

Bachelorarbeit

Die klassischen Essstörungen

eingereicht von

Sarah Madelaine Steinlechner

zur Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science
(BSc)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am 03.11.2014

Lehrveranstaltung: Pathophysiologie

unter der Anleitung von

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr.rer.nat. Sandra Wallner-Liebmann

Heinrichstraße 31a

8010 Graz

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 03.11.2014

Unterschrift

Vorwort

Der Mensch wird heutzutage nicht mehr nach seinen inneren Werten beurteilt, sondern danach wie er aussieht, dick oder dünn, schön oder hässlich. Übergewicht ist verpönt und die Medien zeigen dies nur allzu deutlich, indem sie in jeder Zeitschrift mindestens eine neue Diät oder neue Abnehmtipps vorstellen. Auch die Modebranche macht deutlich, dass die Modetrends nur für schlanke Personen geeignet sind. Demnach findet man kaum Mode in Übergrößen, die noch dazu bezaubernd aussieht. Übergewichtige Menschen müssen sich mit dem zufrieden geben, was es ihren Größen zu kaufen gibt.

Aber warum dieser Schlankheitswahn? Diese Frage kann eigentlich nicht beantwortet werden. Jedoch steht fest, dass das Hungern und die damit verbundenen Essstörungen in der heutigen Zeit präsenter sind denn je. Vor allem junge Frauen verfallen leicht diesem Wahn.

Was sind die Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung? Welche Eingangparameter werden für eine exakte Diagnose benötigt? Wo befinden sich qualifizierte Anlaufstellen und welche Therapiemöglichkeiten gibt es in Österreich?

Mit diesen Fragen werde ich mich im Laufe der Arbeit auseinandersetzen und schlussendlich beantworten.

Diese Arbeit wurde mit einer aktuellen Literatur verfasst, die in einer umgehenden Recherche an der Bibliothek der Medizinischen Universität, Bibliothek der Karl Franzens Universität und im Internet gefunden wurde. Es wurden Fachbücher, Artikel aus Fachzeitschriften und Ratgeber zum Schreiben dieser Arbeit herangezogen.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Vorwort.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Zusammenfassung.....	1
1. Essstörungen.....	3
2. Begriffsdefinitionen.....	4
2.1 Essstörung.....	4
2.2 Body-Mass-Index.....	4
3. Anorexia nervosa.....	5
3.1 Symptomatik.....	5
3.2 Formen der Anorexia nervosa.....	6
3.3 Diagnosekriterien.....	6
3.4 Verlauf der Anorexia nervosa.....	8
4. Bulimia nervosa.....	9
4.1 Symptomatik.....	10
4.2 Formen der Bulimia nervosa.....	10
4.3 Diagnosekriterien.....	11
4.4 Verlauf der Bulimia nervosa.....	12
5. Binge-Eating-Störung.....	13
5.1 Symptomatik.....	13
5.2 Diagnosekriterien.....	14
6. Adipositas.....	15
6.1 Symptomatik.....	15
6.2 Formen der Erkrankung.....	15
6.3 Diagnosekriterien.....	16
6.4 Verlauf von Adipositas.....	16
7. Medizinische Komplikationen und Folgeschäden bei Essstörungen.....	17
7.1 Medizinische Folgen bei Anorexia nervosa.....	18
7.2 Medizinische Folgen bei Bulimia nervosa.....	18
7.3 Medizinische Folgen bei Adipositas und BED.....	19

8.	Risikofaktoren bei Essstörungen	20
8.1	Soziokulturelle Faktoren	20
8.2	Familiäre Faktoren	20
8.3	Niedriges Selbstwertgefühl	20
8.4	Sexueller Missbrauch	21
8.5	Individuelle Faktoren	21
8.6	Biologische Faktoren	22
9.	Diagnostik	23
9.1	Früherkennung	23
9.2	Erst- bzw. Vorgespräch	24
9.3	Erhebung des psychopathologischen Befundes, sowie medizinische Gesamtbeurteilung	24
9.4	Anamneseerhebung	25
9.5	Motivation	26
10.	Therapie	27
10.1	Die stationäre psychodynamische Therapie	27
10.2	Die ambulante psychodynamische Therapie	28
10.3	Die ambulante kognitive Verhaltenstherapie	29
10.4	Die stationäre Verhaltenstherapie	29
11.	Schlussfolgerung	30
12.	Literaturverzeichnis	31
13.	Anhang	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	S.7
Tabelle 2: Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV	S.11
Tabelle 3: Forschungskriterien für Binge-Eating-Störung nach DSM-IV	S.14
Tabelle 4: Warnsignale bei Essstörungen	S.23
Tabelle 5: Wichtige Fragen für den Erstkontakt	S.24
Tabelle 6: Behandlung der komorbiden Störung	S.25
Tabelle 7: Indikation für eine stationäre Aufnahme bei Essstörungen	S.28

