

Übergewicht & Binge-Eating (Essattacken)

PatientInnen mit Essstörungen finden in der Klinik am Leisberg einen **auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierten therapeutischen Bereich**. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg.

Allgemeines

Etwa jeder zweite Bundesbürger ist übergewichtig, die Geschlechterverteilung ist in etwa gleich, aber Frauen erleben Übergewicht schneller als Makel aufgrund der gesellschaftlichen Schönheitsstandards, nach denen Attraktivität und Schlanksein bei Frauen gekoppelt wird. Frauen entwickeln daher viel schneller einen Leidensdruck, während Männer eher dazu neigen, die Erkrankung oft über lange Zeit zu bagatellisieren, mitunter auch dann noch, wenn sie bereits unter Folgeschäden leiden.

Anlagefaktoren spielen bei der Ursache eine wichtige Rolle, da sie den Grundumsatz bestimmen. Letztlich entscheidend ist allerdings ein „**Bilanzproblem**“ zwischen Kalorienaufnahme (Essen und Trinken) und -verbrauch (vor allem durch Bewegung und Sport). Die Tendenz zum Übergewicht steigt mit zunehmendem Alter. Dies ergibt sich einerseits aus einem Missverhältnis zwischen aufgenommenen Kalorien bei verminderter körperlicher Aktivität und andererseits spielt auch die Reduktion des Stoffwechselumsatzes im Alter eine Rolle.

Die Kennzeichen

Hinsichtlich des Essverhaltens beginnt das Problem oft mit ungünstigen, nicht angepassten Gewohnheiten. Man isst zuviel, weil das zu Hause gefördert wurde oder man benutzt essen oder trinken als Frust- und Kummerkompensation. Mehr oder weniger schnell erfolgt dann der Übergang in süchtiges, nicht mehr kontrollierbares Essverhalten. Die Betroffenen erleben ihren Kontrollverlust hinsichtlich des Essens als schweren Makel und schämen sich dafür.

Viele Betroffene bemühen sich vor allem durch Diäten und andere „Tricks“, das Gewicht doch wieder unter Kontrolle zu bringen. Diäten führen aber bei einer Esssucht zu einer weiteren Intensivierung (da sie die Gier durch den erzwungenen Verzicht erst richtig ankitzeln). Das resultiert in dem „Jojo-Effekt“, d.h. einige Wochen nach Ende der Diät liegt das Gewicht einige kg über dem Ausgangsgewicht. Nun folgen oft über Jahre immer wieder neue Diät-Versuch, die aufgrund der Erfolglosigkeit schließlich in der Resignation enden. **Diäten**, auch ernährungsphysiologisch vernünftige Diäten, sind also immer Öl auf das Feuer einer Esssucht und daher hier nicht sinnvoll.

Binge-Eating (Essattacken)

Binging bedeutet wörtlich „gieriges Essen, vollstopfen“. Das Binge-Eating entspricht gewissermaßen einer Bulimie (=Essbrechsucht), jedoch ohne Erbrechen oder andere gewichtsreduzierende Manipulationen (die man als „**purging**“ = sich Erleichtern, bezeichnet) und ist daher oft mit Übergewicht verbunden.

Kennzeichnend sind wiederholte Essanfälle, wobei große Nahrungsmengen oft sehr schnell und bis zu einem unangenehmen Völlegefühl verschlungen werden. Die Essanfälle sind wegen des erlebten Kontrollverlustes mit Schamgefühlen verbunden, deswegen wird oft allein gegessen.

Ähnlich wie bei der Bulimie ist in der Regel eine intensive Therapie notwendig, um das Essverhalten zu ändern und die Hintergründe aufzuarbeiten.

Esssucht mit Übergewicht

Wenn keine Essanfälle im engeren Sinne auftreten, dann entsteht das Übergewicht durch ein ‘‘Bilanzproblem‘‘. Das Gleichgewicht zwischen der Nahrungsaufnahme und dem Kalorienverbrauch, stimmt nicht. Die Mahlzeiten fallen zu üppig aus und finden zu häufig statt. Mitunter wird fast ständig gegessen (‘‘Spiegelessen‘‘, in Anlehnung an den Begriff des Spiegeltrinkens). Oft besteht eine besondere Abhängigkeit von Süßigkeiten (‘‘Zuckersucht‘‘) bzw. Kuchen.

Der Ablauf der Behandlung

Im folgenden werden die grundlegenden Therapieziele und dann die bei uns für die Behandlung von Essstörungen spezifischen und generellen Therapiekonzepte näher erläutert.

Therapieziele

1. Normalisierung des Essverhaltens innerhalb eines Zeitraumes von etwa zwei Jahren.
2. Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes, in dem man sich so akzeptieren mag wie man ist.
3. Gewicht bewegt sich in den Normalbereich und verliert die überwertige Bedeutung. Es ist eher ein langsames Abnehmen angezeigt, das sich ohne spezielle Diät auch nach der stationären Entlassung fortsetzt.
4. Erfahrung von Beziehung als sinnvoll, freudegebend und entlastend. Heraustreten aus dem Stress, anderen ein falsches Bild von sich selbst vorzuspielen.
5. Bereitschaft zu einem längerfristigen Engagement für die eigene Gesundheit (nicht nur im Essbereich).
6. Offenes Suchen nach den Hintergründen der eigenen Erkrankung mit dem Ziel einer Konfliktlösung auch in tiefergehenden Bereichen.

7. Sinnvolle Entwicklungen im Bereich der beruflichen und familiären Identität, sowie der Verankerung in Partnerbeziehungen.

Normales bzw. abstinentes Essen

In der ersten Phase nach der Aufnahme unterstützt ein stark strukturierendes, auf den Umgang mit Essen bezogenes Konzept die Entwicklung eines äußerlich normalen Essverhaltens. Dies ist wichtig, damit die inneren Steuerungsgefuhle wie Hunger, Sättigung und Appetit sich wieder entwickeln können.

Der Einstieg geschieht durch das ‘**abstinente Essen**’, hier wird die Nahrungsaufnahme durch festgelegte ‘‘Normal-Portionen‘‘⁽¹⁾ strukturiert. In einem **Therapievertrag** werden weitere Therapiebedingungen festgelegt und individuelle Absprachen fixiert, so dass hier Transparenz besteht.

In der zweiten Phase geht es dann um das ‘**freie Essen**’ und der Umgang mit den gefürchteten ‘**Dickmachen**’ und Essanfall-induzierenden Nahrungsmitteln. Hier wird dann die Essstruktur langsam wieder aufgelockert und die Steuerung mehr und mehr dem persönlichen Gefühl anvertraut. Diese Phase ist oft mit vermehrten Rückfällen verbunden, was bei den PatientInnen dann die Angst auslösen kann, die Therapie sei nutzlos gewesen, da sie sich wieder in der gleichen Dynamik wie vor der Therapie erleben. Das Erlernen eines sinnvollen Umgehens mit den **Rückfällen** ist daher nun ein Hauptthema und hat insgesamt eine zentrale Bedeutung für die Prognose nach Beendigung des stationären Aufenthaltes. Auch hier gibt es neben der Bearbeitung in der Gruppentherapie strukturierte Hilfsangebote.

In der **Entlassphase** wird die Therapiestruktur weiter aufgelockert, Selbstbestimmung steht nun im Vordergrund. Hauptthemen sind die Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung, Regelung von Problemen am Heimatort, Familien- oder Partnergesprache, Heimfahrten, Abschied von der Klinik und den hier wichtig gewordenen Menschen und die Suche ambulanter Unterstützungsangebote.

Therapieelemente

Im psychotherapeutischen Bereich liegt der Fokus oft im Beziehungsbereich, z.B. bei dem, was man sich mit dem „Körperpanzer“ vom Leibe hält, wozu man ihn braucht und durch was man ihn verzichtbar machen könnte.

Unser Therapieangebot ist eine Kombination aus einzel- und gruppentherapeutischen Elementen.

Dabei hat sich gerade im Essstörungsbereich die sinnvolle Verbindung von verhaltenstherapeutischen (Esstagebuch, Essbegleitung, Kochgruppe, strukturierte Mahlzeiten) und tiefenpsychologischen Interventionen (aufdeckend, konfliktzentriert) bewährt. Verschiedene ergänzende Formen der Therapie (Musik-, Tanz-, Kunst- Bewegungstherapie) ermöglichen ein Sich-Selbst-Erfahren in unterschiedlichen Facetten. Dies fördert eine Erweiterung des Selbstverständnisses und erleichtert den Gefühlausdruck.

Die Therapeutische Gemeinschaft spielt eine wichtige Rolle als soziales Übungs- und Unterstützungsfeld, dies wird durch PatientInnen immer wieder hervorgehoben.

Ess-Strukturgruppe

An der Ess-Strukturgruppe nehmen alle PatientInnen mit einer Essstörung teil. Hier werden Informationen vermittelt, Essregelungen besprochen, die persönliche Essgeschichte erarbeitet, Unterstützungssysteme aufgebaut und Krisen geregelt.

Nach der Entlassung

Wir gehen davon aus, dass die stationäre Intervention nur ein erster Schritt in einem längerfristigen Gesundungsprozess ist. Wir legen daher besonderen Wert darauf, dass unsere PatientInnen möglichst frühzeitig die Zeit nach der Entlassung vorplanen und unrealistische Zeitvorstellungen bezogen auf den Heilungsprozess abbauen. In der Regel gehören eine längerfristige ambulante Psychotherapie oder eine Nachbetreuung durch spezifische Beratungsstellen und der kontinuierliche Besuch von Selbsthilfegruppen für einen Zeitraum von etwa 2 Jahren in die Zeit nach der Entlassung.

Ärztlicher Leiter und Chefarzt der Klinik
Dr. med. Dipl.-Psych. Thomas Falbesaner
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin &
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie