapeutischen Beziehung zu eigen gemacht. Auch wenn nicht explizit mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand gearbeitet wird, so wird doch versucht, eine „gute therapeutische Beziehung“ zu gestalten und hierfür Zeit in der Therapie zu verwenden. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten berücksichtigen heutzutage stärker die entscheidende Rolle, die die Bemeisterung von Konflikten und heftigen Affekten und neue Erfahrungen im Umgang mit Symptomen für die Behandlung schwerer Störungen spielen. Einzeltherapeuten aller Schulen berücksichtigen zumindest in ihren Überlegungen die in den Beziehungssystemen ihrer Patientinnen und Patienten wirksamen Prozesse z. B. der Loyalitätsbindungen und Grenzenstörungen.

Im stationären Kontext sind integrative, multidimensionale Vorgehensweisen leichter zu realisieren als im ambulanten Bereich, weil dort in unterschiedlichen therapeutischen Beziehungen mit unterschiedlichen Verfahren gearbeitet wird, diese Ansätze sozusagen additiv durchgeführt werden und sich im Endeffekt oft „multiplizieren“. Über einen befris-

teten Zeitraum wird von unterschiedlichen Therapeuten mit unterschiedlichen Methoden an unterschiedlichen Bedingungsfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen gearbeitet.

Für die ambulante Behandlung der Essstörungen haben sich inzwischen mehrere Behandlergruppen um eine solche Integration bemüht (Herzog u. Sandholzer 1997; Lacey 1986; Seide u. Mitarb. 1995; Tobin u. Johnson 1991). Diese mehrdimensionalen Ansätze scheinen sich zu bewähren (vgl. Herzog u. Sandholzer 1997; Lacey 1986), Das gestörte Essverhalten kann sich in einem Ausmaß verselbständigen, dass eine erfolgreiche Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte unmöglich wird oder aber bei einer Besserung wesentlicher Beziehungsschwierigkeiten und der intrapsychischen Konflikte die Symptomatik sistieren kann. Die am Anfang der genannten Behandlungskonzepte im Vordergrund stehenden edukativen und verhaltenstherapeutischen Elemente tragen erheblich dazu bei, den Teufelskreis des gestörten Essverhaltens zu durchbrechen. Sie geben den Patientinnen oft das verloren gegangene Gefühl für den Essrhythmus und ein Gefühl für eigene Kompetenz und Bemeisterung wieder, stärken hierdurch das Selbstwertgefühl. In der anschließenden Phase soll das neue Essverhalten konsolidiert und der Zusammenhang mit intrapsychischen und interpersonellen Konflikten verdeutlicht werden. In der Abschlussphase wird dann die Trennungsthematik bearbeitet (vgl. hierzu Herzog u. Sandholzer 1997).

Arbeiten über die Effektivität der Psychotherapie bei Essstörungen zeigen, dass eine bedeutende Prozentzahl von Patienten durch kognitiv-behaviorale Therapie profitiert (vgl. Fairburn 1988), ein anderer Teil aber wenig oder zumindest nicht ausreichend. Auch eine kombinierte behavioral-psychodynamische Kurztherapie reicht zum Durcharbeiten tieferer Konflikte in der Regel nicht aus. So benötigen essgestörte Patientinnen und Patienten mit schwereren neurotischen oder mit Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zu oder im Anschluss an Verhaltenstherapie eine längerfristige psychodynamische Therapie (vgl. Gwirtsman et al. 1983; Seide et al. 1995; Tobin u. Johnson 1991). Persönlichkeitsstörungen verschiedener Art können bei bis zu 50 % der untersuchten Gruppen mit Essstörungen auftreten (vgl. Krüger et al. in diesem Band). So werden in psychodynamisch orientierten Langzeittherapien oft Patientinnen behandelt, die zwar inzwischen mit ihren Essproblemen zurechtkommen, aber immer noch unter quälenden Affekten und Konflikten leiden oder in ihren Beziehungen unglücklich blieben.

Neben den skizzierten Spezifika erscheinen uns heute die folgenden Elemente als „gemeinsame Standards“ für die Diagnostik und die Behandlung der verschiedenen Essstörungen:

- Kenntnisse der wesentlichen physiologischen Zusammenhänge über Ernährung, Gewicht und Diät und deren adäquate Vermittlung an Patientinnen und Angehörige.
- Eine genaue Diagnostik der jeweiligen Essstörung, der begleitenden Symptome und seelischen Störungen sowie deren mögliche Zusammenhänge
- Eine präzise Erfassung des Basis-Essverhaltens, des gestörten Essverhaltens, deren Variationen und des Symptom-Kontextes (Affekte, Konflikte, Phantasien, Wirkungen auf die Patientin und ihre Umgebung).

