


**Im Blickpunkt:
Selbsthilfe – Ein Weg aus der
Ess-Störung?**
Dokumentation der Fachtagung am
13. Dezember 2001 in Essen

Koordination für Selbsthilfekontaktstellen in NRW der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
in Zusammenarbeit mit
Anna Conda e.V., Beratungsstelle für Frauen und
Mädchen mit Ess-Störungen

Die Broschüre wurde gefördert vom
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und
Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Herausgeber:
KOSKON NRW
Koordination für Selbsthilfekontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der
Deutschen Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V. 
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach

Mönchengladbach 2002
Redaktion und Layout:
Anita M. Jakubowski
Angelika Verkaar

Druck und Verarbeitung:
Druckerei C&K GmbH,
Franz Krafczyk, Mönchengladbach

Eröffnung der Tagung

Anita M. Jakubowski

Grußwort des BKK Landesverbandes NW

Klaus Zunker

Die unterschiedlichen Formen der Ess-Störung

Alexa Franke

Rundtischgespräch:

Selbsthilfe – Ein Weg aus der Ess-Störung?

Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen

Protokoll

Anita M. Jakubowski

Doris Kieselbach

Angelika Verkaar

Wege aus der Ess-Störung –

Wegweiser Fachklinik

Georg Ernst Jacoby

Wege aus der Ess-Störung –

Wegweiser Beratungsstelle

Doris Schindel

Ruth Schwalbach

Anhang

Tagungsprogramm

Liste der Referentinnen und Referenten

Anita M. Jakubowski

Eröffnung der Tagung

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich freue mich über das zahlreiche Interesse, das Sie unserer heutigen Tagung entgegenbringen. KOSKON NRW veranstaltet diese Tagung in Kooperation mit Anna Conda, der Beratungsstelle für Frauen und Mädchen mit Ess-Störungen in Aachen. Bedanken möchte ich mich beim Landesverband NW der Betriebskrankenkassen, der uns diesen herrlichen Tagungsort zur Verfügung gestellt hat.

Diejenigen unter Ihnen, die schon öfter an unseren Tagungen teilgenommen haben, haben sich vielleicht über das Thema gewundert. Bei unseren früheren Tagungen stand stets das *Prinzip Selbsthilfe* mit unterschiedlichen Fragestellungen aber unabhängig von einem *Selbsthilfe Thema* im Mittelpunkt. Bei der heutigen Tagung haben wir uns zum ersten Mal für ein *Selbsthilfe Thema* entschieden. Warum nun also diese themenspezifische Tagung?

Unter Ess-Störungen leiden – wie wir fast täglich aus den Medien erfahren – immer mehr Menschen, meist Frauen, zunehmend aber auch Männer. „Ess-Störungen sind keine Ernährungsstörungen. Ess-Störungen sind Erkrankungen mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen“ (BZgA). Vor allem junge Menschen bis zu 35 Jahren sind von dieser Krankheit betroffen. Expertinnen und Experten vermuten, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt, da in vielen Fällen die Krankheit lange verleugnet wird.

Zur Bewältigung der Ess-Störungen brauchen Betroffene und Angehörige Hilfe. Diese Hilfe wird zunehmend in Selbsthilfegruppen gesucht, da es bisher wenig spezielle Beratungs- und Therapie-Einrichtungen für an Ess-Störungen Erkrankte gibt. So beobachten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-

Westfalen seit einiger Zeit, dass die Zahl der Anfragen nach Selbsthilfegruppen für die verschiedenen Formen von Ess-Störungen wächst.

Selbsthilfegruppen entstehen, weil Menschen aus eigener Kraft und zusammen mit anderen ihre Lebenssituation verbessern wollen. Die Idee der Selbsthilfe ist inzwischen sehr verbreitet und allgemein akzeptiert. Kein Wunder also, dass auch Menschen, die eine Ess-Störung haben, Hilfe in einer Selbsthilfegruppe suchen. Aber nicht nur die Betroffenen selbst, auch Angehörige, Ärzte und Ärztinnen, Beratungsstellen, Therapeuten und Therapeutinnen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenkassen empfehlen ihren Mitgliedern, ihren Patientinnen und Patienten oder ihren Klienten und Klientinnen, Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen. Dabei sind die Erwartungen an den heilenden Effekt der Gruppenarbeit sehr hoch, die Enttäuschung, wenn dieser nicht erreicht wird, sehr groß.

Die Betroffenen können jedoch selten in Selbsthilfegruppen vermittelt werden, da es nur wenig Gruppen gibt, die schon längere Zeit bestehen. Neue Gruppen kommen zwar immer wieder zustande, lösen sich aber relativ schnell wieder auf.

Mit unserer Fachtagung möchten wir der Frage nachgehen, ob die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ein Weg aus der Ess-Störung sein kann. Informationen über die verschiedenen Erscheinungsformen der Ess-Störung, Berichte aus Selbsthilfegruppen sowie therapeutische Behandlungs- bzw. Beratungskonzepte sollen Ihnen, die als Nicht-Betroffene mit der Vermittlung zu Hilfe- und Selbsthilfe befasst sind, ein Bild darüber vermitteln, welchen spezifischen Bedingungen Selbsthilfegruppen im Themenbereich Ess-Störungen unterliegen und wo sich Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Vermittlung ergeben.

Ich wünsche Ihnen einen interessanten und anregenden Tagungsverlauf.

Klaus Zunker

Grußwort des BKK Landesverbandes NW

Sehr geehrte Frau Jakubowski,
sehr geehrte Damen und Herren,
das Thema "Selbsthilfe" hat bei den BKK in Nordrhein-Westfalen mit ihren rund 3,3 Millionen Versicherten einen hohen Stellenwert. Ich freue mich daher, dass die Einladung von KOSKON zur Fachtagung "Selbsthilfe - Ein Weg aus der Ess-Störung?" auf gute Resonanz gestoßen ist und darf Sie hier und heute in unserem Hause herzlich begrüßen.

Ein Blick in aktuelle Gesundheitsberichte führt die doch sehr bedenkliche Situation vor Augen, dass in Nordrhein-Westfalen etwa 400.000 Menschen leben, die an schwerwiegenden Ess-Störungen leiden. Dabei darf erst recht nicht übersehen werden, dass Mädchen und junge Frauen von Störungen besonders häufig betroffen sind. Da für die Prävention derzeit keine einheitlichen Konzepte zur Verfügung stehen, ist es naheliegend, sich die Frage zu stellen, ob Selbsthilfe auch für Menschen mit Ess-Störungen ein wichtiges Element bei der Bewältigung der Erkrankung sein kann. Allerdings scheint bei den Betroffenen sehr häufig die notwendige Krankheitseinsicht zu fehlen, so dass sich Selbsthilfekräfte nur bedingt entwickeln lassen dürften.

Gerade deshalb besteht großer Handlungsbedarf. Ich hoffe, dass es Ihnen gemeinsam mit den sachkundigen Referentinnen und Referenten gelingen wird, erste Meilensteine zu entwickeln, die künftig zur nachhaltigen Verbesserung der Selbsthilfestrukturen beitragen.

Ich wünsche Ihnen informative Gespräche und zielführende Diskussionen, damit es künftig leichter wird, Betroffene mit guten Ergebnissen in Selbsthilfegruppen zu vermitteln

Die unterschiedlichen Formen der Ess-Störung

Was sind Ess-Störungen?

Unter dem Begriff „Ess-Störungen“ werden heute vor allem die drei Störungen

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Adipositas

zusammengefasst. In den diagnostischen Inventaren ist der Begriff der Ess-Störung noch relativ neu, gleiches gilt für die Zusammenfassung der Störungen zu einer Gruppe. Anorexia nervosa zum Beispiel war früher als eine Verhaltensstörung des Jugendalters klassifiziert, und die Bulimia nervosa ist erst seit 1970 als Erkrankung in der Fachwelt bekannt. Hinsichtlich der Adipositas besteht bis heute Dissens über ihren Krankheitswert: Es gibt eine umfangreiche Fachliteratur, in der Adipositas nicht als eigenständige Krankheit anerkannt sondern ihr lediglich der Status eines Risikofaktors bzw. einer Konsequenz anderer Störungen, z.B. des Stoffwechsels, zuerkannt wird. Im Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, dem DSM-IV, wird die Adipositas nicht klassifiziert; die ICD, das Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen der WHO, hat eine Diagnoseziffer für „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“, die vergeben werden kann, wenn übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse zu reaktivem Übergewicht geführt hat.

Diagnostische Kriterien

Da bei der Definition und Diagnostik von Ess-Störungen das Gewicht eine entscheidende Rolle spielt, sei hier zunächst ein kurzer Exkurs zur Messung des Körpergewichts vorausgeschickt:

In der Praxis wird das Körpergewicht noch häufig mittels des Broca-Index (BI) nach der Formel: $BI = \text{Körpergewicht (kg)} : \text{Körperhöhe (cm)} - 100$ berechnet. Ein BI von 1.0 entspricht dem sogenannten Normalgewicht, ein bei Männern 10% und bei Frauen 15 % unter dem Normalgewicht liegendes Gewicht gilt als Idealgewicht.

Weil die Anwendung des BI bei sehr großen und sehr kleinen Menschen zu Ungenauigkeiten führt und er zudem die Geschlechtsunterschiede nicht ausreichend berücksichtigt, ist man zur Anwendung des Body-Mass-Index (BMI) übergegangen. Die Formel zur Berechnung des BMI lautet: $BMI = \text{Körpergewicht (kg)} : \text{Körpergröße zum Quadrat (m}^2\text{)}$. Bei Frauen gilt ein BMI zwischen 19 und 24, bei Männern zwischen 20 und 25 als normal.

Die diagnostischen Merkmale der drei Störungen sind sehr eindeutig. Die wichtigsten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist vor allem durch einen markanten selbst herbeigeführten Gewichtsverlust gekennzeichnet, ein hohes Aktivitätsniveau, endokrine Störungen, durch ausgeprägte Ängste, zu dick zu sein – insbesondere am Bauch, Po und den Oberschenkeln - und durch massive Störungen in der Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick. Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem der Größe und dem Alter entsprechenden Normalgewicht bzw. bei einem BMI von 17,5 oder weniger. Die endokrine Störung äußert sich bei Frauen im Ausbleiben der Menstruation, bei Männern nennt die ICD-10 Libido- und Potenzverlust.

