



AHG Klinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 5

# Bulimia und Anorexia nervosa



Reihe Konzepte

Herausgeberin: **AHG Klinik Münchwies**  
**Chefärztin**  
**Dr. med. Monika Vogelgesang**  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Rehabilitationswesen, Sozialmedizin  
Turmstraße 50-58  
66540 Neunkirchen/Saar  
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 14  
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

4. revidierte Auflage 2011  
ISSN 0946-7351

---

# Münchwieser Hefte

Heft Nr. 5

*J. Meyer-Gutknecht,  
M. Vogelgesang,*

## Bulimia und Anorexia nervosa

Behandlungskonzept der  
AHG Klinik Münchwies

Reihe Konzepte

---

## **Ansprechpartnerin**

Dipl.-Psychologin J. Meyer-Gutknecht, Psychologische Psychotherapeutin,  
Therapeutin für Essstörungen

Telefon 0 68 58/6 91-670

oder

über das Sekretariat

Dr. med. Monika Vogelgesang

Chefärztin

Telefon 0 68 58/6 91-215

---

# Inhalt

1. Einleitung	4
2. Behandlungsrahmen	4
3. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen	5
4. Die theoretische Grundannahmen	6
5. Therapeutische Grundhaltung	6
6. Vorgespräche	7
7. Einzelgespräche und individuelles Essmanagement	8
8. Strukturelle Merkmale der Gruppe für Bulimie/Anorexie-Patientinnen	10
8.1. Speziellen Therapiezielen zugeordnete Themenkomplexe	11
8.1.1. Aufbau einer vertrauensvollen, annehmenden Atmosphäre, Förderung der Gruppenkohäsion	11
8.1.2. Information über die medizinisch-biologischen Zusammenhänge	12
8.1.3. Funktionale Analyse des Essverhaltens, Rückfallbearbeitung, Rückfallvorbeugung	12
8.1.4. Veränderung krankmachender Gedanken	13
8.1.5. Verbesserung der Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung	15
8.1.6. Auseinandersetzung mit dem Erleben des eigenen Körpers und damit zusammenhängender Themen wie Körperlichkeit, Weiblichkeit, Rollenerwartungen, Schlankkeitsideale, Sexualität	16
8.1.7. Bearbeitung von Problemen aus der Herkunftsfamilie bzw. der Partnerschaft	17
9. Sexuelle Missbrauchserfahrungen	18
10. Therapieergebnisse	18

---

# 1. Einleitung

Die meisten der an diesem Behandlungsmodell teilnehmenden Patientinnen erfüllen die diagnostischen Kriterien (nach DSM IV) der Bulimia nervosa bzw. des „Binge-Eating/Purging“-Types der Anorexia nervosa. Anorexie-Patientinnen des restriktiven Types sind in dem gegebenen Behandlungssetting eher selten. Die typische Zweifachbetroffene ist die bulimische, alkoholabhängige Patientin. Allerdings findet sich bei vielen der zum Behandlungszeitpunkt bulimischen Patientinnen in der frühen Vorgeschichte ein restriktiv anorektives Essverhalten, das so nicht durchgehalten werden konnte.

Die dargestellte Gruppe ist als ein zwar wesentlicher, sicher jedoch nicht abschließlicher Bestandteil eines stationären Gesamtbehandlungsplanes für essgestörte Patientinnen zu betrachten, der wiederum im Zeitverlauf nur einen Teil einer von einer ambulanten über eine stationäre Phase wieder zu einer ambulanten Therapie führenden Behandlungskette darstellt. Selbst bei langfristiger Symptombesserung zeigen Bulimia/Anorexia nervosa-Patientinnen nicht selten während eines längeren Zeitraumes nach Beendigung der stationären Therapie immer noch phasenweise Rückfälle in gestörtes Essverhalten bzw. ein Purgingverhalten z.B. mit Erbrechen. Deshalb ist es in den meisten Fällen nach Beendigung der stationären Therapie erforderlich, ambulante therapeutische Maßnahmen durchzuführen, z.B. im Sinne einer Einzeltherapie in Verbindung mit dem Besuch einer Gruppe für Patientinnen mit Bulimie/Anorexie.

# 2. Behandlungsrahmen

Die AHG Klinik Münchwies besteht aus einer Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen und einer Abteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In beiden Abteilungen leben die PatientInnen in gemischtgeschlechtlichen, diagnostisch heterogen zusammengesetzten „Wohngruppen“ und teilen hier auch das Basistherapieprogramm (bestehend

---

aus interaktionellen, problemlösungsorientierten Gruppen, Sport- und Bewegungstherapie sowie Ergotherapie). Zusätzlich nehmen die essgestörten Patientinnen an dem dargestellten speziellen Behandlungsangebot teil, das sowohl Einzel- als auch indikationsgeleitete Gruppentherapien umfasst. Diese Strukturierung ermöglicht es zum einen, die störungsspezifischen Probleme der Patientinnen mit Essstörungen adäquat zu behandeln, zum anderen kann die diagnostisch heterogen zusammengesetzte therapeutische Wohngruppe als sehr wirksames Instrument sowohl sozialer Kontrolle als auch zwischenmenschlicher Unterstützung genutzt werden. In dem Mikrokosmos der Gruppe werden bisherige Lebens- und Beziehungsprobleme aktualisiert und so der Bearbeitung zugänglich. Neue alternative Verhaltensweisen können erprobt und ggf. eingeübt werden.