Abkürzungsverzeichnis

WHO:	Weltgesundheitsorganisation
ICD:	International Classification of Diseases
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BMI:	Body-Mass-Index
BED:	Binge-Eating-Disorder
SIAB:	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen

Zusammenfassung

Das Thema "Essstörungen" bekommt in der heutigen Zeit immer mehr Aufmerksamkeit. Diese psychosomatischen Erkrankungen können fatale Folgen haben und sollten daher nicht auf die leichte Schulter genommen werden. Vor allem junge Frauen lassen sich stark von den unrealistischen Schlankheitsvorbildern beeinflussen. Obwohl wir wissen, dass schlank sein nicht das Wichtigste ist, ist der Magertrend in der heutigen Zeit nicht mehr aufzuhalten. Die Äußerlichkeiten gewinnen immer mehr an Bedeutung, und dabei wird auf das Eigentliche "die inneren Werte" vergessen.

Essstörungen sind multifaktoriell bedingt und können verschiedenste Auslöser haben. Körper und Psyche sind gleichermaßen betroffen und die Ursachen sind unterschiedlich. Genetische und biologische Faktoren sollten aufgrund dieser Tatsache ebenso Bedeutung finden wie soziale und familiäre Einflüsse.

Unter den typischen Essstörungen versteht man unter der klinischen Einteilung nach ICD 10 und DSM IV: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas und Binge-Eating-Disorder. Jedoch greifen diese Erkrankungen oft ineinander über, bzw. treten in Mischformen auf. Die Hintergründe für die das extrem gestörte Essverhalten sind meist unterschiedliche innerpsychische oder zwischenmenschliche Konflikte.

Die Anorexia nervosa, auch Magersucht genannt, äußert sich primär in einer Art der Gewichtsphobie. Die betroffenen Personen kämpfen ständig mit dem Gedanken dick zu werden. In Zusammenhang mit dieser Angst, steht eine Körperstörung. Sie nehmen den Körper verfälscht wahr, er erscheint immer zu dick. Diese Erkrankung erfordert ein hohes Maß an Selbstkontrolle. Die Bulimia nervosa äußert sich in der Symptomatik ähnlich wie die Anorexia nervosa. Zusätzlich treten extreme Heißhungerattacken, die mit dem Missbrauch von Laxantien oder dem selbsterbeigeführten Erbrechen kompensiert werden. Bei BED treten ebenfalls Heißhungeranfälle auf, ohne dass gewichtskompensierende Maßnahmen wie z.B. Fasten, Erbrechen oder exzessive Bewegung praktiziert werden.¹ Adipositas wird im allgemeinen durch einen übermäßigen Fettanteil im Körper in Relation zur Gesamtkörpermasse charakterisiert.

¹ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.19.

Diese Arbeit liefert einen Überblick in die Thematik der klassischen Essstörungen. Es werden die Ursachen, die die Entstehung einer Essstörung begünstigen, die damit verbundenen Symptome, die Formen, der Verlauf der jeweiligen Essstörung und die Folgeschäden aufgezeigt. Dazu werden die möglichen Therapieformen erwähnt. Zum Abschlussweise ich auf die möglichen Beratungsstellen in der Steiermark hin.

1. Essstörungen

In der heutigen Zeit gibt es kaum einen Menschen, der sich nicht irgendwann einmal zu dick gefühlt bzw. eine Diät ausprobiert hat. Speziell in der Pubertät kommt es zu körperlicher Unzufriedenheit, vor allem pubertierende Mädchen sind oft davon betroffen. Zu sagen ist, dass nicht jedes Kind, welches seine Nahrung kontrolliert oder ein paar Kilos abgenommen hat, an einer Essstörung leidet. Jedoch kann dieses Verhalten den Beginn einer schwerwiegenden Essstörung bedeuten. Auffälliges Essverhalten ist an sich keine eigenständige Erkrankung. Im medizinischen Sinn sind Essstörungen psychische Krankheiten.

