

Diagnostik und Behandlung von Essstörungen



Patientenleitlinie

Diese Broschüre ist eine laienverständliche Erklärung
der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“
für Betroffene, Angehörige und nahestehende Personen

1. Ausgabe 2015

DGKJP, DGPM, DGPPN, DGPs, DKPM

Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Almut Zeeck, Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

und

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie (DGPM)

(Prof. Dr. med. S. Herpertz)



Deutsches Kollegium für Psychosomatische
Medizin (DKPM)

(Prof. Dr. med. A. Zeeck)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
(DGKJP)

(Prof. Dr. med. B. Herpertz-Dahlmann)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychothera-
pie und Neurologie (DGPPN)

(Prof. Dr. med. M. Fichter)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

(Prof. Dipl. Psych. B. Tuschen-Caffier)



Die Patientenleitlinie wurde konsentiert von

- dem Bundesfachverband für Essstörungen (BFE)
(Dr. med. W. Wünsch-Leiteritz)
- der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie
(DÄVT)
(Prof. Dr. med. U. Cuntz)
- der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
(Prof. Dr. E. Mayatepek)
- der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltens-
modifikation (DGVM)
(PD Dr. med. Dr. phil. Astrid Müller)

Für die kritische Sichtung und Überarbeitung der Patientenleitlinie danken wir:

dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGEES)
Herrn Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand (Essen)
Frau Prof. Dipl. Psych. A. Hilbert (Leipzig)
Herrn Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich (Essen)

sowie:

Frau Prof. B. Herpertz-Dahlmann (Aachen)
Frau Prof. M. de Zwaan (Hannover)
Herrn Prof. B. Löwe (Hamburg)
Frau Prof. B. Tuschen-Caffier (Freiburg)
Frau Prof. S. Vocks (Osnabrück)
Herrn Prof. S. Zipfel (Tübingen)
Frau Dipl. Psych. Jasmin Kleinberens, Suchtberatungsstelle für Frauen
und Mädchen, Freiburg
Frau Wiebke Junge, Peer-Beraterin (Hamburg)

An der Erstellung der Patientenleitlinie waren **6 Patientinnen (bzw. ehemalige Patientinnen) beteiligt**. Die Namen der Patientinnen sind zur Wahrung ihrer Privatsphäre nicht angegeben.

Redaktion und Koordination

Prof. Dr. med. Almut Zeeck, Freiburg

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz, Bochum


Dr. Sylvia Sanger, Dipl.-Ing., MPH, psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit, Hamburg

In Kooperation mit





Juni 2015


INHALT



Warum es diese Patientenleitlinie gibt.....	6
Welche Essstörungen es gibt.....	8
Ursachen von Essstörungen	10
Begleiterkrankungen	11
Folgen von Essstörungen.....	12
Habe ich eine Essstörung?.....	13
Wohin wende ich mich?.....	15
Wege durch die Behandlung	20
Gemeinsam entscheiden.....	22
Diagnose von Essstörungen.....	24
Zur Behandlung von Essstörungen allgemein	26
<i>Behandlungssettings</i>	26
<i>Behandlungsverfahren und Behandlungsmethoden</i>	31
Beschreibung der Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten ..	38
<i>Anorexia nervosa</i>	39
<i>Bulimia nervosa</i>	51
<i>Binge-Eating-Störung</i>	58
<i>Mischformen</i>	64
Was Sie selbst tun können	65
Was Eltern tun können.....	66
Was Partner tun können	67
Weitere Informationen zu Essstörungen	68
<i>Manuale zur angeleiteten Selbsthilfe</i>	68
<i>Bücher/Broschüren</i>	68
<i>Internetadressen</i>	69
 Kleines Wörterbuch	70
Verwendete Quellen	76

Warum es diese Patientenleitlinie gibt

Diese  Patientenleitlinie ist die laienverständliche Darstellung der  wissenschaftlichen Leitlinie „Diagnostik und Therapie von Essstörungen“. Sie richtet sich an Menschen, die an einer Essstörung erkrankt sind, an ihre Angehörigen und Personen, die ihnen nahe stehen sowie an professionelle Helfer.

Ein Hinweis für Sie:

Fachbegriffe, die im Text nicht erklärt sind, haben wir mit einem vorangestellten Buchsymbol  gekennzeichnet. Sie sind in einem Wörterbuch am Ende der Patientenleitlinie erklärt.

Menschen mit einer Essstörung bzw. Patientinnen¹ sollen immer nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens behandelt werden. Für die wissenschaftliche Leitlinie haben deshalb Experten Ergebnisse von 57 weltweiten  Studien mit 2273 Patienten sorgfältig ausgewertet. Behandlungen, für die ein Nutzen nachgewiesen werden konnte, wurden in die wissenschaftliche Leitlinie und damit auch in die Patientenleitlinie als  Empfehlung aufgenommen und entsprechend kenntlich gemacht. In dieser Patientenleitlinie haben wir die Empfehlungen aus der wissenschaftlichen Leitlinie im Originaltext übernommen.

Wir haben in der Patientenleitlinie auf die Angabe von Zahlen verzichtet, da sie eine Genauigkeit vorzugeben scheinen, die im Einzelfall nicht zutreffen muss. Manchmal kommen Studien zur gleichen Fragestellung zu unterschiedlichen Ergebnissen, da die Eigenschaften der untersuchten Patientinnen (zum Beispiel Alter, Lebensgewohnheiten oder andere zusätzliche Erkrankungen) nicht gleich sind. Manchmal wurden auch unterschiedliche Messverfahren zur Bestimmung des Nutzens der geprüften Behandlungen eingesetzt. Dies wurde bei der Erstellung der Empfehlungen für die Leitlinie berücksichtigt.

¹ An der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa erkranken vorwiegend Frauen. Wir haben uns daher für die durchgehende Verwendung der weiblichen Personenbezeichnung entschieden, obwohl bei der Binge-Eating-Störung auch eine vergleichsweise größere Zahl von Männern betroffen ist.

Die Patientenleitlinie enthält das beste Wissen, das Experten aus der aktuellen Forschung ermittelt haben. Allgemeinverständlich wird erklärt, wie Ärzte und Psychotherapeuten eine Essstörung erkennen und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Außerdem erfahren Patientinnen wohin sie sich wenden können, was in der Behandlung wichtig ist und was ihre Eltern, nahestehende Personen und vor allem sie selbst für sich tun können. Neben den Originalempfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie und laienverständlichen Erklärungen zu den Erkrankungen geben in der Patientenleitlinie Patientinnen mit einer Essstörung ihre Erfahrungen, Anregungen, Fragenvorschläge und Tipps zum Umgang mit der Erkrankung weiter. Die Anmerkungen am Text stammen von diesen „echten“ Patientinnen. Die Namen haben wir jedoch geändert.

NICHTS ÜBER MICH OHNE MICH!

Wer gut informiert ist, kann gemeinsam mit seinem Arzt/Psychotherapeuten* bessere Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen. Das betrifft auch Angehörige, Partner oder enge Vertrauenspersonen. Auch sie fühlen sich oft hilflos, verzweifelt oder gar überfordert. In der Leitlinie wird daher ausdrücklich empfohlen: ***Patientinnen und ihre Angehörigen sollten fundierte Informationen zu der Erkrankung erhalten und entsprechend beraten werden.***

* Der besseren Lesbarkeit halber wird bei professionellen Helfern die männliche Person verwendet. Es sind jedoch Männer und Frauen in gleicher Weise angesprochen und gemeint.

Wir möchten Sie und ihre Angehörigen mit dieser Patientenleitlinie dazu ermuntern und auch dabei unterstützen, sich an allen Entscheidungen zu Ihrer Gesundheit zu beteiligen. Haben Sie keine Scheu davor, Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten Fragen zu stellen. Sprechen Sie ruhig alles an, was sie nicht verstanden haben und was Sie ängstlich oder unsicher macht. Sagen Sie auch offen, wenn Sie sich nicht verstanden oder missverstanden fühlen.

Welche Essstörungen es gibt

Von einer Essstörung spricht man immer dann, wenn jemand sein Essverhalten übermäßig stark einschränkt, kontrolliert oder die Kontrolle über das Essverhalten verliert. Es gibt verschiedene Formen von Essstörungen:

- Anorexia nervosa (Magersucht),
- Bulimia nervosa (Bulimie),
- Binge-Eating-Störung und
- Mischformen
(sogenannte „nicht näher bezeichnete Essstörungen“).

Die **Anorexia nervosa** beginnt oft mit einem harmlos wirkenden Diätverhalten, etwa durch Weglassen von Süßigkeiten, einer vegetarischen Ernährung oder Verringerung der Essensmengen. Die Betroffenen versuchen ihr Essverhalten stark zu kontrollieren und nehmen immer weiter ab. Sie erleben sich selbst aber als zu dick und leben in ständiger Angst davor, dass sie zunehmen oder die Kontrolle über ihr Essverhalten verlieren könnten. Bei der Mager-

sucht ist das Körpergewicht so niedrig, dass es zu einer körperlichen Gefährdung bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen kann.

Auch während einer Behandlung möchten die Betroffenen die Selbstkontrolle behalten. Besonders wenn sie sich von anderen (zum Beispiel von ihren Therapeuten) unter Druck gesetzt fühlen, kann es passieren, dass sie z.B. bezüglich der Essensmengen schummeln, oder schwierige Themen und problematisches Verhalten verheimlichen.

Auch Menschen mit einer **Bulimie / Bulimia nervosa** haben Angst davor zuzunehmen. Die Betroffenen leiden an Essanfällen. Sie können nicht mehr steuern, wieviel Nahrung sie zu sich nehmen. Manche erleben einen so ausgeprägten Drang zu essen, dass sie zum Beispiel noch spät nachts zur Tankstelle fahren, um sich Essen zu besorgen oder kaum genießbare Dinge zu sich zu nehmen. Manche planen ihre Essanfälle regelrecht und gehen extra dafür einkaufen. Weil sie nicht zunehmen möchten, versuchen die Betroffenen die aufgenommene Nahrung wieder los zu werden. Sie tun das zum Beispiel durch selbst herbeigeführtes Erbrechen, Hungerphasen oder durch die Einnahme von Abführmitteln. Viele schränken ihre Nahrungsaufnahme außerhalb der Essanfälle deutlich ein, was das Auftreten von Heißhunger begünstigt und ein auslösender Faktor für Essanfälle sein kann.

Menschen mit einer **Binge-Eating-Störung** haben ebenfalls immer wieder Essanfälle, bei denen sie nicht steuern können, was und wie viel sie essen. Das englische Wort ‚binge‘ in Binge-Eating-Störung bedeutet ‚Gelage‘ oder ‚Orgie‘ und bezeichnet einen Essanfall. Im Unterschied zur Bulimie unternehmen die Betroffenen jedoch keine regelmäßigen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern und sind daher meistens übergewichtig oder fettleibig (adipös). Eine Binge-Eating-Störung kann

bereits bei Kindern, vermehrt aber bei Jugendlichen auftreten. Ähnlich wie bei Erwachsenen gehen Essanfälle auch im Kindes- und Jugendalter mit vermehrten Figur- und Gewichtssorgen, Depressionen und Ängsten einher. Einschränkungen der Lebensqualität können auch daraus resultieren, dass die Essanfälle eine Gewichtszunahme nach sich ziehen können. Während die Magersucht und die Bulimie vorwiegend bei Mädchen und jungen Frauen auftreten, sind bei der Binge-Eating-Störung ab dem Jugendalter beide Geschlechter in fast gleicher Weise betroffen.

Mischformen (sogenannte „nicht näher bezeichnete Essstörungen“) sind -wie der Name schon sagt- Mischformen von Magersucht, Bulimie und Binge-Eating-Störung sowie Essstörungen, bei denen nicht alle typischen Merkmale der Hauptstörungsgruppen vorliegen.

Ursachen von Essstörungen

Häufig, aber nicht immer geht eine Diät einer Essstörung voraus. Man nimmt an, dass verschiedene Ursachen zur Entstehung einer Essstörung führen. Dazu gehören:

- **Ursachen, die in der persönlichen Entwicklung liegen**, wie zum Beispiel ein niedriges Selbstwertgefühl, eine erhöhte Ängstlichkeit, insbesondere im Umgang mit anderen Personen, der Wunsch alles perfekt machen zu wollen (der bei Leistungsdruck in Schule und Sport zu einem Überforderungsgefühl führen kann), eine erhöhte Zwanghaftigkeit, eine Überforderung mit den Aufgaben des Erwachsenwerdens und der Ablösung aus dem Elternhaus oder stark belastende Ereignisse im Leben, wie zum Beispiel die Scheidung der Eltern, eine Trennungssituation, Gewalterfahrungen oder der Tod eines nahe stehenden Menschen;

- **gesellschaftliche Einflüsse**, wie zum Beispiel das stark schlankheitsbetonte Schönheitsideal in unserer westlichen Lebenswelt;
- **biologische und körperliche Einflüsse**, wie zum Beispiel erbliche Faktoren, die Entwicklung von Essanfällen nach strenger Diät und ein vor der Erkrankung bestehendes Übergewicht.

Die verschiedenen Ursachen zur Entstehung einer Essstörung können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. In der Regel sind immer mehrere von ihnen an der Entstehung einer Essstörung beteiligt.