### **3. Zuweisungskriterien für die Abteilung für psychische und psychosomatische Störungen bzw. die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen**

In der Regel werden PatientInnen mit den Essstörungen Bulimia/Anorexia nervosa der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen zugeteilt.

Liegt additiv ein Substanzmissbrauch vor, so wird die Betroffene ebenfalls in die Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen aufgenommen mit der Möglichkeit, an der dortigen Gruppe für PatientInnen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen teilzunehmen.

Falls allerdings zusätzlich zur Bulimie und Anorexie eine manifeste Substanzabhängigkeit diagnostiziert werden kann, wird die Betroffene einer Wohngruppe und dem entsprechende Basisbehandlungsprogramm der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen zugeteilt.

---

Im Einzelfall wird in ambulanten Vorgesprächen die Abteilungszuweisung abgeklärt.

Die PatientInnen beider Abteilungen nehmen abteilungsübergreifend an dem dargestellten Programm für PatientInnen mit Anorexie und Bulimie teil.

## **4. Theoretische Grundannahmen**

An dieser Stelle ist ausdrücklich zu bemerken, dass entgegen dem bezüglich Substanzabhängigkeit vorherrschendem Prozedere, das „Non-Abstinenz-Modell“ in der Literatur als das angemessene bei der Behandlung bulimischer Patientinnen angesehen wird. Dieses Modell basiert auf der Erfahrung, dass es sich im Vergleich zu dem Anstreben eines sofortigen völligen Verzichtes auf Überessen und Erbrechen als wirksamer erwiesen hat, Heißhungerattacken und Erbrechen in ihrem Ausmaß und in ihrer Häufigkeit eher schrittweise zu reduzieren. Phasenweise Rückfälle in essgestörtes Verhalten werden als wahrscheinlich auf dem Weg zu einer langfristigen Symptombesserung angesehen (siehe auch Essmanagement).

Es ist davon auszugehen, dass es sich bei Bulimia und Anorexia nervosa nicht nur um einen zwanghaften Umgang mit Essen und Gewicht handelt, sondern dass eine Vielzahl von Lebensbereichen der Betroffenen beeinträchtigt sind (z. B. Freizeitverhalten, Beziehungsgestaltung, Partnerschaft). Eine Erfolg versprechende Behandlung kann sich demnach nicht nur damit begnügen, die offensichtlichen Symptome gestörten Essverhaltens zu verändern. Sie muss auch darauf abzielen, den PatientInnen in den verschiedensten mitbetroffenen Bereichen zu angemesseneren Formen des Verhaltens, Denkens, Fühlens und Erlebens zu verhelfen.

## **5. Die therapeutische Grundhaltung**

Einige der erwähnten, die Bulimie/Anorexie betreffenden bzw. diesen zugrunde liegenden Störungen können auch die therapeutische Beziehung in



---

erheblichem Ausmaß beeinflussen, so z. B. mangelndes Selbstwertgefühl, die Unfähigkeit, sich anderen gegenüber angemessen und ausreichend abzugrenzen, Schwierigkeiten, Ablehnung, Widerspruch und Zorn offen auszudrücken sowie Probleme der Nähe-Distanz-Regulation und eine daraus resultierende ambivalente Beziehungsgestaltung. In der Arbeit mit essgestörten Patientinnen ist darauf zu achten, dass die therapeutische Beziehung nicht ebenfalls durch diese Ambivalenz geprägt ist. Die Therapeutin sollte um einen aufmerksamen und respektvollen Umgang mit der Betroffenen bemüht sein. Sie hat die Selbstempathie zu fördern und die Autonomie zu betonen. Das selbstbestimmte Handeln sollte nur dort Einschränkung erfahren, wo der therapeutische Fortschritt verhindert wird und wo der soziale Rahmen der Klinikgemeinschaft gefährdet ist. Gerade dann, wenn einschränkende Maßnahmen unumgänglich sind, ist es notwendig, dass sich der/die TherapeutIn einerseits verständnisvoll und nicht strafend, andererseits aber auch eindeutig verhält. So können Einschränkungen und Anforderungen evtl. sogar als erleichternd und entlastend erlebt werden und als Wegweiser durch die Vielfalt verwirrender und doppeldeutiger Botschaften dienen, die viele essgestörte Patientinnen gewohnt sind, aus ihrem sozialen Umfeld zu erhalten.

## 6. Vorgespräche

Die immer wieder beschriebene Abwehr essgestörter Patientinnen kann häufig auch als Ausdruck der Angst vor Fremdbestimmung und Manipulation gesehen werden. Dem kann durch umfassende Aufklärung und größtmögliche Transparenz frühzeitig entgegengewirkt werden.

Die meisten Patientinnen haben im Vorfeld der stationären Behandlung zu einer Psychosozialen Beratungsstelle oder einer niedergelassenen Psychotherapeutin Kontakt und werden in diesem Rahmen sowie durch schriftliches Informationsmaterial der AHG Klinik Münchwies auf die stationäre Behandlung vorbereitet. Sollte darüber hinaus noch Klärungsbedarf bezüglich der Indikationsstellung (Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen oder für psychische und psychosomatische Störungen) bestehen oder bezüglich der Vereinbarung eines erforderlichen Mindestgewichtes Unklarheit vorliegen, so wird mit der Patientin ein Vorgespräch vereinbart.

---

## 7. Einzelgespräche und individuelles Essmanagement

Der Erfolg aller therapeutischen Interventionen hängt davon ab, inwieweit es gelingen konnte, eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Die Einzelgespräche dienen daher primär dem Aufbau und der Vertiefung der therapeutischen Beziehung. Inhaltlich fokussieren sie neben der Bearbeitung störungsbegleitender Themen (z. B. Problemen bzgl. Beziehungen, Körpererleben, Sexualität) auch immer konkret das Essverhalten. Alle Patientinnen werden zu Beginn aufgefordert, detaillierte Essprotokolle zu schreiben, die pro Tag Auskunft über Zeitpunkt, Umfang und Art der aufgenommenen Nahrung geben, ebenso wie über evtl. Erbrechen, sowie über die jeweils begleitenden wichtigsten Gedanken und Gefühle. Diese Art der Protokollierung ergibt wichtige Hinweise auf ansonsten schwer analysierbare Auslösereize sowohl bezüglich des Überessens und Erbrechens, als auch hinsichtlich einer übermäßigen Nahrungsrestriktion. Weiterhin können hierdurch Situationen identifiziert werden, in denen die Patientin erfolgreich der Versuchung zu einer Problemverhaltensweise widerstanden hatte. Die Protokolle, die zu Beginn jeder Einzelsitzung gemeinsam durchgegangen werden, liefern die entsprechenden Anhaltspunkte zur Vereinbarung weiterer kleiner konkreter Verhaltensänderungsschritte. So ist es zum Beispiel bei vielen Patientinnen problematisch, dass sie regelmäßig ihr Frühstück ausfallen lassen; zur Verhinderung eines daraus resultierenden mittäglichen Heißhungeranfalles ist es sinnvoll ein kleines, nach den individuellen Speisevorlieben zusammengesetztes Frühstück einzuplanen.

8 Eine Vorportionierung der Nahrung durch die Klinikküche ist für einige Patientinnen zu Beginn eine wichtige Hilfe. Für andere wiederum wäre eine solche Maßnahme geradezu kontraindiziert, da diese Patientinnen mit großem inneren Widerstand auf die Begrenzung ihres Freiheitsspielraumes reagieren und sich in diesem Rahmen nicht an die Nahrungsportionen halten. Es ist daher ganz wichtig, mit jeder Patientin individuelle Vereinbarungen zu treffen und sich immer wieder zu vergewissern, ob diese als hilfreich angenommen werden konnten.

Ein weiterer wichtiger Baustein des Essmanagements bildet die Identifizierung von „Tabunahrungsmitteln“ und deren Integration in den täglichen Plan der Nahrungsmittel, die im Körper behalten werden. In der Regel handelt

---

es sich hierbei um fette, süße und kohlenhydratreiche Speisen, wie z. B. Schokolade, Nudeln oder Wurst. Diese werden von restriktiven Anorektikerinnen immer, von Bulimikerinnen außerhalb der Essanfälle auf Strengste gemieden, in Essanfällen jedoch bevorzugt eingenommen. Ziel ist es, die Patientinnen zu ermutigen, sich diese „verbotenen“ Speisen in begrenztem Umfang zu gestatten. Vielfach muss die kontrollierte Verfügung über diese Nahrungsmittel in kleinen Schritten (wieder) erlernt werden.

Neben dem Liefern grundlegender Daten zum Aufbau eines normalen Ernährungsverhaltens geben die Essprotokolle wichtige Hinweise über Problemsituationen, fehlangepasste Gedanken und störungsauslösende Gefühlsumstände, die dann in der Einzel- oder Gruppentherapie einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können, z. B. wenn eine Patientin eine Neigung zu Essanfällen immer nach Telefonaten mit der Mutter aufzeigt, oder wenn eine andere Frau in Entscheidungssituationen hungert.

Beim Versuch der Änderung des Essverhaltens darf nicht vergessen werden, dass dieses nicht nur ein als pathologisch zu wertendes Krankheits-symptom darstellt, sondern auch als eine Bewältigungsstrategie tiefergehender Probleme der Patientin zu würdigen ist. Die Patientin wird langfristig ihr gestörtes Essverhalten nur aufgeben können, wenn sie sich gleichzeitig bessere Problembewältigungsmechanismen und Handlungsfertigkeiten aneignet.

Der schrittweise Aufbau eines normalisierten Essverhaltens ist kein linearer Prozess, sondern wird in der Regel begleitet von Fehlschlägen und Rückfällen. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, inwieweit es gelingt, die oft unrealistisch hohen Erwartungen der Patientin bezüglich einer baldigen Symptommfreiheit durch ein realistischeres, weniger starres Krankheitsmodell zu ersetzen. Die Patientinnen sollen lernen, kleine Schritte zu erkennen und anzuerkennen, den Signalcharakter von Rückfällen zu würdigen und für sich zu nutzen, um insgesamt einen konstruktiven Umgang mit Rückfällen zu finden, so dass der gewöhnlich eintretende Teufelskreis von „Essanfall – Erbrechen – Schuldgefühle – Essanfall“ möglichst frühzeitig unterbrochen wird.

Haben die Patientinnen bezüglich ihrer Symptomatik ihre destruktiven „Alles-oder-Nichts“-Schemata aufgegeben, so gelingt ihnen mehr und mehr insgesamt ein weniger starres, nachsichtigeres Umgehen mit ihren vermeintlichen Fehlern und Schwächen. Die Spannung zwischen dem Real-Ich und dem Ideal-Ich wird reduziert und damit die Entwicklung eines positiveren und differenzierteren Selbstkonzeptes gefördert.

---

## 8. Strukturelle Merkmale der Gruppe für Bulimie/Anorexie-Patientinnen

Die im folgenden dargestellte Gruppe für Patientinnen mit Bulimia bzw. Anorexia nervosa ist als der zentrale Teil eines auf die individuelle Patientin zugeschnittenen essstörungsspezifischen Gesamtbehandlungsplanes zu verstehen, der das Basistherapieprogramm ergänzt. In der Regel nehmen die Betroffenen zusätzlich zur erwähnten essstörungsspezifischen Einzeltherapie und der im folgenden beschriebenen Gruppe noch an der körperorientierten Therapiegruppe „Körperwahrnehmung für Patientinnen mit Bulimia/Anorexia nervosa“ teil und sie besuchen z. B. im Falle einer vorausgegangenen sexuellen Viktimisation eine Gruppe für Patientinnen mit sexuellen Gewalterfahrungen.

Die Gruppe für Patientinnen mit Bulimie / Anorexie wird von zwei Psychologischen Psychotherapeutinnen geleitet. Sie trifft sich zweimal wöchentlich für je eineinhalb Stunden. Wie auch in anderen Behandlungskonzepten beschrieben, hat es sich als günstig erwiesen, Patientinnen aus unterschiedlichen Behandlungsphasen in einer halboffenen Gruppe zusammenzufassen. So können fortgeschrittene Patientinnen den „Anfängerinnen“ als positives Modell dienen. Neu hinzugekommene Essgestörte werden von „älteren“ Patientinnen häufig sehr direkt mit ihren Problemverhaltensweisen konfrontiert, was in dieser Form oft wesentlich besser angenommen werden kann, als wenn dies durch die Therapeutin geschehen würde.

In der Regel sind etwa die Hälfte der Patientinnen in dieser Gruppe ausschließlich essgestört, die andere Hälfte sind Patientinnen mit einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit.

Die dargestellte Gruppe ist nicht als ein „Programm“ mit festgelegten Einheiten und einer begrenzten Behandlungsdauer konzipiert. Sie steht den Frauen während des gesamten Therapieaufenthaltes als Identifikations- und Integrationsrahmen zur Verfügung. Thematisch strukturierte Sitzungen wechseln sich je nach den vorliegenden Erfordernissen der Gruppe ab mit thematisch offenen Einheiten.

Um den essgestörten Patientinnen den Raum zu geben, die geschlechtsspezifischen Bedingungen der Essstörung zu thematisieren und ohne gegenge-

---

schlechtliche Irritationen zu bearbeiten, wird die Gruppe geschlechtshomogen gestaltet. Bei essgestörten Männern wird die Problematik in Einzelgesprächen und anderen Gruppenangeboten bearbeitet.

## **8.1. Speziellen Therapiezielen zugeordnete Themenkomplexe**

### **8.1.1. Aufbau einer vertrauensvollen, annehmenden Atmosphäre, Förderung der Gruppenkohäsion**

Frauen mit Bulimie/Anorexie neigen in der Regel dazu, sich emotional zu verschließen, sich von anderen Menschen zu isolieren, niemanden mehr „an sich heranzulassen“. Sie begegnen anderen, auch den TherapeutInnen zunächst oft mit Misstrauen und Angst, manchmal sogar mit Feindseligkeit. Den Hintergrund dafür bilden Scham wegen der Störung und häufig auch traumatisierende Beziehungserfahrungen. Ein wesentliches Therapieelement ist daher die Schaffung einer vertrauensvollen, annehmenden Atmosphäre innerhalb der Gruppe, die es den Frauen ermöglicht, sich langsam aus ihrer Isolation herauszuwagen und wieder in Beziehungen zu anderen zu treten. Dieses Verlassen ihres selbstgemauerten Gefängnisses wird von den Frauen zumeist als sehr erleichternd erfahren und hat für sich genommen schon einen heilenden Effekt. Die Therapeutin verhält sich gegenüber den Gruppenmitgliedern durchgehend annehmend und stützend, auch dann, wenn sie die Patientinnen auf problematische Verhaltensmuster aufmerksam macht. Sie verstärkt deren Kommunikations- und Beziehungsaufnahme und sie betont die Gemeinsamkeiten der Betroffenen.

Die Gruppe bietet für die essgestörten Patientinnen einen wichtigen Identifikationsrahmen und ermöglicht durch die Enttabuisierung und die damit verbundene stärkere Offenheit ein besseres Verständnis der Essstörung. Ein ganz wesentlicher Vorteil der Gruppe ist, dass es durch das Mit-Teilen und die gemeinsame Diskussion stark scham- und schuldbesetzter Inhalte zu einer Reduktion der Scham und irrationaler Schuldgefühle kommt, dass damit einhergehend die Selbstachtung steigt, und dass sich langsam wieder ein Gefühl der eigenen Würde entwickeln kann, deren Ausbildung die Intensität der Essstörung reduziert.

---

Von den Patientinnen immer wieder als wichtig benannt, ist der Auffangcharakter des „sozialen Netzes Essgruppe“. Die Solidarität und Rückenstärkung durch die Mitpatientinnen ermöglicht es ihnen, sowohl außerhalb als auch innerhalb der Klinik besser mit Unverständnis und Kritik von anderen bezüglich der Essstörung umgehen zu können.

### **8.1.2. Information über die medizinisch-biologischen Zusammenhänge**

In regelmäßigen Abständen werden die Patientinnen über die kurz- bzw. langfristigen medizinischen Folgen und Begleiterscheinungen der bulimischen bzw. anorektischen Symptomatik informiert. Besonderer Wert wird dabei darauf gelegt, den Patientinnen bewusst zu machen, wie sie durch das gezügelte Essen und Hungern die bulimische Symptomatik und somit den Teufelskreis von „Überessen – Erbrechen – Fasten – Überessen“ aufrechterhalten bzw. wie sie im Falle einer restriktiven Anorexie durch das chronische Hungern, den Körper und die Psyche gierig auf Essen machen, was die Betroffenen befremdet und worauf mit noch größerer Nahrungskontrolle reagiert wird.

Weiterhin werden die Patientinnen über eine ausgewogene Ernährung und über ein angemessenes Bewegungsverhalten informiert.

Darüberhinausgehend bekommen die Patientinnen Informationen über die Wirkungen der häufig missbräuchlich eingenommenen Abführ- und Entwässerungsmittel. Bei der Thematik des Substanzmissbrauchs können die suchtmittelabhängigen Essgestörten die Rolle der Expertinnen übernehmen und durch die Aufklärung der ausschließlich essgestörten Mitpatientinnen hier einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung einer späteren Suchterkrankung leisten.

### **8.1.3. Funktionale Analyse des Essverhaltens, Rückfallbearbeitung, Rückfallvorbeugung**

Die Patientinnen werden dazu angeleitet, die spezifische Symptomatik ihrer Essstörung sowie deren Auslöser und Konsequenzen in die Gruppe einzubringen.

---

Wesentliche Erkenntnisse hierzu können, wie oben erwähnt, durch die Analyse der Essprotokolle gewonnen werden. Ein erster Effekt des Einbringens dieser Problematik in die Gruppe besteht alleine schon darin, bislang in der „Öffentlichkeit“ Unausgesprochenes auszusprechen und dazu zu stehen nach einer langen Zeit des Nicht-Wahrhabenwollens und Verheimlichens. Dazu gehört auch das Schildern von Rückfällen in essgestörtes Verhalten während der Therapie. Zusammen mit den anderen Gruppenmitgliedern kann dann detailliert analysiert werden, wie sich der Rückfall aufgebaut hat, wie er sich angekündigt hat und was die auslösenden Bedingungen waren. Daran schließt sich im Sinne der Rückfallvorbeugung die Frage nach alternativen Bewältigungsmöglichkeiten an.

*Fallbeispiel: Eine Patientin berichtet von einem Rückfall am Wochenende. Sie habe plötzlich nach einem Spaziergang ein starkes Verlangen bekommen, Nahrung in sich „hineinzustopfen“. Im Gespräch stellt sich heraus, dass sie infolge eines Briefes von ihrem Vater sehr überreizt war und alleine spazieren gehen wollte, um Abstand zu gewinnen. Als sie schon an der Tür war, kam eine Mitpatientin und äußerte den Wunsch, sie zu begleiten. Der Patientin war es nicht möglich, diesen Wunsch abzulehnen und ihr Bedürfnis nach Alleinesein zu äußern. Während des Spaziergangs baute sich bei ihr immer stärkerer Druck auf, der in einem Essanfall mit anschließendem Erbrechen endete.*

Wie in diesem Beispiel sind Rückfälle in das essgestörte Verhalten häufig auch die Folge mangelnder Selbstsicherheit. Ein wichtiges Therapieelement im Bereich Rückfallvorbeugung sind daher Rollenspiele, in denen neue Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung, zur Abgrenzung und zum Ausdruck eigener Bedürfnisse erarbeitet werden.

#### **8.1.4. Veränderung krank machender Gedanken**

Grundlegend für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von anorektischen und bulimischen Symptomen ist ein fehlerhafter und krank machender

---

Denkstil, der auch bei vielen Patientinnen mit Substanzabhängigkeit gefunden werden kann. An erster Stelle sei hier ein Schwarz-Weiß-Denken genannt mit einer spaltenden Wertung der wahrgenommenen Gegebenheiten in einander ausschließende, vollständig entgegengesetzte Kategorien, ohne dass hierbei feinere Nuancierungen möglich sind. Eine kleine Übertretung eines individuellen Diätgebotes, z. B. trotz des Vorsatzes während eines ganzen Tages keine feste Nahrung zu sich zu nehmen, einen Apfel gegessen zu haben, ist nach diesem Denkstil gleichzusetzen mit einem völligen Versagen. Eine realitätsadäquate differenziertere Betrachtung und Wertung der eigenen Person sowie ihrer Umgebung ist vor diesem Denkhintergrund nicht möglich. In diesem Zusammenhang spielt bei vielen Bulimie/Anorexie-Patientinnen auch das Schwanken zwischen einer völlig überzogenen Kontrollillusion und dem Gefühl absoluter Hilflosigkeit eine große Rolle. Als weitere Denkstörungen fallen insbesondere Übertreibungen, irrationale Überzeugungen (z. B. „Ich kann durch Hungern Schuldgefühle abbauen“) und abergläubisches Denken auf.

Im Gruppenverlauf gibt die Therapeutin durch eine zum eigenen Überlegen anregende Art der Gesprächsführung der Patientin Hilfen, ihren Denkstil zu analysieren und auf eventuelle Fehler hin zu überprüfen. Es erfolgt immer wieder die Anleitung zu einer möglichst differenzierten und realitätsangemessenen Selbst- und Weltsicht. In der Gruppe wirkt es sich sehr positiv aus, dass offensichtliche Denkfehler der Mitpatientinnen den Betroffenen ihre eigenen falschen Annahmen verdeutlichen. Als Übung, die einerseits zur Analyse der negativen Aspekte der Essstörung, andererseits zur Würdigung ihrer Funktionalität und drittens zur Integration sowohl der Vor- als auch der Nachteile der Bulimie oder Anorexie dient, wird die Anleitung des Schreibens jeweils eines Briefes an „Meine Freundin Bulimie/Anorexie“ bzw. „Meine Feindin Bulimie/Anorexie“ vorgenommen.

Weitere elementare am Denken ansetzende Vorgehensweisen sind z. B. Anleitungen sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte einer Gegebenheit zu einer Gesamtsicht zu integrieren, sowie Hilfen zu einer abwägenden Entscheidungsfindung (z. B. bezüglich der Aufrechterhaltung oder Beendigung einer Partnerschaft, bezüglich eines Wohnungswechsels oder ähnlichem).

Bei Patientinnen mit Bulimie/Anorexie findet man überzufällig häufig nur gering ausgeprägte Problemlösestrategien. Mit Elementen des Problemlösetrainings können in der Gruppe Schritt für Schritt bessere Problemlösefertigkeiten aufgebaut werden.



---

### 8.1.5. Verbesserung der Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung

Viele essgestörte Frauen haben über Jahre hinweg Gefühle wie zum Beispiel Wut, Trauer und Verletztsein unterdrückt. Gefühle zu zeigen ist für diese Patientinnen oft gleichbedeutend mit Schwachsein und Sich-Ausliefern, d. h. einem Zustand, den sie um jeden Preis vermeiden wollen. Diese jahrelange Unterdrückung von Gefühlen führt dazu, dass die Betroffenen meist kaum noch in der Lage sind, Gefühle in all ihren feinen Nuancen wahrzunehmen. Dort, wo eigentlich Gefühle sein müssten, werden nur noch diffuse Spannungszustände erlebt, ein häufiger Grund zum Fasten bzw. ein Auslöser für Essanfälle. Oder die Gefühle werden, noch bevor sie überhaupt spürbar werden können, durch Hungern oder Essen überdeckt bzw. durch Erbrechen abgewehrt. Dies kann auch zu einer Abwehr eigentlich angenehmer Gefühle wie Freude und Glück führen. Ein durchgängiges zentrales Therapieelement ist daher das langsame Sich-Wiederannähern an Gefühlsinhalte. Als strukturiertes Element zur Verbesserung des Fühlens hat sich zu Beginn und zum Ende jeder Gruppe eine Gefühlswahrnehmungsrunde bewährt: Die Patientinnen werden aufgefordert, in sich hineinzuspüren, ihre Stimmung wahrzunehmen und dann anschließend in einem Wort oder in einem Satz möglichst nahe an ihren aktuellen Gefühlen ihre Befindlichkeit auszudrücken. Dieses Vorgehen wird von den Frauen immer wieder als sehr hilfreich erlebt, sicherlich auch weil es Struktur und Halt gibt.