Störungen des Essverhaltens sind ernstzunehmende psychosomatische Erkrankungen, die vor allem bei Mädchen und jungen Frauen zwischen 12 und 25 Jahren, stetig zunehmen. Sehr selten, etwa im Verhältnis 1:20, erkranken Jungen an einer dieser Erkrankungen. In Österreich sind etwa 2,9% der Frauen und 0,6% der Männer (20 bis 29 Jahren) von chronischem Untergewicht betroffen.²

Die Merkmale, die für eine Diagnose einer bestimmten Essstörung vorausgesetzt sind, werden in den verschiedensten Klassifikationssystemen beschrieben. Ich habe mich für die Klassifizierung zweier Systeme entschieden, das Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation „International Classification of Diseases“, kurz ICD. Dieses System umfasst alle Erkrankungen die es gibt und steht derzeit in der 10. Fassung zur Verfügung. Das zweite, von der Amerikanischen Psychiatriegesellschaft erarbeitete Klassifikationssystem, „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ kurz DSM beschränkt sich auf psychische Störungen und liegt derzeit in der vierten Fassung vor.

²Vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/025420.html, abgerufen am 21.09.2014.

2. Begriffsdefinitionen

2.1 Essstörung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt in der „International Classification of Diseases 10“ (ICD 10) die Essstörungen. Unter dem Oberbegriff der Essstörung versteht man zwei wichtige Erkrankungen: die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Neben den typischen Formen der beiden Erkrankungen gibt es auch noch atypische Formen, sowie Essattacken mit psychischen Störungen. Auch die Adipositas wird im ICD 10 näher beschrieben.³

2.2 Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (BMI) ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter) und gilt als das beste indirekte Maß für die Körperfettmasse. Zur Bestimmung des Ausmaßes des Übergewichts bzw. der Adipositas gibt es eine auf dem BMI beruhende Klassifizierungstabelle der WHO. Diese Grenzen gelten seit 1998 und definieren einen BMI zwischen 18,5 und 24,9 als Normalgewicht, zwischen 25,0 und 29,9 als Übergewicht und einen BMI von 30,0 und mehr als Adipositas.⁴

³ Vgl. Dilling, Mombour et al. 2011, S.243-250.

⁴Vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html, abgerufen am 21.09.2014.

3. Anorexia nervosa

Von Anorexia nervosa betroffene Personen weigern sich ein normales Körpergewicht zu halten, bzw. während der Adoleszenz zu erreichen. Ein weiteres Charakteristikum ist die ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts. Zu beobachten ist eine Wahrnehmungsstörung bezogen auf Figur und Gewicht bzw. die übermäßige Bedeutsamkeit von diesem Selbstkonzept der Patientin. Durch die Reduktion von hochkalorischen Nahrungsmitteln oder eine generelle Reduktion der Gesamtnahrungsaufnahme wird ein Gewichtsverlust erreicht. Betroffene Personen entwickeln ein streng ritualisiertes Essverhalten mit Beschränkung auf nur wenig Nahrungsmittel, die meist nur wenige Kalorien aufweisen. Der Gewichtsverlust ist begleitet von psychischen Störungen, wie Angst vor dem Dick-werden. Auffällig ist, dass Essgestörte den untergewichtigen Zustand verleugnen. Weiters tragen sie weite Bekleidung, um möglichst wenig aufzufallen. Bei Magersucht Betroffenen weist der Körper, bzw. die Figur einen besonderen Stellenwert im Selbstkonzept der Person auf.⁵ Die Anorexia nervosa betrifft vor allem Mädchen in der Pubertät. Im Vergleich dazu leiden junge Männer sehr selten an Magersucht, im Verhältnis etwa 10:1. In Österreich sind ca. 35000 Menschen betroffen. Die Mortalität beträgt 5-10%.⁶

3.1 Symptomatik

Die Symptomatik ist gekennzeichnet durch folgende Phänomene:

- Massive Verweigerung der Nahrungsaufnahme
- Große Angst der Gewichtszunahme
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Weisen keine einheitlichen Verhaltensweisen auf, können phobisch, zwanghaft, hysterisch, depressiv oder hypochondrisch in ihrem Verhalten sein.
- Begleiterscheinungen: Obstipation, Amenorrhö

Die Symptomatik der Betroffenen wird außerdem von einer depressiven Stimmung begleitet, welche vom Gewicht abhängig ist. Bei einem Gewichtsverlust fühlen sich die

⁵ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S. 3.

