

# **Aktuelle Verhaltenstherapie**

**Heft 4**

## **Psychogene Eßstörungen**

**Psychosomatische Fachklinik  
Bad Dürkheim**

**Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik**  
**Ltd. Arzt**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
**Kurbrunnenstraße 12**  
**67098 Bad Dürkheim**  
**Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 59**  
**Fax 2 66**

**Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**

3. Auflage 1999 1000 Exemplare

**ISSN 1432-5845**

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

**Stefan Leidig Utz Schairer Bernt Schmitz**

**Schwerpunkte eines integrativen  
stationären Behandlungs-  
konzeptes für PatientInnen mit  
psychogenen Eßstörungen**

**Ansprechpartner für den Bereich psychogene  
Eßstörungen:**

**Dr. med. U. Schairer, Ltd. Internist  
Dr. rer. soc. Dipl. Psych. B. Schmitz, Ltd. Psychologe**

**Telefonische Sprechzeit:  
Montags 11.00 - 12.00 Uhr  
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 34  
Fax 2 66**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter  
Tel. 0 63 22 / 9 34 0**

# Inhaltsverzeichnis

<b>A. BULIMIA NERVOSA</b>	<b>4</b>
I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	4
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	5
III. Therapieziele	7
IV. Indikation zur stationären Behandlung	8
V. Spezifische Methoden	10
<b>B. ANOREXIA NERVOSA</b>	<b>11</b>
I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	11
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	12
III. Therapieziele	13
IV. Indikation zur stationären Behandlung	14
V. Spezifische Methoden	17
<b>C. ADIPOSITAS PERMAGNA</b>	<b>18</b>
I. Problembereiche	18
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	19
III. Therapieziele	20
IV. Zur Indikation	20
<b>BASISLITERATUR</b>	<b>21</b>



# A. Bulimia nervosa

## I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Die Bulimia nervosa ist als Eßstörung dadurch gekennzeichnet, daß zumindest zweimal pro Woche Heißhungeranfälle so unkontrollierbar erlebt werden, daß sie zu Eßattacken führen, bei denen bis zu 15.000 kcal (durchschnittlich 4.000 kcal) verschlungen werden. Gemeinsam ist den PatientInnen der Versuch, die Folgen der Nahrungsaufnahme durch Maßnahmen der Gewichtskontrolle zu kompensieren. Das geschieht durch absichtliches Erbrechen und/oder durch Laxanzien- bzw. Diuretikaabusus, Fastenperioden zwischen den Eßanfällen, übertriebene sportliche Betätigung. Es besteht eine extreme Besorgnis um das Gewicht bzw. die Figur. Gewicht und Aussehen sind von zentraler Bedeutung für das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit der PatientInnen. Die PatientInnen versuchen stets verzweifelt, ihr Gewicht unter einer bestimmten Obergrenze zu halten, es besteht die Angst, unkontrollierbar zuzunehmen.

Folgen intermittierenden Diätverhaltens: Ein Großteil bulimischer PatientInnen berichtet über Diätversuche und deutliche Gewichtsschwankungen in der Vergangenheit. Das chronisch eingeschränkte bzw. gezügelte Eßverhalten ("restrained eating") führt zu einem körperlichen Mangelzustand. Hunger- und Sättigungsgefühl werden unzuverlässig, und schon infolge des Mangelzustandes kommt es zu spontanen Heißhungerattacken mit Kontrollverlust. Die PatientInnen erleben die Anfälle einerseits genußvoll und streßabbauend, andererseits

als Zeichen mangelnder Willensstärke und beängstigend in bezug auf die Figur. Infolge der Gewichtspubie wird die aufgenommene Nahrung wieder erbrochen, was als Erleichterung erlebt wird. Dem Kontrollverlusterlebnis von Essen und Erbrechen folgt wiederum gezügeltes Essen, der Teufelskreis schließt sich.

Körperliche Begleiterscheinungen: Störungen des Elektrolyt-haushaltes, Störungen des Menstruationszyklus, Entzündungen der Speiseröhre, Anschwellen der Speicheldrüsen, Schädigungen des Zahnschmelzes durch den häufigen Kontakt mit Magensäure beim Erbrechen.

## **II. Grundlegende therapeutische Prinzipien**

Die Behandlung der Bulimia nervosa erfolgt in der Fachklinik auf zwei Ebenen: Normalisierung des Eßverhaltens und Bearbeitung der die Störung aufrechterhaltenden psychischen und sozialen Faktoren.

