

Zentralinstitut  
für Seelische Gesundheit  
Mannheim

**Sonderdruck**  
"Zwischen Heißhunger und Selbstaufgabe -  
Esstörungen im Erwachsenenalter"

**INFORMATION**

*aktuell*

28. Jahrgang · Nummer 1 · Januar 2005

## INHALT

<b>15 Jahre Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim</b> Grußwort des Vorstandsvorsitzenden Winfried Busche	3
<b>15 Jahre Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim</b> Zahlen, Daten, Fakten und Leistungen des Dienstes	4
<b>Chaos im Kopf: Hilft Psychotherapie bei erwachsenen ADHS-Patienten?</b>	5
<b>Wie Paul McCartney „Yesterday“ schrieb</b> Träume und Kreativität	8
<b>Die „Besondere Stationäre Dementenbetreuung“ in Hamburg</b> Aktuelle Ergebnisse einer Evaluationsstudie	10
<b>Zwischen Heißhunger und Selbstaufgabe</b> Esstörungen im Erwachsenenalter	14
<b>„Generation Schokoriegel“</b> Adipositas im Kindes- und Jugendalter	17
<b>Soziales Kompetenztraining mit Jugendlichen in der Gruppe</b>	19
<b>White matter lesions</b> Quantifizierung von zerebralen Durchblutungsstörungen bei der Altersdemenz	23
<b>Über Yokohama und San Francisco nach Mannheim</b> 12th World Congress of the International Society on Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA) vom 29.09. bis 02.10.2004 in Heidelberg und Mannheim	25
<b>Tabakabhängigkeit und Rückfall</b> Was wir von Bildgebenden Verfahren lernen können	26
<b>Kinder spielen Weihnachtsengel</b> Bescherung beim Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	28



# Zwischen Heißhunger und Selbstaufgabe

## Essstörungen im Erwachsenenalter

Psychogene Essstörungen sind ein Phänomen unserer Zeit und der „modernen Zivilisationsgesellschaft“: während auf der einen Seite Schlankheits- und Autonomieideale Schönheit und Erfolg zu garantieren scheinen, stehen auf der anderen Seite Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel, die bei immer mehr Menschen zu Fehlernährungen und Übergewicht führen. Darüber hinaus wird Essen, Ernährung und der Umgang mit dem eigenen Körper zunehmend stärker zum „Brennglas“ von Affekt- und Beziehungsregulationstörungen.

Die Prävalenzrate der Anorexia nervosa liegt bei Frauen in der Spätadoleszenz bei etwa 0,4 %, für die Bulimie bei etwa 2 %. Patienten mit einer Anorexie zeigen eine der höchsten Mortalitätsraten aller psychiatrisch-psychosomatischen Erkrankungen in der Spätadoleszenz. Für die größten Gruppen psychogener Essstörungen, EDNOS (*Eating disorders not otherwise specified*), v.a. Binge-Eating Disorder, und Adipositas liegen bisher keine verlässlichen Daten vor, ihre Zahl scheint aber deutlich zu steigen.

### Diagnostik der Essstörungen

Die kategorialen Diagnosesysteme (ICD-10 und DSM-IV) unterscheiden bei der Anorexia nervosa (AN) zwischen einer *asketischen bzw. restriktiven* und einer *bulimischen* Form.

Diagnostische Merkmale einer Anorexie (nach ICD-10) sind:

- BMI < 17,5 kg/m<sup>2</sup>
- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
- extreme Angst vor einer Gewichtszunahme, selbst bei ausgeprägtem Untergewicht
- Körperschemastörung
- endokrine Störungen (sekundäre Amenorrhoe)
- Entwicklungshemmung bzw. -verzögerung (bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät)

Bei der Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) wird ein Purging-Typ (*kompensatorisches Verhalten zur Gewichtsreduktion nach Essanfällen* (binge-eating) *durch Erbrechen oder Laxantien-Abusus*) von einem Non-Purging-Typ (*Fasten, Diäten, körperliche Aktivität*) unterschieden.

Diagnostische Merkmale der Bulimie sind:

- Essattacken mit Kontrollverlust
- Wiederholt gegenregulatorische Maßnahmen (> 2x/Woche über > 3 Monate)
- Übermäßige Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht

- Körperschemastörung
- „Binge Eating Disorder“ (Essattacken) bzw. EDNOS sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Heißhungerattacken mit Kontrollverlust
- Schnelleres Essen größerer Mengen
- Scham, Ekel, Depression und Schuldgefühle über die Essattacken
- Fehlen gegenregulatorischer Maßnahmen
- Essattacken > 2 x/Woche für > 6 Monate.