Begleiterkrankungen

Mit Essstörungen einhergehen können häufig weitere psychische Erkrankungen wie:

- Depressionen
- Angststörungen
- Zwangserkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Substanzmissbrauch

Andere psychische Erkrankungen können Auslöser einer Essstörung sein. Sie können aber auch als Folge einer Essstörung auftreten. Es ist ferner möglich, dass mehrere psychische Erkrankungen unabhängig voneinander vorkommen. Das muss bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Folgen von Essstörungen

Essstörungen und Maßnahmen, die eingesetzt werden, um das Gewicht zu beeinflussen, können zu körperlichen und seelischen Folgeerkrankungen führen:

Maßnahmen die ergriffen werden, um das Gewicht zu beeinflussen	Gefahren / gesundheitliche Folgen
unzureichende Kalorienzufuhr	<p><i>körperlich:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Ausbleiben der Regelblutung• Verminderung der Knochendichte• Haarausfall• minderdurchblutete Finger und Füße• niedriger Puls, niedriger Blutdruck• erniedrigte Körpertemperatur• auffällige Laborparameter <p><i>psychisch:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Stimmungsverschlechterung bis hin zu einer Depression• sozialer Rückzug• erhöhter Bewegungsdrang• erhöhte Kälteempfindlichkeit• vermindertes Interesse an Sex• Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit
Auslassen von Mahlzeiten, wiederkehrendes Fasten	Heißhunger- und Essanfälle
selbst herbeigeführtes Erbrechen	<ul style="list-style-type: none">• Zahnschäden• Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushalts des Körpers• Störung der Nierenfunktion
Missbrauch von Abführmitteln und Entwässerungsmitteln	<ul style="list-style-type: none">• Durchfall im Wechsel mit Verstopfung• Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushalts des Körpers• Störung der Nierenfunktion• schwere Verstopfung bis hin zum Darmverschluss

Übermäßiger Sport

- erhöhte Gefahr von Knochenbrüchen
- übermäßige Belastung von Sehnen und Gelenken

Essanfälle, wie sie bei der Binge-Eating-Störung vorkommen, können zu Übergewicht führen. Die möglichen Folgen von Übergewicht sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Gefahren / gesundheitliche Folgen von Fettleibigkeit (Adipositas)

Körperlich

- erhöhtes Risiko für Herz- / Kreislauferkrankungen
- Müdigkeit
- Schmerzen aufgrund einer Überbeanspruchung von Gelenken und Muskeln
- Einschränkung der Beweglichkeit bis hin zur Geh-Unfähigkeit
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Bluthochdruck













psychisch

- gestörte Krankheitsverarbeitung
- soziale Isolation
- Depressionen

Habe ich eine Essstörung?

Essstörungen kommen nicht über Nacht. Sie entwickeln sich über eine längere Zeit. So können Kinder- und Jugendärzte bei Vorsorgeuntersuchungen schon erste Hinweise auf eine Essstörung bemerken. Anzeichen, die man selbst bemerkt, können eine Unzufriedenheit mit dem Essverhalten, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, eine ständige Sorge um das Gewicht und das Essen, heimliches Essen, selbst herbeigeführtes Erbrechen oder Essanfälle sein. Anderen fällt oft zunächst nur ein abnehmendes Interesse der Betroffenen am Kontakt mit anderen Menschen, ein sozialer Rückzug, auf.

Sogenannte Selbsttests stellen Fragen, mit denen man sich einen ersten Überblick verschaffen kann, ob eine Gefährdung vorliegen könnte. Diese Tests erlauben jedoch keine Diagnose. Sie können das Gespräch mit dem Arzt oder Psychotherapeuten unterstützen, aber niemals ersetzen! Für einen solchen Selbsttest kann man zum Beispiel die folgenden Fragen beantworten und dann z. B. mit dem Hausarzt besprechen.

	JA	NEIN
Nimmt mein Essverhalten sehr viel Raum in meinem Leben ein?		
Ist mein Selbstwertgefühl sehr von meiner Figur oder von meinem Gewicht abhängig?		
Esse ich heimlich und vermeide ich das Essen mit anderen?		
Überesse ich mich und habe dabei das Gefühl, die Kontrolle über mein Essverhalten zu verlieren?		
Übergebe ich mich nach übermäßigem Essen?		
Mache ich mir Sorgen, weil ich manchmal mit dem Essen nicht aufhören kann?		

Zusammenstellungen von Fragen zu Selbsttests zu Magersucht und Bulimie finden Sie auch im Internet im Webangebot von psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit unter:

www.psychenet.de/psychische-gesundheit/selbsttests/essstoerungen.html

Wohin wende ich mich?

Die erste Anlaufstelle bei einer Essstörung sind der Hausarzt, der Kinder- und Jugendarzt, der Psychotherapeut oder eine Spezialambulanz für Essstörungen.

Wenn das ein zu großer Schritt ist, kann auch ein Gespräch in einer Beratungsstelle mit Erfahrung im Umgang mit Essstörungen empfohlen werden.

Wer bei sich selbst eine Essstörung vermutet, hat oft Probleme darüber zu sprechen. Und noch etwas ist wichtig: Die Erkrankung kann auch eine gefährliche Stütze sein. So kann es zum Beispiel jemand, der einen schweren Schicksalsschlag erlitten hat, als Stärke empfinden, dem Essen zu widerstehen. Nicht zu essen kann dann das Gefühl geben, dass man wieder alle Fäden selbst in der Hand hat. Die Konzentration auf das Essen hilft vorübergehend, andere Probleme in den Hintergrund zu drängen, kann sich aber auch in einer gefährlichen Form verselbständigen.

Betroffene haben oft das Gefühl, dass die Menschen in ihrem Umfeld kein Verständnis für ihre Essstörung haben. Wenn junge Menschen z. B. das Gefühl haben, dass sie dadurch ihre Eltern enttäuschen, versuchen sie ihre Essstörung zu verbergen.

Es dauert dann manchmal sehr lange, bis sie professionelle Hilfe erhalten.

Jemanden zu finden, der die eigene Situation versteht, ist für viele Betroffene erst einmal das Wichtigste.

„Was mir geholfen hätte mich früher mit meiner Erkrankung auseinanderzusetzen, wäre eine niederschwellige Anlaufstelle gewesen.“

Vera

„Ich habe so viel Energie da rein verpulvert, meinen Eltern gegenüber die heile Welt weiter zu simulieren. Ich wusste genau, wie enttäuscht meine Eltern sind.“

Petra

Eine Essstörung ist eine ernsthafte Erkrankung.

Sie kann und muss behandelt werden.

Je frühzeitiger die Behandlung einer Essstörung beginnt, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung.

Viele Menschen, auch Eltern und Freunde von Betroffenen, wissen häufig zu wenig über diese Erkrankung.

Deshalb sind sie oft der Meinung, dass es genügt, wenn man sich „zusammenreißt“ oder nicht so „hängen lässt“. Dies wiederum führt dazu, dass sich die Betroffenen noch weniger trauen, über ihre Krankheit zu reden.

„Was mir am meisten gefehlt hat, war eine Anlaufstelle für Angehörige...Mir wurde ständig vorgeworfen, dass es der ganzen Familie schlecht geht und dass ich mich einfach zusammenreißen soll.“

Julia

Gerade jetzt ist es wichtig, professionelle Hilfe zu suchen! Wenn man eine Person seines Vertrauens findet und mit dieser offen sprechen kann, wird Vieles einfacher! Beratung ist ein erster wichtiger Schritt. Aber: Beratung kann die Behandlung nicht ersetzen.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zu Beratungsstellen

Patientinnen, für die der Kontakt zu einem Psychotherapeuten oder einer Klinik einen zu großen Schritt darstellt, kann ein Gespräch in einer mit essgestörten Patientinnen erfahrenen Beratungsstelle empfohlen werden.

Beratungsstellen haben als niederschwellige Anlaufstelle für essgestörte Patientinnen eine wichtige Schnittstellenfunktion. Sie sollten in enger Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten und Kliniken eine Weitervermittlung von Patientinnen planen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich beraten zu lassen: telefonische Beratung, persönliche Beratung, Online-Beratung oder über den Austausch mit anderen Betroffenen auf Selbsthilfeplattformen im Internet. Wir haben eine kleine Auswahl seriöser Beratungsmöglichkeiten zusammengestellt, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Telefonische Beratung

Eine leicht zu erreichende Möglichkeit der Erstberatung ist das Beratungstelefon der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**. Bei einer Anfrage kann man anonym bleiben. Auch Eltern und Angehörige können sich an die Experten dieses Beratungstelefons wenden, wenn sie in Sorge sind oder sich über Essstörungen informieren wollen. Die Beratung erfolgt zu allen Essstörungen und die Anrufer erhalten neben einer Erstberatung auf Wunsch auch Adressen, an die sie sich nun wenden können.

Beratungstelefon der BZgA: **(0221) 89 20 31**

Montag bis Donnerstag: von 10:00 Uhr bis 22:00 Uhr

Freitag bis Sonntag: von 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Die Kosten entsprechen den Preisen Ihres Telefonanbieters.

Auch die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** kann eine gute erste Anlaufstelle sein. Die Beraterinnen und Berater können dann im Gespräch erkennen, welche Anlaufstellen und Adressen sie den Ratsuchenden empfehlen können.

Beratungstelefon der
Unabhängigen Patientenberatung Deutschland UPD:

Festnetz: **0800 0 11 77 22** (gebührenfrei im Festnetz)

Mobil: **0177 1 78 51 52**

Montag bis Freitag: von 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Donnerstag: von 10:00 Uhr bis 20:00 Uhr

Online-Beratung

Die BZgA ist mit ihrem Angebot zu Essstörungen im Internet vertreten unter: **www.bzga-essstoerungen.de**.

An die Unabhängige Patientenberatung kann man sich nicht nur telefonisch sondern auch online wenden:

www.patientenberatung.de/online-beratung/

Persönliche Beratung

Wer lieber eine persönliche Beratung in Anspruch nehmen möchte, kann dies ebenfalls in einer der 22 bundesweit arbeitenden Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung tun:

www.patientenberatung.de/beratung-vor-ort/

Auch der Bundesfachverband Essstörungen e.V. bietet bundesweit die Möglichkeit einer persönlichen Beratung an. Adressen der Beratungsstellen unter:

www.bundesfachverbandessstoerungen.de/de/43/bfe-beratungsstellen.html

Chat und Selbsthilfe

Selbsthilfeplattformen im Internet wie zum Beispiel unter **www.hungrig-online.de** können ebenfalls eine gute erste Anlaufstelle sein. Vor allem kann man sich hier mit anderen Betroffenen austauschen und wertvolle Tipps zum Umgang mit der Krankheit bekommen.

Noch ein Wort zu Internetangeboten: Es ist nicht hilfreich, einfach „drauflos zu googeln“. Im Internet gibt es auch viele unseriöse Angebote mit falschen oder irreführenden Informationen. Fragen Sie bei den Anlaufstellen nach, die wir Ihnen genannt haben. Dort kann man Ihnen Links zu verlässlichen Angeboten und vor allem Ansprechpartner, Behandlungseinrichtungen und Hilfsangebote in Ihrer Nähe nennen. Bei der Überprüfung der Qualität von Gesundheitsinformationen hilft die Checkliste der Patientenuniversität Hannover:
patientenuniversitaet.de/content/gesundheitsinfos-im-internet

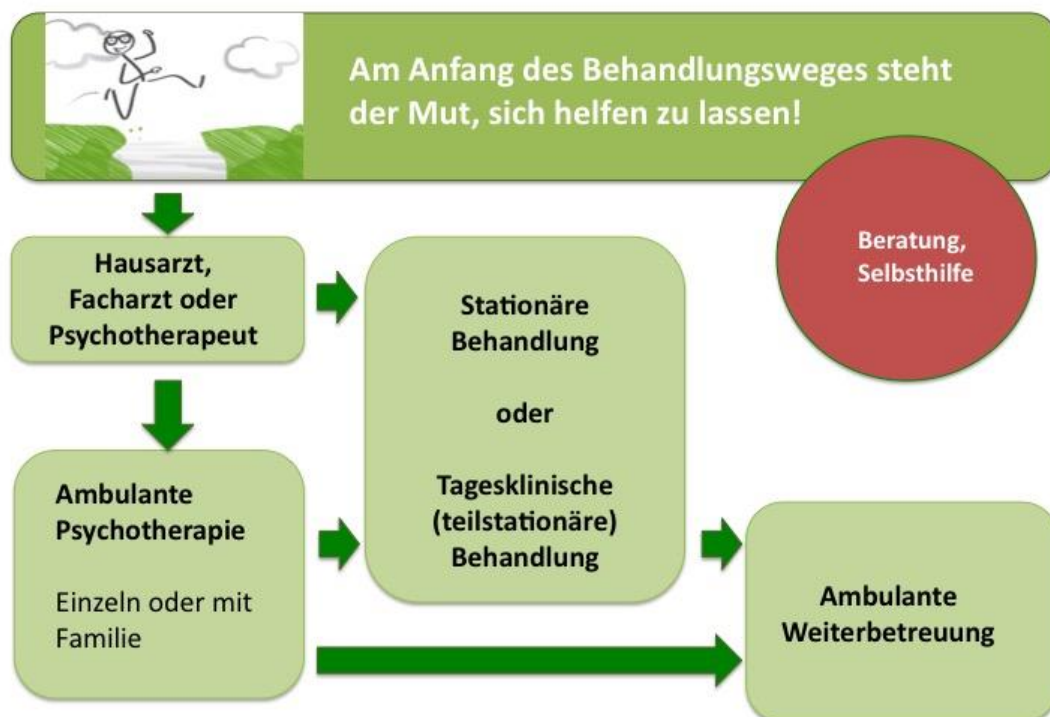
Arzt- und Therapeutensuche

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet eine bundesweite Suchmöglichkeit für Ärzte und Psychotherapeuten an. Unter der Internetadresse **www.kbv.de/html/arztsuche.php** kann jede Patientin für Ihr Bundesland einen Arzt oder Psychotherapeuten suchen oder bei den dort angegebenen Rufnummern der Kassenärztlichen Vereinigungen eine telefonische Auskunft zu entsprechenden Adressen einholen.

Kliniksuche

In der sogenannten ‚Weissen Liste‘ der Bertelsmann Stiftung kann man unter der Adresse **www.weisse-liste.de** im Umkreis der eigenen Postleitzahl nach Kliniken suchen, in denen Essstörungen behandelt werden. Die ‚Weisse Liste‘ wird zum Beispiel auch im Gesundheitsnavigator der AOK verwendet.

Wege durch die Behandlung



Es gibt verschiedene Wege durch die Behandlung: Die Patientinnen können sich zunächst an ihren Kinder- und Jugendarzt, Haus- oder Facharzt (aber auch an eine Spezialambulanz) wenden. Es ist aber auch möglich direkt einen Psychotherapeuten aufzusuchen.