⁶ Vgl. Parpart et al. 2013, S.27.

Betroffenen besser und sind stolz auf ihre Leistung. Vor allem werden sie im Anfangsstadium durch Komplimente zur Figur bestätigt.⁷

3.2 Formen der Anorexia nervosa

Die Diagnosekriterien für die Magersucht wurden in den letzten Jahren laufend modifiziert und ergänzt. Es wurden in der vierten Fassung des DSM von 1994 zwei Typen neu eingeführt. Daher wird jetzt laut DSM-IV und dem ähnlichen ICD-10 zwischen zwei Subtypen unterschieden, dem „restriktivem Typ“ und dem „Binge-puring Typ“.⁸

Dem restriktiven Typus entspricht der ursprüngliche Typ der Anorexia nervosa. Hierbei erfolgt die Gewichtsabnahme durch Hungern und Bewegung alleine, ohne Erbrechen oder Gebrauch von Medikamenten zum Abführen und Entwässerung. Die Betroffenen dieses Typus sind in der Verweigerung der Nahrungsaufnahme am radikalsten. Weiters zeigen sie ein besonders hartnäckiges Verhalten in der Abwehr jeglicher therapeutischer Angebote. Im Gegenteil dazu kann es beim Binge-puring-Typ zum bulimischen bzw. Puring-Verhalten kommen. Die Patienten und Patientinnen können ihr reines Hungersystem nicht mehr aufrechterhalten. Es kommt zunächst gelegentlich, dann zunehmend zu Heißhungeranfällen. Diese Nahrung wird dann durch selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika entfernt. Demnach darf laut DSM-IV die Diagnose Bulimie bei gleichzeitig bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden. Hierbei handelt es sich um die Diagnose Anorexia nervosa „Binge-Eating/Puring“-Typus.⁹

3.3 Diagnosekriterien

Die diagnostische Klassifikation der Magersucht hat mehrere Phasen durchlaufen. Zuerst wurde diese Erkrankung auf die Hyperphyse zurückgeschlossen, später sah man in der Erkrankung eine Variation mehrerer psychiatrischer Erkrankungen. Heute kann man jedoch sagen, dass es sich um ein eigenständiges, spezifisches Krankheitsbild mit speziellen klinischen Symptomen handelt.¹⁰

In der nachstehenden Tabelle werden die Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV aufgelistet:

⁷ Vgl. <http://www.eesom.com/go/2OQ0SNKN3LQTV70QBIRQ7K5U9GBYA6OD>, abgerufen am 22.9.2014).

⁸ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S. 16.

⁹ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S. 16-17.

¹⁰ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 27.

ICD-10	DSM-IV
1. Körpergewicht von mindestens 15% unter dem erwarteten oder ein BMI von 17,5 oder weniger.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des erwarteten Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme für ein Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von hochkalorischen Speisen • selbstinduziertes Erbrechen • selbstinduziertes Abführen • übertriebene körperliche Aktivität • Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika 	B. Ausgeprägte Ängste von einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Es besteht eine Körperschemastörung in Form massiver Angst, zu dick zu werden und sehr niedriger persönlicher Gewichtsschwelle.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
4. Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse vor, die sich in Form einer Amenorrhoe (bei Frauen) bzw. Libido- und Potenzverlust (bei Männern) manifestiert.	D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).
5. Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.	
Subtypen: Restriktive Form: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen ect.) Bulimische Form: Anorexie mit aktiven Maßnahmen der Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen ect. in Verbindung mit Heißhungerattacke)n	Restriktiver Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Puring“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. „Binge-Eating/Puring“-Typus Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig „Fressanfälle“ gehabt oder hat „Puring“-Verhalten.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV¹¹

¹¹ Jacobi, Paul, Thiel 2004, S. 4.

3.4 Verlauf der Anorexia nervosa

Es liegen sehr viele Untersuchungen über Langzeitverläufe der Erkrankung vor, jedoch hängen die Ergebnisse stark von der Katamnesedauer ab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Heilungschance bei ca. 50% liegt. Eine Besserung wird bei etwa 30% der Betroffenen erreicht und bei 20% chronifizieren sich die Verläufe. Bei den meisten Betroffenen normalisiert sich das Körpergewicht, allerdings beschäftigen sich etwa 2/3 noch immer stark mit dem Gewicht oder einer Diät. Zu erwähnen ist, umso länger man an Anorexia nervosa leidet, desto schlechter werden die Heilungschancen. Bereits nach fünf Jahren Krankheitsdauer besteht ein hohes Risiko zur weiteren Chronifizierung.¹²

¹²Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 38.

4. Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa, auch Ess-Brechsucht genannt, kann einerseits als Begleiterscheinung der Magersucht auftreten, wird laut DSM-IV aber auch als eigene Essstörung definiert. Der Unterschied zur Magersucht mit bulimischen Verhalten liegt darin, dass das Körpergewicht nicht in den Diagnosekriterien enthalten ist. Von Bulimia nervosa betroffene Personen haben oft ein normales Gewicht. Laut den Diagnosekriterien des DSM IV entsprechend, müssen diese Menschen im Durchschnitt über drei Monate hinweg mindestens zweimal wöchentlich Heißhungeranfälle erleiden.¹³ Hauptmerkmale dieser Erkrankung sind Heißhunger- oder Fressanfälle. Definiert werden diese als der Verzehr einer bestimmten Nahrungsmenge innerhalb eines bestimmten Zeitraums, wobei die Menge eindeutig größer sein muss, als die eines gesunden Menschen. Im Rahmen eines Fressanfalls werden tausende Kalorien zugeführt. Bei den verzehrten Lebensmitteln handelt es sich um die von den Bulimia nervosa leidenden Personen genannten „verbotenen Lebensmitteln“. Darunter versteht man z.B. Süßes, Fettiges oder Kohlenhydrate.¹⁴

Weitere Maßnahmen zur Kompensation einer Gewichtszunahme sind:

- Erbrechen
- Diäten
- Laxantienabusus
- Diuretikaabusus
- Appetitzüglermisbrauch

Ein Phänomen stellt der Kontrollverlust im Zusammenhang mit den Fressanfällen dar. Die Betroffenen Personen haben oftmals das Gefühl, mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können. Sie sind unfähig die Menge des Essens zu kontrollieren. Ebenso wie die Magersucht tritt die Bulimie bei Männern eher selten auf. Der Beginn dieser Erkrankung beginnt bei beiden Geschlechtern in der Jugend, bzw. im frühen Erwachsenenalter.¹⁵

¹³ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.17.

¹⁴ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S. 5.

¹⁵ Vgl. Parpart et al. 2013, S.33.

4.1 Symptomatik

Bei der psychogenen Essstörung kommt es zum Exzessiven Missbrauch in Form von hochkalorischen Nahrungsmengen, welche in kürzester Zeit zugeführt werden. Anschließend folgen Maßnahmen der Kompensation zur Reduktion des Körpergewichts, wie selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmittel. Weiters haben betroffene Personen ein geringes Selbstwertgefühl und können die Menge und Art der zugeführten Nahrungsmenge nicht mehr kontrollieren. Sie haben oft ein Gefühl von Zwang und Dissoziation.¹⁶

4.2 Formen der Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa wurde erst Ende der 70er-Jahre beschrieben und danach in die Diagnoseschemata der ICD-10 bzw DSM-IV aufgenommen. In der vierten Fassung des DSM wurden zwei Subtypen der Bulimia nervos spezifiziert, nämlich der Puring-Typ und der non-puring-Typ. Der Puring-Typ weist in den meisten Fällen die charakteristischen Verhaltensweisen einer Bulimia nervosa auf. Im Gegenteil dazu zeigt der non-puring-Typ anorektisches Verhalten. Betroffenen regulieren das Gewicht nach den Essattacken mit Fasten oder gesteigerter Bewegung.¹⁷

¹⁶ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S.7.

¹⁷ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.17.

4.3 Diagnosekriterien

ICD-10 (F50.2)	DSM-IV (307.51)
1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.	2. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“ gekennzeichnet durch folgende Merkmale: 3. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 4. Das Gefühl während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch die Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
5. Versuch, dem dämmenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln • Zeitweilige Hungerperioden • Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika. 	6. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung
7. Krankhafte Furcht davor dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder „gesunden“ Gewicht liegt.	8. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
9. Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa	10. Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung 11. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf
	12. Puring-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere Non-Puring-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika

Tabelle 2: Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV¹⁸

¹⁸ Jacobi, Paul, Thil 2004, S.6.