Besondere Aufgaben in der Behandlung von Patienten mit psychogenen Essstörungen ergeben sich in der differentialdiagnostischen Abklärung und der Klärung komorbider Störungen:

- bei der Anorexie in der Abklärung von Kachexie-Syndromen unterschiedlicher Ätiologien, Zwangsstörungen, Depressionen, posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen
- bei der Bulimie und EDNOS in der Abklärung von Persönlichkeitsstörungen, hauptsächlich Borderline-Syndromen, und PTBS
- bei der Adipositas in der Abklärung von Fettstoffwechsel- und endokrinen Störungen, Depressionen, Dysthymie, Cluster B- und Cluster C-Persönlichkeitsstörungen

Bei Patienten mit psychogenen Essstörungen sind körperliche und psychische Folgeerkrankungen von Fehl- und Mangelernährung sowie rezidivierendem Erbrechen, Diuretika- und Laxantienabusus besonders zu berücksichtigen (Elektrolytverluste mit Auswirkungen auf das Reizleitungssystem des Herzens und die Nierenfunktion, Hypovolämie, Hypotonie, Anämie und Panzytopenie mit Störungen der Immunfunktion und vermehrter Infektanfälligkeit, Störungen zerebraler Funktionen, Hirnatrophie, Gastritis, Pankreatitis, endokrine Funktionsstörungen (sekundäre Amenorrhoe, Störungen der Schilddrüsenfunktion), Ödeme, Störungen des Knochenstoffwechsels, Diabetes, Hypertonie, Arterio- und Arteriosklerose sowie Fettstoffwechselstörungen bei Adipositas, u.v.m.). Die Behandlung von Patienten mit Essstörungen erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie.

Gegenüber den *kategorialen* Diagnosesystemen ICD und DSM hat die Oxforder Arbeitsgruppe um Fairburn eine sog. „transdiagnostische Theorie psychogener Essstörungen“ formuliert, die *zentrale dysfunktionale Schemata und Selbstbewertungen* mit einer Überbewertung von Essen, Figur und Gewicht und deren Kontrolle, einen *Perfektionismus* und ein *niedri-*

ges Selbstwertgefühl sowie Störungen der Affekt- und Beziehungsregulation als Kernmerkmale von Patienten, v.a. mit AN, BN und EDNOS, identifiziert. Mit diesem *faktoriellen* bzw. *dimensionalen* Ansatz wird auch das Verständnis der Komorbidität dieser Erkrankungen mit Persönlichkeitsstörungen, PTBS und anderen Achse I-Störungen, genetischen und neurobiologischen Ansätzen sowie das Verständnis „kognitiv-emotionaler Netzwerke“ und *core beliefs* dieser Patientengruppen erleichtert.

### **Ätiopathogenese und Störungsmodelle psychogener Essstörungen**

Essstörungen zeigen eine familiäre Häufung. In den letzten Jahren haben moderne Forschungsansätze der genetischen Epidemiologie biologische und psychosoziale Risikofaktoren von Anorexie, Bulimie und EDNOS aufzuklären versucht. Die Ergebnisse einiger weniger Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien sind aufgrund der relativ geringen Prävalenzraten der Erkrankungen aber bislang nur schwer zu interpretieren. Im Zentrum eines Verständnisses psychogener Essstörungen stehen bislang lerngeschichtliche Modelle („Teufelkreismodelle“). Dies soll nachfolgend anhand eines *Teufelkreismodells der Bulimie* verdeutlicht werden: Patienten reagieren auf externale und internale Reize mit „primären Emotionen“ wie Traurigkeit, Gefühlen von Einsamkeit oder Ärger. Defizite zur primären Affektregulation führen zu einem Anstieg aversiver Zustände. Daneben scheint sich im Langzeitverlauf der Erkrankung ein „Craving“ nach bestimmten Nahrungsmitteln auszubilden. Unter dem Einfluss diskriminativer Reize kommt es dann zu Essattacken und Fressanfällen, die kurzfristig den aversiven Zustand beenden. Dies verstärkt diesen ersten „Lernschritt“. Danach aber entwickeln Patienten „sekundäre Affekte“, sequentiell und hierarchisch, i.S. von „Affekten über Affekte“. Patienten haben Angst, zu dick zu werden, erleben aber auch Schuldgefühle und Scham über ihr Verhalten. Kann auf diese Affekte nicht angemessen reguliert werden, so kommt es erneut zu einem Anstieg aversiv erlebter Zustände. Auch hier setzt ein Craving ein, das Essen in kurzer Zeit wieder loszuwerden. Patienten lernen durch selbstinduziertes Erbrechen, diesen sekundären aversiven Zustand zu beenden. Auch dadurch wird dieser *purging*-Schritt verstärkt. Neben dieser kurzfristig erlebten „Entlastung“ entwickeln Patienten dann aber „tertiäre Emotionen“ wie Schuld, Scham, Ekel und Selbsthass. Dies kann eine weitere dysfunktionale Spirale in Gang setzen. Dieses hier nur cursorisch skizzierte Modell macht die Bedeutung von Störungen der Affektregulation, der