Der Gewichtsverlust wird durch das Essen weniger Speisen mit niedrigem Kaloriengehalt, übertriebene sportliche Aktivitäten oder durch Erbrechen und Abführmittel erreicht. Im Verlauf der Erkrankung werden zunehmend alle 'Dickmacher' als verboten erklärt und weggelassen, so dass der Speiseplan vorwiegend aus Möhren, sauren Gurken, grünen Äpfeln, Magermilchjoghurt, Kochkäse u.ä. besteht. Essen im Beisein anderer wird möglichst vermieden. Häufig entwickeln anorektische Menschen bizarre Essgewohnheiten, die vor allem dazu dienen, den Essvorgang zu verlängern, auszudehnen: sie unterziehen alle Speisen einer intensiven haptischen und visuellen Prüfung und essen klitzekleine Bissen, auf denen sie endlos herumkauen. Ein großer Teil ihrer Energie konzentriert sich auf alles

rund um's Essen: Sie sammeln und katalogisieren Rezepte, lesen stundenlang in Kochbüchern und horten Esswaren, vor allem solche, die sie sich verboten haben. Von vielen Patientinnen ist bekannt, dass sie gerne kochen und backen. Dabei bevorzugen sie Speisen, die sie sich selbst aufgrund ihres strengen Regimes nicht gestatten, mit denen sie aber ihre Familie und Freunde traktieren. Diese Verhaltensweisen wurden früher als Symptome von Persönlichkeitsstörungen interpretiert. Heute ist aber weitgehend anerkannt, dass es sich um Folgeerscheinungen des Hungerns handelt, die auch bei Menschen auftreten, die gezwungenermaßen nicht genug essen können. Untersuchungen an experimentell fastenden und an diätierenden Personen und auch die Berichte von Menschen, die in Krieg oder Konzentrationslagern zu hungern gezwungen waren, zeigen, dass dies zu zahlreichen psychischen Veränderungen und Verhaltensstörungen wie permanentem Denken und Phantasieren über Essen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, sexuellem Desinteresse, sozialem Rückzug, erhöhter Ängstlichkeit und Depressivität führt.

Bulimia nervosa

Leitsymptome der Bulimia nervosa sind Heisshungeranfälle mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Fasten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika sowie eine extreme Angst vor dem Dicksein und das übersteigerte Besorgtsein um Gewicht und Figur. Das Gewicht ist meistens unauffällig, wobei es Hinweise gibt, dass ein überzufällig großer Teil der Patientinnen und vor allem der Patienten prä-morbid ein erhöhtes Körpergewicht hatte.

Die Essanfälle finden bis zu mehrmals pro Tag statt und laufen oft nach einem gleichen Ritual ab. Bevorzugt werden süße, hochkalorische Nahrungsmittel, die leicht verschlungen und wieder erbrochen werden können. Die Betroffenen fühlen sich außerstande, die Essanfälle zu kontrollieren. Sie leiden sehr unter ihrer Unbeherrschtheit, schämen sich und halten die Symptomatik häufig

über Jahre auch vor ihren engsten Bezugspersonen geheim. Als gewichtsregulierende Maßnahmen werden – insbesondere von bulimischen Frauen – auch Abführmittel, Diuretika und Appetitzügler eingesetzt. Massive Gefühle von Wert- und Sinnlosigkeit, ausgeprägte Stimmungsschwankungen, Schuldgefühle und Suizidalität sind häufige Begleitsymptome. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen kommt es zu Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, insbesondere von Alkohol und Stimulantien.

Adipositas

Adipositas bezeichnet einen Überschuss an Körperfett. Zu ihrer Bestimmung ist eigentlich die Messung des Anteils des Fettgewebes am Körpergewicht notwendig. Wegen der Aufwendigkeit dieser Messungen begnügt man sich in der Praxis jedoch in der Regel mit der Bestimmung des BMI. Adipositas beginnt bei einem BMI von 30, ab einem BMI von 40 spricht man von Adipositas per magna.

Ein hinsichtlich der körperlichen Risiken der Adipositas wichtiges diagnostisches Kriterium ist die Waist-to-Hip-Ratio WHR, das heißt das Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang. Ist die WHR kleiner als 0,8, so handelt es sich um die sogenannte gynoide Form der Adipositas, die "Birnenform", mit Fett vorwiegend im Oberschenkel- und Gesäßbereich. Bei einer WHR größer als 1 handelt es sich um die androide Form, "Apfelform", mit Fett vor allem am Bauch. Bei Frauen ist die gynoide, bei Männern die androide Form¹ häufiger, doch können beide Formen bei beiden Geschlechtern vorkommen.

Epidemiologie

Das Risiko, an Ess-Störungen zu erkranken, ist deutlich durch das Geschlecht, das Alter und die soziale Schicht determiniert. Tabelle 1 zeigt die wichtigsten Verteilungsdaten.

¹ Nicht ganz zu Unrecht hat diese in der Umgangssprache den Namen „Bierbauch“.

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Adipositas
Prävalenz	Frauen: 0,5 - 1 %	Gesamt: 2 - 4 %	Frauen: 9 - 25 % Männer: 10 - 16 %
Geschlecht	ca. 95 % aller Erkrankten weiblich	ca. 90 % aller Erkrankten weiblich	geringfügig häufiger bei Frauen
Alter / Erkrankungsgipfel	12 - 23 Jahre / 14. und 18. Jahr	20 - 30 Jahre	40 - 65 Jahre
Soziale Schicht	vor allem: höhere Mittelschicht	eher: Mittelschicht	Unter- : Oberschicht 6 : 1

Tab. 1

Anorexia und Bulimia nervosa treten vor allem bei Frauen auf. Bei der Anorexie sind etwa 95 % aller Betroffenen weiblich, bei der Bulimie etwa 90 %. Unter den 12-35jährigen Frauen erkranken etwa 0,5 – 1 % an Anorexia nervosa, etwa 2 – 4 % an Bulimia nervosa. Ob die beiden Erkrankungen tatsächlich in der jüngsten Zeit bei Männern häufiger auftreten, wie manche Meldungen behaupten, ist fraglich. Es könnte sich hier auch insofern um ein Artefakt handeln, als dass durch das größere Bekanntwerden der Erkrankungen und die größere Aufmerksamkeit, die ihnen diagnostisch in der allgemeinen ärztlichen Versorgung geschenkt wird, Anorexie und Bulimie bei Männern heute zwar häufiger diagnostiziert werden, dass dies aber keineswegs einem real höheren Vorkommen entspricht. Bei der Adipositas besteht beinahe eine gleiche Verteilung zwischen den Geschlechtern. Angesichts des Ausmaßes des Problems sind die statistischen Daten erstaunlich ungenau: Bei den Frauen wird in Deutschland die Prävalenz mit Werten zwischen 9 und 25 % angegeben, bei den Männern mit 10 – 16 %. Allen Erhebungen zufolge hat die Prävalenz der Adipositas in den letzten etwa dreißig Jahren in Europa und den USA deutlich zugenommen, am stärksten bei Kindern und Jugendlichen. Der Anstieg der Verbreitung der Adipositas bei Kindern, insbesondere bei Mädchen, wird in der Literatur häufig mit Adjektiven wie drastisch, dramatisch, exzessiv gekennzeichnet; in den letzten zehn Jahren hat sich der Anteil adipöser Kinder von etwa 5 auf etwa 10 % geradezu verdoppelt.

Die soziale Schichtverteilung weist Anorexie als Problem der höheren Mittelschicht, Bulimie als Phänomen der Mittelschicht und Adipositas als Unterschichtphänomen aus; Adipositas kommt in der Unterschicht etwa sechsmal so häufig vor wie in den anderen sozialen Schichten, besonders ausgeprägt sind die sozialen Einflussfaktoren bei Frauen.

Ess-Störungen sind keine Suchterkrankungen

Mit der Einführung der Kategorie der Ess-Störungen in den großen Klassifikationssystemen wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass es eine Gruppe von Menschen gibt, die, bei aller großen Differenz in der äußeren Erscheinung, doch ein gemeinsames Problem haben: Das Essen, ein menschliches Grundbedürfnis, ist ihnen zum Problem geworden, das sich allen Veränderungsversuchen zu entziehen scheint. Eine Besonderheit in der deutschen Diskussion um die Ess-Störungen stellt deren Subsumierung unter die Suchterkrankungen dar. Diese insbesondere in der Öffentlichkeit, der feministischen Literatur und der Suchthilfe vollzogene Zuordnung entspringt wohl primär den deutschen Namen für die Störungen, nämlich Magersucht, Ess-Brechsucht und Fresssucht. Doch es handelt sich hier um ein etymologisches Missverständnis. Sprachhistorisch haben die Begriffe mit den Abhängigkeitserkrankungen so viel gemeinsam wie Gelbsucht, Bleich- und Wassersucht: Der mittelhochdeutsche Krankheitsbegriff "siech" hat hier seine Spuren hinterlassen, und seine Verbindung zu dem, was wir heute als Sucht bezeichnen, kann allenfalls über die Mondsucht hergestellt werden, in der ein krankhaftes Verlangen gesehen wurde.

Wir haben es jedoch nicht allein mit einem der Unkenntnis über die Sprachentwicklung erwachsenen nationalen Scheinproblem zu tun. Der primäre Grund für diese Entwicklung liegt vielmehr darin, dass in Deutschland lange kein Versorgungsangebot für essgestörte Menschen bestand. An Anorexie erkrankte Mädchen und junge Frauen wurden stationär in die Psychiatrie eingewiesen, bulimische Frauen hatten gar keine Adresse, Adipöse quälten sich erfolglos durch eine Diät nach der anderen. Neben den Frauenberatungsstellen boten dann als erste Einrichtungen der Suchthilfe ambulante und nicht-medizinische Beratung und Therapie an und nahmen damit nicht nur die somatische, sondern auch die psychische Situation der Betroffenen ernst. Diese Versorgungssituation beeinflusste natürlich die ätiologische Diskussion.

Insbesondere im Bereich der Selbsthilfeorganisationen von Essgestörten ist der Suchtansatz auf Zustimmung gestoßen und hat sich dort in gewisser Weise etabliert.

In der Literatur zu Ess-Störungen wird leider in bisweilen populistischer Weise der Begriff "Sucht" mit "suchen" und "Sehnsucht" in Verbindung gebracht, und die Mager- und Fresssucht dann mit der Suche nach Liebe, der Mutter oder vielem anderem, was insbesondere Frauen fehlen kann, gleichgesetzt. Da fast alle Frauen (und viele Männer) von ihren Müttern nicht genug bekommen haben, lassen sich mit solchen Scheinerklärungen Auflagenziffern steigern, aber als Erklärungsmodelle für die Auseinandersetzung mit Menschen, die an Ess-Störungen leiden, taugen sie nicht. Mit den gleichen emotionalen Defiziten lässt sich auch das Entstehen von Depressionen und generalisierten Angststörungen 'erklären'. Die Behauptung, essgestörte Frauen seien süchtig auf der Suche nach wahrer Befriedigung und verlagerten diesen Hunger nach Liebe und Anerkennung auf ihren Körper, ist schon deshalb wenig plausibel, weil sie eine Abhängigkeit unterstellt, aus der sich ja gerade die anorektischen und bulimischen Frauen lösen wollen. Gerade Anorexie und Bulimie sind nicht Ersatzbefriedigung, sondern fehlgeschlagene Lösungsversuche für andere, den Frauen nicht bewusste oder sie überfordernde Probleme.

Unbezweifelbar lassen sich im Verlauf von Ess-Störungen und Suchterkrankungen einige Parallelen erkennen, und beide Störungsgruppen haben im Kern etwas mit Kontrolle und Kontrollverlust, Selbstwertproblematik und auffälliger Familiendynamik zu tun. Die sich auf diesen Hintergründen ergebenden Krankheitsbilder sind jedoch so unterschiedlich, dass sie eine differenzierte Betrachtung erfordern und deshalb zu Recht klassifikatorisch voneinander getrennt werden.

Was kann die Selbsthilfe bei Ess-Störungen leisten?

Die Selbsthilfegruppen essgestörter Menschen ar-

beiten nach verschiedenen Konzepten. Empirische Überprüfungen zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Ess-Störungen sind mir nicht bekannt, ebenso wenig kenne ich wissenschaftliche Ergebnisse, unter welchen Bedingungen Selbsthilfegruppen bei diesen Störungen hilfreich sein können und wann eher nicht.

Aus der Praxis ist mir jedoch bekannt, dass die Gruppen häufig „schlecht laufen“, wobei vor allem zwei Probleme beklagt werden: Die hohe Fluktuation und der geringe Effekt.

Für die hohe Fluktuation habe ich insbesondere hinsichtlich der Gruppe anorektischer Frauen eine mögliche Erklärungshypothese: Anorektische Frauen stehen manchmal unter einem enormen Druck, ganz schnell etwas verändern zu wollen und entwickeln kurzfristig große Energie. Nach den ersten Schritten in Richtung auf eine Veränderung schrecken sie dann aber wieder zurück. Ihr Veränderungswunsch ist häufig sehr ambivalent; von außen als positiv erlebte Veränderungen werten sie subjektiv als Schwäche, als Zeichen dafür, dass sie sich nicht im Griff haben, dass sie „es nicht mehr schaffen“. Dies löst heftige Angst aus. So sehr die anorektische Frau unter ihrer Symptomatik leidet, so sehr verleiht ihr diese doch auch eine bestimmte Form von Stärke und Kraft, die bei Veränderung verloren zu gehen droht.

Ein zweites Motiv für die mangelnde Stetigkeit der Teilnahme anorektischer Frauen an Selbsthilfegruppen sehe ich in ihrer allgemeinen Ambivalenz gegenüber Hilfeangeboten. Anorektische Frauen wenden sich an andere mit der paradoxen Aufforderung: „Hilf mir und lass mich alles selber machen“: Sie möchten Hilfe, können sie aber gleichzeitig nicht ertragen. Sie möchten alles selber machen, alles selbst im Griff behalten, stoßen aber naturgemäß immer wieder an die Grenzen ihrer eigenen Möglichkeiten. Dieses ambivalente Beziehungsangebot anorektischer Frauen ist auch in der professionellen therapeutischen Interaktion sehr schwer auszuhalten, und es ist meines Erachtens ein wesentlicher Grund für die häufig restriktiven Maßnahmen, mit denen Therapeutinnen und The-

rapeuten anorektische Patientinnen behandeln. Selbstbetroffene in Selbsthilfegruppen sind von dieser Ambivalenz nahezu notgedrungen überfordert – und da sie selbst die gleiche paradoxe Anforderung an die anderen Gruppenmitglieder stellen, entsteht innerhalb kurzer Zeit eine Gruppendynamik, die nicht mehr entwirrt werden kann. Das Fernbleiben von der Gruppe bzw. deren Auflösung sind die logischen Konsequenzen.

Einen weiteren Grund, warum Selbsthilfeangebote scheitern, haben mir im therapeutischen Gespräch mehrmals bulimische Frauen berichtet: Ihnen war in der Gruppe ein ätiologisches Modell der Ess-Störung als Suchterkrankung nahegelegt worden, das sie zunächst als sehr erleichternd empfanden: Das von ihnen lange Zeit geheimgehaltene Verhalten, das sie sich selbst als Fehler und Ergebnis einer schwachen Persönlichkeit auslegten, bekam plötzlich den Status einer Erkrankung. Dies war entlastend und zunächst äußerst hilfreich. Es zeigte sich dann jedoch im weiteren Verlauf, dass sie mit der Sucht-Hypothese schwer arbeiten konnten: Anders als der Alkoholkranke, der lernen kann, abstinent zu leben, war ihnen eine Abstinenz von ihrem „Suchtmittel“ nicht möglich. Für den angemessenen Umgang mit dem „Suchtmittel“ jedoch hatte die Gruppe kein Rezept. So sehr das Suchtkonzept zunächst eine Erleichterung gebracht hatte, so wenig half es, Handlungsschritte für die Veränderung bereit zu stellen. Sie erlebten, dass das „dauernde Gerede“ über die Krankheit sie nicht weiter brachte und sie wandten sich enttäuscht und ohne dass es zu einer Verhaltensänderung gekommen war, von der Gruppe ab.

In wie weit Selbsthilfegruppen bei adipösen Patientinnen und Patienten hilfreich sein können, weiss ich nicht – ich habe hier keine diesbezügliche Erfahrung.

Wie bereits eingangs gesagt, habe ich als Psychotherapeutin nur eine begrenzte Einsicht in die Angebote und Möglichkeiten der Selbsthilfegruppen. Die Tatsache, dass es bundesweit Selbsthilfegruppen für Essgestörte gibt, die langjährig arbeiten, spricht dafür, dass diese Arbeit möglich ist. Es

müsste aber noch sehr viel genauer untersucht werden, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, damit Selbsthilfe in diesem Bereich effizient gestaltet werden kann. Dass solche Untersuchungen nötig sind, steht für mich außer Frage. Ess-Störungen sind chronische Erkrankungen, die das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen beeinträchtigen, und dies oft über viele Jahre. Insbesondere die Adipositas ist eine schwere chronische Erkrankung, deren tatsächliche Veränderungschancen in krassem Gegensatz zu den Heilsbotschaften stehen, die durch Medizin, Pharmazie, Psychotherapie, Ökotrophologie und andere Wissenschaften, Krankenkassen, Verbände und staatliche Gesundheitsorganisationen – ganz zu schweigen von den vielen versprochenen Wundern in mehr oder minder seriösen Zeitschriften, Magazinen und Clubs – verbreitet werden. Ich begrüße daher sehr, dass die KOSKON diese Tagung veranstaltet und wünsche, dass sie einen Impuls für eine Verbesserung der Selbsthilfegruppenarbeit im Bereich der Ess-Störungen geben kann.

Literatur zum Weiterlesen

Franke, A.: Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln. München, 1994, Quintessenz

Franke, A.: Essstörungen. In: Franke, A., Kämmerer, A. (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen, 2001, S. 355-396, Hogrefe

Anita M. Jakubowski
Doris Kieselbach
Angelika Verkaar

Rundtischgespräch Selbsthilfe – Ein Weg aus der Ess-Störung? Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen Protokoll

Am Rundtischgespräch nahmen teil:
eine Vertreterin Selbsthilfegruppe für Frauen mit
Bulimie und Magersucht,
eine Vertreterin Elternkreis essgestörter Töchter
und Söhne.
zwei Vertreterinnen Selbsthilfegruppe XXL,
eine Vertreterin und ein Vertreter Overeaters
Anonymous.

Nach einer kurzen Vorstellung der Vertreterinnen
und des Vertreters der Selbsthilfegruppen eröffnet
die Moderatorin die Runde:

Moderatorin: Gerade in den letzten Jahren haben
sich in Deutschland immer mehr Selbsthilfegrup-
pen gebildet, die zur Bewältigung der gleichen
Symptome Hilfe unter Selbstbetroffenen suchten.
Am bekanntesten sind sicher die Selbsthilfegrup-
pen der Alkoholiker und hier v.a. die Anonymen
Alkoholiker.

Auch für Menschen mit Ess-Störungen wurden
Selbsthilfegruppen gegründet, und wie sie eben
schon in der Vorstellungsrunde gehört haben, ori-
entieren sich einige an dem Konzept der A.A-
Gruppen und andere wiederum an Vorschlägen
wie z.B. von Annad und auch der KISS.

Selbsthilfegruppen für Menschen mit Ess-
Störungen geht jedoch der Ruf voraus, dass zwar
ein hoher Bedarf angemeldet wird, ihre „Haltbar-
keitsdauer“ jedoch recht kurzlebig ist. Sprich: es
besteht ein Kommen und Gehen, wodurch eine
kontinuierliche Bearbeitung der Problematik kaum
möglich ist.

Stimmt das, oder sind das Gerüchte?

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie und Ma-
gersucht:* Das Kommen und Gehen stellt v.a. in der

Anfangsphase einer Selbsthilfegruppe ein großes Problem dar, besonders dann, wenn man selbst die Initiatorin ist. Sie hat nach einer stationären Therapie selber eine Gruppe aufgebaut. Manchmal hat sie den Eindruck eines Selbstbedienungsladens gehabt. „Ich nehme mir was ich haben will und dann tschüß“. Von 14 Gründungsmitgliedern blieben lediglich vier übrig. Die Gruppe besteht jetzt aus 12 Mitgliedern. Die Fluktuation ist sehr groß. Es gibt viele Anfragen, aber von 10 Frauen, die sich melden, kommt eine zum Gruppentreffen. Die ständigen Vorstellungen neuer Teilnehmerinnen haben die Gruppenarbeit gestört. Viele, denen es gut geht, kommen dann nicht mehr. Die Gruppe versteht sich nicht als Krisenhilfe. Sie hat sich jetzt geschlossen, um eine Struktur und langfristige Ziele zu entwickeln.

Selbsthilfegruppe XXL: Sie gibt der Fluktuation eine geringere Bedeutung. Ein fester Stamm macht die Kontinuität aus. Es gibt auch relativ wenige Anfragen. Zudem gibt es für neue Gruppeninteressierte auch keine gesonderte „Einführung“, das Erleben in der Gruppe muss ausreichen. Oftmals wollen Neue mit der Gruppenteilnahme eine Blitzabnahme erzielen. Geduld ist daher für die bestehende Gruppe wie für Neue am Anfang wichtig, da das Gruppenziel hauptsächlich im Austausch des Alltagserlebens liegt.

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymous: Auch für sie ist die Fluktuation kein Problem. Manche benötigen mehrere Anläufe. Auch die Vertreterin hat lange Zeit benötigt, angstfrei die Gruppe zu nutzen. Das Prinzip der OA-Gruppen habe sich für sie bewährt. Wenn Neue kommen, wird das Programm kurz vorgestellt, es wird ihnen gesagt, dass sie kommen und gehen können, wann sie wollen, dass sie jederzeit Fragen stellen können. Dann aber wird das geplante Meeting durchgeführt.

Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne: Die Initiatorin der Elterngruppe kennt dieses Problem überhaupt nicht. Eltern sind sehr daran interessiert, von Gleichbetroffenen verstanden und unterstützt zu werden. Zu dem von ihr vertretenen Thema gibt es sehr viele Anfragen, die durch eine Adressen-

veröffentlichung in der Zeitschrift der BZgA noch angestiegen sind. Die Befindlichkeit der „Neuen“ ist anfänglich sehr schlecht. Darum finden auch zwei mal jährlich eintägige Seminare statt, die den Angehörigen Verhaltensstrategien für den Umgang mit dem Krankheitsbild vermitteln sollen. Außerdem gibt es für Neue auch Tipps und Hilfestellungen in schriftlicher Form. Die Dauer der Gruppen teilnahme (meist sind dies Eltern bzw. ein Eltern teil) beträgt durchschnittlich zwei Jahre.

Moderatorin: Es scheint ja auch etwas mit der Erwartung der Gruppengründer/innen und der Gruppenteilnehmer/innen zu tun zu haben, ob nun die Fluktuation ein Problem darstellt. Aber was ermöglicht Dauerhaftigkeit, wodurch wird sie erschwert?

Teilnehmer/innen: Hier besteht Übereinstimmung darin, dass Dauerhaftigkeit jeweils individuell unterschiedlich erlebt wird. Aufgenommen zu sein, ohne Verurteilung und ohne mit Vorschriften konfrontiert zu werden sind ein Garant für Dauerhaftigkeit, wenn auch der oder die eine oder andere nicht regelmäßig teilnimmt. So genügt dem einen ein kleiner fester Stamm, ein anderer dagegen benötigt schon eine vertraute Gruppe.

Moderatorin: Wie kamen Sie dazu, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen oder zu gründen. Und warum suchten Sie nicht eher eine professionell geleitete therapeutische Gruppe auf?

Selbsthilfegruppe XXL: Die Vertreterinnen beschreiben ihren Erlebniszustand mit einem „inneren Druck“, der vergleichbar sei mit der eines trockenen Alkoholikers. Eine Therapie, die viele Teilnehmer/innen bereits erlebt haben, hat zwar eine Verbesserung des Erlebens bewirkt. Dennoch ist dies zu theoretisch und abgehoben gewesen für den „Alltagsgebrauch“. Die Selbsthilfegruppe dagegen ist ein wichtiges und notwendiges Forum, einfaches „Geblubber“ loszuwerden, unbewertet „selbst zu sein“ und sagen zu können, was immer gerade wichtig erscheint, ohne damit einen bestimmten Anspruch zu verbinden. Eine Gruppenteilnahme ist auf Dauer ausgerichtet und wird auch von den Angehörigen als positiv empfunden.

Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne: Die Vertreterin meint, dass für ihren Themenbereich oftmals eine Therapie hilfreich sein könnte. Die Bereitschaft ist bei dem Personenkreis jedoch dafür meist nicht vorhanden. Betroffene sperren sich gegen eine Therapie, weil sie sich dem Thema nicht eigentlich stellen wollen.

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymous: Die Vertreterin hatte eine Therapie angefangen. Sie wurde vom Therapeuten auf ihr Übergewicht angesprochen. Der Therapeut empfahl ihr die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Sie wollte ein und ein halb Jahre bleiben, nun nimmt sie schon neun Jahre teil. Sie hat gelernt, Lösungen nicht von einer bestimmten Frist abhängig zu machen. Die Gruppe gibt ihr Bindung. Im Laufe der Zeit hat sich ihr Engagement verändert, sie nimmt nun nicht mehr regelmäßig an den Treffen teil.

Der zweite Vertreter dieser Gruppe wurde wegen seines extremen Übergewichtes auf die Selbsthilfegruppe hingewiesen. Freunde bestanden auf einer Teilnahme. Er selbst hat sich gesagt, ich gehe sechs bis sieben mal hin und sage dann meinen Freunden, ich habe alles gemacht, lasst mich in Ruhe. Ein Freund hat ihn zu den ersten Gruppentreffen gebracht. Er hat die Gruppe dann als ersten Ort empfunden, an dem er sich nicht rechtfertigen musste. Durch die anderen hat er sich auch selbst anders gesehen. Wenn er drei Monate nicht in der Gruppe war, geht es ihm schlecht. Er fragt sich, ob dies eine neue Abhängigkeit ist.

Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie und Magersucht: Die Vertreterin schildert, welchen Unterschied sie zwischen therapeutischer Gruppe und Selbsthilfegruppe sieht. Die Selbsthilfegruppe ermöglicht vor allem, einfach einmal allen Ballast loszuwerden. Die Gruppenteilnehmerinnen wissen wovon gesprochen wird. Und die Offenheit ist jedes mal wieder erstaunlich. „Da sind Menschen, die einen verstehen und mitfühlen.“ In einer therapeutisch geleiteten Gruppe ist man ungeschützter. Es geht mehr an die Substanz. Das ist dann manchmal zu hart. In einer Selbsthilfegruppe kann

man das Tempo besser selbst bestimmen, auch wenn das oft viel Zeit kostet. Und obwohl die Therapeuten leiten, bekommen sie die Verschleierungsmanöver der Betroffenen oft nicht mit. Das kann in einer Selbsthilfegruppe nicht passieren. Therapeuten und Therapeutinnen sind Theoretiker/innen, sie können manche Dinge nicht nachvollziehen.

Über die Frage, ob die Selbsthilfegruppe eine neue Abhängigkeit schafft, „will ich mir keine Gedanken machen. Ich brauch’ die Gruppe jetzt, aber es macht Angst, dass man die Gruppe eventuell ein Leben lang braucht.“

Moderatorin: Geht es also auch ohne professionelle therapeutische und/oder ärztliche Hilfe?

Teilnehmer/innen: Auch das ist wieder individuell zu sehen. Ein Teilnehmer ist erst nach langen Jahren Selbsthilfegruppe in eine Psychotherapie gegangen. Jetzt steht sein Gewicht nicht mehr im Vordergrund, sondern andere Probleme. Das Symptom spielt auch eine große Rolle. Mager-süchtige Jugendliche sind sicherlich in einer Selbsthilfegruppe überfordert, wogegen Eltern hauptsächlich in einer Selbsthilfegruppe Hilfe bekommen. Und viele sind erst nach einer ambulanten oder stationären Therapie offen für eine Selbsthilfegruppe.

Moderatorin: Frau Prof. Franke bekräftigt in ihrem Eingangsreferat, dass Ess-Störungen wie Mager-sucht, Ess-Brech-Sucht und Fettsucht zwar in ihrer Beschreibung den Begriff „Sucht“ enthalten würden, dies jedoch eine falsche Übersetzung des Ursprungs wäre. Und obwohl im Landessuchtprogramm NRW auch die Ess-Störungen aufgenommen sind, würde sie zwar Verwandtschaft, aber keine Suchtsymptomatik feststellen.

Viele von Ihnen sehen die Ess-Störung aber als eine Suchterkrankung. Wäre die klare Definition als Suchterkrankung für Sie hilfreich?

Selbsthilfegruppe XXL: „Wenn der Kopf sich 24 Stunden mit dem Thema Essen beschäftigt, dann ist das Sucht“. Auch wäre damit eine Anerkennung als Krankheit gewährleistet. Eine Vertreterin sieht dies bei ihrem Ehemann, der als Alkoholiker eine

gesicherte Finanzierung der Behandlung erhält und auch betrieblich durch die Anerkennung als Krankheit geschützt ist.