An der Behandlung von Patienten mit einer Essstörung sind in der Regel mehrere Berufsgruppen aus verschiedenen Bereichen der Versorgung beteiligt.




Gemeinsam entscheiden

Es hat viele Vorteile für Betroffene, wenn sie über infrage kommende Behandlungen gemeinsam mit dem Arzt, Psychiater oder Psychotherapeuten entscheiden. Bei Minderjährigen müssen die Erziehungsberechtigten in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden. Es ist wichtig, gemeinsam die Behandlungsziele auszuhandeln und gut durchzusprechen, mit welchen Behandlungsmöglichkeiten sie am besten erreicht werden können.

„Ich hätte mir gewünscht, mehr mit einbezogen zu werden. Vielleicht auch dazu gefragt zu werden, was ich mir vorstellen könnte und was nicht... und dann im Dialog vorgeschlagen zu bekommen, warum zum Beispiel eine stationäre Therapie für sinnvoll gehalten wird.“

Vera

Patientinnen (und im Falle Minderjähriger die Erziehungsberechtigten) haben ein Recht darauf, *alle* Entscheidungen zu ihrer Gesundheit *gemeinsam* mit ihren Ärzten und Psychotherapeuten zu treffen. Das gilt auch für Essstörungen.

Eine Ausnahme gibt es nur in sehr seltenen Fällen. Das sind zum Beispiel Menschen mit lebensgefährlichem Untergewicht oder schweren Störungen des  Elektrolythaushalts, bei denen Sofortmaßnahmen dringend erforderlich sind.



Unser TIPP

Lassen Sie sich von Ihrem Arzt oder Psychotherapeuten immer alles genau erklären. Wenn ein Behandlungsvorschlag gemacht wird, dann fragen Sie, ob es noch weitere Möglichkeiten gibt. Fragen Sie auch, welchen Nutzen Sie bei jeder Behandlung erwarten können und welche möglichen Risiken auftreten können. Fragen Sie nach, wann immer Sie etwas nicht verstanden haben. Sprechen Sie auch ihre Ängste, Sorgen und Bedenken offen an.

Vier einfache Fragen können helfen: Was ist mein Hauptproblem? Was sollte ich jetzt tun? Warum ist es wichtig für mich, gerade das zu tun? Was hindert mich daran, diesen Schritt zu gehen?

Quelle: <http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>

Aber nicht nur Ärzte und Psychotherapeuten sollten alles verständlich und genau erklären, auch die Betroffenen müssen selbst bereit sein, offen und ehrlich über alles zu sprechen, was mit ihrer Essstörung zusammenhängt.

Viele Menschen mit Essstörungen haben Schamgefühle oder trauen sich nicht, über ihre Gedanken und Gefühle zu sprechen. Manche haben auch falsche Vorstellungen von den Behandlungen und dadurch Angst davor, professionelle Hilfe zu suchen oder anzunehmen. Ein Rückschlag für das Selbstwertgefühl können auch erfolglose Behandlungen sein. Eine solche Erfahrung kann dazu beitragen, dass man „dicht macht“ und nichts mehr über sich erzählen möchte.

Wenn man erst einmal über alles spricht, wird vieles einfacher.

Petra

Ärzte und Psychotherapeuten werden nicht über Sie urteilen oder Sie gar verurteilen. Nur wenn Ihre Behandler so viel wie möglich über Sie wissen, können Sie gemeinsam die Erkrankung angehen.

Eine wichtige Voraussetzung der Behandlung ist, dass Sie und Ihr Arzt bzw. Psychotherapeut „an einem Strang ziehen“. Sie sind Verbündete bei der Behandlung Ihrer Essstörung.

Ihr Arzt, Ihr Psychotherapeut und Sie haben ein gemeinsames Ziel: dass Sie wieder gesund werden!

Ihre Behandler werden alles dafür tun, dass eine gute und vertrauensvolle Beziehung entsteht. Wenn Sie das Gefühl haben, dass diese Beziehung für Sie nicht




passt, dann sprechen Sie das offen an. Das sollte den Arzt bzw. Psychotherapeuten nicht verletzen. Es ist sein Job! Wenn es gar nicht passt, haben Sie das Recht, einen anderen Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen.

Diagnose von Essstörungen

Die Diagnose einer Essstörung kann in der Regel nach einem ausführlichen Gespräch gestellt werden. Eine medizinische Diagnostik sollte aber ermitteln, ob Ihre Krankheitszeichen (Symptome) eventuell durch eine andere schwerwiegende körperliche Erkrankung verursacht werden.

Es werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Dazu gehören:

- Bestimmung von Gewicht und Körpergröße zur Berechnung des  Body-Mass-Index (kg/m^2),
- Messung von Blutdruck, Puls, Körpertemperatur,
- Kontrolle der Durchblutung und Prüfung, ob aus den Gefäßen Flüssigkeit austritt (Ödeme),
- Untersuchung der Herzfunktion,
- Blutuntersuchung,
- Urinuntersuchung,
- Untersuchung der Leber und Niere.

Bei der Binge-Eating-Störung können weitere Untersuchungen zur Abklärung des Übergewichts erforderlich sein.

Durch diese medizinischen Untersuchungen sollen außerdem mögliche gesundheitliche Gefahren erkannt werden, die durch die Essstörung bereits eingetreten sein könnten.

Zusätzlich zu den (medizinischen) Untersuchungen werden die Betroffenen ausführlich befragt. Dies erfolgt durch einen im Bereich der

Essstörungen erfahrenen Behandler (Psychotherapeut, Facharzt). Einige Fragen kennen Sie ja bereits aus dem Selbsttest.

Zur Planung einer wirkungsvollen Behandlung ist es wichtig, dass Sie offen und ehrlich antworten. Auch wenn Sie Schamgefühle haben, versuchen Sie trotzdem sich zu öffnen und sich ihren Behandlern anzuvertrauen.

Wenn die Untersuchung abgeschlossen ist, **wird gemeinsam mit Ihnen** (bei Kindern mit den Erziehungsberechtigten) besprochen, ob eine Essstörung vorliegt und welche Behandlungsmöglichkeiten infrage kommen.

Die Behandlungsentscheidung hängt auch davon ab, welche Veränderungswünsche Sie für Ihr eigenes Leben haben. Wichtig ist demnach, dass Sie selbst entscheiden und verantworten, ob sich Ihre Erkrankung - und damit Ihr Leben - verändern soll oder nicht. Allerdings kann das manchmal nicht einfach sein, weil man etwas verändern möchte aber gleichzeitig auch Angst vor dieser Veränderung hat.



Behandlungsziele bei Essstörungen:

- ein gesundes Essverhalten erlernen und dauerhaft beibehalten,
- eine Normalisierung und Stabilisierung des Körpergewichtes erreichen,
- die psychischen Probleme oder Schwierigkeiten, die die Essstörung begünstigt haben oder aufrechterhalten, herausfinden und wirkungsvoll behandeln,
- eventuelle begleitende Erkrankungen wie Depression, Angststörung etc. behandeln,
- die körperlichen und seelischen Folgen der Essstörung behandeln,
- Unterstützung bei sozialen Problemen (Schule, Ausbildung, Arbeit, Wohnsituation, soziale Kontakte),
- Unterstützung bei Konflikten, z. B. mit dem Partner oder den Eltern.

Je besser die Ziele der Behandlung formuliert sind, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für einen Behandlungserfolg.

Zur Behandlung von Essstörungen allgemein

Die Behandlung von Essstörungen kann in einem unterschiedlichen Behandlungsumfeld (auch „Setting“ genannt) stattfinden und aus unterschiedlichen Behandlungsbausteinen bestehen.

Behandlungssettings

Die Behandlung von Essstörungen kann ambulant, tagesklinisch (teilstationär) oder vollstationär erfolgen. Welches Setting infrage kommt, ist abhängig von der Schwere der Essstörung, der Art und Anzahl weiterer Begleiterkrankungen, den in der Region verfügbaren Behandlungseinrichtungen, den Lebensumständen und dem Entscheidungsverhalten der betroffenen Person.

Ambulantes Behandlungssetting

Beim ambulanten Behandlungssetting bleibt die Patientin im gewohnten häuslichen Umfeld und begibt sich zu den vereinbarten Terminen zum Psychotherapeuten und zum Hausarzt zur körperlichen Untersuchung. Während der ersten Therapiesitzungen lernen Patientin und Therapeut sich kennen. Der Therapeut erhebt alle wesentlichen Informationen zur Essstörung und möglichen weiteren Problemen und erarbeitet mit der Patientin einen Behandlungsplan. Erst nach den ersten (üblicherweise 5) Sitzungen wird gemeinsam eine Behandlungsentscheidung getroffen. Die Patientin muss also nicht ‚die Katze im Sack kaufen‘. Sie kann prüfen, ob sie sich bei dem jeweiligen Psychotherapeuten bzw. der jeweiligen Institution gut aufgehoben fühlt und sie kann prüfen, ob sie die vorgeschlagene Behandlung mit diesem

Psychotherapeuten für Erfolg versprechend hält.

Übliche Therapien dauern 25-50 Stunden, bei Bedarf kann die Therapie verlängert werden.

Eine ambulante Therapie kann Vorteile und Nachteile haben.



Die Patientin kann in der Alltagssituation bleiben und verliert nicht den „sozialen Anschluss“.

Alltagsbelastungen können direkt in der Therapie bearbeitet werden.

Ein längerer Krankenhausaufenthalt wird vermieden.

Betonung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.

Kein Abstand zu starken Belastungen im Alltag.

Ggf. lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie, obwohl zeitnahe Therapiebeginn wichtig ist.

Eine intensive medizinische Begleitbehandlung ist nur sehr eingeschränkt möglich.

Wenig intensive Unterstützung beim Essen.

Wenn eine ambulante Behandlung infrage kommt, aber kein Angebot in der Nähe vorhanden ist, kann die Behandlung auch teil-/stationär durchgeführt werden.

Stationäres Behandlungssetting

Wenn eine hohe körperliche Gefährdung besteht, andere schwerwiegende psychische Störungen vorliegen, in einer ambulanten Psychotherapie über mehrere Monate keine Verbesserung erreicht werden konnte oder wenn schwer beeinflussbare Essrituale vorhanden sind, wird die Behandlung in einem stationären Setting (im Krankenhaus) empfohlen. Wichtig ist allerdings, dass es sich um eine Abteilung oder Klinik handelt, die Fachexpertise in der Behandlung von Essstörungen

hat. Manchmal sind auch mehrere stationäre Aufenthalte (Intervallbehandlung) erforderlich. Manche Betroffene sind verunsichert oder haben Angst, wenn ihnen eine stationäre Behandlung empfohlen wird. Diese Ängste entstehen häufig, weil man anfangs noch nicht weiß, wie die stationäre Behandlung genau abläuft, wie man von den anderen Patientinnen aufgenommen wird, ob man Besuch empfangen und sein Handy benutzen darf und ob man beim Essen stark kontrolliert wird.

Wenn eine stationäre Behandlung vorgeschlagen wird, dann ist es gut, solche und andere Sorgen und Ängste offen anzusprechen. Angst ist ganz normal. Durch gute Informationen kann sie abgebaut werden.

Viele Kliniken bieten vor der stationären Aufnahme die Möglichkeit einer Besichtigung und Vorgespräche an. Die Vor- und Nachteile einer stationären Behandlung sind:

Distanz zu belastenden Situationen im Alltag.

Vorgaben einer klaren Essensstruktur und Hilfestellung beim Essverhalten.

Kombination verschiedener Therapieelemente möglich (Einzel-, Gruppengespräche, Körpertherapie, med. Betreuung, Familiengespräche).

Intensive medizinische Begleitbehandlung ist möglich.



Unterbrechung der Arbeit, Schule oder Ausbildung.

Konfrontation mit schädlichem Verhalten bei anderen Patientinnen.

Die Fähigkeit, selbstständig zu leben, kann bei sehr langen und wiederholten Klinikaufhalten verlernt werden (nur bei Anorexie).

Tagesklinisches Behandlungssetting

Eine tagesklinische Behandlung kann aus verschiedenen Gründen sinnvoll sein. Voraussetzung hierfür ist, dass Patientinnen täglich von ihrem Wohnort zu der entsprechenden Tagesklinik gelangen können. Bei manchen Patientinnen kann von Anfang an eine tagesklinische Behandlung erfolgen, wenn es der körperliche Zustand erlaubt. Aber auch am Ende einer stationären Behandlung kann es sinnvoll sein, noch einige Wochen eine tagesklinische Behandlung anzuschließen. Der Vorteil einer tagesklinischen Behandlung ist, dass die Patienten den Abend und die Wochenenden im gewohnten häuslichen Umfeld verbringen, unter der Woche tagsüber aber die intensive Unterstützung und den halt gebenden Rahmen der Tagesklinik erfahren können. Auch die Behandlung in der Tagesklinik kann Vorteile und Nachteile haben:



Täglicher Wechsel zwischen intensiver Betreuung und Rückkehr in die Alltagssituation.

Ein längerer Krankenhausaufenthalt wird vermieden.

Betonung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.

Ähnliche Behandlungsbausteine wie bei stationärer Behandlung.

Gefahr der Überforderung.

Keine Begleitung beim Essen abends, an Wochenenden und Feiertagen möglich (die meisten Tageskliniken sind von Mo-Fr geöffnet).

Unterbrechung der Arbeit, Schule oder Ausbildung.

Bestandteile der Behandlung im Vergleich

	Ambulante Behandlungsprogramme	Stationäre und teilstationäre Behandlungsprogramme
Arbeit an der Normalisierung des Essverhaltens	Vereinbarungen, die das Gewicht, die Arbeit mit Esstagebüchern und Gewichtsveränderungen beinhalten.	Vereinbarungen, die das Gewicht, die Arbeit mit Esstagebüchern, Gewichtsveränderungen, begleitetes Essen und Kochen beinhalten.
Behandlung von psychischen Schwierigkeiten	Einzeltherapien, bei Bedarf unter Einbezug wichtiger Bezugspersonen wie des Partners oder der Familie, bei Bedarf ergänzt um gruppentherapeutische Angebote (z.B. zur Steigerung sozialer Kompetenzen und zum Umgang mit Gefühlen).	Einzeltherapiegespräche, Gruppentherapieangebote, spezialtherapeutische Angebote (z.B. Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie) im Einzel- und / oder Gruppensetting, Familiengespräche.
Medizinische Betreuung	Behandlung der körperlichen Folgen der Essstörung durch zusätzliche medizinische Behandlung (Hausarzt oder Facharzt).	Behandlung der körperlichen Folgen der Essstörung (ggfs. engmaschige medizinische Überwachung).

Therapeutische Wohngruppe als Option nach oder während der Behandlung

Jugendliche und junge Erwachsene können nach einer stationären Behandlung möglicherweise von einer therapeutischen/betreuten Wohngruppe profitieren, wenn die Rückkehr in die Situation zu Hause eine Überforderung darstellt und mit einer erneuten Zunahme der Essstörungssymptome gerechnet werden muss. Nähere Auskünfte hierzu geben spezialisierte Kliniken und das örtliche Jugendamt. Eine Wohngruppe ersetzt aber keine ambulante Psychotherapie. Diese ist auf jeden Fall notwendig.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zu Wohngruppen

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte die Vermittlung in eine therapeutische Wohngruppe erwogen werden, wenn die Unterstützung in der häuslichen Situation nicht ausreichend oder nicht gesundheitsförderlich ist.

Eine Wohngruppe sollte auch in Erwägung gezogen werden, wenn eine chronifizierte Essstörung vorliegt, die zu einer ausgeprägten sozialen Isolation geführt hat und / oder bei der Probleme in der Bewältigung des Alltags bestehen.

Behandlungsverfahren und Behandlungsmethoden

Welche Behandlungsverfahren und -methoden eingesetzt oder kombiniert werden, hängt von der Art der Essstörung ab und davon, wie weit fortgeschritten die Erkrankung ist. Das betrifft auch die Entscheidung, ob eine ambulante Behandlung, eine Behandlung in einer Tagesklinik oder eine stationäre Behandlung erforderlich ist.

Der wichtigste Baustein zur Behandlung einer Essstörung ist die **Psychotherapie**. Psychotherapie bedeutet wörtlich übersetzt „Behandlung der Seele“. Dies geschieht über das Sprechen zwischen Patientin und Therapeut, aber auch über therapeutische Anregungen zu Veränderungen im Verhalten und Erleben, die immer wieder erprobt werden. Eine Psychotherapie kann in Einzelsitzungen, in Gruppensitzungen oder in einer Kombination von beiden Therapieformen stattfinden. Oft ist es auch sinnvoll - bei Kindern und Jugendlichen ist es unabdingbar -, wichtige Bezugspersonen (Partner, Familie) mit einzubeziehen. In der Psychotherapie gibt es verschiedene Verfahren. Die meisten berücksichtigen heute verschiedene Bereiche wie Verhaltensprobleme, problematische Denkmuster, Selbstwert- und Körpererleben, Umgang mit Gefühlen, Umgang mit Problemen in Beziehungen, Impulsivität, Perfektionismus und das Leben in der Familie.

Von den gesetzlichen Krankenkassen werden in Deutschland die Kosten für die folgenden Psychotherapieverfahren übernommen (📖 Psychotherapie-Richtlinie): Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse.

(Kognitive) Verhaltenstherapie

Diese Behandlungsform beruht auf der Erkenntnis, dass für das Erleben und Verhalten von Menschen vor allem dessen Lerngeschichte verantwortlich ist. Das bedeutet, wenn man aufgrund schwieriger Lebensbedingungen (z. B. Konflikte in der Familie) ein „ungünstiges“ Verhalten (z. B. Essanfälle) oder Erleben (z. B. Minderwertigkeitsgefühle) gelernt hat, kann man dieses Muster an häufig selbstschädigenden Denkstilen, Gefühlen und Verhaltensweisen mit den Mitteln der (kognitiven) Verhaltenstherapie auch wieder verlernen und dafür hilfreiche, neue Verhaltensweisen, Denkstile und Gefühlsreaktionen erlernen. Auch wird der Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen aufgegriffen und es werden bei Bedarf der Partner oder andere Familienmitglieder in die Therapie einbezogen. Der Begriff „kognitiv“ bezieht sich auf Denkmuster, welche verändert werden sollen, wenn sie schädlich für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden sind. In der kognitiven Verhaltenstherapie wird mit konkreten Vereinbarungen, Übungen (z. B. Rollenspielen zur Bearbeitung zwischenmenschlicher Konflikte) und auch Hausaufgaben (z. B. dem Führen von Tagebüchern zum Essverhalten) gearbeitet.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie basiert auf der Annahme, dass unbewusste Konflikte und wichtige Lebenserfahrungen zu krank machenden Störungen und Einschränkungen der Lebensqualität führen können. In der Kindheit werden Bewältigungsstrategien ausgebildet, die aus einer erlebten Beeinträchtigung und Not heraus ent-

standen sind. Sie werden unbewusst beibehalten und belasten später alle Lebensbereiche. In aktuellen Überforderungssituationen kann es dann zur Entstehung von Symptomen (wie denen einer Essstörung) kommen. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird an Themen wie dem Selbst(wert)erleben, dem Umgang mit Gefühlen und Beziehungen sowie deren Zusammenhängen mit einem veränderten Essverhalten und Körpererleben gearbeitet. Prägende Erfahrungen aus der Vergangenheit spielen insoweit eine Rolle, als sie zum Verständnis der aktuellen Schwierigkeiten von Bedeutung sind.

Psychoanalyse

In der Psychoanalyse wird angenommen, dass unbewusste Konflikte und Erlebnisse in der Vergangenheit psychische Erkrankungen mit verursachen und aufrechterhalten. In der Therapie lernt die Patientin grundlegende Dinge in der Beziehung zu sich selber und zu anderen Menschen emotional neu zu bewerten und zu verändern.

Psychoanalytische Behandlungsmethoden kommen bei jungen Patientinnen mit einer Essstörung als Erstbehandlung nicht infrage. Sie können im Einzelfall sinnvoll sein, wenn sich nach der Behandlung der Essstörung weiterhin gravierende zwischenmenschliche Probleme und Probleme im Selbsterleben finden. Es gibt bislang keine Studien zur Effizienz der Psychoanalyse im Hinblick auf Essstörungen.

Interpersonelle Psychotherapie

Die interpersonelle Psychotherapie geht davon aus, dass eine Essstörung durch zwischenmenschliche Probleme entstanden ist oder aufrechterhalten wird. Dies können zum Beispiel Konflikte mit dem Partner, Verlust einer nahestehenden Person, Schwierigkeiten durch Veränderungen in den Lebensumständen oder chronisch unbefriedigende Beziehungen sein. Die Behandlung erfolgt über eine Lösung dieser zwischenmenschlichen Probleme. Zu Beginn werden in einer Beziehungs-

analyse die zwischenmenschlichen Probleme der Patientin erhoben, an denen nachfolgend in der Therapie systematisch gearbeitet wird. Die Wirksamkeit in der Behandlung der Bulimie und der Binge-Eating-Störung wurde nachgewiesen. Die interpersonelle Psychotherapie gehört aber nicht zu den in der deutschen wissenschaftlichen Leitlinie empfohlenen Behandlungen, da die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden.

Familien-basierte Therapie


Bei Kindern und Jugendlichen hat sich die Familien-basierte Therapie als wirksam erwiesen. Dabei lernen die Eltern, wie sie ihr Kind bei der Bewältigung von Essstörungen unterstützen können. Manchmal werden Gespräche mit den Eltern allein, manchmal mit allen Familienmitgliedern geführt. So können Konflikte gelöst, aber auch ein Gleichgewicht zwischen Kontrolle und Eigenständigkeit der Jugendlichen gefunden werden.

Weitere Behandlungsoptionen, die eine Psychotherapie ergänzen können, sind:

- Körperorientierte Methoden
- Medikamentöse Behandlung
- Ernährungstherapie (bei Magersucht; aber als alleiniger Ansatz nicht ausreichend)


...außerdem als eigenständige Behandlungsmethode die angeleitete Selbsthilfe.

Körperorientierte Methoden


„Körperorientierte Methoden“ ist ein Sammelbegriff für alle Behandlungsformen, bei denen der Körper im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht. Dazu gehören zum Beispiel die  konzentrierte Bewegungstherapie und die Tanztherapie als psy-

chotherapeutische Methoden oder auch Methoden zur Entspannung, Atem- und Sporttherapie.

Medikamentöse Behandlung

Bei Essstörungen ist nur in Einzelfällen bei Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung sowie bei begleitenden Erkrankungen (zum Beispiel zur Besserung der Symptome von Depressionen oder Ängsten) die Behandlung mit  Psychopharmaka sinnvoll. Jedes Medikament hat neben der erwünschten Wirkung auch unerwünschte Nebenwirkungen wie zum Beispiel Schwindelgefühle oder Übelkeit. Sie sind beherrschbar und vergehen meist von allein wieder. Wenn Sie ein Medikament nehmen müssen, dann lassen Sie sich von Ihren Ärzten über mögliche Nebenwirkung aufklären.

Beschreibung verschiedener Psychopharmaka

- **Antidepressiva:** Antidepressiva sind Medikamente, die zur Behandlung von Depressionen, aber auch von Zwangsstörungen und Panikattacken eingesetzt werden. Wenn diese Erkrankungen zusätzlich zur Essstörung vorkommen, können Antidepressiva zur Behandlung der Begleiterkrankung eingesetzt werden. Eine Substanz ist auch für die Behandlung der Bulimie zugelassen (siehe unten).
- **Neuroleptika:** Neuroleptika werden in der Regel bei  Psychosen und psychoseähnlichen Störungsbildern eingesetzt. Bestimmte Substanzen können in Einzelfällen bei der Behandlung von Begleitsymptomen zur Anwendung kommen (siehe Behandlung der Anorexia nervosa) kommen.

Weitere Medikamente

- **Schilddrüsenmedikamente:** Niedrige fT3-Werte (ein Schilddrüsenhormon) können bei Untergewicht vorkommen. Das sollte aber nicht behandelt werden.

- **Nahrungsergänzungstoffe:** Manche Patientinnen mit Magersucht haben durch einseitige und Mangelernährung einen Zinkmangel. Anzeichen von Zinkmangel sind Wachstumsstörungen, Verminderung der Anzahl der roten Blutkörperchen (Anämie), Haarausfall, trockene Haut und brüchige Nägel. Außerdem bewirkt Zinkmangel, dass der Appetit abnimmt und eine Gewichtsabnahme auftritt. Weil das aber nicht bei allen Patientinnen so ist, sollte Zink nur in den sehr seltenen Fällen verabreicht werden, wenn zum Beispiel Hautveränderungen als Anzeichen von Zinkmangel auftreten.
- **Vitamine:** Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann durch die Ernährung ausgeglichen werden. Die zusätzliche Einnahme von Vitaminen ist in der Regel nicht erforderlich. Es wird bei Untergewicht aber empfohlen, zusätzlich Vitamin D und Calcium einzunehmen (um Folgeschäden des Untergewichts auf den Knochenstoffwechsel so gering wie möglich zu halten).
- **Pille:** Auch wenn man keine regelmäßige Regelblutung hat, sollte man eine wirksame Verhütung betreiben, da es auch bei seltenen oder unregelmäßigen Regelblutungen zu einer Schwangerschaft kommen kann.

Die Pille hilft bei einer Essstörung nicht, den Zyklus zu normalisieren. Vielmehr ist sie reine „Kosmetik“, weil es durch die Zufuhr und das Absetzen der Pille in den Einnahmepausen zu einer Abbruchblutung kommt. Die für einen „richtigen“ Zyklus wichtigen Hormonwirkungen im Gehirn und an den Eierstöcken finden nicht statt. Bei Jugendlichen mit Magersucht ohne Verhütungswünsche ist die Einnahme der Pille nach heutigen Erkenntnissen sogar schädlich, weil sie den im Jugendalter wichtigen Knochenaufbau durch Eingriff in Stoffwechselprozesse behindert.

- **Eisen:** Die Gabe von Eisen ist nur in Ausnahmefällen bei ausgeprägtem Eisenmangel erforderlich.

Ernährungstherapie

Ernährungstherapie kann als begleitende Maßnahme neben einer ambulanten Psychotherapie sinnvoll sein, um wieder ein normales Essverhalten zu erlernen und Informationen darüber zu bekommen, wie eine ausgewogene, ausreichende und gesunde Ernährung aussieht. Erforderlich ist sie als ein Element einer multimodalen Therapie bei der stationären Behandlung schwerer Essstörungen. Als alleinige Maßnahme ist sie zur Behandlung einer Essstörung nicht geeignet.

Angeleitete Selbsthilfe

Bei einer angeleiteten Selbsthilfe arbeitet man ein Selbsthilfemanual (z. B. als Buch oder im Internet) durch und erhält in regelmäßigen Abständen Rückmeldungen durch eine professionelle Helferperson. Positive Effekte von angeleiteter Selbsthilfe konnten in Studien nachgewiesen werden. Sie sind jedoch geringer als die Behandlungseffekte psychotherapeutischer Verfahren.

Auch Selbsthilfegruppen können unterstützend sein. Sie ersetzen jedoch keine Behandlung. Oft sind sie im Anschluss an oder parallel zu einer Therapie sinnvoll. Im Austausch mit anderen Betroffenen erfahren Patientinnen Verständnis und erhalten Tipps zum Umgang mit der Erkrankung.