Stresstoleranz gegenüber aversiven affektiven Zuständen, die Bedeutung zentraler Kognitionen, von Körperbild/Körperkonzepten und Selbstkonzepten als „Stellgröße“ sowie die Aufklärung von „Craving-Mechanismen“ in der Aufrechterhaltung von „Teufelskreisen“ bei psychogenen Essstörungen deutlich. Die Operationalisierung und empirische Untersuchung einzelner Konstituenten dieses Modells ist u. a. ein Forschungsprogramm der „Arbeitsgruppe Essstörungen“ der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentralinstitut.

### **Therapiekonzepte**

Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) des National Collaborating Centre for Mental Health in Großbritannien hat unter Federführung von Christopher Fairburn, Simon Gowers u.a. in diesem Jahr auf der Basis umfangreicher Metaanalysen die NICE-guidelines zur evidenz-basierten Behandlung psychogener Essstörungen (NICE-guidelines, 2004) vorgelegt. Danach muss die Güte evidenzbasierter Empfehlungen für die Behandlung von Patienten mit Anorexie nach wie vor als unbefriedigend angesehen werden: Es gibt bislang keine evidenz-basierten Therapiekonzepte. Günstiger ist die Situation bei der Behandlung von Patienten mit Bulimie und EDNOS. Hier gibt es evidenz-basierte Empfehlungen für die kognitive Verhaltenstherapie, in Kombination mit selektiven Serotonin-Rezeptor-Inhibitoren (SSRI) in höherer Dosierung, wie auch für die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), wenngleich eine Manualisierung der DBT für die Behandlung von Essstörungen derzeit noch in Arbeit ist. Vorläufige Empfehlungen in der Behandlung von Adipositas können auch für eine Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie, Sport und Bewegungstraining, Ernährungstherapie und medikamentöser Behandlung ausgesprochen werden. Die Behandlung von Patienten mit psychogenen Essstörungen sollte in spezialisierten Behandlungszentren erfolgen.

### **Behandlungsschritte: *stepped care*-Modelle**

Der Veränderungsmotivation und dem *commitment* zur Therapie, besonders aber dem frühzeitigen Erkennen und der frühen therapeutischen Intervention zur Vermeidung von Chronifizierungen kommt in der Behandlung von Patienten mit psychogenen Essstörungen eine Schlüsselrolle zu. Daher sind Informationen der Patienten über psychogene Essstörungen, psychische und körperliche Folgeerkrankungen, *Pro- und Contra*-Listen für eine Veränderung des/der einzelnen Patienten/in, das Einbeziehen von Partnern und Familien in die Therapie, die Entwicklung von regionalen Netzwerken, an denen Schulen, Jugendeinrichtungen, niederge-

lassene Ärzte und Therapeuten, Beratungsstellen und spezialisierte Behandlungszentren, u.a. beteiligt sind, die Entwicklung von stepped-care-Modellen aus spezialisierter ambulanter, stationärer und tagesklinischer Behandlung, u.a. besonders wichtig.

### **Spezialisierte Therapieangebote am ZI**

Das Behandlungskonzept der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin basiert auf einem verhaltensmedizinischen Ansatz, der medizinisch-biologische wie psychosoziale Faktoren psychogener Essstörungen berücksichtigt. Konzeptuell orientiert es sich an den Behandlungsprinzipien der dialektisch-behavioralen Therapie.

Es richtet sich an Patienten ab 18 Jahre mit den Diagnosen einer Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-/Brechsucht), Binge Eating-Störung (Esssucht), Adipositas per magna (massivem Übergewicht), oder Atypische Essstörung.

#### Ambulante Diagnostik- und Therapieangebote

In unserer Spezialambulanz werden Patienten auf Überweisung niedergelassener Kollegen diagnostiziert und behandelt. Dies beinhaltet auch die differentialdiagnostische Klärung und Beratung von Patienten mit Magersucht und Kachexie-Syndromen, Übergewicht und Ess-/Brechsucht. Wir führen eine umfassende allgemeine und störungsspezifische psychosomatische und psychologische sowie Labor-Diagnostik und eine Klärung möglicher komorbider Störungen, etwa von Persönlichkeitsstörungen, durch. Es erfolgt dann eine differenzierte Schweregradeinschätzung der Essstörung, eine Klärung der Therapie- und Veränderungsmotivation des/der Patienten/in sowie erschwerner Bedingungen für eine störungsspezifische Psychotherapie. Je nach Schweregrad der psychogenen Essstörung und komorbider Störungen ergibt sich die Indikationsstellung für eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie. Die ambulanten Therapien erfolgen als Einzelpsychotherapien oder kombinierte Einzel- und Gruppentherapien, unter Einbeziehung weiterer störungsorientierter Therapiemodule, etwa Spiegeltherapie, Körpertherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Ernährungsberatung.

Ab Februar 2005 werden folgende spezielle ambulante Therapien am ZI angeboten:

#### Ambulante Gruppentherapien

Beginn: Februar 2005, Dauer: 45 Sitzungen für die Dauer von 1 Jahr - eine Teilnahme ist nach Überweisung, Vorgesprächen und Diagnostik möglich. Die Teilnehmerzahl ist auf 8-10 pro Gruppe begrenzt. Die Gruppen werden von

Ärzten bzw. psychologischen Psychotherapeuten mit Co-Therapeuten geleitet. Weitere Informationen und Ansprechpartner sind auf der ZI-Homepage unter [www.zi-mannheim.de/28.html](http://www.zi-mannheim.de/28.html) zu finden. Nach Überweisung können Patienten ab sofort Vorgespräche in unserer Ambulanz vereinbaren.

#### Stationäre Behandlung

Die stationäre Therapie beginnt mit einer zweiwöchigen Behandlungsphase, in der nochmals die diagnostische und differentialdiagnostische Sicherung aller Störungen und komorbider Erkrankungen, die Motivationsicherung und die Erarbeitung eines umfassenden Therapievertrages mit den Patienten erfolgt. Die diagnostische Klärung schließt sowohl eine weiterführende Psychodiagnostik wie eine somatomedizinische Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen ein, es erfolgt eine ausführliche Aufklärung über das Störungsbild und das Behandlungskonzept sowie eine Festlegung und Hierarchisierung von Therapiezielen. Am Ende der zweiwöchigen Phase wird mit dem Patienten gemeinsam geprüft, ob sich daraus eine tragfähige Therapievereinbarung („Arbeitsbündnis“) ableiten lässt und welcher Zeitraum für die störungsspezifische stationäre Therapie veranschlagt werden muss.

Liegt die Indikation für eine stationäre Behandlung vor, ist im Regelfall von einer Therapiedauer von bis zu drei Monaten auszugehen.

Die stationäre Therapie umfasst folgende Behandlungsmodule:

- Einzeltherapie (2 x 45 Min./Woche)
- Bezugspflege (2 x 30 Min./Woche)
- Basisgruppe (1 x 60 Min./Woche)
- Körpertherapie (einzeln und in der Gruppe; insg. 2 x 60 Min./Woche)
- Spiegeltherapie (1 x 50 Min./Woche)
- Flamenco (1 x 30 Min./Woche)
- Gestalttherapie (2 x 90 Min./Woche)
- Musiktherapie (1 x 75 Min./Woche)
- Angebot der Sozialarbeit
- Gruppentherapie zur Regulation des Essverhaltens (Esstraining) (5 x 60 Min./Wo)
- Skillstraining (2 x 60 Min./Woche) (Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit Gefühlen, Zwischenmenschliche Skills, Selbstwertbezogene Skills)
- Training sozialer Kompetenzen (1 x 75 Min./Woche)
- Psychoedukation (1 x 60 Min./Woche)
- Stationskonferenz (1 x 30 Min./Woche)

Detailinformationen zu den einzelnen Behandlungsmodulen und Ansprechpartner finden Sie auf der Homepage unter [www.zi-mannheim.de/27.html](http://www.zi-mannheim.de/27.html).

Dr. Dr. Andreas Remmel, Ltd. Oberarzt an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie