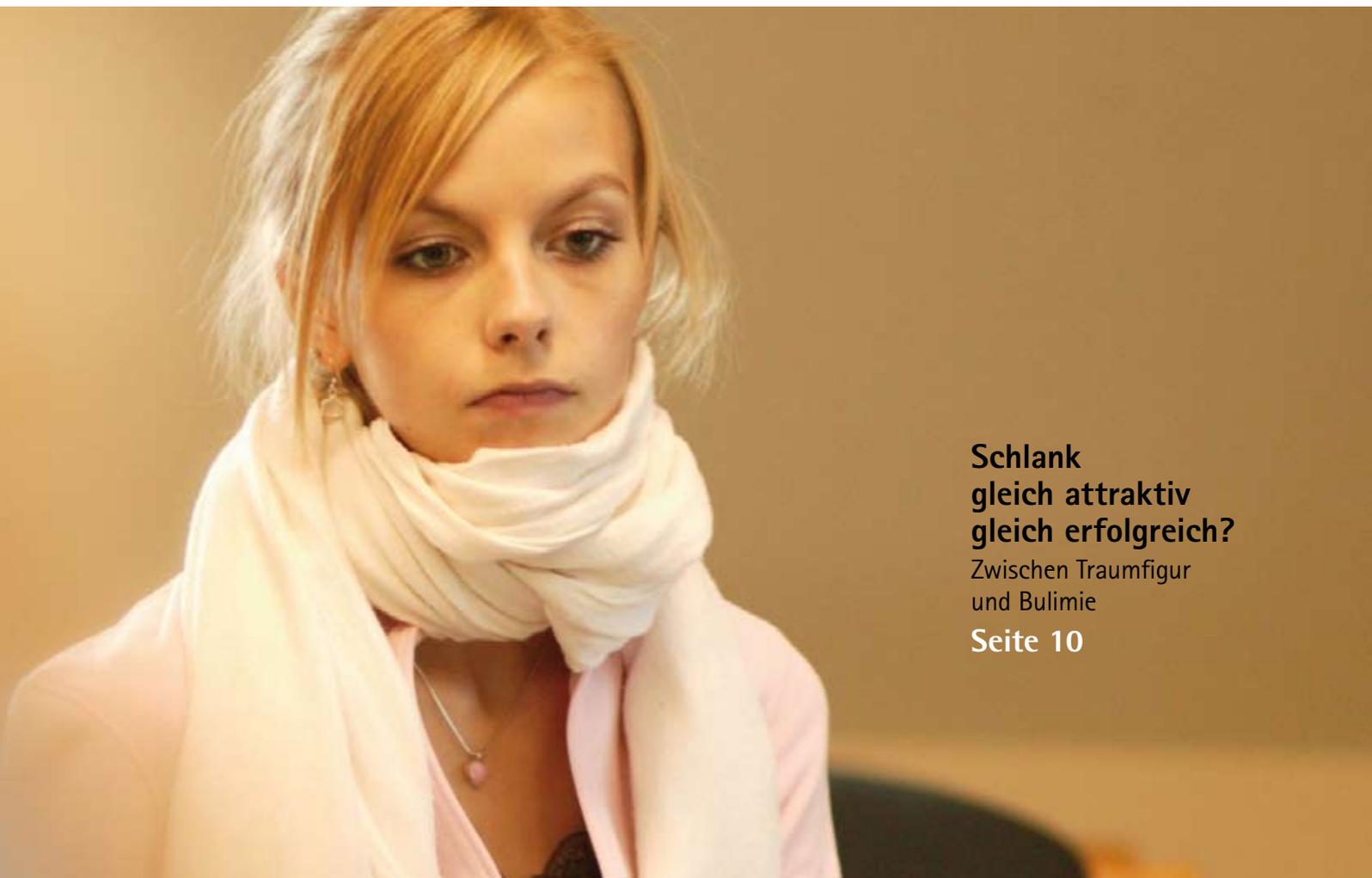


# KORSO info



**Schlank  
gleich attraktiv  
gleich erfolgreich?**  
Zwischen Traumfigur  
und Bulimie  
**Seite 10**

In dieser Ausgabe:

## Der heimliche Heißhunger

Therapie der Bulimie,  
von Prof. Dr. med. Th. Huber

Seite 2

## Wege aus der Bulimie

Interview mit Ursula Studt,  
Psychologische Psychotherapeutin

Seite 4

## Wenn der Körper rebelliert

Körperliche Folgeschäden  
der Bulimie

Seite 11



## I Thema

# Der heimliche Heißhunger

## Therapie der Bulimie

Obwohl die Bulimia nervosa in den letzten Jahrzehnten zunehmend ins Licht des öffentlichen Interesses gerückt ist, ist ein wesentliches Element ungemein häufig: die Heimlichkeit. Betroffenen sieht man ihre Erkrankung in der Regel nicht in dem Maße an wie eine Magersucht, und oft verheimlichen sie auch selbst ihre Erkrankung aus einem Gefühl heraus, sich schämen zu müssen und mit ihr nicht verstanden zu werden. Dabei ist die Bulimie seit der Antike bekannt und häufiger als die Anorexie. Sie betrifft etwa 1 Prozent der weiblichen Bevölkerung. Wie die Magersucht ist sie bei Frauen um ein Mehrfaches häufiger als bei Männern und betrifft vor allem junge Frauen.

Das wesentliche Kennzeichen dieser Essstörung sind Essattacken, in denen die Kontrolle über Ausmaß, Art und Dauer der Nahrungsaufnahme verloren geht. Oft essen Betroffene in diesen Anfällen große Mengen von Lebensmitteln, die sie nicht mehr genussvoll verzehren, sondern regelrecht verschlingen. Danach fühlen sie sich oft als Versager, schuldig und beschmutzt. Aus einer großen Angst heraus, an Gewicht zuzunehmen, ergreifen BulimikerInnen gegensteuernde Maßnahmen: Am bekanntesten ist das selbst herbeigeführte Erbrechen direkt im Anschluss an eine Essattacke; man spricht dann von einer Ess-Brech-Sucht. Es kann aber auch vermehrte körperliche Betätigung wie bei der Sportbulimie, der Gebrauch von Appetitzüglern, Abführmitteln oder Entwässerungsmedikamenten und Ähnliches angewendet werden. Häufig erlauben sich BulimikerInnen außerhalb ihrer Essattacken nur wenige



und ausgewählte Lebensmittel, wodurch sich in einem Teufelskreis das Verlangen nach dem Verbotenen steigern und eine erneute Essattacke provozieren kann.

Neben den Essattacken und gegenregulatorischen Maßnahmen sowie der großen Angst vor einer Gewichtszunahme gehört zum Krankheitsbild der Bulimie die ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Essen und dem Gewicht. Dies kann bis zu einem mehrmals täglichen Wiegen, zu andauernden Gedanken an das eigene Körpergewicht und die Planung von Hungerphasen und Essattacken gehen. In solchen Fällen ist es kaum mehr möglich, sich auf das Leben außerhalb

## I Editorial

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die aktuelle Ausgabe des korso.info beschäftigt sich mit dem Thema Bulimia nervosa. Obwohl diese Erkrankung häufiger ist als die Magersucht, wird sie in der Öffentlichkeit seltener diskutiert. Betroffene wagen es oft über lange Zeit nicht, sich Freunden oder Behandlern anzuvertrauen. Auch sind nicht alle TherapeutInnen in der Behandlung versiert, so dass in einer ambulanten Psychotherapie die Symptomatik der Essstörung nicht selten unbeachtet und damit auch unbehandelt bleibt. Dabei kann mit einer adäquaten Therapie sehr viel erreicht werden und die Prognose ist gut. Wir wollen in dieser Ausgabe eine Patientin mit ihrem Erfahrungsbericht zu Wort kommen lassen, verschiedene Aspekte der Therapie der Bulimia nervosa vorstellen und auch die Verbindung zum herrschenden Schlankeitsideal beleuchten. Wie immer berichten wir außerdem von Neuem aus der Klinik und der Forschung. Ich wünsche Ihnen eine spannende und informative Lektüre!



Ihr

**Prof. Dr. med. Thomas Huber**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Ernährungsmedizin

Medical Hospital Manager®

Qualitätsmanagement

der Essstörung zu konzentrieren und hier genussvolle und gute Erfahrungen zu machen.

Die meisten Betroffenen wirken im Kontakt mit anderen ganz anders, als sie sich innerlich fühlen. Habermas hat dies als die Dichotomie (Zweiteilung) der Bulimia nervosa herausgearbeitet: Danach klaffen ein öffentliches und ein heimliches Selbst unverbundbar auseinander: Nach außen wirken Betroffene attraktiv, freundlich, unabhängig, wenig bedürftig, eher kontrolliert und perfektionistisch. Innerlich beurteilen sie sich aber oft als unattraktiv und abstoßend, erleben viel Wut und Aggressivität, fühlen sich abhängig, bedürftig und unkontrolliert, ja oft ihren Bedürfnissen und Gefühlen hilflos ausgeliefert. Wenn Betroffene Freundinnen und Freunde von ihrer Erkrankung erzählen, ist die Reaktion oft völlige Überraschung.

## Brüchiges Selbstwertgefühl

Auf dem Boden der Bulimia nervosa ist in der Regel eine tiefgreifende Verunsicherung zu finden. Das Selbstwertgefühl erscheint oft brüchig und instabil und wird von der Meinung anderer abhängig gemacht. Obwohl sie nach außen oft selbstbewusst auftreten und eher anerkannt und akzeptiert werden, erleben sich die an Bulimia nervosa Leidenden oft als weniger wert als andere Menschen und verbieten sich zahlreiche sehr menschliche Bedürfnisse und Gefühle. Da sie Anteile wie Gier, Wut, Hass, Wunsch nach Bewunderung und einem hohen Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit oft nur heimlich erleben, bleibt die Anerkennung von anderen „auf halbem Wege stecken“ und kann nicht angenommen und als heilsam erlebt werden. „Wenn du wüsstest, wie ich wirklich bin!“, ist häufig der Gedanke, der eine echte Stärkung des Selbstwertgefühls unmöglich macht. Oft fällt es Betroffenen schwer, unangenehme Gefühle, Leere und Alleinsein auszuhalten. Eine Funktion der Ess- oder Ess-Brech-Attacken kann es sein, von solchen Zuständen abzulenken oder auch sich selbst zu bestrafen. Die nach außen nicht gezeigte Wut wird nach innen gewendet und es kommt zu Selbstabwertungen, Selbstbeschimpfungen und -bestrafungen.

Gemeinsames Therapieziel aller an Bulimie Erkrankten ist in der Regel ein ausgewogenes und genussorientiertes Essverhalten ohne die pathologischen gewichtsregulatorischen Verhaltensweisen, ohne Angst vor Gewichtszunahme und ohne quälende Gedanken oder Schuldgefühle. Um dies zu erreichen, ist es oft zuallererst notwendig, die Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren der Essstörung zu verstehen. Darauf aufbauend können Betroffene Strategien finden, um anders als mit Essattacken auf die früheren Auslöser zu reagieren. Hilfreich ist beides für die oft wichtige Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz.

## Therapieziel: Essen mit Genuss

In der Klinik am Corso wird mittels verschiedener verbaler und nonverbaler Therapieformen an diesen Zielen gearbeitet. Ein wichtiger Baustein ist das regelmäßige Essen ausreichender und über den Tag verteilter Mahlzeiten, wodurch Heißhunger und damit die Gefahr von Essattacken reduziert wird. Dabei kann wieder Vertrauen in den eigenen Körper entwickelt und die Erfahrung gemacht werden, dass gegenregulatorische Maßnahmen nicht notwendig sind und ein genussorientiertes und sättigendes Essen möglich ist, ohne übergewichtig zu werden. Ernährungstherapie, Körpertherapie und psychologische Gruppentherapie dienen zur bedarfsorientierten Arbeit an den individuellen Therapiezielen. Neben den gemischten Gruppen von PatientInnen mit Bulimie, Anorexie und psychogenem Übergewicht gibt es eine Bulimiegruppe, in der ganz spezifische Themen besprochen werden können. In allen Therapieformen wird an Gefühlswahrnehmung und -ausdruck gearbeitet. Hier kann etwa die Gestalttherapie Möglichkeiten bieten, kreative Potenziale zu entwickeln und bisher verdrängte Inhalte wiederzuentdecken. In der Körpertherapie ist das Verhältnis zum eigenen Körper von großer Wichtigkeit. Dieser wird von vielen BulimikerInnen als eher fremd und feindlich erlebt. In der Behandlung kann daran gearbeitet werden, mit seinem Körper wieder wohlwollender umzugehen und diesen als Freund zu betrachten. Hierzu gehört auch die Berücksichti-

gung von Körpersignalen wie Hunger und Sättigung, aber auch Erschöpfung, Ruhebedürfnis etc.

## Gegenseitiges Verständnis fördert Heilung

Als besonders heilsam und wohltuend erleben viele PatientInnen das Miteinander in der Klinik. Ohne sich rechtfertigen oder erklären zu müssen, ist ein grundlegendes Verständnis füreinander vorhanden. In einem vertrauensvollen, wertschätzenden Rahmen ist es möglich, positive Beziehungserfahrungen zu machen, alternatives soziales Verhalten einzuüben und Rückmeldungen zu erhalten. So kann zum Beispiel erprobt werden, eigene Gefühle und Bedürfnisse mehr zu äußern und zu berücksichtigen.

Nachdem ein geregeltes Essverhalten in der Klinik erreicht worden ist, sollten die PatientInnen schrittweise vorbereitet werden, dieses auch nach der stationären Behandlung weiterzuführen. Hierfür ist es sinnvoll zu lernen, angemessene Portionsgrößen selbstständig einzuschätzen, mit einem vollen Kühlschrank umzugehen (z. B. in einer der Außenwohngrup-



13

pen), sich mit kleinen Mengen Süßigkeiten und der Situation des Einkaufens zu konfrontieren sowie auch für einzelne Mahlzeiten außerhalb der Klinik zu essen. Im Realitätstraining zu Hause kann das Erreichte im Alltag erprobt werden; hier können auch wichtige noch notwendige Schritte deutlich werden. Insbesondere ist entscheidend, mögliche Rückschläge oder auch Rückfälle nicht als persönliches Versagen zu werten, sondern als ein Zeichen dafür zu verstehen, dass noch wichtige Bedürfnisse unbefriedigt und wichtige Gefühle nicht berücksichtigt werden. Der Umgang mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen sowie den eigenen Gefühlen stellt während und nach der Therapie einen ganz zentralen Baustein für eine dauerhafte Verbesserung des Gesamtbefindens und eine Fortführung des ausgewogenen Essverhaltens ohne Symptomatik dar. Dieses Ziel erscheint vielen Betroffenen während der akuten Phase mit manchmal mehrmals täglichen Heißhungerattacken und Erbrechen kaum erreichbar. Die Erfahrung zeigt aber, dass es durchaus möglich ist. Wer sich auf eine Therapie einlässt und bereit ist, Alternativen für den Umgang mit auslösenden Situationen und Gefühlen zu finden, hat eine gute Chance, ein Leben ohne Essattacken zu erreichen.

*Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Huber*

# Wege aus der Bulimie

Interview mit Ursula Studt, Psychologische Psychotherapeutin in der Jugendlichenabteilung der Klinik am Korso

Schon alleine, um chronischen Gesundheitsschäden vorzubeugen, sollte in der Therapie der Bulimie zunächst das gestörte Essverhalten angegangen werden. Ein langfristiger Therapieerfolg ist aber nur dann zu erwarten, wenn auch die der Störung zugrunde liegenden Faktoren erkannt werden. Mehr darüber, was hinter einer Bulimie steht und wie Betroffene behandelt werden können, erfahren wir in einem Interview mit Ursula Studt, Psychologische Psychotherapeutin in der Jugendlichenabteilung der Klinik am Korso.

*Frau Studt, PatientInnen, die an einer Bulimie leiden, wirken oft selbstbewusst und diszipliniert, sind erfolgreich in Studium oder Beruf und häufig sehr attraktiv. Was steckt hinter der Fassade?*

Nach außen im Alltag sind BulimikerInnen stets bemüht, ein ideales Bild von sich selbst zu präsentieren. Sie treten meist selbstbewusst auf, sind attraktiv, schlagfertig, intelligent und witzig. Bedürftigkeit, Schwäche und Unkontrolliertheit werden dagegen als Makel erlebt und im Verborgenen gehalten. Die PatientInnen sind daher immer darauf bedacht,

Selbstzweifel und Selbstunsicherheit hinter einer selbstbewussten Fassade zu verstecken. Bulimische PatientInnen leben sozusagen in einer doppelten Realität. Die Folge ist ein tiefer gehender Identitätskonflikt, unter dem bulimische PatientInnen extrem leiden. Der Versuch, ungewollte Anteile der Persönlichkeit abzuwehren und den Makel zu verbergen, kann nicht dauerhaft gelingen und äußert sich deshalb in Essattacken. Das Erbrechen dient dann dazu, die äußere Fassade aufrechtzuerhalten. So absurd es klingt: In der Ess-Brech-Sucht finden die Betroffenen eine Art Identität, eine Nische, in der sie sie selbst sein können. Je tiefer der Identitätskonflikt ist, desto schwerer ist in der Regel die Essstörung.

*Welche Glaubenssätze verbergen sich hinter der Essstörung?*

Bulimie-PatientInnen glauben nur dann glücklich und angenommen zu sein, wenn sie schlank sind, gut aussehen und einen vermeintlich perfekten Körper haben. Sie leben in dem Wunsch nach ständiger Bewunderung und dem Gefühl, ohne diese nicht leben zu können. Zuneigung und Bewunderung glauben sie allerdings nicht für ihre eigene Person zu erhalten, sondern für äußerliche Merkmale wie eine gute Figur, gutes Aussehen und Leistung. BulimikerInnen rennen einem Idealbild hinterher, das sie trotz enormer Anstrengungen nie erreichen können. Bröckelt die Fassade, etwa durch ein paar Kilos mehr auf der Waage, droht das Selbstwertgefühl der Betroffenen wie ein Kartenhaus zusammenzufallen. Denn die PatientInnen empfinden sich im Kern als nicht liebens- und achtenswert.

*Man spricht bei der Bulimie auch von der Ess-Brech-Sucht. Ist die Bulimie genauso eine Sucht wie die Alkohol- oder Nikotinsucht?*

Der Name Ess-Brech-Sucht bezeichnet ganz treffend den Suchtcharakter der Erkrankung. Genauso wie bei der Alkohol- und Nikotinsucht haben Bulimie-PatientInnen einen enormen Suchtdruck: „Jetzt muss ich erbrechen!“, oder „Jetzt muss ich Sport treiben, um das Gewicht wieder zu regulieren!“. Das Essverhalten ist aus der Kontrolle geraten und willentlich nicht mehr steuerbar. Sich mit Unmengen hochkalorischer Lebensmittel vollzustopfen und sich danach wieder zu erbrechen hilft den Betroffenen, Spannungen abzubauen und die Wirklichkeit für einige Zeit auszublenden. Doch genauso, wie ein Alkoholiker sich nach dem Rausch schlecht und wertlos fühlt, plagen BulimikerInnen massive Schuldgefühle und eine innere Leere. Im Gegensatz zur Al-



**Essen mit Genuss:** In der Klinik am Korso lernen die PatientInnen wieder ohne Schuldgefühle und ohne Angst vor Gewichtszunahme zu essen

koholabhängigkeit werden bei der Bulimie häufig jedoch die körperlichen Folgen der Erkrankung, die vor allem durch das ständige Erbrechen entstehen, unterschätzt.

*Welche Auswirkung hat die Erkrankung auf soziale Kontakte wie zu Freunden und Familie?*

Bulimie-PatientInnen leben in der steten Sorge, „erkannt“ zu werden. Sie schämen sich und haben Angst, als im Grunde unzulänglich, schlecht und ablehnenswert bloßgestellt zu werden. Selbst PartnerInnen, falls vorhanden, wissen häufig nicht über die Krankheit Bescheid. Daher ist es nicht verwunderlich, dass immer häufiger soziale Kontakte vermieden werden. Statt auf eine Party zu gehen und sich mit Gleichaltrigen zu amüsieren, ziehen sich BulimikerInnen in ihre eigenen vier Wände zurück. Ihr Frust darüber äußert sich dann erst recht in Essattacken mit anschließendem Erbrechen. Sie isolieren sich zunehmend, entfernen sich von ihrer Familie und verlieren Freundschaften. Ihr Leben gleicht immer mehr einer Einzelhaft, in der sie nur noch für die Sucht leben.