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymous: Für die OA-Gruppen spielt die Finanzierung grundsätzlich keine Rolle. Für sie ist es daher auch nicht wichtig, ob es sich bei den Symptomen um eine Sucht handelt. „Sucht oder nicht ist mir egal, es geht um ein Problem, das ich lösen muss“. Wichtig ist, dass sie Hilfe brauchen, um Hilfe bitten und Hilfe annehmen können.

Elternkreis essgestörter Töchter und Söhne: Die Einstufung von Ess-Störungen als Suchtkrankheit würde uns die Möglichkeit geben, Fördergelder zu beantragen.

Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie und Magersucht: Die Vertreterin war nach dem Referat verunsichert, meint aber, bei sich suchttähnliche Komponenten feststellen zu können.

Frage aus dem Plenum: Gibt es Gründe für die zwischen zwei und neun Jahren liegende Lebensdauer der vertretenen Gruppen?

Selbsthilfegruppe XXL: Die Vertreterinnen sehen die Ursache darin, dass in der Gruppe keine Rückmeldungen zu dem Gesagten der Einzelnen erfolgen und daher auch keine Kränkungen möglich sind.

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymous: In der OA-Gruppe ist es ähnlich: In der Gruppe selber gibt es keine Rückmeldungen, das vermittelt Sicherheit. Die feste Struktur gibt Schutz. Nach dem Meeting sind bei persönlichen Kontakten außerhalb der Gruppe Nachfragen sehr wohl möglich. Alle Teilnehmer/innen haben eine Telefonliste.

Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie und Magersucht: Bei dem Thema Bulimie ist eine Rückmeldung für jeden persönlich notwendig, obwohl dadurch auch Konfliktsituationen entstehen, die oftmals als ganz furchtbar empfunden werden. Bei solchen Konflikten schaltet die Gruppe eine externe Supervision ein. Durch die Gruppenkonflikte sind die Teilnehmerinnen konfliktfähiger geworden.

Frage aus dem Plenum: Gibt es vorgegebene Gesprächsthemen?

Teilnehmer/innen: Einheitlich wird geäußert, dass demokratisch und meist resultierend aus der ersten Gesprächsrunde des Gruppentreffens das Thema des Tages festgelegt wird.

Moderatorin: Wo sehen Sie noch wünschenswerte Verbesserungen?

Selbsthilfegruppe Overeaters Anonymous: Bei den OA-Gruppen ist satzungsgemäß eine politische „Enthaltbarkeit“ vorgegeben.

Selbsthilfegruppe XXL: Auch sie hat keinen direkten politischen Anspruch. Eine breitere gesellschaftliche Akzeptanz durch die Anerkennung der Adipositas als Krankheit würde sie sich allerdings wünschen.

Selbsthilfegruppe für Frauen mit Bulimie und Magersucht: Die Bulimiegruppe wünscht sich eine problemlosere Kostenübernahme seitens der Krankenkassen für Referentinnen, Raummiete etc. Auf gesellschaftlicher Ebene wären eine seriösere Darstellung und Wahrnehmung wünschenswert.

Moderation: Doris Kieselbach

Wege aus der Ess-Störung – Wegweiser Fachklinik

Häufigkeit

Die Ess-Störungen nehmen in den industrialisierten Ländern weiter zu. Sie betreffen vor allem Frauen.

Unter *Anorexia nervosa* (Magersucht) leiden ca. 0,15 % der Gesamtbevölkerung, aber 1 % der Frauen in der Altersklasse von 15 bis 35 Jahren.

Die *Bulimia nervosa*, auch Bulimie, Ess-Brechsucht oder Bulimarexie genannt, betrifft 0,75 % der Gesamtbevölkerung bzw. 3 % der jungen Frauen.

Bei der *Adipositas* (Fettsucht), unter der ca. 16 % der Gesamtbevölkerung leiden, überwiegen die Frauen nur leicht. Bei Frauen ist die Adipositas aber häufiger psychosozial bedingt und führt häufiger zu psychosozialen Konsequenzen im Sinne von Diskriminierung.

Ursachen

Besonders bei der Adipositas spielen Erbfaktoren eine große Rolle, wie man aus Zwillingsuntersuchungen weiß. Oft wird Erblichkeit aber auch fälschlich unterstellt, wenn es sich nur um die Übernahme eines bestimmten Essverhaltens handelt.

Vor sieben Jahren ist das ob/ob-Gen isoliert worden, das für die Ausschüttung des Hormons Leptin verantwortlich ist. Mit Hilfe des Leptins signalisieren die Fettzellen dem Hypothalamus, dass die Nahrungszufuhr reicht.

Die Einflüsse des Leptins auf die Entstehung der Fettsucht sind jedoch komplex. Bei Adipösen sind die Leptinspiegel zumeist erhöht – dieses Phänomen dürfte analog zu dem erhöhten Insulinspiegel beim Typ II Diabetes zu verstehen sein. Mager-süchtige haben im allgemeinen erniedrigte Leptinspiegel.

Aus *medizinischer Sicht* ist es auch möglich, dass Hypothalamus und Hypophyse als Steuerorgane

entweder besonders störrisch oder fehlreguliert sind. Im Zusammenhang mit diesem Befund sind Störungen im Bereich der Neurotransmitter zu sehen (z.B. Serotonin) Pharmakologische Einflussmöglichkeiten auf diese Systeme sind noch recht grobschlächtig.

Ähnliche Serotoninmangelzustände wie beim mit Süßhunger verbundenen ungezügelter Essen liegen z.B. bei *Depressionen* vor. Die Häufung depressiver Verstimmungen parallel zu den Essstörungen Bulimie und Magersucht kann so biochemisch erklärt werden, kann aber auch entwicklungspsychologisch oder durch Selbstdefizite erklärt werden. Es ist auch möglich, dass Depressionen sekundär als Folge der Schuld- und Schamgefühle auftreten, die das ungezügelter Essen und den bulimischen Symptomkomplex begleiten.

Weitere häufige psychopathologische Auffälligkeiten bei Essstörungen sind Zwangssymptome und das sogenannte borderline-Syndrom.

Insgesamt sind die Ich-Identität, die Geschlechtsidentität und das Selbstwertgefühl oft gestört.

Daraus ergibt sich die Bedeutung psychotherapeutischer Maßnahmen, besonders auch körpertherapeutischer Art, die die Selbstwahrnehmung und das *Selbstwertgefühl* verbessern helfen.

Schließlich sind die soziokulturellen Aspekte zu sehen, nämlich das *Schlankheitsideal* (als androgynes Ideal, als Ausdruck des Jugendlichkeitsmythos oder als Abwehr von Weiblichkeit, die eigentlich durch Rundungen charakterisiert ist.)

Bei Essanfällen, wie sie bei der Bulimie und bei vielen Formen der Adipositas vorkommen, liegen oft auch *Impulsstörungen* zugrunde. Es ist daher wichtig, das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu verstärken sowie bei der Suche nach Werten zu helfen.

Weiterhin können Essstörungen Folge *sexueller* Konflikte sein, z.B. in Form einer

- Flucht aus der körperlichen Geschlechtsrolle bei der Magersucht, in Form des
- Überessens und Brechens als symbolisierter sexueller Gefühle des Genusses und der Reue

- sowie durch Sich-unattraktiv-machen und sich damit die Männer vom Leibe halten bei der Adipositas.

Ess-Störungen können auch Ausdruck von *aggressiven* Impulsen sein, die die Patientinnen gegen sich selbst richten.

- Sich-selbst-zu-Tode-hungern bei der Magersucht.
- Bei der Bulimie beispielsweise aus Mülltonnen zu essen und bis zum letzten Tropfen würgend sich zu erbrechen.
- In Form der Selbstverunstaltung durch Fett bei der Adipositas.

Daneben müssen wir Ess-Störungen als Folge eines gestörten *Familiensystems* verstehen. In der Magersuchtbehandlung sind beispielhaft neue familientherapeutische Techniken entwickelt worden.

Die vorher kurz skizzierten Zusammenhänge haben uns zur Entwicklung eines spezifischen Therapieprogrammes geführt.

Bei der Klinik am Corso in Bad Oeynhausen handelt es sich um die einzige Institution in Europa, die sich ganz auf die stationäre psychosomatische Behandlung von Ess-Störungen spezialisiert hat.

Von den 92 Patientinnen und Patienten – zu 95 % Patientinnen – sind etwa 40 % bulimisch, 40 % leiden an einer psychosomatischen Adipositas und ca. 20% an einer Magersucht.

Spezialisierung

Vorteile der Spezialisierung:

Die Patientinnen und Patienten fühlen sich unter ihresgleichen aus folgenden Gründen besser verstanden:

- Die Psychodynamik weist Ähnlichkeiten auf, wenn auch die ursprüngliche Triebdynamik je nach Krankheitsbild und Persönlichkeit durch verschiedene Abwehrstrategien verändert wird: Der Hunger (im Sinne von Gier – aber auch Sehnsucht) wird von den Magersüchtigen ja asketisch abgewehrt und verleugnet, von den Bulimikerinnen immer wieder vergeblich be-

kämpft, bis sie ihm doch nachgeben, sich überessen und erbrechen - während die Adipösen den Kampf zumeist schon längst aufgegeben haben.

Das heißt aber auch, dass die Bulimikerinnen in unseren gemischten Patientinnengruppen von der Ich-Konsistenz der Magersüchtigen, diese von der Impulsivität und Spontaneität der Bulimikerinnen und beide von der Weiblichkeit und Fleischeslust der Adipösen profitieren.

- Weiter ergeben auch Geschlechtszugehörigkeit, Alter und soziale Schichtung ein insgesamt einheitliches Bild, so dass der Aufenthalt in der Klinik, die fast eine reine Frauenklinik ist, für viele Patientinnen noch einmal ein Moratorium, eine Zeit der Neuorientierung darstellt. Viele empfinden es als entlastend, unter Frauen zu sein, ohne sexuelles Konkurrenzverhalten, in einer identitätsstabilisierenden peergroup (Jacoby, 1992).
- Schließlich verliert auch die Symptomatik unter anderen Essgestörten viel von ihrer Dramatik, wird hinterfragt und banalisiert.

Die *Nachteile* der Spezialisierung dürften eher die Mitarbeiter/innen erfahren.