Bezüglich der Modifikation des gestörten Eßverhaltens gehen wir von dem oben dargestellten Teufelskreismodell des gezügelten Essens aus. Zentral sind hier folgende Problembe-reiche zu bearbeiten:

- Entwicklung von Selbstkontrolle bezüglich der Nahrungseinnahme durch ausführliche Selbstbeobachtung und Protokollierung des Essens sowie des vorausgehenden und nachfolgenden Verhaltens und Erlebens.



- Reduktion depressiv-hilflosen Erlebens bezüglich der überwältigenden Heißhungerattacken. Dies geschieht einerseits durch die regelmäßige Nahrungsaufnahme, da sich hierdurch schon die Frequenz von Heißhungerattacken (als Folge des Fastens während des Tages) reduziert. Andererseits werden die PatientInnen ausführlich über die psychophysiologischen Folgen intermittierender Mangel-ernährung aufgeklärt. Hier spielt insbesondere die Tatsache eine Rolle, daß das sich mit dem Essen Beschäftigen sowie die Freßattacken nicht als Zeichen von Willensschwäche zu werten, sondern normale biologische Reaktionen sind.
- Reduktion des Erbrechens, Unterbinden des Laxanzien- bzw. Diuretikaabusus. Diese von den PatientInnen initiierten Maßnahmen zur Vermeidung akuter Angst vor dem Dickwerden sind zentrale, die Heißhungerattacken aufrechterhaltenden Faktoren, da in der Vorstellung der Pat. "viel essen" ohne figürliche Konsequenzen bleibt. Therapeutische Interventionen bestehen beispielsweise darin, mit den PatientInnen nach den Mahlzeiten spazieren zu gehen bzw. Abführmittel kontrolliert abzusetzen. In der Regel gehen diese Maßnahmen mit massiven psychischen Krisen einher, weshalb parallel dazu psychosoziale Problembereiche bearbeitet werden müssen:

Therapie gewichtspobischer Erlebens- und Verhaltensweisen. In der Regel sind die Ängste, unkontrollierbar zuzunehmen durch massive Verunsicherungen infolge unmenschlich überzogener familiärer bzw. gesellschaftlicher Rollenerwartungen geprägt. Die hierdurch entwickelte Verunsicherung bezüglich individueller Bedürfnislagen und deren selbstsicherer Äußerung führt zu Kontrollverlust erleben im sozialen

Kontext. Sie führt zu Defiziten bezüglich der Befriedigung grundlegender (zwischenmenschlicher) Bedürfnisse und zu individuellen Problembereichen, deren Lösung durch das Streben nach einer "guten Figur" verhindert wird. Entsprechend sehen wir in der Unterbindung von Heißhungerattacken bzw. dem anschließenden Erbrechen einen wichtigen therapeutischen Schritt. Dazu halten wir es aber für unabdingbar, die Lösung der individuellen Problembereiche durch kognitiv-verhaltenstherapeutische, imaginative und kommunikationstheoretische Verfahren im Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie anzugehen.

### **III. Therapieziele**

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Aufbau eines regelmäßigen Eßverhaltens
- Bewältigung gewichtsprophischer Erlebens- und Verhaltensweisen (Sistieren des selbstinduzierten Erbrechens bzw. des Laxanzienabusus)
- Besserung der Gefühls- bzw. Bedürfniswahrnehmung und deren Äußerung
- Reduktion irrationaler Einstellungen zu Nahrung, Gewicht, Aussehen und Impulskontrolle

## IV. Indikation zur stationären Behandlung

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Ein zentraler Punkt dieser Unklarheit besteht in der Verunsicherung bezüglich der Differentialindikation: Wann ist eine ambulante Maßnahme ausreichend, wann ist eine stationäre Therapie notwendig? Da aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden Problembereiche der Bulimia nervosa aufgeführt werden, die ambulante Behandlungen erschweren und im stationären Rahmen effektiv zu therapieren sind.

- **Ausgeprägte Verhaltensexzesse:**  
Mehrere wöchentlich oder gar täglich stattfindende Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen sind im ambulanten Bereich kaum angemessen zu kontrollieren. Entsprechend gering sind die Möglichkeiten, den PatientInnen den Aufbau von Selbstkontrolle, z. B. durch regelmäßige Nahrungsaufnahme, zu sichern. Chronifizierte PatientInnen fallen ohne die im stationären Rahmen möglichen Kontrollen zwischen den Sitzungen immer wieder in ihr Defiziterleben zurück, da die konsequente Durchführung therapeutischer "Hausaufgaben" nicht begleitet werden kann und deshalb auch nur halbherzig oder gar nicht stattfindet.
- **Schwer durchzuhaltende Bewältigungsstrategien:**  
Bei PatientInnen mit jahrelangem Laxanzien- bzw. Diuretikamißbrauch kann eine engmaschige medizinisch-psychotherapeutische Zusammenarbeit notwendig werden. Zumindest werden die PatientInnen psychische Ent

zugssymptome in Form von massiven gewichtsp hobischen Reaktionen erleben. Entsprechend stark ist die Tendenz, etwa das Gebot zur Medikamentenreduktion zu unterlaufen. Im stationären Bereich besteht die Möglichkeit, andauernd Motivierungsarbeit zu leisten und auf breiter Ebene Unterstützung dabei anzubieten, solchen verständlichen Rückfallversuchungen zu widerstehen.

- **Ausgeprägte Selbstwahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen:**  
Aufgrund der extremen Ausrichtung an gesellschaftlichen Idealen im Sinne sozialer Erwünschtheit haben viele BulimiepatientInnen generalisiert die Fertigkeit verloren, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren bzw. durchzusetzen. Aufgrund des multiprofessionellen Behandlungsangebotes, insbesondere im Rahmen verschiedenster erlebnis- und handlungsorientierter Therapiegruppen, besteht im stationären Rahmen die Möglichkeit, auf unterschiedlichen Ebenen, eng verzahnt und mittels fachlicher Rückmeldung entsprechende Kompetenzen gezielt zu erwerben.
- **Zur Vorbereitung und im Sinne einer Klärung der Motivation und Indikation zu einer stationären Verhaltenstherapie empfehlen wir ein ambulantes Vorgespräch in der Klinik.**

## **V. Spezifische Methoden**

- Einzeltherapie
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Antidiätgruppe
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Familiengespräche
- Atemtherapie/Körperwahrnehmung/Entspannungstraining
- Sporttherapie
- indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen (z. B. Selbstsicherheitstraining, Angstbewältigungstraining)

## **B. Anorexia nervosa**

### **I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien**

Die Anorexia nervosa ist eine Eßstörung, bei der sich die PatientInnen (zu 95 % Frauen) weigern, eine ausreichende Nahrungsmenge zu sich zu nehmen. Es wird eine strenge und extrem knappe Kaloriengrenze eingehalten. Mahlzeiten beschränken sich auf geringe Menge "guter" und "erlaubter" Lebensmittel, die von "schlechten" bzw. "fettmachenden" Lebensmitteln deutlich unterschieden werden.

Gewichtskontrolle: Zusätzlich zur starken Einschränkung der Nahrungsaufnahme geschieht die Gewichtskontrolle durch selbstinduziertes Erbrechen, Einnahme von Appetitzüglern, Laxanzien oder Diuretika. Exzessive sportliche Betätigung wird ebenso als Form der Gewichtskontrolle eingesetzt.

Körperschemastörung: Trotz des offensichtlichen Untergewichtes (< 15 % unter dem zu erwartenden Idealgewicht) empfinden sich die PatientInnen als zu dick. Entsprechend besteht eine Furcht vor Gewichtszunahme. Diese Furcht ist im Erleben und Verhalten so zentral, daß sie das gestörte Eßverhalten motiviert und aufrechterhält (die PatientInnen sind gedanklich permanent mit dem Essen beschäftigt).

Mangelndes Krankheitsbewußtsein: Häufig verleugnen die PatientInnen zumindest Teilaspekte ihrer Störung, die Krankheitseinsicht ist minimal.

Körperliche Folgeerscheinungen: Amenorrhoe, Hypertonie, Hypotonie, Bradykardie, Lanugobehaarung, endokrinologische Veränderungen, Störungen des Elektrolythaushaltes.