Die Therapeutin stellt den Patientinnen während des Gruppenablaufes und abgestimmt auf die jeweils aktuellen thematischen Zusammenhänge Fragen, die einererspürung der derzeit vorliegenden Gefühle dienen, wie z. B. „Wie geht es Dir jetzt, wenn Du daran denkst?“ oder „Wo sitzt dieses Gefühl in Deinem Körper?“ oder „Kannst Du diesem Gefühl eine Farbe geben?“ oder „Hat dieses Gefühl einen Geschmack?“ oder „Was würdest Du am liebsten mit diesem Gefühl machen?“ etc. Eine typische Situation, in welcher die Therapeutin solche Fragen stellen könnte, ist z. B., wenn eine Patientin äußerlich völlig unbeteiligt darüber berichtet, dass ihr Freund sie am vorangegangenen Wochenende entgegen seiner Ankündigung nicht besucht hatte, weil er sich kurzfristig dazu entschlossen hatte, sich lieber ein Fußballspiel anzuschauen, was wiederum bei der Patientin dazu führte, den nun „leeren“ Nachmittag mit einer Reihe von Essanfällen zu füllen.

Ziel dieses Vorgehens ist nicht nur eine Verbesserung der Gefühlswahrnehmung, sondern auch die zunehmende Wahrnehmung und Beachtung innerer körperlicher Signale, wie zum Beispiel Hunger und Müdigkeit und auch darü-

---

ber hinausgehender Bedürfnisse, zum Beispiel nach körperlicher Ruhe oder sozialem Rückzug.

### **8.1.6. Auseinandersetzung mit dem Erleben des eigenen Körpers und damit zusammenhängender Themen wie Körperlichkeit, Weiblichkeit, Rollenerwartungen, Schlankkeitsideale, Sexualität**

Die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit essgestörter Patientinnen mit ihrem Körper ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf. Neben der Auseinandersetzung mit den Themen Körperlichkeit, Weiblichkeit, Sexualität etc. anhand kreativer und narrativer Medien, wie z. B. dem Anfertigen von Collagen, dem Malen von Bildern sowie der Abfassung und Besprechung von Gedichten und Prosatexten sind körperorientierte Vorgehensweisen ein wichtiger Bestandteil des Münchwieser Therapieangebotes für essgestörte Patientinnen.

Beispiel Körperarbeit mit kreativen Medien: Die Patientinnen werden dazu angeleitet, auf großen Papierbögen ein Bild von ihrem Körper zu malen, ein Farbtoune soll für die Stellen genommen werden, die sie an sich mögen, eine andere Farbe soll die neutralen Bereiche darstellen und eine dritte Farbe schließlich soll die Stellen repräsentieren, die die Patientinnen nicht an sich mögen. Im Anschluss daran erklärt jede Frau ihr Bild und die anderen Teilnehmerinnen geben ihre Eindrücke dazu wieder. Dabei wird die sich in den Bildern ausdrückende derzeitige Einstellung zum Körper dahingehend überprüft, ob Zusammenhänge zu Körpererfahrungen in der individuellen Vorgeschichte, wie z. B. sexuellen Missbrauchs- und Gewalterfahrungen bestehen und weiterhin inwiefern sich Zusammenhänge zu übergeordneten ästhetischen und Leistungsidealien finden. Hierbei werden unter anderem auch sexuelle Themen angesprochen. Es werden eventuelle gedankliche Dissonanzen herausgearbeitet, z. B. wenn eine Betroffene einerseits ihre Magerkeit bewusst als Schutzschild gegen erneute Übergriffe einsetzt, sich andererseits deswegen jedoch als unreif und schwach ansieht sowie sich in diesem Zusammenhang als im Vergleich zu anderen Erwachsenen nicht ernst zu nehmend einstuft. Jede Patientin soll nun einen Satz finden, der für die Körperstellen gültig ist, die sie an sich mag, z. B. „Ich mag besonders meine Füße, da

---

sie mich bisher immer getragen haben“. Im Anschluss daran wird geplant, für die folgende Woche mit diesem Teil des Körpers während einer festgelegten Zeit besonders gut umzugehen, z. B. die Füße sorgfältig einzucremen. In einer abschließenden Diskussion wird nach Möglichkeiten eines freundschaftlichen Umgangs mit dem eigenen Körper, unabhängig von ästhetischen bzw. leistungsbezogenen Beurteilungskriterien, gesucht.

Beispiel Körperreise: Unter Entspannungsinstruktionen, die den Patientinnen immer sowohl absolute Freiheit bezüglich ihrer inneren Mitarbeit als auch äußerlich soviel Kontrolle wie individuell erforderlich lassen (z. B. dürfen die Augen geöffnet bleiben, die Entspannungsposition darf je nach Wunsch im Liegen oder auch im Sitzen eingenommen werden), werden die Patientinnen zu einer Körperreise eingeladen, die detailliert dazu auffordert, die einzelnen Körperbereiche als Reisetationen zu betrachten und sich die diesbezüglichen Gefühle, Eindrücke und evtl. auch die damit im Zusammenhang stehenden Erinnerungen bewusst zu machen.

Neben den kreativen und körperorientierten Übungen, die direkt in der beschriebenen Gruppe durchgeführt werden, nehmen alle essgestörten Patientinnen gemeinsam einmal wöchentlich an der Indikativgruppe „Körperwahrnehmung für Essstörungen“ teil. Ziel dieser Gruppe, die von einer Bewegungstherapeutin und einer Sporttherapeutin geleitet wird ist es, den eigenen Körper mit seinen Bedürfnissen und Wünschen wieder wahr- und annehmen zu lernen und eine schrittweise Versöhnung mit dem eigenen weiblichen Körper zu entwickeln.

### **8.1.7. Bearbeitung von Problemen aus der Herkunftsfamilie bzw. der Partnerschaft**

Häufig bestehen bei Patientinnen mit Bulimie bzw. Anorexie ernst zu nehmende Probleme in der Herkunftsfamilie bzw. der Partnerschaft. Teilweise haben diese einen für die Ausbildung der Essstörung ursächlichen Charakter, meist wiederum hat das essgestörte Verhalten sehr negative Auswirkungen auf die soziale Umgebung der Betroffenen. Insbesondere handelt es sich hierbei häufig um Konflikte aus den Bereichen Selbstbestimmung und Kontrolle. Neben der Einladung der Angehörigen zu Angehörigenseminaren, Paar- und Familiengesprächen besteht in der dargestellten Gruppe die Möglichkeit zur Bearbeitung familiärer und partnerschaftlicher Konflikte in Abwesenheit der sozialen

---

Bezugspersonen, z.B. durch Rollenspiele, Erstellen einer Familien- und Partnerskulptur oder auch durch geleitete Phantasieübungen, wie z. B. die Imagination „Stellen Sie sich möglichst konkret und detailliert einen Raum vor, in dem typischerweise ihre Mutter sitzt. Kommen Sie an die Tür des Raumes und entscheiden Sie sich, ob Sie Ihre Mutter besuchen wollen, oder ob Sie den Raum lieber nicht betreten möchten. Falls Sie in den Raum hineingehen, wie sieht das weitere Verhalten von Ihnen beiden aus?“. Häufig setzt die Bearbeitung von Problemen aus der Herkunftsfamilie viele Gefühle frei, die wegweisend sind für das Verständnis und die weitere Therapie der Störung.

## 9. Sexuelle Missbrauchserfahrungen

Essgestörte Patientinnen haben überzufällig häufig in ihrer Kindheit sexuelle Grenzüberschreitungen erfahren. Dieser Zusammenhang wird auch in der Literatur immer wieder thematisiert. Die Entwicklung der Essstörung ist vor diesem Hintergrund als ein Bewältigungsversuch der traumatischen Kindheitserlebnisse zu sehen, als eine „Überlebensstrategie“. Die Vermittlung dieser Grundüberlegungen ermöglicht es den betroffenen Patientinnen, ihre tief greifenden, jedoch ihnen selbst meist unerklärlichen Symptome, wie z. B. ihr gestörtes Körpergefühl, die Ablehnung ihrer Weiblichkeit, ihre massiven Scham- und Schuldgefühle in einen neuen Zusammenhang einzuordnen.

Die Auseinandersetzung mit der erlebten sexuellen Gewalt ist notwendig zur längerfristigen Stabilisierung der traumatisierten Patientinnen. Seit zwei Jahrzehnten besteht in der Klinik Münchwies eine eigene Indikativgruppe für Frauen mit sexueller Missbrauchserfahrung, an der auch essgestörte Patientinnen teilnehmen. Für Patientinnen, die noch keine ausreichende psychische Stabilität für diese Gruppe besitzen, wird eine weitere Gruppentherapie zur posttraumatischen Stabilisierung angeboten.

## 10. Therapieergebnisse

Befragungen am Ende der Behandlung ergeben, dass die Patientinnen mit Anorexie/Bulimie meist ihr Essverhalten erheblich verbessern, teilweise sogar

---

vollkommen normalisieren können. Dieser Effekt liegt auch ein Jahr nach Therapiebeendigung noch weitestgehend vor.

Da die Erkrankung jedoch zu chronischen Verläufen und Rückfällen neigt, ist dennoch eine weitere ambulante, alltagsbegleitende Therapie im Anschluss an die stationäre Maßnahme dringend zu empfehlen.





Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte beschreibt unter fortlaufender Aktualisierung in der Klinik entwickelte Behandlungskonzepte bzgl. spezifischer Störungen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe „Konzepte“ sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Therapie der chronischen Schmerzerkrankung

Heft 5 – Bulimia und Anorexia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Traumatherapie

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depressive Störungen

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Problembewältigung am Arbeitsplatz

Heft 16 – Pathologischer PC/Internet-Gebrauch  
(Gaming, Chatting, Surfing)