Beschreibung der Krankheitsbilder und Behandlungsmöglichkeiten



Anorexia nervosa

Patientinnen mit Anorexia nervosa (Magersucht) fühlen sich in ihrem Körper sehr unwohl. Sie haben eine ständige Angst zu dick zu sein, oder die Kontrolle über das Essen zu verlieren. Trotz des Untergewichtes erleben sie sich als unförmig oder „fett“. Sie tun alles, um an Gewicht




zu verlieren bzw. um nicht zuzunehmen. Hierbei kontrollieren sie in ausgeprägter Form ihre Nahrungsaufnahme. Dabei nehmen sie wenig Nahrung auf und verzichten weitgehend auf Fette und/oder Kohlenhydrate. Manche treiben von Anfang an übermäßig viel Sport, bei anderen kommt es zunehmend zu einer sportlichen Aktivität oder einem nicht bezwingbaren Bedürfnis sich zu bewegen. Andere Patientinnen nehmen Abführmittel oder führen Erbrechen herbei.

Viele Patientinnen gewöhnen sich regelrechte Essrituale an. Solche Rituale können sehr langsames Essen, Kleinschneiden der Nahrung oder eine stark ausgesuchte Zusammenstellung der Nahrungsmittel sein. Oftmals gehört es zu diesen Ritualen strikte Zeiten einzuhalten, zu denen, nach oder vor denen Essen erlaubt oder nicht erlaubt ist. Weil das meist vor anderen verheimlicht wird, besteht die Gefahr einer sozialen Isolation.

Die Patientinnen sind viele Stunden des Tages gedanklich mit Gewicht, Essen und Körperform beschäftigt; auch aus diesen Gründen gelingt es Patientinnen zunehmend schlechter, einen unbefangenen Austausch mit anderen Personen einzugehen.

Die Magersucht hat Auswirkungen auf den Körper. Besonders das Hormonsystem ist betroffen. Bei Frauen kann die monatliche Regel-

blutung ausbleiben ( Amenorrhoe), bei jungen Mädchen kann es passieren, dass sie gar nicht erst einsetzt. Bei Kindern kann sich der Eintritt in die Pubertät und die körperliche Entwicklung einschließlich des Wachstums verzögern.

Der scheinbare Gewinn bei Magersucht ist, dass die Patientinnen vorübergehend ein Gefühl der Leichtigkeit und Euphorie erleben und die (scheinbar) vollständige Kontrolle über einen Bereich ihres Lebens haben. Weil eine Magersucht oft langsam beginnt, erhalten Betroffene zu Beginn sogar Komplimente. Diese Anerkennung ermutigt, noch weiter abzunehmen. Das gute Gefühl hält jedoch nicht an. Es wandelt sich später in Gleichgültigkeit, Reizbarkeit und eine depressive Stimmung.

Häufigkeit

Die Mehrzahl der Patientinnen mit einer Magersucht ist weiblich. Frauen haben gegenüber Männern ein zehnfach höheres Risiko zu erkranken. Und junge Frauen, die mit ihrem eigenen Körper unzufrieden sind, haben ein nochmals erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens.

Zu einem Zeitpunkt betrachtet haben 4 von 1000 Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren Magersucht. In der Pubertät und beim Übergang zum Erwachsenenalter (Adoleszenz) ist das Risiko für diese Erkrankung am höchsten.

Damit sie nicht zunehmen, wenden Patientinnen mit Magersucht (meist mehrere) gewichtsregulierende Maßnahmen an (zum Beispiel: selbst herbeigeführtes Erbrechen, übermäßiger Sport oder Missbrauch von Abführmitteln). Das kann die Behandlung kompliziert machen und die Gesundheit zusätzlich gefährden. Patientinnen, die dies tun, haben ein höheres Risiko für andere psychische Erkrankungen und eine

schlechtere Aussicht auf Genesung als Patientinnen, die keine gewichtsregulierenden Maßnahmen anwenden.


Krankheitsverlauf

Die Magersucht ist eine schwerwiegende Erkrankung, die über mehrere Jahre verlaufen kann. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine frühzeitige Diagnose und Behandlung die Aussicht auf Heilung deutlich verbessert.

Wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt, besteht die Gefahr, dass sie bestehen bleibt (Chronifizierung) und die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges abnimmt.

Patientinnen, die an einer Magersucht erkrankt sind, haben in den ersten zehn Jahren nach der Erstdiagnose auch ein zehnfach höheres Risiko zu sterben, als die Normalbevölkerung. Der Grund sind medizinische Komplikationen oder die Selbsttötung (Suizid).

Behandlung der Magersucht

In der Behandlung der Magersucht geht es zunächst darum, die  akuten Symptome zu behandeln und zu vermeiden, dass die Erkrankung fortbestehen bleibt (chronisch wird). Besonders die Arbeit am Essverhalten und eine Gewichtszunahme spielen während der gesamten Behandlungszeit eine große Rolle. Meist bleiben nach der Behandlung noch „Restsymptome“, die sich in Belastungssituationen wieder verstärken können. Deshalb ist auch eine gute Nachsorge notwendig. Worauf es bei der Behandlung von Patientinnen mit Magersucht besonders ankommt, ist in den Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie beschrieben:

Allgemeine Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur Behandlung der Anorexia nervosa

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen.
- Patientinnen mit Magersucht soll frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.
- Es sollte eine Kontinuität in der Behandlung angestrebt werden (Die Behandler oder Kliniken sollten nicht zu oft wechseln).
- Die beteiligten Stellen der Versorgung (niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte) sollten sich um eine engmaschige Absprache und Kommunikation bemühen.
- Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige ausführlich über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlung mit einbezogen werden.

Zum Behandlungssetting

Die Wahl des Behandlungssettings (ambulant, tagesklinisch, stationär) ist davon abhängig, wie schwer die Erkrankung ist, welche Begleiterkrankungen vorhanden sind und welche Möglichkeiten vor Ort zur Verfügung stehen.

Auch die Bedürfnisse, Vorstellungen und Ängste der Patientinnen werden bei der Planung des Behandlungssettings berücksichtigt.

Allgemeine Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum Behandlungssetting bei Anorexia nervosa

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise (*Erfahrung und Können*) in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten.

Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung sollte eine Psychotherapie sein. Der Hausarzt sollte zusätzlich Begleitsymptome behandeln und das körperliche Befinden der Patientin überwachen. Bei längeren Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie kommt eine stationäre Behandlung infrage, um zu verhindern, dass die Erkrankung chronisch wird.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum ambulanten Behandlungssetting bei Patienten mit Anorexia nervosa

- Das ambulante Behandlungsverfahren erster Wahl bei Patientinnen mit Magersucht sollte eine evidenzbasierte (wissenschaftlich begründete) Psychotherapie sein.
- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie.
- Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit Magersucht ist die Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und Arbeit an den damit verbundenen psychischen Symptomen und Schwierigkeiten.
- Die Kontrolle der Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie sollte kontinuierlich anhand eines Gewichtsmonitorings (Beobachtung der Gewichtsveränderungen) erfolgen.
- Sind an der Therapie der Magersucht mehrere Behandler beteiligt (wie z. B. Hausarzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Familientherapeut), sollten diese sich regelmäßig untereinander absprechen.
- Bei einer Verschlechterung oder stagnierender Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen sein oder aber ein tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt.
- Auch wenn viele jugendliche Patientinnen mit Magersucht eine hohe Leistungsbereitschaft und gute Schulleistungen zeigen, müssen aufgrund der eingeschränkten Ernährungssituation Eingrenzungen des Sportunterrichts und des Schulbesuchs erwogen werden.

- Nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie sollten in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine angeboten werden, die die Rezidivprophylaxe (Vorbeugung vor einem Wiederauftreten der Erkrankung) und die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses zum Ziel haben.



Tagesklinische Behandlung

Wenn die ambulante Behandlung keinen Erfolg zeigt, und eine intensivere Betreuung (z.B. höhere Therapiedosis, interdisziplinäres Behandlungsteam) erforderlich ist, kommt manchmal eine Tagesklinik infrage (siehe Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie weiter unten). Auch wenn Patientinnen aus der stationären Behandlung entlassen werden, kann die Weiterbehandlung in der Tagesklinik für manche Patientinnen ein hilfreicher Zwischenschritt sein. Die Patientinnen leben im gewohnten häuslichen Umfeld, halten sich jedoch unter der Woche tagsüber in der Klinik auf.

Im Vergleich zur stationären Therapie ermöglicht ein tagesklinisches Behandlungssetting eher ein selbständiges und eigenverantwortliches Übertragen der therapeutischen Anregungen in den Alltag. Andererseits kann das Setting aber auch eine Überforderung sein, wenn die Patientinnen am Abend und an den Wochenenden mit dem Essen noch nicht allein zurechtkommen.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur tagesklinischen Behandlung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa

Patientinnen mit Magersucht sollten nur in Tageskliniken behandelt werden, die spezifische Konzepte für magersüchtige Patientinnen anbieten. Bei folgenden Gruppen kann an eine tagesklinische Behandlung gedacht werden:

- Bei chronischen Verläufen mit wiederholten stationären Aufenthalten in der Vorgeschichte, wenn das Ziel in einer Verbesserung der sozialen Einbindung und der Tagesstrukturierung besteht.
- Bei gut motivierten Patientinnen ohne Komorbidität (*Begleiterkrankungen*) und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie).
- Bei Patientinnen, bei denen im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Übergang in die ambulante Situation vorbereitet werden soll.
- Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann.



Stationäre Behandlung

Patientinnen mit starkem Untergewicht werden in Deutschland vorrangig stationär behandelt, besonders dann, wenn eine hohe körperliche Gefährdung, weitere schwere psychische Störungen oder schwer beeinflussbare Essrituale bestehen. Aber auch nach stationärer Therapie kann es wieder zu einem Rückfall kommen.

Es ist kein Versagen, wenn es nach der ersten Behandlung nicht klappt! Wichtig ist, dass man sich dadurch nicht entmutigen lässt. Manche Betroffene können einen zweiten Aufenthalt sogar

„Es ist auch keine Tragödie, wenn es zu einem Rückfall kommt.“

Petra

besser nutzen, da sie die Therapie mehr „als ihre eigene Sache“ erleben, während sie sich bei der ersten stationären Behandlung von anderen (z.B. den Eltern) dazu gedrängt fühlten.

Die Patientinnen sollten - insbesondere, wenn sie das erste Mal stationär behandelt werden - in Abhängigkeit von ihrer individuellen Erkrankungssituation ausreichend Zeit bekommen. Eine erfolgreiche Behandlung und gute Stabilisierung des Gewichts erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Heilung. Die stationäre Behandlung kann von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten dauern.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur stationären Behandlung bei Patientinnen mit Anorexia nervosa

Folgende Kriterien sprechen (in der Regel) für eine stationäre Behandlung:

- rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate);
- gravierendes Untergewicht (📖 BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 📖 3. Altersperzentile);
- fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung;
- anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanten oder tagesklinischer Behandlung;

- soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung);
- ausgeprägte psychische Komorbidität und/oder ausgeprägte Gedanken daran sich das Leben zu nehmen (*psychische Begleiterkrankungen*);
- schwere bulimische Symptomatik (z. B. 📖 Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen oder exzessiver (übermäßiger) Bewegungsdrang), die ambulant nicht beherrscht werden kann;
- körperliche Gefährdung oder Komplikationen;
- geringe Krankheitseinsicht;
- Überforderung im ambulanten Setting, da dieses zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten, Motivationsbildung) bieten kann;
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie);
- Die stationäre Behandlung sollte an Einrichtungen erfolgen, die ein spezialisiertes, multimodales Behandlungsprogramm (*Behandlungen, die aus verschiedenen Einzelementen bestehen*) anbieten können.



Zu den Behandlungsbausteinen bei Magersucht

Eine Steigerung des Körpergewichts ist unabhängig von der Art der Behandlung in jedem Fall ein vordringliches Ziel. Nur dann lassen sich körperliche und seelische Folgestörungen des lang andauernden Hungerns erfolgreich vermindern. Zu Beginn einer Behandlung (Psychotherapie) wird die Patientin dabei unterstützt, an Gewicht zuzunehmen. Im weiteren Verlauf der Psychotherapie geht es dann darum, Problemlagen sowie Eigenschaften und Einstellungen zu ergründen (wie zum Beispiel ein schlechtes Selbstwertgefühl), die die Entstehung der Magersucht begünstigt haben, so dass an diesen Faktoren therapeutisch „gearbeitet“ werden kann.

Psychotherapie

Die Hauptbehandlungsmethode bei der Magersucht ist die Psychotherapie. In der Psychotherapie gibt es verschiedene Ansätze und „Schulen“, die eine ähnliche Wirksamkeit zeigen, aber spezifisch auf die Behandlung der Magersucht ausgerichtet sein sollten.

Die meisten Behandlungsansätze berücksichtigen alle wichtigen Bereiche wie zum Beispiel:

- das Gewicht und eine notwendige Gewichtszunahme,
- das Essverhalten,
- ungünstige Vorstellungen und Fehlannahmen,
- Selbstwert und Körpererleben,
- die Entwicklung der Geschlechtsidentität,
- den Umgang mit Gefühlen,
- die Regulation von Nähe und Distanz in Beziehungen,
- familiäre Konflikte oder
- eine starke Leistungsorientierung.

Medikamentöse Behandlung

Bislang gibt es keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass Medikamente in der spezifischen Behandlung der Magersucht (Gewichtszunahme) wirksam sind.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur medikamentösen Behandlung bei Anorexia nervosa

Antidepressiva sind zum Erreichen einer Gewichtszunahme bei Magersucht nicht zu empfehlen. Dies gilt sowohl für die initiale (*erste*) Therapie als auch für die Rückfallprophylaxe (*Vorbeugung eines Rückfalles*). Wenn Antidepressiva in der Therapie der Magersucht (z. B. zur Behandlung einer Depression) eingesetzt werden, sollte eine erhöhte Achtsamkeit auf mögliche Nebenwirkungen liegen (z. B. 📖 kardiale Nebenwirkungen und 📖 SIADH).

Neuroleptika sind zum Erreichen einer Gewichtszunahme bei Magersucht nicht geeignet. Bei erheblich auf Gewichtsängste und Essen eingeschränktem Denken und bei nicht zu beherrschender 📖 Hyperaktivität kann der Versuch eines Einsatzes niedrig dosierter Neuroleptika (Olanzapin) im Einzelfall gerechtfertigt sein. Die Behandlungsindikation beschränkt sich auf die Dauer der Symptomatik (keine Dauertherapie) und gilt nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes.