## **II. Grundlegende therapeutische Prinzipien**

In den 70er und 80er Jahren waren verhaltenstherapeutische/verhaltensmedizinische Behandlungskonzepte der Anorexia nervosa durch die zentrale Fokussierung des offensichtlichen Symptoms "Untergewicht" charakterisiert. Entsprechend standen Versuche zur Restitution des reduzierten Körperzustandes im Vordergrund therapeutischer Bemühungen. Ein bestimmtes "Mindestgewicht" wurde durch Isolationsprogramme oder Sondenernährung erreicht und zur Voraussetzung für weitere therapeutische Schritte gemacht. Die Festlegung von Mindestgewichten wurde damit begründet, daß die PatientInnen infolge der Unterernährung a) unmittelbar letal gefährdet und b) infolge resultierender Störungen kognitiver und affektiver Bereiche nur schwer therapeutischen Interventionen zugänglich seien. Aufgrund neuerer empirischer Daten und der mittlerweile fast 20jährigen verhaltenstherapeutischen Behandlungserfahrung im stationären Bereich setzt sich die Einsicht durch, daß rein gewichtsfokussierende Verfahren bei PatientInnen ohne Krankheitseinsicht bezüglich ihrer Unterernährung weder unter wissenschaftlichen noch unter behandelungsethischen Aspekten haltbar sind.

Entsprechend führen wir Auffütterungen mit Ruheprogramm und Zielgewichten erst dann bei PatientInnen durch, wenn diesbezüglich konkrete Krankheitseinsicht gewonnen ist. Bei

schwerer gestörten PatientInnen ist Krankheitseinsicht keine Voraussetzung, sondern das vorrangige Therapieziel des stationären Aufenthaltes. Im Rahmen eines ambulanten Vorgesprächs bemühen wir uns, mit den Betroffenen einen tragfähigen Mindestkonsens zu finden.

AnorexiepatientInnen sind typischerweise dadurch gekennzeichnet, daß ihnen jegliches Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und das eigene Erleben fehlt. Hieraus resultieren massive Probleme bezüglich Autonomie / Selbstwert / Gestaltung persönlicher Beziehungen / Leistung / familiärem Rollenverständnis. Die notwendige Bearbeitung dieser als grundlegend anzusehenden Konfliktbereiche in Verbindung mit einer Verbesserung der Körperwahrnehmung und Konstitution ist wegen der hohen Therapiefrequenz und des multiprofessionellen Behandlungsangebotes vorrangiges Thema einer stationären Verhaltenstherapie.

### **III. Therapieziele**

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:



- Ausdifferenzierung der Sichtweise der eigenen Krankheit
- Reduktion irrationaler Einstellungen zu Nahrung, Gewicht, Aussehen und Impulskontrolle
- Bearbeitung individueller Problembereiche wie Selbstwahrnehmung, Selbstsicherheit, Nähe-Distanz-Regulierung, Autonomie und Organisation des Alltags, familiäre Konfliktfelder
- Verbesserung der Körperwahrnehmung, Gewichtszunahme

#### **IV. Indikation zur stationären Behandlung**

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Ein zentraler Punkt dieser Unklarheit besteht in der Verunsicherung bezüglich der Differentialindikation: Wann ist eine ambulante Maßnahme ausreichend, wann ist eine stationäre Therapie notwendig? Da aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden Problembereiche der Anorexia nervosa aufgeführt werden, die ambulante Behandlungen erschweren und im stationären Rahmen effektiv zu therapieren sind.

- **Potentielle physische Bedrohung:**  
Von ambulant arbeitenden KollegInnen wird die Behandlung stark untergewichtiger PatientInnen des öfteren als Gratwanderung zwischen Angst und Selbstüberschät

zung erlebt. Aus der Sorge um den körperlichen Zustand werden Behandlungssitzungen dadurch vergeudet, daß mit der Patientin Krankheitsaspekte in einer Form thematisiert werden, die mehr mit elterlicher Bevormundung als mit hilfreichen Interventionen zu tun hat: Verunsicherte TherapeutInnen können nicht frei mit der Patientin kommunizieren. Im stationären Rahmen besteht die Möglichkeit, im Zusammenhang mit einer engen internistischen Beobachtung, "körperliche Aspekte" der Krankheit auch einmal zurückzustellen und aufrechterhaltende psychische und systemische Faktoren aufzuarbeiten.

Insgesamt gehen wir bei unserem Behandlungsansatz nicht von der unfruchtbaren Dichotomisierung "erst Gewicht, dann Therapie" aus. Eine körperliche Restitution erscheint als Voraussetzung für eine Verhaltenstherapie nur dann sinnvoll, wenn aufgrund gewichtsbedingter Wahrnehmungsverzerrungen und Denkstörungen keine adäquate Kommunikation möglich ist.

- **Mangelnde Krankheitseinsicht:**

Viele Anorexia nervosa-PatientInnen zeigen in bezug auf ihr Gewicht und Körperschema kein oder nur geringes Problembewußtsein. Entsprechend schwer gestalten sich im ambulanten Rahmen Maßnahmen zur Schaffung spezifischer Veränderungsmotivation. Wir sehen Krankheitseinsicht als Ziel und nicht als Voraussetzung einer stationären Behandlungsmaßnahme. Im Zusammenleben auf Station findet ein reger informeller Austausch der PatientInnen untereinander statt. Unterstützt durch die Teilnahme an unserer "Antidiätgruppe" können die PatientInnen ihre Selbstwahrnehmung zunehmend ausdifferenzieren.

ren und die gemachten Erfahrungen mit Hilfe der BezugstherapeutInnen integrieren.

- **Ausgeprägte Kommunikationsstörungen:**  
Im Zusammenhang mit massiven Verunsicherungen und dem Festhalten an rigiden Einstellungs- und Verhaltensmustern kann es notwendig werden, daß Anorexia nervosa-PatientInnen wohlwollende, sich von familiären Vorgaben abhebende Rückmeldungen über die unterschiedlichsten Aspekte ihres Sozialverhaltens benötigen. Aufgrund der engen Verknüpfung psycho-, ergo-, sport- und soziotherapeutischer Gruppen können die Betroffenen ihre Kommunikationsprobleme unmittelbar erfahren und bearbeiten (z. B. sich abgrenzen lernen und dabei sicher fühlen, Kontrolle über eigene soziale Belange aufzubauen usw.).
- **Chronische Überforderung:**  
Anorexia nervosa-PatientInnen leben in einem chronifizierten Überforderungszustand, der einerseits durch ein generalisiert überhöhtes Anspruchsniveau, andererseits durch die permanente Erwartung der sozialen Umwelt bezüglich Gewichtszunahme und Erfüllung pathologischer familiärer Rollen charakterisiert ist. Um den in diesem Zusammenhang entstehenden Teufelskreis aus Selbstüberforderung und stärkerer Gewichtskontrolle ("wenn ich erst richtig schlank bin, sind alle Probleme gelöst") zu unterbrechen, bietet sich der schützende Rahmen eines Klinikaufenthaltes als zumindest partielle Musterunterbrechung an.
- **Zur Vorbereitung und im Sinne einer Klärung der Motivation und Indikation zu einer stationären Ver**

**haltenstherapie ist ein Vorgespräch in der Klinik notwendig.**

## **V. Spezifische Methoden**

- Einzeltherapie
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Antidiätgruppe
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Familiengespräche
- Atemtherapie / Körperwahrnehmung / Entspannungstraining
- Sporttherapie
- Indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen (z. B. Selbstsicherheitstraining)

## C. Adipositas permagna

### I. Problembereiche

Bei erheblichem Übergewicht (Body-Mass-Index  $> 35$ ) ergibt sich ein erhöhtes Morbiditätsrisiko, unter anderem für kardiovaskuläre Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Stoffwechselerkrankungen.

Adipöse PatientInnen sind in permanentem Bemühen begriffen, ihr (genetisch disponiertes) überdurchschnittliches Gewicht durch Diäten zu kontrollieren. Vor dem Hintergrund des heutigen Schlankheitsideals führt jedes zugenommene Gramm zu Selbstvorwürfen. Die entsprechenden Versagensgefühle können zu "Frust-Mahlzeiten" führen.

Infolge häufiger Diätversuche kommt es zu einer chronischen Störung von Hunger- und Sättigungsgefühlen, was ein vermehrtes Essen bzw. Heißhungerattacken begünstigt. Weiterhin führen die Diätversuche zu einer Herabsetzung des körperlichen Grundumsatzes. - Der Körper wird zum besseren Futtermittelverwerter, was dazu führt, daß sogar bei normaler Nahrungsaufnahme an Gewicht zugenommen wird.

## II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die Behandlung der Adipositas erfolgt auf zwei Ebenen: Modifikation des Eßverhaltens und Therapie psychosozialer Problembereiche.

Voraussetzung zur Änderung des intermittierenden Eßverhaltens (Wechsel von unauffälligem Essen, gezügeltem Essen und hyperphagen Reaktionen) ist eine genaue Aufklärung der Betroffenen. Entsprechend werden die PatientInnen ausführlich über medizinische, psychologische und diätetische Aspekte der Adipositas informiert. Darauf aufbauend lernen die PatientInnen, ihre Mahlzeiten zu protokollieren und auf körperliche Reaktionen (Hunger/Sättigung) zu achten. Standard ist weiterhin, daß die PatientInnen regelmäßig an geeigneten Sportveranstaltungen (Adipositasgymnastik, Schwimmen etc.) teilnehmen.

Aspekte der Therapie psychosozialer Problembereiche werden individuell entwickelt. Hierzu können gehören:

- Therapie sozialphobischer Tendenzen
- Therapie von Körperschema-Störungen
- Lernen, ein stabiles Maß an Übergewicht zu akzeptieren
- Genießen lernen

### **III. Therapieziele**

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Normalisierung des Eßverhaltens
- Regulation der Nahrungsaufnahme durch Verbesserung der Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen
- Veränderung der Nahrungsverwertung durch Aufbau regelmäßiger körperlicher Aktivität.
- Bei einem Body-Mass-Index von  $> 35$  und entsprechender Comorbidität findet Gewichtsreduktion unter Zuhilfenahme kalorienreduzierter Mischkost nur im Falle manifester körperlicher Folgeerkrankungen statt, die nicht durch andere Behandlungsmaßnahmen beeinflussbar sind.

### **IV. Zur Indikation**

Die Indikation zur Behandlung besteht bei massiven körperlichen und/oder psychischen Begleitsymptomen, die eine enge und hochfrequente medizinische bzw. psychotherapeutische Mitbehandlung erfordern. Die entsprechenden verhaltensmedizinischen Behandlungsmethoden ergeben sich aus den spezifischen Problembereichen

## Basisliteratur

- Bruch, H. (1991) Eßstörungen: Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt/M., Fischer
- Fichter, M.M. (1989) Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung. Stuttgart, Enke
- Franke, A. (1993) Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln. München, Quintessenz
- Franke, A. (1994) Grundsätze bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia Nervosa in einer verhaltensmedizinischen Klinik. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union
- Garner, D.M., Rockert, W., Olmsted, M.P., Johnson, C., Coscina, D.V. (1985) Psychoeducational Principles in the Treatment of Bulimia and Anorexia Nervosa. In D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Hg.) Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa & Bulimia. New York, London, The Guilford Press
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., Mai, N. (1993) Magersucht und Bulimie. Weinheim, Quadriga
- Höfner, R. (1994) Selbstkontrollprogramm zur stationären Behandlung der Adipositas permagna. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union



- Jacobi, C. (1994) Stationäre Behandlung von Bulimia nervosa. In M. Zielke, J. Sturm (Hg.) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim, Psychologie-Verlags-Union
- Karren, U. (1986) Die Psychologie der Magersucht. Bern, Stuttgart, Hans Huber
- Meermann, R., Vandereycken, W. (1987) Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Berlin, New York, Walter de Gruyter
- Orbach, S. (1984) Anti-Diätbuch II. München, Frauenoffensive
- Pudel, V., Westenhöfer, J. (1991) Ernährungspsychologie. Göttingen, Hogrefe
- Schmitz, B. (1990) Stationäre Behandlung der Bulimia nervosa. In M. Zielke, N. Mark (Hg.) Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin Band I. Berlin, Heidelberg, Springer
- Vandereycken, W., Norre, J., Meermann, R. (1991) Bulimia nervosa. In R. Meermann, W. Vandereycken (Hg.) Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Stuttgart, New York, Schattauer
- Weiss, L., Katzman, M., Wolchik, S. (1989) Bulimie. Ein Behandlungsplan. Bern, Stuttgart, Hans Huber







In dieser Reihe sind bisher erschienen:

Heft 1 - Indikation zur stationären Therapie

Heft 2 - Angststörungen

Heft 3 - Zwangsstörungen

Heft 4 - Psychogene Eßstörungen

Heft 5 - Somatoforme Störungen

Heft 6 - Chronischer Kopfschmerz

Heft 7 - Biofeedbacktherapie