- Bei den oft jungen weiblichen Mitarbeitern, die meist der gleichen sozialen Schicht und häufig ähnlichen Berufsgruppen wie die Patientinnen angehören, gibt es Abgrenzungsprobleme und Resonanzphänomene mit den Konflikten der Patientinnen. Hinzu kommt, dass die Arbeit mit Essgestörten – wie mit Suchtkranken überhaupt – wegen des schwer stillbaren körperlichen, psychischen und spirituellen Hungers der Patienten und Patientinnen sehr anspruchsvoll und fordernd ist. Es kommt dadurch zu einer starken Beanspruchung der Mitarbeiter/innen und zu burn-out-Phänomenen. Dem muss mit häufigen Supervisionen vorgebeugt und entgegen gearbeitet werden.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der Spezialisierung kommen wir jedoch zu der Bewertung, dass der Behandlung Essgestörter in eigenen Ein-

heiten – es muss nicht gleich eine eigene Klinik sein – die Zukunft gehört. Ein solches Konzept hat sich ja auch bei der Behandlung des Alkoholismus bewährt. Außerdem haben wir entsprechende Erfahrungen sammeln können, weil wir in unserer Klinik bisher schon über 5 000 Patientinnen und Patienten behandeln konnten.

Das Therapiekonzept ist *tiefenpsychologisch*, d. h. es zielt auf ein Verständnis der lebensgeschichtlichen Hintergründe der Erkrankungen. Zugleich werden die Patientinnen angehalten, wieder Kontrolle über ihr Essverhalten zu erlangen und die *suchtartige* Krankheitsdynamik zu unterbrechen. Körper- und gestaltungstherapeutisches Arbeiten verstärken Selbstgefühl, Selbstwertgefühl, Vitalität und Kreativität. Außerdem ist die Klinik ein Experimentierfeld, in dem die Patientinnen und Patienten neue Verhaltensweisen ausprobieren können und ihre Rolle in einer Gemeinschaft finden können.

Psychodynamisches Konzept

Es geht uns darum, den Kampf um Autonomie und Identität bei den Essgestörten zu verstehen. Dazu nehmen wir Bezug auf das Unbewusste, auf die sprachlichen, körperlichen und handlungsbezogenen Symbolisierungen, auf die inneren Objekte und arbeiten mit Übertragung, Abwehr, Widerstand. Im Kontext dieses Referates will ich den psychoanalytischen Aspekt im engeren Sinne nicht weiter ausführen. Ich weise aber darauf hin, dass wir in unserem integrativen stationären Konzept der Integrationsfähigkeit der Psychoanalyse einiges zumuten und ein ganzes Stück über die üblichen tiefenpsychologischen Standards der psychosomatischen Kliniken hinausgehen.

Begründung für ein integratives Konzept

Formale Verständigungsmöglichkeit:

Unsere Beschränkung auf die insgesamt doch homogene Gruppe der Essgestörten erlaubt uns auf der anderen Seite eine Methodenvielfalt, ohne dass es zu einer babylonischen Sprachverwirrung käme.

Aber auch inhaltlich können wir die Erweiterung unseres therapeutischen Instrumentariums um folgende Methoden begründen:

Humanistische Psychologie

Die Methoden der sogenannten humanistischen Psychologie mit ihrer Orientierung am Hier und Jetzt und mit ihrer integrativen Sichtweise entsprechen gut den Anforderungen der klinischen gruppenbezogenen Kurztherapie; mit ihrer ressourcenorientierten Sichtweise und Grundparametern wie Kongruenz, Empathie und bedingungsloser Annahme schaffen sie die notwendige emotional warme Atmosphäre (Tschuschke, Czogalik, 1990), während nur psychoanalytisch sozialisierte junge Kollegen und Kolleginnen mit ihrer oft überwertig verinnerlichten Abstinenzregel die Essgestörten manchmal emotional verhungern lassen.

Reinszenierungen

Für besonders wichtig halten wir es, reinszenierendes "Agieren" vor dem Hintergrund der Klinik, der Gruppe und der therapeutischen Beziehung szenisch zu verstehen (Janssen, 1987; Lorenzer, 1983). Darüber hinaus ermöglichen wir therapeutische Reinszenierungen in Psychodrama und Rollenspielen, um die Auseinandersetzung sowohl mit inneren wie auch realen Objekten zu ermöglichen.

Körpertherapie

Wir wollen aber nicht nur Handlungskontexte verstehen und gestalten lassen, sondern die Körper mit ihren Spannungen, Haltungen, Blockierungen, ihrem Ausdruck und ihrer Verunstaltung direkt in die Therapie einbeziehen. Essgestörte haben nämlich nicht nur quantifizierbare Störungen des Körperschemas¹, nicht nur ein Körperbild, das durch Selbsthass und Verachtung geprägt ist, sondern sie haben auch gestörte Körper. Den Kör-

¹ bei der Unterscheidung zwischen Körperschema (perzeptiv-kognitive Leistungen bzgl. des eigenen Körpers) und Körperbild (emotional-affektive Besetzung des Körpers und seiner Teile) folge ich *Meermanns* (1991) pragmatischem Vorschlag.

perschema-, Körperbild- und Körperstörungen liegen meist frühe Störungen aus präverbaler Zeit zugrunde. Diese können u.E. körperlich-ganzheitlich wiedererlebt und empathisch verstanden werden (Petzold, 1992).

In der Körpertherapie helfen wir den Patientinnen und Patienten, sich wahrzunehmen, sich auszudrücken und sich anzunehmen, so dass es zu einer Wiederannäherung an den eigenen "Fremdkörper" kommt. Dabei verbinden wir Vorgehensweisen der konzentrativen Bewegungstherapie, der Biodynamik, Bioenergetik, aus der Feldenkrais-Arbeit, Yoga, Tanz und unterschiedlichen Entspannungsverfahren zu einem methodenübergreifenden Konzept (Mielke et al., 1993). Entspannung, Zentrieren und Grounding stehen zumeist am Anfang. Massagen und andere Berührungen dienen der Stimulierung der Oberflächensensibilität. Atemübungen und imaginierte Reisen ins Innere des Körpers verbessern die Wahrnehmung für Körperreize und ermöglichen eine Auseinandersetzung mit dem Körperbild. Im Tanz werden koenästhetische Wahrnehmung und Ausdruck gefördert. In Spiegelübungen, bei Kontaktübungen und durch die Stimulierung der Körpergrenzen werden Körperschema und Körperbild verbessert. Beckenübungen (Bioenergetik und biorelease) sowie Bauchtanz lösen sexuelle Blockaden, während szenisches und spielerisches Schlagen, Stampfen, Stoßen und Schreien dem Ausdruck, der Abfuhr und Verarbeitung aggressiver Impulse dienen (Mielke et al., 1993). Die intensiven Gefühle, die bei der Körperarbeit entstehen, werden anschließend im Gruppenprozess verbalisiert und eingeordnet, teilweise bedürfen sie aber auch der einzeltherapeutischen Verarbeitung. Auch in der verbalen Gruppentherapie und der Gestaltungstherapie werden die gleichen Themen wieder aufgenommen.

Imagination

In verschiedenen therapeutischen Zusammenhängen arbeiten wir mit Imaginationen, die die Körperwahrnehmung verbessern helfen, Erinnerungen

plastischer werden lassen und die Phantasie anregen.

Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie können die Patientinnen und Patienten ihre Körperbilder malen, vergessene und verdrängte Bilder wiederfinden und ein neues Bild von sich gestalten. Sie lernen Übergangsobjekte herzustellen und Symbole zu formen. Die augenfällig und begreifbar gewordenen Gefühle und Selbstanteile lassen sich besser akzeptieren und integrieren.

Symptombezogene Therapie

Noch in eine weitere Richtung haben wir unser psychodynamisches Setting erweitert: Weil wir die Symptomatik sehr ernstnehmen, haben wir verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen einbezogen, die meistens durch die Praxis der Suchttherapie vermittelt worden sind. U.E. ist der Mechanismus der Sucht mit psychoanalytischen Phänomenen allein nicht hinreichend zu verstehen und zu verändern. Auch bei Essgestörten scheint die Symptomatik eine suchtartige Eigendynamik zu gewinnen. (Ich halte es sogar für möglich, dass ein Teil unserer Bulimie-Patientinnen erst sekundär neurotisiert worden ist. Diäten, Hungergefühl, konsekutive Fressanfälle, gegensteuerndes Erbrechen hätten dabei zu Scham- Schuld- und Versagensgefühlen sowie sozialem Rückzug geführt und damit erst zur Pathologisierung einer durchschnittlich intakten Primärpersönlichkeit.)

Auf jeden Fall müssen wir den Patienten und Patientinnen helfen, die Symptomatik zu stoppen. Wir geben ihnen Regeln, wir machen mit ihnen Verträge, ermutigen eine Verhaltensanalyse über Tagesberichte und erleichtern die Selbstkontrolle durch Strukturierung des Tagesablaufs.

Die Arbeit am Symptom findet besonders in der *Ernährungstherapie* statt. Hier erhalten die Patienten und Patientinnen Informationen über eine gesunde Ernährung, lernen ihr Essverhalten mit ihrer psychischen Situation in Zusammenhang zu bringen und haben Gelegenheit, in einer Lehrküche

angstfreien Umgang mit Lebensmitteln wieder zu erlernen. Auf diese Weise fassen sie wieder Vertrauen zu ihrem Körper und dessen Signalen.

Therapeutische Gemeinschaft

Uns ist aber nicht nur an einer Änderung der Symptomatik gelegen: Die Patientinnen und Patienten sollen in vielerlei Beziehung ihr Verhalten, ihren Umgang mit der sozialen Realität und ihr Leben ändern. Erkennen und Verstehen alleine reichen nicht aus. Uns hilft dabei ein Gruppen-Setting, in dem die Gruppe nicht nur ein therapeutisches Instrument darstellt, sondern einen familienähnlichen Bezugsrahmen bildet. D.h. die Gruppenmitglieder nehmen an sämtlichen therapeutischen Aktivitäten gemeinsam teil und essen gemeinsam; jeweils zwei Gruppenmitglieder teilen sich ein Zimmer. Dabei können neue Formen des Zusammenlebens erlernt werden, in denen die Patientinnen und Patienten Verantwortung übernehmen (Beese, 1990; Senf 1988).

Sozialtherapie und Familientherapie

Veränderungen im sozialen Verhalten sollten aber nicht nur im "facilitating environment", im Schutze der Klinik geübt werden. Darüber hinausgehend ist es wichtig, den Kontakt zur äußeren Realität nicht zu verlieren, zumal sich die Entlassung aus der stationären psychosomatischen Behandlung als mögliche Soll-Bruchstelle erweist.

Ein *Realitätstraining* am Heimatort, das fünf Tage dauert und bestimmte Aufgaben beinhaltet, dient zugleich als Generalprobe für die Entlassung. Durch diese Konfrontation mit der äußeren Realität wird ebenso wie durch die Übernahme von Verantwortung innerhalb der Klinik pathologischen regressiven Tendenzen entgegenwirkt (Engel, Jacoby, 1996; Janssen, 1987). Besonders wichtig ist dies bei borderline-Patienten und -Patientinnen, die besonders zu Regression und Spaltung der Objektbeziehungen neigen, so dass z.B. der Therapeut idealisiert und der Partner zu Hause abgewertet wird.

Wir laden deshalb die wichtigsten Angehörigen

und die Partner aller Patientinnen und Patienten zu *Angehörigenseminaren* ein. Dabei finden Familiengespräche und Großgruppensitzungen mit den gleichzeitig eingeladenen anderen Familien statt.

Erfolge

Die stationäre Behandlungsdauer beträgt etwa 8 - 12 Wochen und schließt ein sogenanntes Angehörigenseminar und ein Realitätstraining ein.

Unbehandelt chronifizieren sehr viele Anorexien bzw. enden im Tod durch Suizid oder Verhungern. Die Adipositas führt zu früher Invalidität infolge von Gelenk- und Bindegewebsschäden sowie zu einer Übersterblichkeit, die durch die erhöhten Blutdruckwerte, Gefäßschäden und Stoffwechselstörungen zu erklären ist.

In unseren *Nachuntersuchungen* 2 1/2 Jahre nach Entlassung gaben mehr als 80 % unserer ehemaligen Patientinnen und Patienten ein verbessertes Gesamtbefinden, 80 - 85 % ein verbessertes Essverhalten an, 80 % eine verbesserte Einstellung zum eigenen Körper.

Symptomfrei waren je nach Untergruppe 41 % – 55 % der Magersüchtigen und Bulimiekranken. Allerdings hatten nur 24 % der Adipösen zum Katamnese-Zeitpunkt ein Normalgewicht erreicht. Dies ist zwar im Vergleich zu den anderen beiden Krankheitsbildern wenig, aber ein sehr gutes Ergebnis, wenn man die Langzeitprognose unbehandelter oder nur mit Reduktionskost behandelter Adipöser kennt.

Literatur

Beese, F.: Das Modell der Psychotherapeutischen Gemeinschaft und seine Anwendung auf psychotherapeutische Kliniken. *Gruppentherapie, Gruppendynamik* 4, 1990, S. 282-294

Engel, K., Jacoby, G.E.: Sozialtherapie bei Anorexie- und Bulimie-Patientinnen. In: *Herzog, W., Munz, D., Kächele, H. (Hrsg): Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen*, Stuttgart 1996, Schattauer

Jacoby, G.E.: Zentralthema Hunger, Tiefenpsycho-

logisch fundierte stationäre Behandlung bei Eßstörungen. *Psycho* 18 (2), 1992, S. 112-120

Janssen, P.L.: Psychotherapeutische Therapie in der Klinik, Stuttgart 1987, Klett-Kotta

Lorenzer, A.: Interaktion, Sprache und szenisches Verstehen. *Psyche* 37 (2), 1983, S. 97-115

Mielke, A., Steinmann-Reiner, G., Taphorn, A., Rümmler, A., Bönke, A.: Körpertherapie in der Klinik am Corso, Bad Oeynhausen 1993, interner Bericht

Petzold, H.G.: Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie. *Gestalt und Integration* 2/91-1/92, S. 100-109

Senf, W.: Theorie der stationären Psychotherapie. In: *Becker, H., Senf, W. (Hrsg):* Praxis der stationären Psychotherapie, Stuttgart 1988, Thieme

Tschuschke, V., Czogalik, D.: Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin 1990, Springer

Wege aus der Ess-Störung – Wegweiser Beratungsstelle

Anna Conda ist eine Fach- und Beratungsstelle für Frauen und Mädchen, die an Ess-Störungen – Bulimie, Anorexia Nervosa, Adipositas, Heißhungerstörung, atypische Ess-Störung – leiden. Anna Conda bietet Einzelberatung, altershomogene Gruppen, Krisenintervention sowie offene Sprechzeiten an. Zu den Zielgruppen gehören auch

- Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren, die noch keine manifeste Ess-Störung haben,
- langjährig essgestörte Frauen, die aufgrund der gezielten Angebote und des geschützten Rahmens erstmals ihre hohen Schuld-/Schamgefühle überwunden haben,
- chronifizierte essgestörte Frauen, die schon mehrere stationäre und / oder ambulante Hilfsangebote in Anspruch genommen haben,
- Angehörige und Multiplikatorinnen, die wegen der besonderen Problematik gezielte Hilfestellungen suchen.

Für das Land NRW (MFJFG) ist Anna Conda im Bereich Konzeptentwicklung, Qualifizierung, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung im Problembereich Frauen und Ess-Störungen tätig.

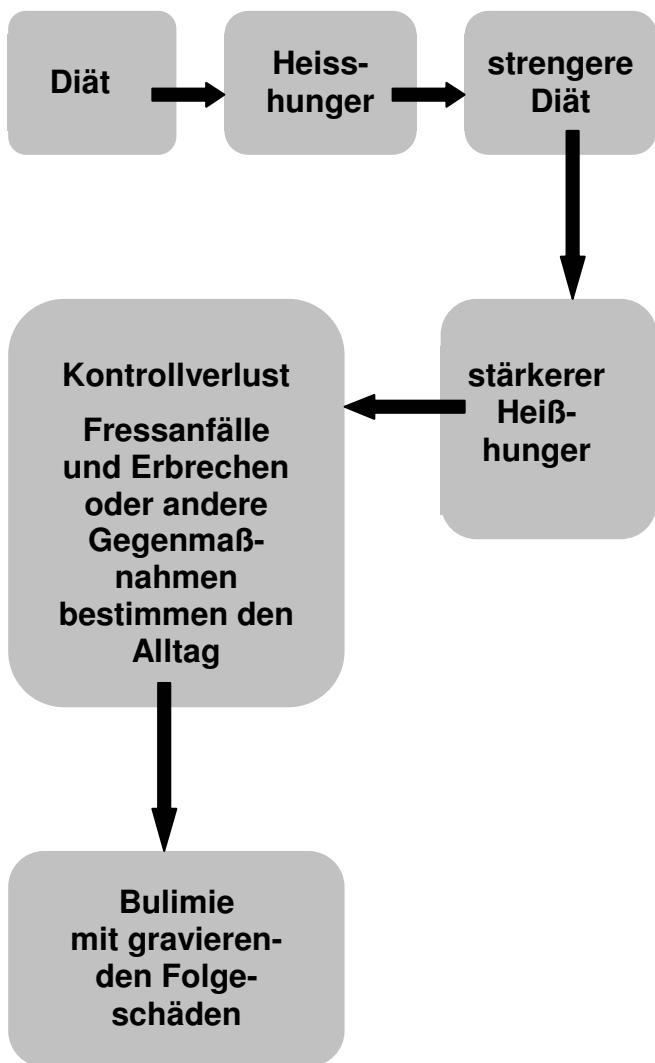
Die verschiedenen Erscheinungsformen von Ess-Störungen wurden bereits in den vorangegangenen Referaten ausführlich beschrieben. Dabei ergaben sich auch Diskussionsansätze, ob Ess-Störungen im Bereich der Suchtkrankheiten oder im Bereich der chronischen Krankheiten einzuordnen sind. Anna Conda geht davon aus, dass es sich bei Ess-Störungen um eine Suchterkrankung handelt. Dem entsprechen die Angebote sowie der Beratungs- und Therapieansatz. Im folgenden sollen anhand von Folien das Phänomen Ess-Störung als Suchterkrankung sowie der Beratungs- und Therapieansatz detaillierter dargestellt werden.