Ernährungstherapie


Die Unterernährung ist ein Kennzeichen der Magersucht. **Doch Ernährungsberatung alleine ist nicht ausreichend.** Sie sollte aber ein Baustein der Behandlung sein. Ziel ist es, dass Betroffene wieder eine ausreichende Nahrungsmenge in einer gesunden Zusammensetzung zu sich nehmen können. Wenn zu Beginn der Therapie die aufgenommene Nahrungsmenge noch nicht ausreicht, kann zusätzlich Flüssigkost eingesetzt werden.


Wenn Patientinnen nicht in der Lage sind zu essen, kann die Ernährung zunächst auch über eine Magensonde erfolgen. So können sie von der Verantwortung, wieder an Gewicht zunehmen zu müssen, für eine Zeit


befreit werden. Die Sonde ist ein dünner Schlauch, der über die Nase oder durch die Bauchhaut bis in den Magen eingeführt wird und durch den dann die flüssige Sondennahrung verabreicht wird. Bei Erwachsenen ist dieses Vorgehen nicht sehr verbreitet.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa

Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der Magersucht nicht geeignet.

Ernährung über eine Magensonde: Ernährung über  Magensonden kann in kritischen Einzelfällen kurzfristig einen ausreichenden Ernährungs- und Flüssigkeitszustand und eine angemessene Gewichtszunahme sicher gewährleisten.

Längerdauernde Ernährung (über mehrere Monate) ist über  nasogastrale Sonden nicht möglich.

In extremen Einzelfällen kann die Anlage einer  PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) notwendig sein.

Zwangsbehandlung

In sehr seltenen Fällen ist eine Behandlung gegen den Willen der Patientin (zum Beispiel Einweisung in eine Klinik) erforderlich. Bis diese bei lebensbedrohlichen Zuständen und fehlender Krankheitseinsicht in die Wege geleitet wird, sollten jedoch alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

Bulimia nervosa

Seit 1979 wird die Bulimie als eigenständige Erkrankung beschrieben. Magersucht und Bulimie haben viele Gemeinsamkeiten. Die Bulimie ist ein Störungsbild, das wie die Magersucht durch viele Faktoren beeinflusst wird. Ebenso wie bei der Magersucht handelt es sich meist um weibliche Jugendliche bzw. junge Frauen mit Selbstzweifeln und Selbstwertproblemen. Im Durchschnitt ist das Erkrankungsalter gegenüber Patientinnen mit einer Magersucht etwas höher.



Patientinnen mit einer Bulimie versuchen, möglichst schlank zu sein, z. B. um gemocht und anerkannt zu werden. Das führt zu einem rigiden und restriktiven Essverhalten, was wiederum zu Heißhunger und Essanfällen führt, ein wahrer Teufelskreis. Der innere Drang schlank zu sein, ist ein wichtiger auslösender Faktor der Erkrankung.

Andere regulieren ihre Gefühle und Anspannungssituationen über vermehrtes Essen, über das sie die Kontrolle verlieren. Um nicht zuzunehmen, greifen sie zu gewichtsregulierendem Verhalten wie Hungerphasen, selbst herbeigeführtem Erbrechen oder intensivem Sport.

Hauptsymptom der Bulimie sind Essanfälle. Ein Essanfall ist die Aufnahme einer als sehr groß empfundenen Nahrungsmenge in einer kurzen Zeit, die deutlich größer ist, als die Menge, die andere Menschen in ähnlichen Situationen zu sich nehmen. Gleichzeitig besteht das Ge-

fühl, nicht kontrollieren zu können, was und wieviel man isst. Aus Schamgefühl erfolgen Essanfälle meistens heimlich.

Weil die Vorstellung zuzunehmen für viele Patientinnen unerträglich ist, führen sie selbst Erbrechen herbei oder wenden andere gewichtsvermindernde Maßnahmen an. Das kann schwere gesundheitliche Folgen haben (siehe Seiten 12 und 13).

Viele Patientinnen haben ein geringes Selbstwertgefühl und neigen zu depressiven Verstimmungen. Sie schämen sich für ihr Verhalten und halten die Krankheit gegenüber der Umwelt oft geheim.

Häufigkeit der Bulimia nervosa

Etwa 15 von 1000 Menschen (meist Frauen, aber auch Männer) erkranken im Verlauf ihres Lebens an Bulimie. Bulimie ist eine Erkrankung, die hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene haben. In dieser Zeit gibt es große körperliche Veränderungen und Lebensänderungen (zum Beispiel Ausbildung, Beruf, neue Beziehungserfahrungen, Partnerschaft, Sexualität, etc.). Ein Drittel aller Patientinnen mit Bulimie hatte früher bereits eine Magersucht.

Krankheitsverlauf

Untersuchungen an unbehandelten Patientinnen konnten zeigen, dass bei vielen Betroffenen mit Bulimie die Symptome ein ‚Auf und Ab‘ zeigen. Viele Patientinnen haben mehrere Monate gar keine Symptome und dann wieder Rückfälle. Mit psychotherapeutischer Behandlung kann jedoch eine deutliche Verbesserung der Symptome und auch eine Heilung erreicht werden.

Patientinnen mit einer geringen Behandlungsmotivation, Substanzmissbrauch und Übergewicht in der Vorgeschichte sowie sehr ausge-

prägten Essanfällen und Erbrechen zu Beginn der Behandlung haben häufiger ein schlechteres Therapieergebnis.

Behandlung der Bulimia nervosa

In der Behandlung der Bulimie geht es zunächst darum, den ‚Teufelskreis‘ von Essanfällen und Diäten zu durchbrechen. Die Patientinnen sollen lernen, wieder normal zu essen. Deshalb ist es wichtig, die Faktoren die zu Essanfällen geführt haben oder sie auslösen und somit das ‚normale‘ Essen beeinflussen herauszuarbeiten. Diese Faktoren und weitere Problembereiche (zum Beispiel das Selbstwerterleben) sind im weiteren Verlauf Thema der Therapie. Wichtig ist auch hier, dass Patientinnen mit Bulimie möglichst frühzeitig eine Behandlung erhalten um eine Chronifizierung der Essprobleme zu vermeiden. Einige Patientinnen befürchten, dass sie durch die Behandlung zunehmen. Es ist aber so, dass in den meisten Fällen keine Gewichtszunahme durch die Behandlung erfolgt. Vorübergehende Gewichtsschwankungen können bei Patientinnen mit häufigem Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch dadurch bedingt sein, dass der Wasserhaushalt wieder ausgeglichen wird.

Zum Behandlungssetting

Auch zur Behandlung der Bulimie stehen grundsätzlich drei Behandlungssettings zur Verfügung: ambulante Behandlung, stationäre Behandlung und tagesklinische Behandlung. Die Mehrzahl der Patientinnen mit Bulimie kann und sollte ambulant behandelt werden.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum Behandlungssetting bei Bulimia nervosa

- Patientinnen mit Bulimie sollten vorwiegend ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien ist eine stationäre oder tagesklinische Behandlung indiziert (*angezeigt*).

Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten:

- psychische bzw. physische Komorbidität (*Begleiterkrankungen*), die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen oder Alkoholabhängigkeit).
- hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten).
- Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie.
- therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin.

Stationäre bzw. teilstationäre (tagesklinische) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit Bulimie haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten.

- Die behandelnde Institution sollte spezifische Expertise (*Erfahrungen, Spezialkenntnisse*) in der Behandlung von Essstörungen haben.
- Die Behandlung sollte störungsorientiert erfolgen.
- Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin, für eine vollstationäre Behandlung das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung.



**Meine
Fragen
dazu:**


Behandlungsbausteine der Bulimia nervosa

Zu den Behandlungsbausteinen bei der Bulimie gehören die Psychotherapie, die angeleitete Selbsthilfe und die medikamentöse Behandlung.

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist bei der Bulimie die Behandlung der ersten Wahl. Die meisten Wirksamkeitsnachweise liegen für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur Psychotherapie bei Bulimia nervosa

- Bei Vorliegen einer Bulimie soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.
- Erwachsene und Jugendliche mit Bulimie soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.
- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie.
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) stellt die am meisten beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte sie Patientinnen mit Bulimie als Therapie der ersten Wahl angeboten werden. Diese sollte dem individuellen Entwicklungsstand angepasst sein. Bei Kindern und Jugendlichen mit Bulimie sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden.
- Andere Psychotherapieverfahren (Interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Therapie) sind verfügbar und kommen beispielsweise infrage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird.
- Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten (Begleiterkrankungen), zum Beispiel  Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden.



Angeleitete Selbsthilfe

Als angeleitete Selbsthilfe werden Möglichkeiten der durch einen professionellen Helfer begleiteten Selbstbehandlung bezeichnet. Die Selbsthilfe erfolgt zum Beispiel mit Unterstützung von Therapieanleitungen (Therapiemanualen). Solche Manuale gibt es als Bücher oder Internetprogramme. Sie beruhen auf der kognitiven Verhaltenstherapie und werden durch regelmäßige Rückmeldungen (Feedback) eines Therapeuten begleitet. Die Wirksamkeit der angeleiteten Selbsthilfe konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden. Im Anhang sind Bücher zur angeleiteten Selbsthilfe aufgeführt, die man im Buchhandel erwerben kann.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur angeleiteten Selbsthilfe bei Bulimia nervosa


- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten (*wissenschaftlich belegten*) Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen.

Medikamentöse Behandlung

Bestimmte Antidepressiva ( „Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer“ (SSRI)) helfen den „Essdruck“ zu senken und können eine psychotherapeutische Behandlung ergänzen. Von den  SSRI-Medikamenten ist Fluoxetin der einzige Wirkstoff, der in Deutschland zur Behandlung der Bulimia nervosa zugelassen ist.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur medikamentösen Therapie bei Bulimia nervosa

- Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden. Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie und nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen.

-  SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der Bulimie dar. Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie liegt bei 60 mg/Tag. Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen.

Binge-Eating-Störung

Das englische Wort ‚binge‘ bedeutet soviel wie ‚Gelage‘ oder ‚Orgie‘. Menschen, die an einer Binge-Eating-Störung erkrankt sind, haben regelmäßige „Essanfälle“. Sie verzehren große Nahrungsmengen und haben das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Oftmals essen solche Patientinnen über mehrere Stunden unkontrolliert und können gar nicht angeben, wann ein Essanfall begonnen oder aufgehört hat.

Ein Kennzeichen von Binge-Eating ist, dass die Betroffenen nach den Essanfällen keine regelmäßigen Gegenmaßnahmen ergreifen wie zum Beispiel Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, Fasten oder übermäßiger Sport.

Zwischen den Essanfällen ist das Essverhalten der Patientinnen mit Binge-Eating-Störung nicht stark kontrolliert oder eingeschränkt, wie etwa bei Bulimie. Häufig kommt zwischen den Essanfällen auch ein ‚Überessen‘ hinzu.

Das Hauptmerkmal der Binge-Eating-Störung sind wiederkehrende Essanfälle, die im Durchschnitt an mindestens einem Tag in der Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten vorkommen und subjektiv mit dem Gefühl des Kontrollverlustes einhergehen. Man kann nicht kontrollieren, was und wie viel man isst. Bei Kindern und



Jugendlichen steht der Kontrollverlust oft stärker im Vordergrund, als das Verzehren einer großen Nahrungsmenge in einem kurzen Zeitraum. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei Symptomen auf, die Anzeichen des subjektiv empfundenen Kontrollverlustes über das Essverhalten sein können. Zu diesen Anzeichen gehören z. B. unabhängig von Hungergefühlen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl zu essen, wesentlich schneller zu essen als sonst, Ekelgefühle, Depressivität oder Schuldgefühle nach übermäßigem Essen.

An der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Binge-Eating-Störung sind verschiedene Einflussfaktoren beteiligt:

- Häufige Diäten
- Unzufriedenheit mit der Figur
- Vorbilder für problematisches Essverhalten (z.B. Diät halten oder sich überessen)
- Depressive Symptome
- Essen in Zusammenhang mit Gefühlen
- Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit)
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Gering ausgeprägte soziale Unterstützung

Häufigkeit der Binge-Eating-Störung

Im Verlauf eines Jahres erkranken cirka 16 von 1000 Frauen und 8 von 1000 Männern an einer Binge-Eating-Störung. Bei Männern ist diese Erkrankung zwar seltener als bei Frauen, aber im Vergleich zu den anderen Essstörungen ist Binge-Eating bei Männern die häufigste Essstörung.

Krankheitsverlauf

Was passiert, wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt, ist bisher noch nicht genügend erforscht. Studienergebnisse zeigen, dass nach der Behandlung gut zwei Drittel aller Patientinnen ihre Essstörung erfolgreich überwinden konnten. Die Aussicht auf Heilung bzw. die Vorhersage der weiteren Entwicklung der Erkrankung (Prognose) ist bei Patientinnen mit Binge-Eating-Störung günstiger als bei Patientinnen mit Magersucht oder Bulimie.

Eine Binge-Eating-Störung kann einen sehr wechselhaften Verlauf haben. Störungsfreie Phasen wechseln mit Zeiten einer sehr ausgeprägten Symptomatik ab.

Essanfälle ohne Gegenmaßnahmen zur Vorbeugung einer Gewichtszunahme können bereits bei Kindern, vermehrt aber bei Jugendlichen auftreten. Die Binge-Eating-Störung beginnt häufig im Jugendalter. Ähnlich wie bei Erwachsenen gehen Essanfälle oder die Binge-Eating-Störung auch im Kindes- und Jugendalter mit vermehrten Figur- und Gewichtssorgen, Depressionen und Ängsten einher. Einschränkungen der Lebensqualität können auch durch die Gewichtszunahme auftreten. Behandlungsansätze für Kinder und Jugendliche mit Binge-Eating-Störung befinden sich in der Entwicklung.

Kinder, deren Mütter eine Essstörung haben, haben ein erhöhtes Risiko, ebenfalls eine Essstörung zu bekommen. Man weiß nicht genau, ob Kinder in der Lage sind, das für Binge-Eating typische Gefühl eines Kontrollverlustes zu empfinden, da sie sehr viel weniger als Erwachsene über ihr Essen bestimmen.

Behandlung der Binge-Eating-Störung

Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung wünschen sich häufig eine Gewichtsverminderung und sehen die Essanfälle dabei als hinderlich

an. Bei der Behandlung müssen daher neben weiteren psychischen Erkrankungen auch das Übergewicht bzw. die Adipositas berücksichtigt werden.

Behandlungssetting der Binge-Eating-Störung

Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte sind häufig die erste Kontaktstelle für Patientinnen mit Binge-Eating-Störung. Diese sollte nach Möglichkeit ambulant behandelt werden.

Behandlungsbausteine

Für die Behandlung der Binge-Eating-Störung stehen verschiedene Behandlungsbausteine zur Verfügung: die Psychotherapie, die angeleitete Selbsthilfe und die medikamentöse Behandlung.

Psychotherapie

Für die Behandlung der Binge-Eating-Störung ist Psychotherapie das Behandlungsverfahren der ersten Wahl. Wissenschaftlich am besten untersucht ist die kognitive Verhaltenstherapie, die ein hochwirksames Verfahren darstellt.

Auch die interpersonelle Psychotherapie ist wirksam und kann alternativ empfohlen werden. Sie ist allerdings von den Krankenkassen zur Behandlung der Binge-Eating-Störung nicht anerkannt. Studien belegen, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ebenfalls wirksam ist und empfohlen werden kann, allerdings nicht als Methode der ersten Wahl.

Die Behandlung der Binge-Eating-Störung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung erfolgen. Eine Gruppentherapie ist dann besonders sinnvoll, wenn es darum geht soziale und emotionale Fähigkeiten und

Kompetenzen einzuüben. Im stationären Setting wird meist eine Mischung aus Einzel- und Gruppentherapie angewandt.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur Psychotherapie bei Binge-Eating-Störung

- Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Patientinnen mit Binge-Eating-Störung eine Psychotherapie angeboten werden.
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit Binge-Eating-Störung, daher sollte sie diesen Patientinnen als Therapie angeboten werden.
- Es besteht auch begrenzte Evidenz, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ebenfalls wirksam ist, daher kann sie Patientinnen mit Binge-Eating-Störung ebenfalls empfohlen werden.

In seltenen Fällen kann bei einer Binge-Eating-Störung eine Klinikbehandlung erforderlich sein.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum Behandlungssetting der Binge-Eating-Störung

Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:

- ausgeprägte somatische Komorbidität (*körperliche Begleiterkrankungen*).
- ausgeprägte psychische Komorbidität (*psychische Begleiterkrankungen*).
- hohe Krankheitsschwere.
- therapieverhindernde Faktoren der Patientinnen (z. B. ein Körpergewicht, das eine ambulante Behandlung nicht zulässt).
- wenn die Möglichkeiten für eine ambulante Therapie fehlen oder diese nicht genügend weiterhilft.
- fehlende ambulante Behandlungsmöglichkeit in Wohnortnähe der Patientinnen.
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie).

- soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung).



Angeleitete Selbsthilfe

Bei der angeleiteten Selbsthilfe arbeiten Patientinnen unter Anleitung eines Therapeuten mit sogenannten Selbsthilfemanualen. Sie beinhalten, wie bei der Bulimie (siehe auch dort), vor allem Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie und Informationen zur Binge-Eating-Störung, sowie zu den einzelnen therapeutischen Schritten zur Überwindung der Essanfälle.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur angeleiteten Selbsthilfe bei Binge-Eating-Störung


- Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor, daher kann diese Patientinnen mit Binge-Eating-Störung empfohlen werden.

Medikamentöse Behandlung

In Deutschland ist kein Medikament zur Behandlung der Binge-Eating-Störung zugelassen. Wissenschaftliche Studien weisen aber darauf hin, dass 📖 SSRI ähnlich wie bei der Bulimie wirksam sein können.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zur medikamentösen Therapie bei Binge-Eating-Störung

- Medikamente wie 📖 SSRI und 📖 SSNI sind bei der Binge-Eating-Störung wirksam; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der Binge-Eating-Störung zugelassen.

Sie können jedoch im Rahmen eines Therapieversuchs eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist. Dabei muss der Patientin über den Umstand des  Off-Label-Uses aufgeklärt werden.

- Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei Binge-Eating-Störung sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der Binge-Eating-Störung kann daher nicht empfohlen werden.

Gewichtsabnahme und - Kontrolle

In Programmen zur Gewichtsreduktion wird eine schrittweise Änderung des Lebensstils in den Bereichen Ernährung und Bewegung angestrebt. Es wird ein regelmäßiges Ernährungsverhalten mit drei Mahlzeiten am Tag eingeübt und der Verzehr gesunder Nahrungsmittel gefördert. Programme zur Gewichtsreduktion sind aber nicht zur Behandlung der Essanfälle geeignet.

Mischformen

Viele Patientinnen haben, wenn man die entsprechenden Kriterien der Diagnose anwendet, keine „reine“ Essstörung (Magersucht, Bulimie oder Binge-Eating-Störung). Hier muss in der Behandlung jeweils geschaut werden, welches therapeutische Vorgehen am besten „passt“. Mischformen oder untypische Formen von Essstörungen können ebenso schwerwiegend und behandlungsbedürftig sein wie die drei oben beschriebenen Krankheitsbilder.

Empfehlungen der wissenschaftlichen Leitlinie zum Vorgehen bei atypischen Essstörungen / Mischformen

Bei Essstörungen, die ähnlich einer Magersucht oder auch Bulimie sind, wird empfohlen, in der Behandlung genauso vorzugehen, wie beim Vollbild der entsprechenden Störung.

Was Sie selbst tun können

In diesem Kapitel haben wir Anregungen von Betroffenen aber auch Hinweise aus der wissenschaftlichen Leitlinie zusammengestellt.

● **Keine Entscheidung über mich ohne mich**

„Keine Entscheidung über mich ohne mich“ ist ein alter Grundsatz der Selbsthilfe. Er gilt aber für alle, wenn es um die Gesundheit geht. Es ist gut, wenn Sie sich an allen Entscheidungen zu Ihrer Gesundheit und zu Behandlungen beteiligen. Fragen Sie nach, wann immer Sie etwas nicht verstehen. Wenn Sie vor einer Behandlung Angst haben, sprechen sie das mit Ihren Therapeuten an. Sprechen Sie auch über alles was Sie unsicher macht oder in Sorge versetzt.

● **Beziehung zum Therapeuten**

Auch ein toller Psychotherapeut und ein hoch motivierter Patient müssen nicht unbedingt gut zusammenarbeiten. Es ist kein Versagen, wenn die Zusammenarbeit nicht klappt. Das Gefühl, noch nicht den richtigen Begleiter gefunden zu haben, kann und soll man ansprechen und gemeinsam nach Lösungen suchen.

Schonen Sie Ihren Psychotherapeuten nicht. Sie können ihm sich und ihr ganzes „Elend“ mit ganzer Intensität zumuten. Es ist sein Job!

● **Angehörige und Freunde**

Ihre Essstörung beeinträchtigt nicht nur Sie, sondern auch Angehörige und Menschen, die Ihnen nahe stehen. Diese Menschen fühlen sich oft sehr hilflos und wissen wenig über Ihre Erkrankung. Geben Sie ihnen diese Patientenleitlinie zum Lesen und sie werden Sie besser verstehen.

Manchmal ist es gut, wenn Angehörige in die Therapie einbezogen werden, oder sich auch selbst Unterstützung suchen, zum Beispiel in einer Beratungsstelle oder in einer Angehörigengruppe. Sprechen Sie

mit Ihren Therapeuten über die Möglichkeit, falls es Ihnen noch nicht vorgeschlagen wurde.

Wenn Eltern ihre Kinder zur Behandlung einer Essstörung „schicken“, haben die Kinder oft Angst, dass die Eltern „Komplizen“ der Therapeuten sind. Doch: niemand ist gegen die Patientin. Ärzte, Psychotherapeuten, Angehörige und Patientinnen haben alle ein Ziel: gemeinsam gegen die Erkrankung vorzugehen!

Was Eltern tun können

Viele Eltern macht das Auftreten einer Essstörung bei ihrer Tochter (oder ihrem Sohn) hilflos. Eltern reagieren hierbei unterschiedlich: viele versuchen es zunächst mit gutem Zureden; im weiteren Verlauf können sie dann verärgert oder enttäuscht reagieren. In den meisten Fällen passiert es dann, dass Eltern ihre Kinder nicht mehr erreichen. Das krankhafte Essverhalten bleibt bestehen bzw. verschlimmert sich sogar.

Wenn die erkrankte Tochter noch nicht volljährig ist, tragen die Eltern eine erhebliche Mitverantwortung für deren Gesundheit. Eltern müssen wissen, dass eine fortschreitende Gewichtsabnahme bzw. häufige Essanfälle und Erbrechen im Einzelfall schwerwiegende gesundheitliche, im Einzelfall sogar lebensbedrohliche Risiken haben. Falls es in Gesprächen mit der Tochter nicht gelingt, sie von einem Arztbesuch zu überzeugen, müssen die Eltern dies im Einzelfall auch gegen den Willen ihrer Tochter durchsetzen. Dies gilt insbesondere, wenn sich körperliche und seelische Folgen bemerkbar machen bzw. das Gewicht sehr niedrig ist. Eltern können sich an Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten wenden, um zu besprechen, was in solchen Fällen zu tun ist (Das gilt auch, wenn die Töchter volljährig sind). In aller Regel gelingt es aber, die Töchter von der Notwendigkeit einer solchen ärztlichen Vorstellung und einer

anschließenden Behandlung zu überzeugen. Es ist sehr hilfreich, wenn Eltern Verständnis für die traurige Grundstimmung, das Einstellen von Außenkontakten und andere Krankheitszeichen zeigen. Für Ihre Tochter ist das wirklich ein Problem mit dem sie wahrgenommen werden möchte.

Für Sie als Eltern stellt die Erkrankung ihrer Tochter eine besondere Herausforderung dar. Es ist wichtig, dass die Tochter Ihre emotionale Zuwendung erfährt. Würdigen Sie gute Ansätze und kleine Erfolge. So können Sie Ihr Kind stärken. Im Hinblick auf die Symptome der Essstörung selbst gilt es, einen gewissen Abstand zu entwickeln; falls Sie selbst zu wenig Abstand zu den Symptomen der Erkrankung Ihrer Tochter finden, kann es sinnvoll sein, selbst therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Rahmen einer Familientherapie können viele dieser Probleme besprochen und Lösungen gefunden werden.

Was Partner tun können

Auch für Partner kann es sehr schwer sein, mit einer Essstörung umzugehen. Es kann leicht die Versuchung entstehen, sich in eine Art „Therapeutenrolle“ zu begeben, in der man aber überfordert ist. Oder man wird zu einem „Komplizen“ der Essstörung, in dem man dem Partner Wünsche erfüllt, die der Erkrankung zuzuordnen sind: z.B. nur kalorienarme Nahrung einkauft (bei Magersucht) oder aber sehr große Mengen (bei Bulimie und Binge-Eating-Störung). Manchmal dominiert die Essstörung die ganze Beziehung.

Hilfreich ist es, sich über Essstörungen zu informieren und die betroffene Partnerin / den betroffenen Partner darin zu unterstützen, sich professionelle Hilfe zu holen. Als Partner kann man emotional begleiten, aber die Essstörung selber nicht ändern. Dies kann nur die / der Betroffene selber tun. Entlastend und hilfreich können Angehörigengruppen sein, die es in einigen Regionen gibt. Und versuchen Sie

ganz bewusst Dingen in der Beziehung Raum zu geben, die verbinden und positiv sind – und nichts mit dem Thema Essstörung zu tun haben.

Weitere Informationen zu Essstörungen

Die angeführten Manuale zur angeleiteten Selbsthilfe können Sie über den Buchhandel beziehen. Sämtliche angeführten Werke und Adressen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wird auf eine Nennung von weiteren Buchtiteln und Internetseiten von Kliniken verzichtet, um der Gefahr einer Wettbewerbsverzerrung vorzubeugen.

Manuale zur angeleiteten Selbsthilfe

Christopher G. Fairburn (Autor), Susanne Bonn (Übersetzerin)
Essattacken stoppen: Ein Selbsthilfeprogramm gegen Binge-Eating
3. überarbeitete Auflage 2013
Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
ISBN 978- 3- 456-85334-5

Ulrike Schmidt, Janet Treasure
Die Bulimie besiegen – Ein Selbsthilfe-Programm
2000, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
ISBN 3 407 22823 6

Bücher/Broschüren

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)
Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet – Ein Ratgeber für Eltern, Fachkräfte und Provider
4. Auflage 2011
Zu beziehen unter: publikationen@bundesregierung.de

Internetadressen

- <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerung.html>
Wenn Essen das Leben bestimmt. Informationsseite des Bundesministeriums für Gesundheit
- <https://www.test.de/shop/gesundheit-kosmetik/essstoerungen-sp0320/>
Essstörungen. Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating. Ratgeber der Stiftung Warentest
- http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/de/7/formen_von_essstoerungen.html
Informationen zu Essstörungen vom Bundesfachverband Essstörungen e.V.
- http://www.bzga.de/botmed_35231400.html
Essstörungen – Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- <http://essstoerungen.psychenet.de>
Wegweiser Magersucht und Bulimie von psychenet – Hamburger Netz psychische Erkrankungen
- <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/magersucht.html>
Informationen und Selbsttests zu Magersucht von psychenet – Hamburger Netz psychische Erkrankungen
- <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/bulimie.html>
Informationen und Selbsttests zu Bulimie von psychenet – Hamburger Netz psychische Erkrankungen
- <http://www.netzwerk-essstoerungen.at>
Informationen zu Essstörungen und aktuelle Hinweise für Betroffene und Fachleute des österreichischen Essstörungen-Netzwerkes.