  Diese Diagnostik kann in der psychodynamischen Therapie und in der Verhaltenstherapie durch den Einsatz von Esstagebüchern und der gemeinsamen Arbeit hieran vorgenommen werden. Sie kann zugleich ein wesentlicher Schritt zur Einleitung der Behandlung sein, da sie die sowohl für die psychodynamische als auch für die verhaltenstherapeutische Behandlung notwendige Differenzierung der Selbstwahrnehmung fördern kann.

- Der Aufbau einer stabilen Arbeitsbeziehung durch eine Hinführung der Patientinnen zum therapeutischen Prozess in einer Phase der Stabilisierung des Essverhaltens zu Therapiebeginn und eine Förderung der Eigenaktivität und Eigenverantwortlichkeit.
  Hierzu gehören gemeinsame Festlegungen der Therapieziele, deren Überprüfung während und am Ende der Behandlung sowie eine Fokussierung auf die Symptomatik. In der „Stabilisierungsphase", die in allen vorgestellten ambulanten und stationären Behandlungen angestrebt wird, wird mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Elementen symptomzentriert gearbeitet, um eine Deeskalation des Teufelskreises zwischen Diät, Hunger, Kontrollverlust, Beschämung, und wiederum Diät einzuleiten. Erst in einer zweiten Phase wird dann verstärkt an den dysfunktionellen Beziehungen der Patientinnen gearbeitet, wird nach Erklärungen und einem Verständnis für die Symptomentstehung gesucht. Zusammenhänge zwischen der Symptomentstehung und den persönlichen Konflikten werden der Patientin meist erst in dieser Phase bewusst.
  Auch bei tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien der Anorexie und Bulimie muss die Verbindung der Symptomatik zu den intrapsychischen und interpersonellen Konflikten und Abwehrprozessen im gesamten therapeutischen Prozess in der Regel sehr viel stärker und aktiver hergestellt werden als bei anderen Störungsbildern.
- Eine diagnostische Einschätzung der beziehungsdynamischen Aspekte der Essstörung, bei jugendlichen Patientinnen und jungen Erwachsenen insbesondere in Bezug auf die Ursprungsfamilien, also die Einbeziehung der Systemperspektive ist bei jedem Behandlungsangebot unerlässlich. Auch wenn nicht familientherapeutisch im engeren Sinne gearbeitet wird, sind Kenntnisse der familiendynamischen Prozesse, die bei den verschiedenen Essstörungen auftreten können, wesentlich zum Verständnis der therapeutischen Interaktion und der Übertragungskonstellationen.
  Information der Angehörigen über die Krankheitsbilder sowie Familiengespräche haben sich in der Behandlung bewährt. Veränderungen der dysfunktionalen Beziehungsdynamik können die Prognose in der Behandlung von Essstörungen erheblich verbessern.
  Familienbehandlungen von Essstörungen folgen zumindest in der Anfangs- und Endphase einem strukturiertem Vorgehen. Sie werden als hauptsächliche Behandlungsform, als Auftakt von ambulanten und stationären Einzelbehandlungen, während solcher Behandlungen oder auch nach Einzeltherapien durchgeführt.
  Wenn die Behandlung der Familie im Zentrum der Therapie steht, ist bei schwereren Essstörungen auch eine Einzelbehandlung der Patientinnen allein oder in Gruppen erforderlich.
- Viele Patientinnen mit Essstörungen zeigen auch über Familie und Partnerschaft hinaus Störungen in ihren sozialen Bezügen, in ihren bewussten und unbewussten Interaktionen mit Gleichaltrigen. Daher sind gruppentherapeutische Ansätze, z. B. in symptomorientierten Gruppen, deren Teilnahme ebenfalls parallel zu Einzel- oder Familienbehandlungen indiziert sein kann, oft ein wesentliches Element der Behandlung von Essstörungen.
- Die Körperwahrnehmung und das sensuell-sinnliche Erleben von Essen wird zudem in allen vorgestellten Therapieansätzen an wesentlicher Stelle thematisiert.

Als Herausgeber danken wir den Autorinnen und Autoren für ihr großes Engagement beim Schreiben der einzelnen Beiträge. Wir bedanken uns ganz besonders bei Frau Anna Buch-

heim, die die Textverarbeitung der Beiträge bis zur druckreifen Herstellung des Bandes und die zuverlässige redaktionelle Bearbeitung vornahm.

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern, dass sie durch die Beiträge dieses Bandes mit den ernährungsphysiologischen, intrapsychischen und interpersonellen Entstehungsbedingungen von Essstörungen und den verschiedenen Behandlungsansätzen vertrauter werden. Wir hoffen, dass dieser Band ihnen hilft, ihre persönliche und professionelle Kompetenz und Entdeckerfreude in der Arbeit mit ihren Patientinnen und Patienten zu fördern.

Göttingen, im Februar 1997

Günter Reich, Manfred Cierpka