*Wie bemerken Angehörige oder aber auch Betroffene selbst, dass sie an einer Bulimie leiden?*

Meist merken die Betroffenen sehr schnell, dass sie nicht „normal“ sind und ein gestörtes Essverhalten haben. Allerdings nehmen sie dies nicht als „Problem“ wahr und leugnen die Krankheit vor sich und den anderen. Bis die Angehörigen von der Essstörung erfahren, können deshalb oft Jahre vergehen. Dass „irgendetwas nicht stimmt“, bemerken Angehörige oft, wenn plötzlich der Kühlschrank leer geräumt ist oder die Tochter/der Sohn bzw. die Freundin/der Freund nach dem Essen immer wieder auf der Toilette verschwindet. So, wie die Betroffenen lange Zeit ihre Krankheit vor sich und den anderen verleugnen, tun es aber auch die Angehörigen, wenn sie einen Verdacht hegen. Oft sind es Angst und Hilflosigkeit und der Wunsch nach einer heilen Familie bzw. Partnerschaft, die sie wegschauen lassen.

*Kann man Bulimie heilen?*

Wie bei jeder psychischen Erkrankung ist auch die Überwindung der Bulimie ein langer Weg, der unter Umständen Jahre dauert. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen ihre Ess-Brech-Anfälle als Krankheit akzeptieren und den Wunsch haben, aus der Bulimie herauszukommen. Ohne psychotherapeutische Behandlung ist es sehr schwierig, die Essstörung zu überwinden. In den meisten Fällen ist sogar eine stationäre Therapie unerlässlich. Denn manchmal ist es notwendig, Abstand von der gewohnten und oft mit Konflikten behafteten Umgebung – sei es die Familie oder die Partnerschaft – zu gewinnen, um sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen und sich dabei selbst ein Stück näherzukommen.

*Die Klinik am Korso behandelt seit mehr als 20 Jahren PatientInnen mit Bulimie. Was wollen Sie mit der Therapie erreichen?*

Ziel der Behandlung ist es in erster Linie, den Teufelskreis des Essens und Erbrechens zu unterbrechen, indem wir den PatientInnen deutlich machen, in welchen Situationen Ess-Brech-Anfälle auftreten. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, die Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren der Essstörung zu verstehen. So essen viele BulimikerInnen in Krisen- oder Problemsituationen oder manchmal auch

bei Langeweile. Die PatientInnen lernen durch verschiedene Therapiemethoden wie Gestalt- oder Körpertherapie, psychologische Einzel- und Gruppengespräche ihre inneren Konflikte wahrzunehmen. Welche Ängste und verdeckten Emotionen stehen hinter meiner Essstörung, welche Bedeutung hat das Essen und Erbrechen? Durch das Bewusstwerden der seelischen Hintergründe haben sie die Möglichkeit, im geschützten Rahmen der Therapie ihre krankhaften Verhaltensweisen zu ändern und wieder genussvoll und ohne Schuldgefühle zu essen. Durch das Zusammenleben mit an-



**Bilder der Seele: Im kreativen Gestalten zeigen sich oft unbewusste Gefühle und Gedanken, mit denen in der Therapie gearbeitet werden kann**

15

deren Betroffenen besteht außerdem ein ständiger Austausch zwischen den PatientInnen, die sich gegenseitig auf ihre Konflikte und ihr Fehlverhalten aufmerksam machen können, aber auch ermutigen und in schwierigen Situationen füreinander da sind.

*Welche Schwerpunkte setzen Sie in der Therapie?*

Die Therapie bezieht sich sowohl auf die Symptomebene des Essens als auch auf die Bearbeitung der seelischen Hintergründe. Eine wesentliche Komponente ist das regelmäßige Essen ausreichender und über den Tag verteilter Mahlzeiten, wodurch Heißhunger und damit die Gefahr von Essattacken reduziert wird. Ein strukturierter Tagesablauf erleichtert das Einhalten von reglementierten Mahlzeiten sowie das Erlernen eines „normalen“ Umgangs mit Essen. So zum Beispiel dürfen die PatientInnen kein Essen im Zimmer aufbewahren oder aus dem Speisesaal mit ins Zimmer nehmen. Eine Behandlung, die nur darauf abzielt, das Ess-Brech-Syndrom zu kurieren, hilft nicht auf Dauer. Die Therapie umfasst daher auch verschiedene therapeutische Ansätze, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen, seinen Fähigkeiten zu vertrauen und sein wahres Selbst aufzubauen.

*Wie verhindern Sie, dass sich die PatientInnen nach dem Essen erbrechen?*

Nach den Mahlzeiten erhalten die PatientInnen eine spezielle Nachbetreuung. In Begleitung einer Pflegerin setzen sich besonders gefährdete PatientInnen nach dem Essen zusammen. In der Jugendlichenabteilung ist die Nachbetreuung nach dem Essen für alle BulimikerInnen Pflicht. Sie kön-

nen sich ausruhen, Entspannungsmusik hören oder aber spielen und lesen, um sich abzulenken – also alles das tun, was ihnen hilft, nicht zu erbrechen. Darüber hinaus unterstützen sich die PatientInnen gegenseitig, indem sie miteinander reden und sich gegenseitig Mut machen.

*Neben den gemischten Gruppen gibt es in der Klinik am Korso eine spezielle Bulimie-Gruppe. Welchen Vorteil bringt eine Gruppe, die ausschließlich auf BulimikerInnen ausgerichtet ist?* Jede Patientin und jeder Patient ist individuell und hat ihre bzw. seine eigene Geschichte, die dazu geführt hat, eine Essstörung zu entwickeln. Dennoch gibt es Themen, Probleme und Fragestellungen, die sich bei Menschen, die an einer Bulimie leiden, gleichen. So etwa



**Gemeinsam sind wir stark: Über Gefühle reden, Probleme offen ansprechen und füreinander da sein, ist für viele PatientInnen der Klinik am Korso eine ganz neue Erfahrung**

die Frage: „Wie gehe ich mit dem Völlegefühl um, das sich nach dem Essen einstellt?“, oder „welche seelischen Konflikte stehen hinter meiner Bulimie?“. Die PatientInnen fühlen sich verstanden und miteinander verbunden. Das gibt Kraft und Mut, Probleme anzugehen, Rückschläge zu verkraften und an den eigenen Themen zu arbeiten.

*Welche Rolle spielt die Familie in der Behandlung?*

Der Umgang mit einer Essstörung stellt Eltern, Geschwister und Partner vor viele neue Fragen. Sie sind konfrontiert mit einer Krankheit, von der sie bisher nichts gewusst haben oder wenn, dann nur durch die Medien oder durch Berichte von anderen Eltern. Da die familiäre Dynamik auch zur Entstehung einer Essstörung beiträgt, ist es wichtig, die Angehörigen und Partner in die Therapie einzubeziehen und über die Erkrankung umfassend zu informieren. In der Klinik am Korso finden daher regelmäßig Seminare für die Angehörigen statt, in denen sie einerseits über die Bulimie informiert werden und sich andererseits mit Gleichgesinnten austauschen können. Darüber hinaus werden Konflikte, Beziehungsmuster und Befindlichkeiten in therapeutischen Sitzungen gemeinsam besprochen und nach Lösungswegen gesucht.

*Wir bedanken uns bei Frau Studt ganz herzlich für das Interview.*

## IMPRESSUM KORSO info

Herausgeber: Klinik am Korso · Fachzentrum für gestörtes Essverhalten  
Ostkorso 4 · 32545 Bad Oeynhausen · Tel.: 05731/181-0 · Fax: 05731/181-1118  
Internet: [www.klinik-am-korso.de](http://www.klinik-am-korso.de) · E-Mail: [info@klinik-am-korso.de](mailto:info@klinik-am-korso.de)

Chefredakteurin (v. i. S. d. P.): Dipl. Biol. Andrea Hertlein

Medizinisch-wissenschaftliche Mitarbeit: Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Huber, MBA

Layout: D.O.T. Gesellschaft für Kommunikation und Gestaltung, Herford

Bildnachweis: Veit Mette, Shutterstock, Mattel

Ursula Studt ist gelernte Krankenpflegerin und Diplom-Psychologin. Seit 2001 ist sie als Psychologische Psychotherapeutin in der Jugendlichenabteilung der Klinik am Korso tätig.



*„Ich arbeite sehr gerne mit essgestörten PatientInnen. Ich finde ihre Dynamik enorm spannend und freue mich jedes Mal, wenn eine Patientin oder ein Patient an sich arbeitet, sich selbst besser kennenlernt, seelische Konflikte erkennt und sich schließlich Erfolge einstellen.“*

## Diagnose Bulimie

- Wiederholte Episoden von Fressanfällen – schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne
- Das Gefühl, das Essverhalten während der Fressanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können
- Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, greift der/die Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen, das Gewicht wieder zu regulieren; dazu gehören selbst induziertes Erbrechen, Gebrauch von Laxanzien oder Diuretika, strenge Diäten, Fastenkuren oder übermäßige körperliche Betätigung
- Durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten
- Andauernde übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht

## I Hilfe zur Selbsthilfe

# Hilfe per Mausclick

## Internetportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) über Essstörungen

Für viele Betroffene ist es eine große Hürde, sich zu „outen“. Gerade für Menschen mit Bulimie ist das Internet die einzige Möglichkeit, anonym zu bleiben und sich trotzdem mit Gleichgesinnten auszutauschen oder eine telefonische Fachberatung in Anspruch zu nehmen. Dabei können Aufklärung und die Inanspruchnahme von Hilfe ein erster Schritt aus der Essstörung sein. Unter [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de) haben Menschen, die an einer Bulimia nervosa leiden, und ihre Angehörigen die Möglichkeit, sich umfassend über die Essstörung zu informieren. Kompetente Fachleute bieten außerdem eine persönliche, anonyme Telefonberatung an. Betroffene können auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung außerdem deutschlandweit Adressen und Telefonnummern von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen zu Essstörungen abrufen. Zudem erhalten sie konkrete Hilfe bei der Suche nach geeigneten therapeutischen Einrichtungen.

## I Erfahrungsbericht

# Jeder Tag ein Geschenk

Nina B., 18 Jahre, Gymnasiastin

Es begann 2006. Ich war gerade sechzehn und ziemlich unzufrieden mit mir, mitten drin in der Pubertät. Inspiriert durch die Models in den Mädchenzeitschriften beschloss ich abzunehmen, in der Hoffnung, alles würde dadurch besser werden. Ich las auch, dass es Models gibt, die nach dem Essen erbrechen, um ihr Top-Gewicht zu halten. Ich probierte es aus. Ich erbrach nicht jedes Mal nach dem Essen, sondern nur manchmal, vielleicht zwei oder drei Mal in der Woche. Nach einem halben Jahr hörte ich mit dem Erbrechen auf und dachte in der nächsten Zeit nie wieder darüber nach.

Ein Jahr später, im September 2007, verbrachte ich zehn Monate in einem Internat in England und verliebte mich in einen 22-jährigen Jungen aus Deutschland. Die Beziehung war sehr schwierig. Ich war oft traurig und verzweifelt. Besonders litt ich

darunter, dass er nicht wusste, was er wirklich wollte. Es war ein Hin und Her. Oft flirtete er vor meinen Augen mit anderen Mädchen, aber verspürte er Lust oder brauchte mich, kam er wieder zu mir. Ich habe ihn geliebt und er machte mich unsichtbar. Der Schmerz wurde immer schlimmer. Irgendwann konnte ich nicht mehr weinen, doch die Traurigkeit war da und wollte raus. Noch dazu nahm ich in dieser Zeit zu und wurde immer unzufriedener mit mir und meinem Körper. Ich begann mich wieder zu übergeben. Ich sah keinen anderen Ausweg, als mich mit dem Erbrechen zu bestrafen und den Schmerz von mir zu werfen. Niemand hat letztlich gesehen, wie schlecht

es mir tatsächlich ging, auch als ich wieder daheim in Deutschland war. Gesagt habe ich nichts, selbst meiner Mutter nicht. Meine Eltern haben sich schon vor vielen Jahren getrennt, Geschwister habe ich keine. Ich lebe bei meiner Mutter. Von meinem Vater habe ich mich damals nie wirklich geliebt gefühlt. Ich dachte, er sei nicht stolz auf mich, nie hat er mich wirklich in den Arm genommen.

Mit der Zeit wurde es immer schlimmer: Ich übergab mich etwa acht Mal am Tag. War ich allein zu Hause, aß ich Unmengen und erbrach mich jedes Mal sofort. Der Drang, nach dem Essen alles wieder von mir zu geben, war zu groß, als dass ich es wagte, in Gesellschaft zu essen. Ich isolierte mich zunehmend. Auch meine Freundinnen traf ich fast gar nicht mehr. Die Situation spitzte sich dramatisch zu. Die Anfälle von Essen und Erbrechen wurden immer häufiger, mir war oft schwindelig, mein Bauch rebellierte. Ich fühlte mich zunehmend müde und schlapp, nicht mehr in der Lage, mich auf irgendetwas zu konzentrieren. Schließlich war es unmöglich, noch am Unterricht teilzunehmen. Ich ging nicht mehr zur Schule, verbrachte meine Tage zu Hause, aß und erbrach. Eigentlich war ich immer ein fröhliches Mädchen gewesen, doch jetzt drehte sich alles nur noch ums Essen.

Hartnäckig verschwieg ich meine Essstörung, auch wenn mich meine Mutter mittlerweile direkt darauf ansprach. Statt mich ihr anzuvertrauen, wurde ich wütend, ich schämte mich so sehr. Irgendwann konnte ich nicht mehr, ich brach zusammen. Ich wollte nicht mehr leben. Ich war mir sicher, nie wieder allein aus der Bulimie herauszukommen. Ich bat meine Mutter um Hilfe, im letzten Moment. Mein Herz hat nicht mehr richtig funktioniert. Die Gefahr, dass es einfach aussetzt, war nicht gering. An diesem Punkt wurde mir mehr und mehr bewusst, wie krank ich bereits war. Ich wog nur noch 44 Kilo.

„Ich ging nicht mehr zur Schule, verbrachte meine Tage zu Hause, aß und erbrach. Eigentlich war ich immer ein fröhliches Mädchen gewesen, doch jetzt drehte sich alles nur noch ums Essen.“

„Ich habe viel erfahren über mich selbst, meine Gefühle und meine Schwierigkeiten, mit Konflikten umzugehen.“

„Ich lerne, meinen Körper anders wahrzunehmen, darauf zu hören, was er braucht, ihn zu akzeptieren so, wie er ist, und ihn genau so zu mögen.“

Seit sechs Wochen und drei Tagen bin ich in der Klinik am Korso. Es hat viel Mut gekostet, diesen Schritt zu tun. Ich konnte mir nicht vorstellen, überhaupt mit jemandem über meine Krankheit zu reden, geschweige denn mir ein Zimmer mit einem magersüchtigen Mädchen zu teilen. Dabei war genau das mein größtes Glück: Wir haben unglaublich viel miteinander geredet. Zum ersten Mal hatte ich das Gefühl, da ist jemand, der mich wirklich versteht. Wir sind sehr gute Freundinnen geworden.

Die ersten beiden Wochen der Kontaktsperre, als wir die Klinik bis auf die Therapiespaziergänge nicht verlassen durften, waren wohl die reichste Zeit meines Aufenthaltes. Ich habe viel erfahren über mich selbst, meine Gefühle und meine Schwierigkeiten, mit Konflikten umzugehen. Am Anfang fiel es mir unheimlich schwer, überhaupt etwas zu essen bzw. das Essen bei mir zu halten. Doch schon nach einer Woche habe ich es geschafft, eine ganze Portion vollständig zu verzehren, ohne danach auf die Toilette rennen zu müssen. Von Tag zu Tag fiel es mir leichter, mit den Mahlzeiten umzugehen. Geholfen hat mir dabei auch die Betreuung direkt nach dem Essen. Gerne habe ich gelesen und mich dadurch von unguuten Gefühlen, die aufkamen, abgelenkt. Andere lagen

mit der Wärmflasche auf ihrem Bauch beisammen und haben miteinander geredet oder sich ausgeruht. So habe ich gelernt, dass mein Völlegefühl nicht heißt, dass ich zu viel gegessen habe, sondern dass sich der Magen erst einmal weiten muss und Energie zum Arbeiten hat. Mittlerweile freue ich mich sogar im Vorfeld auf die Mahlzeiten und bin gespannt, was es Leckeres gibt. Es ist ein so unglaublich schönes Gefühl, das Essen wieder genießen zu können und als etwas zu sehen, was mich stärkt und mir Kraft gibt. Mit meiner Zimmernachbarin bin ich sogar schon in die Eisdiele gegangen, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben. Mit Genuss haben wir unser Eis gelöffelt, ganz normal wie alle anderen und überglücklich.

In der Gruppen- und Einzeltherapie habe ich mit Hilfe der Therapeuten Wege gefunden, Konflikte anders zu lösen, sie direkt und offen anzusprechen. Es gibt nun für mich viele Möglichkeiten, meinen Gefühlen Raum zu geben, anstatt sie hinunterzuschlucken und dann zu erbrechen. Vor ein paar Wochen war ich dann für einige Tage daheim bei meiner Mutter in Berlin. Probe für den Ernstfall sozusagen. Alles hat wunderbar geklappt: Ich habe normal gegessen und mich dabei an den Mahlzeitenrhythmus der Klinik gehalten. Außerdem wusste ich, dass ich, falls es mir nicht gutgehen sollte, immer mit meiner Mutter reden kann. Auch mit meinem Vater habe ich mich während der Therapie in der Klinik auseinandergesetzt. Wir haben miteinander gesprochen über das, was uns beiden in unserer Beziehung immer gefehlt hat. Das tat gut; auch an ihn kann ich mich nun jederzeit wenden. Schade nur, dass wir dieses Gespräch nicht schon früher geführt haben.

Jeden Tag lerne ich mehr über mich selbst. Ich merke, dass ich mich wieder bewegen kann, meine Finger und Zehen spüre, meine Atmung fließen lasse und mit beiden Beinen fest auf der Erde stehe. Ich lerne, meinen Körper anders wahrzunehmen, darauf zu hören, was er braucht, ihn zu akzeptieren so wie er ist, und ihn genau so zu mögen. Die Übungen in der Körpertherapie helfen mir sehr dabei.

Ich lerne, mich wieder zu freuen und andere Menschen glücklich zu machen; das gibt viel Kraft. Plötzlich ist wieder Platz für die schönen Dinge des Lebens, ich freue mich darauf, wieder meinen Hobbys nachzugehen. Ich liebe es zu tanzen, ich fotografiere und zeichne gerne. Ich wünsche mir für die Zukunft, dass ich mein Leben und meine Talente zu schätzen weiß und mein Leben so führe, wie ich es für richtig halte. Jeder Tag ist ein Geschenk. In einer Woche ist meine Therapie in der Klinik am Korso beendet.

Nina B.

## I Bulimie und Körpertherapie

# Sein, was ich werde, und lieben, was ich bin!

## Körpertherapie, ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Bulimie

Die PatientInnen mit bulimischer Symptomatik zeigen sich nach außen angepasst und der Norm entsprechend. Sie vermeiden, dass ihre Konflikte sichtbar werden. Möglichst makellose äußere Attraktivität hat einen hohen Stellenwert, der Selbstwert wird von Perfektion und Schönheit abhängig gemacht. Der Körper, der als impulsiv, triebhaft, unberechenbar und oft auch als ekelhaft gilt, ist der Feind und wird negativ besetzt. Er ist nicht Teil des „Ich“, sondern wird zum Objekt, das es nach einem Ideal zu formen gilt. Insbesondere im symptomatischen Essverhalten und anschließenden Erbrechen zeigen sich die abgewehrten Seiten der PatientInnen. Hier sind Gier, Heimlichkeit, Ekel, Wut, Maßlosigkeit, Leere, Unsicherheit, hohe Anspannung und Stress sichtbar.

In der therapeutischen Arbeit geht es zum einen um das Erkennen der Funktion der Symptomatik, das heißt: Wobei ist sie auch behilflich und wo dient sie dem Versuch, Konflikte zu lösen, für die den PatientInnen keine anderen Lösungen zur Verfügung stehen? Zum anderen konzentriert sich unsere Arbeit in der Körpertherapie auf die Wahrnehmung der körperlich-seelischen Blockierungen und unterstützt die PatientInnen, die gehemmten Gefühle und Impulse konstruktiv auszudrücken. Dies geschieht durch vielfältige Angebote der Selbstwahrnehmung und der Einladung, Neues auszuprobieren. Nach einer Anfangsrunde in der Körpertherapie laden wir z. B. die PatientInnen ein, ihren Körper auszuschütteln, ihn spürbar werden zu lassen und die vorhandene Spannung auch durch Töne und Bewegung nach außen zu bringen. Schon dieses kleine Angebot verursacht bei den PatientInnen Verunsicherungen, die sich in Gelächter und Vermeidung zeigen. Für die ansonsten nach außen kontrolliert wirkende PatientInnen bedeutet dies eine große Herausforderung.

beschäftigt sind, sich Gedanken zu machen, wie andere sie wahrnehmen, und damit die eigenen Impulse und Gefühle in den Hintergrund rücken. Durch unsere Interventionen und die Ermutigung der Gruppe werden sie darin bestärkt, ihrem Inneren mehr zu trauen und ihren Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen einen äußeren Ausdruck zu geben. In der Körpertherapie sind die PatientInnen durch Angebote und Experimente eingeladen, ihr wahres Selbst zu erkennen, es wertzuschätzen, ihm zu vertrauen und es zunächst im geschützten

8 |



## Gefühlen einen äußeren Ausdruck geben

Auf dem Boden vertrauensvoller Beziehungsarbeit trauen sich PatientInnen dann, sich auf unstrukturierte und freie Bewegungen einzulassen, und spüren dadurch neben ihren kontrollierten Bewegungsmustern spontane authentische Bewegungs- und Gefühlsimpulse. Dabei nehmen sie ihre inneren Blockaden wahr. Sie stellen fest, dass sie überwiegend damit

Raum der Klinik anderen zu zeigen. Hierdurch kann das dem mangelnden Selbstwertgefühl zugrunde liegende Grundgefühl, „nicht richtig“ bzw. „nicht gut genug“ zu sein, abgebaut und verändert werden. Das Gefühl für die eigene Würde, gepaart mit dem Gefühl der Selbstwirksamkeit, ermöglicht es den PatientInnen, aktiver für ihre Bedürfnisse und Interessen einzutreten. In Experimenten zum Thema „Abgrenzung“ erproben sich die PatientInnen im Ausdruck von Nein- und Ja-Sagen mit der dazugehörigen Körperhaltung, Mimik und Artikulation. Dies sind erste Schritte, um Alternativen zur Symptomatik zu finden und in den Alltag zu integrieren.

Wir empfehlen den PatientInnen, den in der Klinik begonnenen Weg mit Unterstützung von ambulanter Therapie sowie Selbsthilfegruppen nach dem Aufenthalt in unserer Klinik fortzusetzen und damit dem Ziel, ihre wahre Identität zu finden und wertzuschätzen, näher zu kommen.

*Das Körpertherapeuten-Team Monika Bartels, Barbara Najork, Gisela Neumann, Anne Schwirn*

## I Buchtipps

### Die Frau, die im Mondlicht aß

Essstörungen überwinden durch die Weisheit uralter Märchen und Mythen



Immer mehr Frauen kämpfen mit ihrem Körpergewicht. Diätbücher und komplizierte Programme zum Abnehmen sind ein Millionengeschäft. Magersucht, Bulimie und zwanghaftes Essen haben epidemische Ausmaße angenommen.

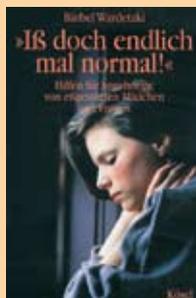
Die Autorin des Buches „Die Frau, die im Mondlicht aß“, Anita Johnston, zeigt, wie die Betroffenen durch das Eintauchen in die Welt der Märchen und Mythen ihren eigenen Körper, ihre Lebensgeschichte und ihre Gefühle neu wahrnehmen können. Sie entdecken dabei die Wurzel ihrer Essstörung und finden einen Weg, sie zu überwinden.

Dies ist ein Buch für alle Frauen, die sich trauen, ihr gestörtes Essverhalten in einem anderen Licht zu betrachten, um ihr Potenzial voll zu entfalten und schließlich ihre innere Wahrheit zu finden.

Anita Johnston, *Die Frau, die im Mondlicht aß*, 1997, Knauer Taschenbuch, 8,95 €

### iß doch endlich mal normal!

Hilfen für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen



„iß doch endlich mal normal!“ ist der verzweifelte Ausruf vieler Angehöriger von magersüchtigen und bulimischen Mädchen und Frauen.

Sie stehen ihrer Tochter oder Partnerin hilflos gegenüber, wenn diese anfängt zu hungern, mit der Familie nicht mehr am Tisch zusammen essen will, Kalorien zählt, statt Es-

sen zu genießen, heimlich Unmengen verschlingt und dann wieder erbricht oder so stark abmagert, dass ihr Untergewicht lebensbedrohliche Ausmaße annimmt.

Die Essstörung wird zu einem Machtmittel gegen die Angehörigen, gegen das diese sich scheinbar nicht zur Wehr setzen können. Dass sie gleichzeitig ein Alarmsignal für die Familie oder Partnerschaft darstellt, dass „etwas“ nicht stimmt, wird lange Zeit übersehen. Dieses „Etwas“ ist es „eigentlich“, um das es geht, doch ist es meist das Letzte, für das sich die Angehörigen interessieren. Stattdessen reagieren sie mit Empörung, Erschrecken oder Ungläubigkeit auf die Tatsache, dass die Tochter oder Partnerin unter einer Anorexie oder Bulimie leidet.

Bärbel Wardetzki, *iß doch endlich mal normal!*, 2003, Kösel-Verlag, 16,95 €

### Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?

Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung von Bulimie



Die Autorin beschreibt in diesem Buch bulimische Essstörungen als zwar leidvolle, aber für die betroffenen jungen Frauen dennoch hilfreiche und aus deren Sicht sinnvolle Lösungsstrategien in ausgeprägten Konfliktsituationen. Sie geht davon aus, dass diese Frauen schon über alle Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, um ihr Leben auch ohne Essstörungen zu gestalten, sie diese Möglichkeiten

jedoch zu diesem Zeitpunkt aus bestimmten, oft verständlichen Gründen noch nicht nutzen.

Auf der Basis ihrer Forschungsergebnisse und der Analyse von Therapiegesprächen und -verläufen entwickelt die Autorin therapeutische Vorgehensweisen, die sie anhand kurzer und eindrücklicher Ausschnitte aus Therapiegesprächen illustriert und kommentiert. Es wird gezeigt, wie auf vielfältige Weise gemeinsam mit den Frauen alternative Handlungsmuster und Problemlösungen entwickelt werden können und wie bulimisches Verhalten zugleich als Chance für anstehende Entwicklungen gesehen und genutzt werden kann, so dass es nach oft erstaunlich kurzer Zeit überflüssig wird. Das Buch ist vor allem für Psychotherapeuten und psychosoziale Helfer geschrieben, gibt aber auch den betroffenen Frauen und ihren Familien wertvolle Hinweise.

Margret Gröne, *Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?*, 2003, Carl-Auer-Verlag, 16,70 €

# Schlank gleich attraktiv gleich erfolgreich?

## Zwischen Traumfigur und Bulimie

Viele Mädchen und junge Frauen träumen von einer Figur, mit der sie Germany's next Topmodel werden könnten. In einer Gesellschaft, in der Dicke als willensschwach, faul und dumm gelten, wird buchstäblich jedes Gramm auf die Goldwaage gelegt. Welche Rolle Gesellschaft und Medien für die Entstehung einer Bulimie spielen, erfahren wir in einem Interview mit Privatdozent Dr. Burkard Jäger, Diplom-Psychologe und Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover.

*Herr Dr. Jäger, begünstigt das gesellschaftliche Schlankheitsideal die Entstehung einer Bulimie?*

Unbedingt! Es gibt viele Untersuchungen, die belegen, dass Essstörungen wie die Bulimie ganz wesentlich durch gesellschaftliche Normen und Einflüsse mitbestimmt werden. Anders als bei der Anorexie gibt es Bulimie nicht ohne ein von der Gesellschaft propagiertes Schlankheitsideal. Bulimie ist gebunden an die überall und immer wieder vermittelte Botschaft, dass Schlanksein für Selbstwertgefühl, Erfolg, Attraktivität und Anerkennung steht. Die Ess-Brech-Sucht entsteht daher vor allem in den westlichen Industrienationen, in denen die Gesellschaft besonderen Wert auf Schlankheit als ein anzustrebendes Ziel legt. Dagegen beginnt dieses Thema in China, dem indischen Subkontinent, Afrika und vielen arabischen Staaten erst jetzt eine Rolle zu spielen.

*Welche Rolle spielen hierbei die Medien?*

Medien spielen eine wesentliche Rolle. Sie beeinflussen zumindest indirekt das Verhalten der Mädchen und jungen Frauen. So bevorzugen Frauen Kleidung, die an schlanken und sogar überschulken Frauen anstatt an normalgewichtigen Models präsentiert wird. Allerdings – und das wird häufig nicht beachtet – setzen Medien keine neuen Trends, sondern greifen bestehende Trends auf und verstärken diese. Wichtiger noch als das von Frauenzeitschriften und Fernsehshows suggerierte Schlankheitsideal ist der Einfluss der Gleichaltrigen, der sogenannten „Peer group“. Hänseleien und Wettbewerb um Figur und Aussehen tragen noch stärker zur Entstehung einer Bulimie bei als die Medien. Auch Konkurrenz unter Geschwistern und Sticheleien in der Familie wie z. B.: „Pass mal auf, dass du nicht so eine dicke Kiste bekommst!“, fördern ein krankhaftes Essverhalten.

*Schon mit 15 Jahren haben viele Mädchen ihre erste Diät hinter sich. Ist die Diät möglicherweise eine Einstiegsdroge in die Bulimie?*

Ja, das kann man so sagen! Es gibt keine Bulimie ohne eine vorausgegangene Diätgeschichte. Wenn unsichere junge Menschen mit geringem Selbstwertgefühl durch Diäten dem geltenden Schlankheitsideal entsprechen möchten, droht ihnen Gefahr, nicht aus dem Teufelskreis des „kontrollierten Essens“ zu entkommen. Die Folge kann die Entwicklung einer Bulimia nervosa sein. Immer jüngere Mädchen, so schon 7-jährige Schülerinnen, beschäftigen sich mit dem Thema Diät, obwohl

sie normalgewichtig sind. Zudem ist bekannt, dass bereits Kindergartenkinder feste Vorstellungen von „dick sein“ und „schlank sein“ haben.

*Die gesellschaftlichen Anforderungen, die heutzutage an junge Frauen gestellt werden, sind hoch. Ist die Bulimie bei vielen Frauen Ausdruck eines daraus resultierenden Konflikts bzw. der Angst, diesen Ansprüchen nicht gerecht zu werden?*

Es gibt einen Begriff, der in den 80er Jahren geprägt wurde, das „Super Woman Syndrome“. Dies bedeutet, dass zu den weiblichen Rollenanforderungen, wie sie seit dem Mittelalter bestehen, jetzt auch die typisch männlichen Rollenanforderungen an die Frau dazugekommen sind. Auf der einen Seite wird von der „modernen Frau“ Fürsorglichkeit und Mütterlichkeit verlangt und auf der anderen Seite soll sie technisch begabt und beruflich durchsetzungsfähig und erfolgreich sein. Betrachtet man die Bulimie als „Verhaltenssucht“, kann das bulimische Verhalten dazu dienen, innere Spannungen aufgrund der widersprüchlichen Rollenanforderung zu reduzieren.

*Warum aber leiden auch immer mehr Männer an einer Bulimia nervosa?*

Der Schönheits- und Fitnesskult trifft zunehmend auch Männer. Genauso wie bei Mädchen und Frauen besteht hier ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Entstehung der Bulimie und dem von der Gesellschaft propagierten Ideal eines „schönen Mannes“. Dabei sind Essstörungen etwas stärker unter Homosexuellen vertreten – einer Gruppe von Männern, die vergleichsweise viel Wert auf Äußerlichkeiten wie Figur und Gewicht legt.

*Was sollte Ihrer Meinung nach die Gesellschaft zur Prävention der Bulimie tun?*

Genauso wie die Gesellschaft ihre Bürger zur „Mülltrennung“ erzogen hat, müsste sich auch ein würdevoller Umgang mit Figur und Gewicht und der Unterschiedlichkeit von Figuren antrainieren lassen. Die Ansätze wie z. B. die Verbote mager-süchtiger Models sind bereits vorhanden. Allerdings kann man noch viel mehr tun. Die Gesellschaft fängt in der Familie an, so auch, wie man am Mittagstisch über dicke Kinder der Klasse spricht. Hier lässt sich schon im Kleinen vieles erreichen.

*Wir bedanken uns bei Herrn PD Dr. Burkard Jäger herzlich für das Interview.*

PD Dr. Jäger ist leitender Psychologe und Leiter der Ambulanz in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule in Hannover (MMH). Er hat verschiedene Forschungsprojekte zu Essstörungen durchgeführt und zum Thema des Schlankheitswunsches habilitiert. Er ist Mitglied der Leitlinienarbeitsgruppe der Fachgesellschaften zur Neugestaltung der Behandlungsleitlinien im Bereich der Essstörungen.



## I Bulimie und Körper

# Wenn der Körper rebelliert

## Körperliche Folgeschäden der Bulimie

Die körperlichen Folgeschäden durch die Ess-Brech-Sucht sind nicht zu unterschätzen. Da im Magen-Darm-Trakt sehr viel vom Körpersalz Kalium enthalten ist, kommt es durch wiederholtes Erbrechen oder auch durch den Gebrauch von Abführmitteln und/oder Entwässerungsmitteln zu einem deutlichen und lebensbedrohlichen Kaliummangel. Kalium ist für viele elektrische Vorgänge im Körper unabdingbar. Ein Mangel dieses lebenswichtigen Minerals kann unter Umständen zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen, zu Störungen der Nierentätigkeit bis hin zum vollständigen Verlust der Nierenfunktion und zu Krampfanfällen und Muskelschwäche führen. Durch den wiederholten, unnatürlichen Kontakt der Magensäure mit Speiseröhre und Mundraum kommt es außerdem zu einer Vergrößerung der Mund- und Ohrspeicheldrüsen. Bulimie-PatientInnen erkennt man deshalb auch an ihrem „Hamstergesicht“. Zudem kann es auch zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse mit entsprechenden Funktionsstörungen, wie z. B. Diabetes mellitus, kommen.

## Magensäure zerstört die Zähne

Wer häufig erbricht, spült permanent Magensäure in die Mundhöhle, was dazu führt, dass die Zähne besonders häufig der starken Säure ausgesetzt sind. Normalerweise gelingt es dem Speichel, nach dem Verzehr säurehaltiger Speisen oder Getränke den Säureangriff auf die Zähne langsam wieder auszugleichen. Nach einem starken Säurekontakt wie beim Erbrechen dauert dieser Vorgang jedoch mehrere Stunden. Die Magensäure löst Mineralien aus der Zahnoberfläche und macht sie so „weicher“. Kommt es in diesem Zustand zu starker Reibung an den Zähnen (z. B. beim Putzen), geht die oberflächliche, erweichte Schicht verloren. Ein erstes Warnsignal ist eine gesteigerte Empfindlichkeit der Zähne bei heißen, kalten, süßen oder sauren Speisen.

## Schädigung der Speiseröhre

Darüber hinaus führt das ständige Erbrechen zur Schädigung der Schleimhaut der Speiseröhre. Nach und nach wird die Schleimhaut umgewandelt und ähnelt immer mehr der Dickdarmschleimhaut. Dies stellt die Vorstufe einer Krebserkrankung der Speiseröhre dar. Sollten solche Veränderungen bereits aufgetreten sein, muss mindestens einmal jährlich eine Magenspiegelung durchgeführt werden. Durch massives Erbrechen und massive Fressanfälle kann es in seltenen Fällen sogar auch zum Einreißen des Magens und der Speiseröhre kommen.

Gleichzeitig leiden viele Bulimie-PatientInnen unter starkem Eisenmangel (Anämie), Calcium- und Vitamin-D-Mangel, einer verminderten Knochendichte (Osteoporose, Minderwuchs), trockener, schuppender Haut bzw. Kopfhaut sowie Haarausfall. Nicht zu unterschätzen ist ebenfalls, dass Bulimie einen wesentlichen Risikofaktor in der Schwangerschaft darstellt. Bulimie-Patientinnen haben im Vergleich zu gesunden Personen eine deutlich erhöhte Rate an Fehlgeburten

*Dr. Ulrich Rau, Oberarzt in der Klinik am Korso*



11

## Medikamentöse Behandlung der Bulimie

Es gibt zunehmend Überlegungen, bei Bulimie-PatientInnen neben der Psychotherapie ergänzend Medikamente einzusetzen. Dies hat sich in einigen Fällen als sinnvolle Komponente der Behandlung erwiesen. Zugelassen ist allerdings nur ein Medikament aus der Gruppe der Antidepressiva, und zwar der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer



Fluoxetin. In höherer Dosierung kommt es zu einer Verringerung der Fressanfälle und zur Besserung der depressiven Symptomatik.

Es gibt außerdem Erfahrungsberichte, dass Spironolacton ebenfalls antibulimische Effekte hat. Das sind jedoch Einzelbeobachtungen; bislang hat das Medikament keine Zulassung für die Indikation Bulimie. Bei krisenhaften Zuspitzungen kommen zudem verschiedene Medikamente zur Anwendung, die gegen Angst und Anspannung wirksam sind (z. B. Benzodiazepine, niedrig potente Neuroleptika), aber auch pflanzliche Präparate (z. B. Beruhigungstees, Johanniskrautpräparate) und Medikamente bei Schlafstörungen (z. B. Zopiclon). Wichtig: Medikamente spielen bei der Behandlung der Bulimie eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund steht immer eine psychotherapeutische Behandlung.

*Dr. Ulrich Rau, Oberarzt in der Klinik am Korso*

# Beet der Sinne

## Das Projekt WEGE der Klinik am Corso nimmt seinen Anfang

Wege sind nicht immer gerade, stolperfrei und planbar – sie können überraschend sein, weicher oder auch härter als gedacht. Sie brauchen immer wieder unsere Aufmerksamkeit, unsere Bereitschaft, sich auf sie einzulassen, mit Veränderungen kreativ umzugehen. „WEGE“ heißt ein gemeinsames Projekt der Klinik am Corso, in dem alle Fachbereiche ihr eigenes Bild vom Weg aufzeigen.

So stellen auch die MitarbeiterInnen der Gestaltungstherapie das Jahr 2009 unter das Motto „Wege“. Neben Bildern und Geschichten, die später in einer Ausstellung gezeigt werden, ging es diesen Sommer vor allem um die praktische Arbeit. In einer gruppenübergreifenden Aktion haben die PatientInnen gemeinsam mit den GestaltungstherapeutInnen an einem Wochenende ein 5 Meter langes „Beet der Sinne“ im großzügigen Garten der Klinik angelegt und mit duftenden, blühenden Kräutern bepflanzt. Die Kräuter umranken mehrere Metall und Holzstelen, die nach und nach durch bunte

Besser ist das Ziel dieser Gartengestaltung kaum zu beschreiben: Es geht darum, die PatientInnen nicht nur mit ihrer Krankheit zu sehen, sondern auch immer wieder ihre Normalität, ihre Stärken und ihre Kreativität wahrzunehmen und zu fördern. Es geht darum, den Alltag mit seinen Anforderungen, aber auch sinnlichen und sinnvollen Seiten ins Blickfeld zu holen. Im Garten können die PatientInnen praktische Fähigkeiten (wieder)entdecken und den Lauf der Jahreszeiten beobachten. Eine beständige Pflege ist wichtig und öffnet den Blick auf langsame Veränderungen.

12 |



Rosmarin, Thymian, Basilikum – ein Genuss für die Sinne. Doch das Kräuterbeet bedarf auch einer liebevollen Pflege.

Tonobjekte ersetzt werden, die in ganz individuellem Design von den PatientInnen gestaltet werden.

So liest man zum Beispiel an einer Holzstele:

NARREN HASTEN  
KLUGE WARTEN  
WEISE GEHEN  
IN DEN GARTEN



Beginnend mit einer großen Spirale aus Natursteinen, kann man über Felder mit feinem Kies, weißem Sand, Lava und Rindenmulch gehen

## Weg der Sinne in Arbeit

Ähnliches wird auch mit dem zweiten Schritt der Projektarbeit der Gestaltungstherapie 2009 deutlich.

Gemeinsam mit den PatientInnen haben wir die ersten Felder eines „Weges der Sinne“ angelegt. Beginnend mit einer großen Spirale aus Natursteinen, kann man über Felder mit feinem Kies, weißem Sand, Lava und Rindenmulch gehen. Dabei können die PatientInnen körperlich und sinnlich erfahren, was es bedeutet, sich auf den Weg zu machen.

*Ingrid Seidel, Gestaltungstherapeutin  
in der Klinik am Corso*

# Intensivbetreuung für „schwere Fälle“

## Basisgruppe der Klinik am Korso

**Bulimische und magersüchtige PatientInnen, deren Essstörung besonders stark ausgeprägt ist oder durch persönliche Aktoren oder zusätzliche Erkrankungen kompliziert wird, werden in der Klinik am Korso neuerdings in Therapiegruppen mit nur vier PatientInnen betreut. Die Kleingruppen ermöglichen einen noch intensiveren Austausch zwischen TherapeutIn und PatientIn, schaffen eine familiäre Atmosphäre und ermöglichen damit einen schnelleren Genesungsprozess.**



„Manche PatientInnen sind zu Beginn der Therapie in einer 12-köpfigen Gruppe überfordert“, erklärt Dr. Bettina Crayen, Ärztin und Psychotherapeutin in der Klinik am Korso. Vor allem für Mädchen und junge Frauen, die eine sehr schwere Symptomatik aufweisen – sei es, dass sie stark untergewichtig sind oder sich exzessiv erbrechen –, oder bei denen andere Gründe dafür sprechen, ist eine besonders intensive Betreuung notwendig. Die Klinik am Korso entwickelte daher vor etwa einem Jahr ein eigenes Therapiekonzept für diese PatientInnen. Die ersten beiden Wochen der stationären Behandlung verbringen die PatientInnen in einer Kleingruppe mit insgesamt vier TeilnehmerInnen, der sogenannten Basisgruppe. „Der familiäre Charakter der Therapiesitzungen ermöglicht den PatientInnen, sich schnell vertraut zu fühlen, sowohl mit dem Therapeuten als auch mit den MitpatientInnen. Es fällt ihnen leichter, sich für die Therapie zu öffnen und auf die eigenen Themen zu schauen“, betont Dr. Crayen, die seit Gründung vor einem Jahr die Basisgruppe leitet.

Unterstützt wird die vertrauensvolle Atmosphäre dadurch, dass die ärztliche und therapeutische Funktion in einer Person gebündelt ist. „Dadurch finden wir oft einen intensiveren Zugang zu den Mädchen und jungen Frauen, als dies in der

Regelgruppe möglich ist“, sagt die engagierte Psychotherapeutin. In Einzelgesprächen wird der Fortgang der Therapie detailliert besprochen. Dabei fragt der Therapeut nach dem Essverhalten, dem Gewicht, der seelischen Befindlichkeit, arbeitet an Konflikten und sucht gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten nach Lösungsstrategien.

## Einzelbetreuung bei den Mahlzeiten

Die Mahlzeiten nehmen die PatientInnen gemeinsam mit einer Essbetreuerin in ihrer Kleingruppe im Speisesaal ein. Das Essverhalten unterliegt so nicht ausschließlich der sozialen Kontrolle der Gruppenmitglieder, die bei Tisch zusammensitzen, sondern wird zusätzlich begleitet von einer kompetenten Pflegekraft. „Die Pflegekraft spiegelt den PatientInnen ihr Essverhalten und ermöglicht ihnen auf diese Weise, sich mit ihren kranken Anteilen wie Stochern, Picken oder Spielen-mit-dem-Essen auseinanderzusetzen.“ Nach den Hauptmahlzeiten findet eine Nachbetreuung statt, die für alle PatientInnen obligatorisch ist. Ziel der Nachbetreuung ist es, unangenehme Gefühle nach dem Essen „auszuhalten“, ohne zu erbrechen. „Hier können die PatientInnen verschiedene Alternativen ausprobieren, wie zum Beispiel Entspannungsmusik hören oder aber lesen, um sich abzulenken,“ so Dr. Crayen.

## Bedürfnisorientiertes Therapieangebot

Die PatientInnen sind verpflichtet, je nach Krankheitsbild entweder an der Magersucht- oder Bulimiegruppe teilzunehmen. Auch das therapeutische Angebot ist in der Basisgruppe geringfügig modifiziert. So findet beispielsweise die Körpertherapie mehr im Sinne einer Körperwahrnehmung statt. Übungen in Bewegung werden aufgrund des starken Untergewichts der magersüchtigen PatientInnen weitgehend vermieden. Im Vordergrund stehen daher Atem- und Entspannungsübungen. Ein spezielles Angebot für die PatientInnen der Basisgruppe ist außerdem die sogenannte Genuss Therapie. Bei diesem kreativen, verhaltenstherapeutischen Verfahren wird den PatientInnen einmal wöchentlich die Möglichkeit geboten, durch Übungen zu den einzelnen Sinnen wie Sehen oder Tasten ihre Genussfähigkeit wiederzuentdecken und ihre Wahrnehmung für die eigenen Gefühle zu schärfen.

Um den Austausch der PatientInnen untereinander zu fördern, sind alle TeilnehmerInnen der Basisgruppe auf demselben Flur der Klinik untergebracht, auf dem es auch einen eigenen Aufenthaltsbereich gibt. „Die Mädchen und jungen Frauen unterstützen sich gegenseitig, indem sie sich sehr intensiv über ihre Krankheit, ihre Gefühle und Probleme austauschen“, resümiert Dr. Crayen. „Der vertrauensvolle Umgang der PatientInnen untereinander birgt ein ungeheures Potenzial, das wir für die Therapie ausnutzen.“

# Genießen will gelernt sein

## Genusstherapie in der Klinik am Korso

Erst die Arbeit, dann das Vergnügen. Häufig wird Genuss in unserer Gesellschaft mit Faulheit oder Ineffizienz gleichgesetzt. „Dabei ist Genuss ein wesentlicher Bestandteil von Lebensqualität“, betont Dr. Bettina Crayen, Ärztin und Psychotherapeutin in der Klinik am Korso, „und zudem ein sehr individuelles Erlebnis.“ Denn was der Einzelne als Genuss empfindet, bestimmt er selbst. Die Voraussetzung dafür, positive Sinnesempfindungen zu haben, ist die Genussfähigkeit.

„Menschen, die an einer Essstörung leiden, haben meist verlernt zu genießen“, erklärt die Psychotherapeutin. Magersüchtige oder BulimikerInnen stellen in der Regel hohe Anforderungen an sich selbst, ihre lustvolle Seite findet daneben keinen Platz. Vielmehr wird Genuss als etwas „Verbotenes“ angesehen. Da bei PatientInnen mit Essstörungen alle Gedanken ausschließlich um das Thema Essen kreisen, bleibt außerdem kein Platz für andere Dinge, geschweige denn zu genießen.

PatientInnen der Klinik am Korso lernen deshalb in einer Genusstherapie, ihre Sinne wieder wahrzunehmen: Wie fühlt sich etwa ein Stück Holz an oder was löst die Farbe Gelb in mir aus? „Die Sinnesübungen erlauben ihnen wieder, nach und nach Kontakt zu ihren Gefühlen herzustellen. Sie lernen Genuss als etwas Positives zu sehen und erkennen, was ihnen guttut und was sie stärkt“, erläutert Dr. Crayen. Die PatientInnen können

14|

## I Aktuelles aus der Klinik

# „Von Träumen und Pollukeln“

## Ausstellung Malerei von Uschi Korowski in der Klinik am Korso

Im Rahmen der „Klinik-Kunst“ gab es in der Klinik am Korso wieder eine interessante Ausstellung zu bestaunen. Die Leinwandbilder der Braunschweiger Künstlerin Uschi Korowski beeindrucken durch den sehr gekonnten Umgang mit Farbe. Zunächst wirken viele Bilder sehr ruhig, matte Farben fließen wie Regen über die Leinwand, finden sich in 10.000 Tropfen, hinterlassen Spuren, laden den Betrachter ein, näher zu treten, sich gefangen nehmen zu lassen von den Formen, immer Neues zu entdecken, über die Zeit nachzudenken, über Ruhe und Spannung, über den Zufall und die Bestimmung.

Dies war auch während der Eröffnung der Ausstellung spürbar, die gekonnt von der jungen Nina Berck mit Gitarre und berührendem Gesang von großer Kraft und Intensität umrahmt wurde. Nach einer kurzen Eröffnungsrede des Chefarztes Prof. Thomas Huber hatte man sich etwas Besonderes einfallen lassen: Die drei in der Klinik tätigen Kunst- und Gestaltungstherapeuten Ingrid Seidel, Simone Wolf und Günter Kreher besprachen jeweils ein von ihnen ausgewähltes Werk. Dies machte ganz besonders deutlich, dass die Bilder zu ganz unterschiedlichen Assoziationen einladen.

Gefühle und Stimmungen zumindest über kurze Zeit Einfluss nehmen können. Das stärkt ihre Selbstverantwortlichkeit und Unabhängigkeit.

## Genuss braucht Zeit

Die Genusstherapie orientiert sich an dem Therapieprogramm von Eva Koppenhöfer: „Kleine Schule des Genießens“. Dazu wird pro Gruppensitzung mit einer der fünf Sinneswahrnehmungen gearbeitet. Dabei müssen immer bestimmte Genussregeln eingehalten werden: (1) Genuss braucht Zeit, (2) Genuss muss erlaubt sein, (3) Genuss geht nicht nebenbei, (4) Jedem das Seine, (5) Weniger ist mehr, (6) Ohne Erfahrung kein Genuss und (7) Genuss ist alltäglich.

Für den Anfang eignet sich vor allem der visuelle Sinn. In der Gruppe werden den PatientInnen unterschiedliche Farben in Form von Tüchern und Leinwänden präsentiert. Jede Patientin bzw. jeder Patient wählt eine Farbe aus, betrachtet sie genau und verinnerlicht den Farbton. Dann erzählt jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer, was sie bzw. er mit der Farbe verbindet, warum sie gerade diese Wahl getroffen hat und welche Erinnerungen und Wünsche beim Betrachten der Farbe auftauchen. „Über diesen Umweg fällt es den PatientInnen leichter, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen, zu benennen und einen Bezug zu ihrem Alltag herzustellen“, erklärt Dr. Crayen.

In der Ausstellung „Von Träumen und Pollukeln“ begegnete man auch Biografischem der Künstlerin, die außerdem Medizinerin und Biologin ist. Mit dem Begriff „Pollukeln“ schafft sie die Verbindung von Kunst und Wissenschaft: Während Jackson Pollock mit seinen Arbeiten Pate stand, bezeichnet das Follikel in der Medizin verschiedenste kleine Körperräume.

Ingrid Seidel

### USCHI KOROWSKI

wurde in Wolfenbüttel geboren.

Sie studierte Medizin in Hannover und Biologie in Braunschweig. 2004 begann sie sich mit Kunst zu beschäftigen und nahm 2005 und 2006 an verschiedenen experimentellen Kursen bei Georg Ystein in Braunschweig teil. Seit 2007 setzt sie sich im Wesentlichen autodidaktisch mit Kunst auseinander. Seit 2009 ist sie Gasthörerin an der Hochschule für Bildende Kunst Braunschweig.



# Qualitätstest bestanden

**Bad Oeynhausen, 12. August 2009 – Die Klinik am Korso in Bad Oeynhausen wurde nach DIN EN ISO 9001:2008 rezertifiziert und gleichzeitig anhand der vorläufigen Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) überprüft.**

Ohne Zertifikat keine PatientInnen. Darauf müssen sich Rehakliniken schon seit mehreren Jahren einstellen. 2004 wurde im § 20 SGB IV festgelegt, dass alle Einrichtungen der Rehabilitation ein internes Qualitätsmanagement (QM) einführen und die erfolgreiche Umsetzung in regelmäßigen Abständen nachweisen müssen. Seit Mai sind nun die vorläufigen Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements bekannt, die voraussichtlich zum 1. Oktober in Kraft treten werden. Die Klinik am Korso hat mit der eigenen Prüfung nun gezeigt, dass diese Kriterien der BAR die Realität in Rehabilitationskliniken widerspiegeln, auf die Kliniken sehr gut anwendbar sind und die Kriterien der DIN EN ISO 9001:2008 sinnvoll ergänzen.