Suchtaspekt von Ess-Störungen

- Kontrollverlust
- keine alternative Handlungsebene
(Fixierung, Einengung)
- Auflösung sozialer Bindungen
- Leistungsabfall
- körperliche Gefährdung
- medizinische Folgen
- verzerrte Wahrnehmung
- gestörtes Körpergefühl
(kein Hunger-, kein Sättigungsgefühl
mehr spüren)
- Schuld- und Schamgefühle
(Verheimlichung)
- soziale Folgen
(Schulden, Arbeitsunfähigkeit, Verein-
samung)
- Sinnkrise

Der Suchtkreislauf bei Ess-Störungen

Bulimie



Suchtartige Ess-Störungen und andere Suchterkrankungen

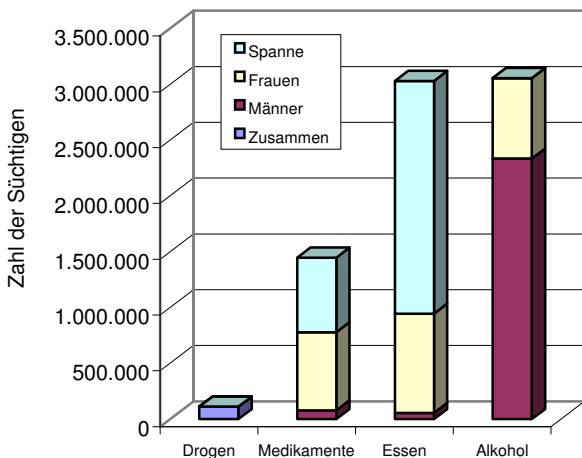
Unterschiede

- Suchtmittel „Essen“ kann nicht entzogen werden
- Abstinenz ist nicht möglich
- Betroffene sind froh, wenn sie das Suchtmittel nicht nehmen
- Keine körperlichen Entzugerscheinungen
- Kein Rauschzustand, nur momentane Spannungsabfuhr

Parallelen

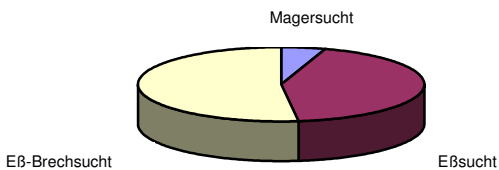
- Kontrollverlust
- Spannungsabfuhr bewirkt momentane emotionale Entlastung
- Suchtmittel „Essen“ als Mittelpunkt des Alltags
- Suchtmittel als Ersatzbefriedigung tieferliegender Lebensprobleme
- Oft Mehrfachabhängigkeit (Psychopharmaka, Abführmittel, Alkohol, Appetitzügler)

SÜCHTIGE IN DEUTSCHLAND Unterschiedliche Schätzungen



Süchtige in Deutschland (nach Maja Langsdorff [92])

ANTEIL DER ESS-SÜCHTIGEN



Anteile der Einzeldiagnosen an der Gesamtmorbidität
(nach Maja Langsdorff [92])

Ess-Störungen im weiblichen Lebenszusammenhang

Nahrungsmittel sind traditionsgemäß der weiblichen Rolle zugeordnet und als Suchtmittel jederzeit verfügbar.

Systemkonformität und hohe Dunkelziffern sind kennzeichnend für die Unauffälligkeit und Heimlichkeit, mit der Frauen und Mädchen Suchtmittel konsumieren.

Suchtartige Ess-Störungen sind ein Bewältigungsversuch im Umgang mit

- dem Perfektionsdruck durch das extreme Schlankheits- und Schönheitsideal
- direkten Gewalterfahrungen: sexueller Missbrauch, Misshandlung, psychische Gewalt, sexuelle Grenzüberschreitungen im Alltag
- struktureller Gewalt: Rollenverteilung, Benachteiligung im Erwerbsleben
- Benachteiligungen durch die geschlechtsspezifische Sozialisation: passive und auffällige Konfliktlösungsstrategien, größere familiäre Verpflichtungen und Einbindung
- widersprüchlichen Rollenerwartungen: passiv – durchsetzungsfähig, abhängig – autonom, zart – tough, zerbrechlich –stark
- Leistungsdruck: die „ideale“ Frau erfüllt alle Rollen perfekt
- Selbstwert- und Identitätsproblemen

Beratungs- und Therapieansatz

Frauenspezifischer Ansatz

- Professionelle Parteilichkeit (Reflexion über Geschlechterverhältnisse)
- Entstehung von Essstörungen im Kontext weiblicher Lebenszusammenhänge sehen und thematisieren
- Deutung der Essstörungen als Bewältigungsversuch im Umgang mit widersprüchlichen gesellschaftlichen Rollenerwartungen, Gewalterfahrungen und konflikthaften Lebenszusammenhängen
- Bereitstellung geschützter Räume ausschließlich für Frauen und Mädchen
- frauenspezifische Themen aufgreifen und bearbeiten wie Schönheitsideale, Selbstwertgefühl, Frau-Sein, Identität als Frau, Frauenbild, Lebensplanung, Sexualität, sexueller Missbrauch und andere Gewaltformen

Suchtaspekt

- Suchtaspekt thematisieren
- Motivationsarbeit (Krankheitseinsicht)
- Genaues Erörtern des Essverhaltens
- Vereinbarungen zum konkreten Abbau des suchtartigen Essverhaltens

Kreative, körperbezogene Therapiemethoden

- Selbst-/Gefühlswahrnehmungen und –ausdruck
- symbolische Bedeutung der jeweiligen Ess-Störung bearbeiten (des Zuviel-Essens, des Zuwenig-Essens und Erbrechen)
- Bedeutung des Dick-/Dünnseins
- Arbeit am Körperbild und an einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Arbeit am Kontakt zu sich selbst und zu anderen
- Abgrenzung
- Handlungsalternativen erarbeiten (in Rollenspielen, Psychodramaübungen etc.)

Themenschwerpunkte in der Gruppen- und Einzelberatung

- Gesellschaftliche, familiäre und geschlechtsspezifische Hintergründe, die zur Entwicklung einer Ess-Störung führen
- Symbolische Bedeutung der jeweiligen Ess-Störung (des Zuviel-Essens, des Zuwenig-Essens und Erbrechen)
- Bedeutung des Dick- und Dünnsseins
- Extreme Ängste vor einer Gewichtszunahme, auch bei starkem Untergewicht
- Benennung und Abbau der Heimlichkeiten des gestörten Essverhaltens
- Wahrnehmen und Ausdrücken von Gefühlen
- Arbeit am Körperbild und an einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Arbeit am Kontakt
- Abgrenzung
- Selbstwertgefühl
- Frau-Sein, Identität als Frau, Frauenbild
- Leistung und Perfektionsansprüche
- Stärke/Schwäche
- Aggression/Autoaggression
- Vertrauen/Misstrauen
- „Alles-oder-Nichts“-Denken und -Handeln
- Abwehr und Verdrängung
- Depression
- Sexualität
- Sexueller Missbrauch
- Konkrete Schritte zum Abbau der jeweiligen Ess-Störung
- Loslösung

Schwierigkeiten in der Arbeit mit essgestörten Mädchen und Frauen

- Abklärung der Motivation
- Grenzziehung der Leiterinnen bezüglich der Möglichkeit, was im ambulanten Rahmen möglich ist
- Kontaktschwierigkeiten
- Umgang mit der Abwehr der Mädchen und jungen Frauen
- Kurzfristiger Symptomverlust bei Beratungsbeginn bzw. im Verlauf der Beratung
- Verschlimmerung des Symptoms
- Symptomwechsel
- Entwertung/Idealisierung der Leiterinnen
- Narzisstische Kränkung der Mädchen und jungen Frauen und/oder Leiterinnen
- Festhalten am Symptom
- Sexueller Missbrauch
- Autoaggressive Handlungen
- Selbstmordgedanken, Selbstmorddrohungen, Selbstmordtendenzen

Ziele in der Einzel- und Gruppenarbeit

- Loslassen von der Überkonzentration auf das Essen
- Gewichtsstabilität
- Frustrationstoleranz
- Gefühle wahrnehmen und adäquat ausdrücken
- Frau-Sein annehmen
- Stabileres Selbstwertgefühl
- Beziehungsfähigkeit

Zum Schluss ein Gedicht, das eine 16jährige
Bulimikerin schrieb:

Hoffnungs – Gedicht

Ich besitze zwei Füße

- *ich kann meinen eigenen Weg gehen.*

Ich habe zwei Hände

- *ich kann mein Leben selbst in die Hand nehmen.*

Ich besitze einen Mund

- *ich brauche nicht zu schweigen*

Ich habe zwei Augen

- *ich kann positiv in die Zukunft schauen.*

Ich besitze zwei Ohren

- *ich kann die Musik des Lebens hören.*

Ich habe MICH

- *wieso sollte ich hassen?*
- *wieso sollte ich Angst haben?*

MICH kann ich nicht verlieren!

Anhang

Tagungsprogramm

- 10.00 Uhr Begrüßung
Anita M. Jakobowski
KOSKON NRW, Mönchengladbach

Klaus Zunker
BKK LV NW, Essen

Einführung
Doris Schindel
Ruth Schwalbach
Anna Conda e.V., Aachen
- 10.15 Uhr Die unterschiedlichen Formen
der Ess-Störung
Prof. Dr. Alexa Franke
Universität Dortmund
- 11.15 Uhr Pause
- 11.30 Uhr Rundtischgespräch

Selbsthilfe – Ein Weg
aus der Ess-Störung?
Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen

Teilnehmer/innen:
*SHG für Frauen mit Bulimie & Mager-
sucht*
Elternkreis essgestörte Töchter & Söhne
Overeaters Anonymous
XXL-SHG für Essgestörte

Moderation:
Doris Kieselbach
St. Augustin
- 13.00 Uhr Mittagspause
- 14.00 Uhr Wege aus der Ess-Störung –
Wegweiser Fachklinik
Dr. Georg Ernst Jacoby
Klinik am Corso, Bad Oeynhausen

- 14.45 Uhr Wege aus der Ess-Störung –
Wegweiser Beratungsstelle
Doris Schindel
Ruth Schwalbach
Anna Conda e.V., Aachen
- 15.30 Uhr Schlussdiskussion
Zusammenfassung
Anita M. Jakubowski
KOSKON NRW, Mönchengladbach
- 16.00 Uhr Ende der Tagung

Liste der Referentinnen und Referenten

Franke, Prof. Dr. Alexa

Universität Dortmund,
Rehabilitationapsychologie
Fakultät 13
44227 Dortmund

Jacoby, Dr. Georg Ernst

Klinik am Korso
Am Ostkorso 4, 32545 Bad Oeynhausen

Jakubowski, Anita M.

KOSKON NRW – Koordination für Selbsthilfe-
kontaktstelle in Nordrhein-Westfalen
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach

Kieselbach, Doris

Bussardstraße 137, 53757 St. Augustin

Schindel, Doris

Anna Conda e.V.
Theaterstraße 25, Aachen

Schwalbach, Ruth

Anna Conda e.V.
Theaterstraße 25, Aachen

Zunker, Klaus

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Da am Rundtischgespräch ein Vertreter und eine Vertreterin der Overeaters Anonymous beteiligt waren, die ihre Anschriften nicht veröffentlichen wollen, haben wir grundsätzlich auf die Bekanntgabe der Adressen der beteiligten Selbsthilfegruppen verzichtet. Anfragen bitten wir an KOSKON NRW zu richten, wir geben diese dann an die jeweilige Gruppen weiter.