Kleines Wörterbuch

Abusus

Das Wort „Abusus“ kommt vom lateinischen Begriff *abusere* = missbrauchen, zweckentfremden. Darunter versteht man den Missbrauch oder auch (gesundheits-) schädlichen Gebrauch von Arzneimitteln oder Genussmitteln.

Affektive Störung

Bei affektiven Störungen ist die Stimmung entweder übermäßig stark gehoben (manisch) und/oder gedrückt (depressiv).

Akut

Als akut werden Ereignisse wie zum Beispiel Beschwerden bezeichnet, die plötzlich auftreten und in den meisten Fällen nicht lange dauern.

Altersperzentile

An der Größe des Wertes des → **Body Mass Index (BMI)** kann man ablesen, ob eine Person Unter-, Normal, oder Übergewicht hat. Bei Kindern und Jugendlichen ist das aber nicht so einfach, denn sie wachsen ja noch. Muskel- und Fettanteile verändern sich bei Jungen und Mädchen unterschiedlich. Es gibt deshalb Wachstumskurven für Jungen und Mädchen verschiedenen Lebensalters, mit deren Hilfe man den BMI-Wert eines Kindes mit dem Wert gleichaltriger Kinder gleichen Geschlechts vergleichen kann. Solche Kurven werden Altersperzentile genannt. Man kann aus ihnen ablesen, wieviel Prozent zum Beispiel von Mädchen eines bestimmten Alters einen höheren BMI haben als das Mädchen, um das es gerade geht.

Amenorrhoe

Als Amenorrhoe wird das Ausbleiben der monatlichen Regelblutung bezeichnet (aus dem Griechischen: a „ohne“, *menos* „Monat“, *rhoe* „Fluss“).

Amphetamine

Künstlich hergestellte Substanzen, die in Medikamenten aber auch in illegalen Drogen enthalten sein können. Sie haben eine aufputschende Wirkung und können zur Abhängigkeit führen.

Angststörung

Angst ist als wichtiges Signal für Bedrohungen im Laufe von vielen tausend Jahren entstanden. Für die Entwicklung des Menschen (und auch anderer Lebewesen) war die Entstehung von Angstreaktionen also sehr wichtig, um den Organismus vor Gefahren zu warnen und ihn so zu schützen. Ein gewisses Maß an Angst, besonders in unbekanntem Situationen, ist auch in unserer heutigen Zeit noch notwendig. Sie kann die Aufmerksamkeit erhöhen und somit eine bessere Bewältigung verschiedener Situationen ermöglichen. Bei manchen Menschen ist das „Alarmsystem Angst“ aber überempfindlich geworden und wird schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder auch im Körper ausgelöst. Dann tritt die Angst sehr häufig oder

so intensiv auf, dass sie quälend wird und das Leben einschränkt. Dies wird als Angststörung bezeichnet.

BMI

Abkürzung für → Body Mass Index

Body Mass Index

Der Body-Mass-Index - auch Körpermassenindex - ist ein Messwert, der aus dem Verhältnis von Gewicht und Größe berechnet wird:

BMI = Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch Größe in Metern zum Quadrat

Am Wert des BMI kann man Unter-, Normal- oder Übergewicht ablesen. Bei einem BMI von unter 15 kg/m^2 kommt für Erwachsene z. B. eine stationäre Behandlung infrage. Menschen mit einem BMI von unter 12 kg/m^2 sind extrem gefährdet an ihrem Untergewicht zu versterben.

Was sagt der BMI?

<16 kg/m^2	hochgradig untergewichtig
16-16,99 kg/m^2	mäßig untergewichtig
17-18,49 kg/m^2	leicht untergewichtig
18,5-24,99 kg/m^2	Normalgewicht
25-29,99 kg/m^2	Übergewicht
>30 kg/m^2	Fettleibigkeit (Adipositas)

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine komplexe Persönlichkeitsstörung. Nicht selten haben Menschen mit dieser Störung traumatischer Erfahrungen gemacht. Sie äußert sich durch Stimmungsschwankungen, Impulsivität und selbstverletzendes Verhalten.

Diuretika

Ein Diuretikum (Entwässerungsmittel) ist ein Wirkstoff, der die Ausschwemmung von Wasser aus dem Körper durch die Niere bewirkt.

Eisenmangelanämie

Die Eisenmangelanämie ist eine durch Eisenmangel verursachte und weltweit die häufigste Form der Blutarmut (Anämie).

Elektrolyt

Elektrolyte sind chemische Verbindungen und fungieren als Transporter für elektrische Ladungen. Kochsalz ist zum Beispiel ein Elektrolyt.

Empfehlung

Eine Empfehlung in einer Leitlinie bedeutet, dass sich ein Team von Wissenschaftlern, Ärzten und Patientenvertretern nach einem festgelegten Vorgehen darüber geeinigt hat, wie die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einer bestimmten Frage in der Praxis umgesetzt werden können. Gibt es zum Beispiel keinen wissenschaftlichen Nachweis dazu, ob ein bestimmtes Medikament bei einer bestimmten Erkrankung hilft, so lautet die Empfehlung, dass

dieses Medikament in diesem Fall nicht eingesetzt werden sollte. In → S3-Leitlinien werden alle wissenschaftlichen Nachweise in solche Empfehlungen übertragen.

Evidenzbasiert

Evidenzbasiert bedeutet: wissenschaftlich nachgewiesen. Die Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Gastral

Gastral bedeutet: Darm und Magen betreffend, zu ihnen zugehörig oder von ihnen ausgehend

Grundumsatz

Der Grundumsatz beschreibt diejenige Energiemenge, die der Körper bei völliger Ruhe und gleichbleibender Umgebungstemperatur benötigt, um lebensnotwendige Funktionen wie Atmung, Stoffwechsel, Kreislauf und richtige Körpertemperatur 24 Stunden lang aufrecht zu erhalten.

Hochkalorisch

Wichtig in der Ernährungstherapie untergewichtiger Menschen ist es, mit möglichst wenig "Menge" möglichst viele Kalorien zu sich zu nehmen. Diese Anforderung erfüllen spezielle hochkalorische Trinknahrungen.

Hyperaktivität

Hyperaktivität ist ein übermäßiges, von Betroffenen manchmal nicht hinreichend kontrollierbares Bewegungserhalten. Zum Beispiel kann es bei starkem Untergewicht zu einer körperlich bedingten und oft quälenden Bewegungsunruhe kommen. Dies muss von einem beabsichtigten, übermäßigen Sporttreiben mit dem Ziel der Gewichtsabnahme unterschieden werden.

Kardiale Nebenwirkungen

Kardial bedeutet: das Herz betreffend. Kardiale Nebenwirkungen sind unerwünschte Auswirkungen der Behandlung auf das Herz.

Konzentrierte Bewegungstherapie

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) ist eine körperorientierte, psychotherapeutische Methode. Sie nutzt Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Erfahrung und Handeln.

Laxantien

Laxantien sind Arzneimittel, die die Stuhlentleerung beschleunigen (Abführmittel).

Leistungsumsatz

Der Leistungsumsatz ist diejenige Energie, die der Körper innerhalb von 24 Stunden über den → Grundumsatz hinaus verbraucht, etwa durch körperliche und geistige Aktivität, durch Wärmeregulation bei unterschiedlichen

Umgebungstemperaturen oder Regeneration nach Krankheit oder Verletzungen. Mit zusätzlicher körperlicher Aktivität kann sich der Leistungsumsatz erheblich steigern.

Nasogastrale Sonden

Über die Nase, Rachen und Speiseröhre bis zum Magen gelegte Sonde zur Nahrungsaufnahme.

Off-Label-Use

Medikamente werden durch eine Zulassungsbehörde immer nur zur Anwendung für definierte Erkrankungen zugelassen. Wenn eine Erkrankung mit einem für eine andere Erkrankung zugelassenen Medikament behandelt wird, bezeichnet man das als Off-Label-Use.

Patientenleitlinie

Eine Patientenleitlinie ist die laienverständliche Übersetzung einer an Experten gerichteten wissenschaftlichen Leitlinie (siehe auch → S3-Leitlinie).

PEG-Sonde

Künstlicher Zugang von außen durch die Haut zum Magen, die eine ausreichende Ernährung sicherstellen soll.

Posttraumatische Belastungsstörung

Eine psychische Erkrankung ausgelöst durch ein oder mehrere belastende Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder von einem katastrophalem Ausmaß.

Psychopharmaka

Psychopharmaka sind Substanzen, die bestimmte Stoffwechselforgänge im Gehirn beeinflussen und so die psychische Verfassung verändern.

Psychose

Patienten mit einer Psychose steigen vorübergehend aus der Realität aus oder nehmen sie verändert wahr. Dieser Ausstieg kann ein Schutzmechanismus sein, weil die Realität zu schmerzhaft, die Widersprüche zu stark und Entscheidungen unmöglich oder Gefühle nicht auszuhalten sind. Bei extremer Belastung oder völligem Reizentzug können auch sehr stabile Menschen so reagieren. Bei sehr sensiblen Menschen können, vor allem in instabilen Zeiten, weit weniger Eindrücke oder soziale Brüche zu psychotischen Reaktionen führen. Die Krankheitszeichen einer Psychose sind zum Beispiel akustische oder optische Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder eine Veränderung des Denkens. Betroffene hören z. B. Stimmen, fühlen sich unrealistisch bedroht, verfolgt oder kontrolliert, stellen unrealistische Zusammenhänge zwischen Erlebnissen und ihrer Person her, denken, dass sie die Gedanken anderer Menschen „lesen“ können oder berichten, dass ihre Gedanken nicht mehr so strukturiert und geordnet sind, wie sie es von sich kennen. Häufig erscheint auch ihr Verhalten verändert, sie sind nicht mehr so leistungsfähig wie früher und ziehen sich von Freunden und Familie zurück.

Psychotherapie-Richtlinie

Welche Gesundheitsleistungen von den gesetzlichen Krankenversicherern übernommen werden, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen sind Behandlungsmethoden, die erstattet werden, in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegt.

PTBS

Siehe → Posttraumatische Belastungsstörung

S3-Leitlinie

Eine (wissenschaftliche) Leitlinie ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärzte. Sie stellt dar, wie Ärzte im Regelfall bei der Erkennung, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen vorgehen können, aber nicht zwingend müssen. Denn jeder Mensch hat ja seine ganz persönliche Krankengeschichte. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat Leitlinien in unterschiedliche Qualitätsstufen eingeteilt. Leitlinien mit der Bezeichnung S3 haben die höchste Qualitätsstufe. Die Angaben solcher Leitlinien stützen sich auf Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, auf das Wissen von Experten und auf Patientenerfahrungen.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Die „Verständigung“ von Nervenzellen erfolgt über Botenstoffe. Serotonin ist ein solcher Botenstoff. Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) sind Medikamente, die gegen Depressionen wirken (Antidepressiva). Sie sorgen dafür, dass das Serotonin länger an den Nervenzellen wirksam bleiben kann.

Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer

Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) sind Antidepressiva. Sie hemmen gleichzeitig die Wiederaufnahme der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin.

SIADH

SIADH steht für ‚Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion‘. Bei diesem Krankheitszeichen wird über die Nieren zu wenig Flüssigkeit ausgeschieden.

SNRI

Siehe → Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer

SSRI

Siehe → Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Studien

Studien oder besser klinische Studien sind eine Voraussetzung für den medizinischen Fortschritt. Sie dienen dazu, den Wert neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu prüfen und sind wichtig für die Qualitätssicherung

in der medizinischen Versorgung von Patienten. Erkenntnisse über Krankheitsursachen und Krankheitsverläufe werden ebenfalls durch klinische Studien gewonnen. Alle Studien müssen von Ethikkommissionen und Behörden genehmigt werden sowie den gesetzlichen Vorgaben und internationalen Standards entsprechen.

Substitution

Etwas ersetzen.

Wissenschaftliche Leitlinie

Siehe → S3-Leitlinie

Verwendete Quellen

- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf
- Factsheets zu Magersucht und Bulimia nervosa von psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit
<http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/magersucht.html>
<http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/bulimie.html>
- Selbsttests zu Essstörungen von psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit
<http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/selbsttests/essstoerungen.html>
- Wegweiser Magersucht und Bulimie von psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit
<http://essstoerungen.psychenet.de>

Abbildungen:

Umschlagseite U1: © XtravaganT - Fotolia.com | Seite 15: © Trueffelpix - Fotolia.com | Seite 16: © Kletr - Fotolia.com | Seite 18: © Trueffelpix - Fotolia.com | Seite 20: © Trueffelpix - Fotolia.com | Seite 32: © sveta – Fotolia.com | Seite 33: © viperagg - Fotolia.com | Seite 48: © fabioberti.it - Fotolia.com | Seite 56: © Sergio Martínez – Fotolia.com

Ihre Anregungen für uns

Danke für Ihre Rückmeldung an:

Prof. Dr. Almut Zeeck
Zentrum für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Hauptstrasse 8
79104 Freiburg
Tel: 0049/761-270/68801
FAX 0049/761-270/68850

Liebe Leserin, lieber Leser,

Es war unser Ziel, diese Patientenleitlinie verständlich und für Sie so hilfreich wie nur möglich zu gestalten. Ob das gelungen ist, können nur Sie entscheiden. Lassen Sie uns wissen, welchen Eindruck Sie von dieser Patientenleitlinie haben:

Was fanden Sie gut an dieser Patientenleitlinie?

Was fanden Sie nicht gut an dieser Patientenleitlinie?

Wann haben Sie diese Patientenleitlinie erhalten?

- vor der Behandlungsentscheidung
- viel zu spät

Von wem haben Sie diese Patientenleitlinie erhalten?

- von meinem Hausarzt / meiner Hausärztin
- von meinem Psychotherapeuten
- Tipp von anderen Betroffenen
- sonstiges, und zwar:

Haben Sie noch Fragen, die wir nicht beantwortet haben, oder möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!