„Die zusätzliche Überprüfung unserer Klinik nach den vorläufigen Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation war für alle Beteiligten eine echte Herausforderung“, betont Karsten Braks, Qualitätsmanagementbeauftragter der Klinik am Korso. Nur knapp ein Monat blieb den engagierten Mitarbeitern der Klinik in Bad Oeynhausen und den Auditoren Heike Buchmann-Meimeth und Herbert Ludwig zwischen der Kenntnis der Kriterien und der Zertifizierung.

„Die Anstrengung hat sich gelohnt“, freut sich auch Frank Böker, Geschäftsführer der Klinik am Korso, über das Zertifikat. „Unser Dank gebührt unseren engagierten Mitarbeitern.“ ergänzt Prof. Dr. Thomas J. Huber, Chefarzt der Klinik. Die BAR, die in das deutsche Gesundheitswesen eingebunden ist, setzt in ihrem Kriterienkatalog u. a. drei Schwerpunkte: Die Einbeziehung des Rehabilitanden, die Spezifität der Behandlung und ein funktionierendes QM-System. Die DIN ISO 9001 dagegen ist eine Norm die sich aus der Industrie entwickelt und ihren Schwerpunkt bei der Struktur- und Prozessqualität hat. Damit ergänzen sich die Anforderungskataloge der beiden sehr gut. Die Bewertung der Auditoren bestätigt, dass die Erfüllung dieser unterschiedlichen Anforderungen in der Klinik am Korso bereits Praxisalltag ist, sowohl in Form der Patientenorientierung als auch der auf Essstörungen spezialisierten Behandlung sowie der Einführung eines QM-Systems nach DIN ISO.9000 „Die vorliegenden Kriterien haben wir genutzt, um alle Bereiche noch einmal einer kritischen Prüfung zu unterziehen und nach Möglichkeiten zu suchen, uns noch weiter zu verbessern. Dazu waren auch die Kriterien der BAR überaus hilfreich“, sagt Bernward Ellrott, Verwaltungsleiter der Klinik und betont, dass die Verwaltungsleitung auch künftig die umfassenden QM-Aktivitäten unterstützen werde. Auch für Herrn Dr. Claus Offermann von der ZertSozial ist damit ein weiterer wichtiger Schritt in der Umsetzung der Forderungen

nach mehr Qualität in der Rehabilitation vollzogen. „Die Kriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft könnten durchaus auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens Vorbild sein“, so Offermann.



## Rat und Hilfe für Angehörige

**Angehörigen-Selbsthilfegruppe trifft sich jeden letzten Mittwoch im Monat in der Klinik am Korso**

Das Thema Essstörungen ist zwar im wahrsten Sinne des Wortes „in aller Munde“, und doch fällt es gerade den betreffenden Angehörigen oft besonders schwer, über die damit einhergehenden Probleme offen zu reden. In der Klinik am Korso trifft sich jeden letzten Mittwoch im Monat um 19:30 Uhr die Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Essstörungen im Kreis Minden-Lübbecke.

In der Selbsthilfegruppe können sich Eltern, ältere Geschwister bzw. auch Partner der essgestörten Menschen regelmäßig über die persönlichen Erfahrungen, den Umgang mit der Erkrankung, die speziellen Hilfsangebote sowie über die Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen austauschen und informieren.

Die Gruppe wird von der Selbsthilfe-Kontaktstelle Minden-Lübbecke organisiert. Ansprechpartner ist die Selbsthilfe-Kontaktstelle unter der Telefonnummer 01 76 / 8 11 82 08 oder Iris Busse von der Selbsthilfe-Kontaktstelle Parität Sozial Minden-Lübbecke (Tel. 05 71 / 8 28 02 24, E-Mail: [selbsthilfe-mi-lk@paritaet-nrw.org](mailto:selbsthilfe-mi-lk@paritaet-nrw.org)).

### Mit Barbie gegen Essstörungen

Mädchen fangen in immer jüngeren Jahren an, sich um ihr Gewicht zu sorgen – gefährliche Krankheiten wie Magersucht oder Bulimie können die Folge sein. Damit es gar nicht erst so weit kommt, setzen neue Präventionsprogramme bereits bei Sechstklässlern an.

Botschafterin des Präventionsprogramms namens PriMa („Primärprävention Magersucht“) ist ausgerechnet Barbie. Die berühmte Puppe genießt keinen guten Ruf, denn ihre unnatürlichen Proportionen vermittelten jungen Mädchen ein falsches Schlankeitsideal. Im Zentrum von jeder der insgesamt neun „PriMa“-Lektionen steht ein großes Poster, das Barbie in einer scheinbar glücklichen Situation zeigt. Daneben steht das Zitat eines magersüchtigen Mädchens, das deutlich macht, wie sehr es unter seiner Krankheit leidet. Diese Text-Bild-Schere soll zur gedanklichen Beschäftigung mit dem Thema anregen. Denn durch Selbstreflexion, so die Psychologen, lasse sich am ehesten erreichen, dass die Schülerinnen ihre Einstellung zum Schlanke sein überdenken und, falls nötig, ihr Essverhalten ändern. Die Befragung von über 2.500 Teilnehmerinnen belegt, dass die Diskussion über die Poster tatsächlich Wirkung zeigt: Nach dem Programm hielten die im Schnitt 12-jährigen Schülerinnen seltener Diät und waren insgesamt zufriedener mit ihrer Figur.

Quelle: *Gehirn&Geist* (6/2009)



16|

### Onlinespiel fördert Magersucht

Statt einer Fantasywelt mit Schätzen und Drachen oder einem futuristischen Weltraumabenteuer geht es bei dem Online-Spiel „Miss Bimbo“ um Mode und Schönheitswettbewerbe.

Über 250.000 Spielerinnen sind bereits bei Miss Bimbo registriert. Das Ziel des englischsprachigen Spiels ist es, Miss Bimbo, also die Schönste, Heißeste, Begehrteste, Reichste und Coolste von allen, zu werden. Doch im pinkfarbenen Bonbon-Land ist nicht alles rosig: Brustoperationen, Diätpillen und Schlankeitswahn rufen Elternverbände und Gesundheitsexperten auf den Plan. Das Spiel störe die Psyche der Zielgruppe der 9- bis 16-jährigen Mädchen. Diese seien leicht zu beeinflussen und würden durch das Spiel einer zunehmenden Gefahr von Essstörungen ausgesetzt.

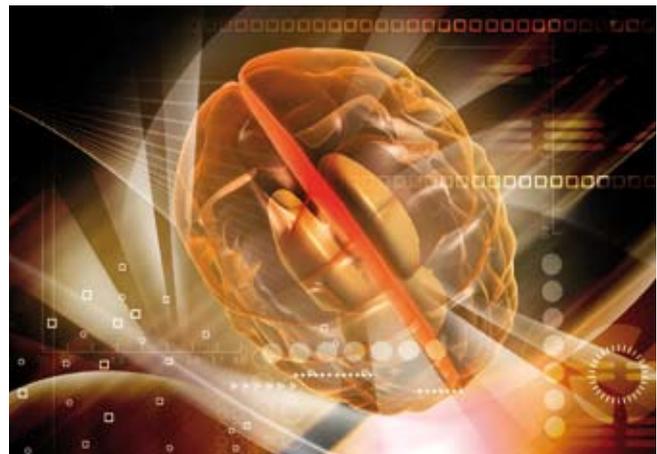
Die Programmierer des „Miss Bimbo“-Spiels sehen allerdings keinerlei Zusammenhang mit ihrem Werk. Im Gegenteil. „Wenn eine Figur etwa zu viel Schokolade isst, steigen

### Therapie verändert das Gehirn

„Ich bin zu dick!“, ist das Urteil von PatientInnen mit Essstörungen beim Blick in den Spiegel, auch wenn sie oft objektiv untergewichtig sind. Eine verzerrte Körperwahrnehmung ist Risiko- und aufrechterhaltender Faktor von Essstörungen wie Magersucht und Bulimie. Diese Verzerrung spiegelt sich in den Hirnfunktionen wider und kann durch Körperbildtherapie nachweislich verändert werden. Worauf beruht das verfälschte Selbstbild bei Essgestörten? Was ist der neuropsychologische Hintergrund? Was verändert die Therapie? Neuropsychologen untersuchten jüngst Magersüchtige und Bulimikerinnen im Kernspintomographen vor und nach der Therapie und verglichen diese mit gesunden Kontrollpersonen. Während der Kernspintomographie wurden den Patientinnen verschiedene Bilder gezeigt: Darstellungen von menschlichen Körpern wechselten mit Bildern von Gegenständen. So konnten die Forscher gezielt die Hirnregionen identifizieren, die bei der Verarbeitung von Körperbildern besonders aktiv sind. Darüber hinaus wurden die Probandinnen mit Fotoserien konfrontiert, die ihren eigenen und einen fremden Frauenkörper aus verschiedenen Standardperspektiven zeigten.

Bei der Auswertung der kernspintomographischen Aufnahmen machten die Forscher eine überraschende Entdeckung: In der für die Verarbeitung von Körperbildern zuständigen Hirnregion war bei Essgestörten die graue Substanz deutlich vermindert. Auch die Aktivierungsmuster des Gehirns bei Betrachtung des eigenen Körpers unterschieden sich zwischen essgestörten und gesunden Personen – ein Hinweis auf die Gefühlslage bei Betrachtung des eigenen Körpers und auf die Strategie, mit dem eigenen Bild umzugehen. Allerdings zeigte sich nach der Therapie ein Unterschied: Bei Anorexie-Patientinnen hatte sich die Aktivierung der betreffenden Gehirnregion sowohl in der rechten als auch in der linken Hemisphäre durch die Behandlung erhöht.

Quelle: *Ruhr-Uni Bochum*



Glücklichkeitswerte zwar kurzfristig an, langfristig hat es jedoch negative Auswirkungen auf den Körper. Anders ist das bei Obst und Gemüse“, sagte der französische „Miss Bimbo“-Erfinder Nicholas Jacquart. Seiner Ansicht nach vermittele das Spiel den Mädchen ein „positives Essgefühl“ sowie die Erfahrung, Verantwortung für jemanden zu übernehmen.