4.4 Verlauf der Bulimia nervosa

Etwa 50% der Betroffenen sind nach zwei bis zehn Jahren asymptomatisch. Von diesen leiden 20% weiter an bulimischen Symptomen. Die übrigen 30% leiden zwischen symptomfreien Intervallen, an Rückfällen. Zu sagen ist, dass der Verlauf der Bulimia nervosa nicht so gut erforscht ist, wie der der Anorexia nervosa.¹⁹

¹⁹ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 39.

5. Binge-Eating-Störung

Diese Störung des Essverhaltens zählt laut DSM-IV zu der Kategorie der "Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen". In dieser Kategorie werden alle Essstörungen zusammengefasst, die nicht die vollen Kriterien einer spezifischen Störung erfüllen, bzw. bei denen alle Kriterien bis auf eines erfüllt sind. Diese Erkrankung wird häufig bei Adoleszenten diagnostiziert. Dabei ist zu erwähnen, dass es sich bei den Betroffenen um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Ca. 20-30% der Übergewichtigen, die eine Behandlung suchen, klagen über unkontrollierbare Heißhungeranfälle, welche im DSM-VI als Binge Eating Disorder (kurz BED) bezeichnet werden.²⁰

5.1 Symptomatik

Bei der Binge-Eating-Störung treten regelmäßige Heißhungeranfälle auf, ohne dass die weiteren Kriterien der Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, wie z.B. kompensatorisches Verhalten, erfüllt sind. Die Heißhungeranfälle sind bei dieser Störung zeitlich weniger umgrenzt.²¹ Zusätzlich wird das Vorhandensein bestimmter Verhaltensweisen gefordert:

- Schnelleres Essen als gewöhnlich
- Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- Essen großer Mengen, ohne hungrig zu sein
- alleine Essen
- Gefühle von Ekel
- Traurigkeit oder Schuld nach dem Essen

Wenn nicht die vollen Kriterien erfüllt sind, bedeutet das nicht, dass es keine Auswirkung auf die Behandlungsnotwendigkeit hat.

Der Unterschied zu Bulimia nervosa und Anorexia nervosa besteht darin, dass bei dieser Essstörung keine regelmäßigen Kompensationsmaßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen oder Laxantienabusus als Folge der Heißhungeranfälle auftreten. Ein weiterer Unterschied ist, dass etwa ein Drittel der Binge-Eating-Störung Männer sind.²²

²⁰ Vgl. Reich, Cierpka 1997, S.26.

²¹ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S.8.

²² Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S.8.

Infolge der nicht vorhandenen Kompensationsmechanismen sind die meisten Patienten mit einer Binge-Eating-Störung übergewichtig.

5.2 Diagnosekriterien

Die nachstehende Tabelle zeigt die Diagnosekriterien, die explizit für die Forschung formuliert wurden.

DSM-IV (307.50)

<p>A. Wiederholte Episoden von "Fressattacken", gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale: (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. 2 Stunden), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. (2) Das Gefühl des Kontrollverlustes über Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).</p>
<p>B. Die Episoden von "Fressanfällen" treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ul style="list-style-type: none">- Wesentlich schneller essen als normal,- Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,- Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,- Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,- Ekelgefühl gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
<p>C. Es besteht deutliches Leiden wegen der "Fressanfälle".</p>
<p>D. Die "Fressanfälle" treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.</p>
<p>E. Die "Fressanfälle" gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. "Puring-Verhalten", Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.</p>

Tabelle 3: Diagnosekriterien für Binge-Eating-Störung nach DSM-IV²³

²³ Jacobi, Paul, Thil 2004, S. 9.

6. Adipositas

*"Adipositas liegt dann vor, wenn der Anteil von Körperfett relativiert an der Gesamtkörpermasse zu hoch ist."*²⁴

Um die Diagnose zu stellen, ist es nötig, den Fettanteil des Körpers zu bestimmen. Neben der Messung des Körperfettanteils, sollte auch das Fettverteilungsmuster bestimmt werden. Die Fettverteilung des Betroffenen hat einen bedeutenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.²⁵

Diese Erkrankung wird auch Fettsucht oder Fettleibigkeit genannt. Man unterscheidet drei Schweregrade, die über den BMI definiert sind.²⁶

Adipositas I	BMI von 30-35
Adipositas II	BMI von 35-40
Adipositas III	BMI ab 40

6.1 Symptomatik

Die Symptomatik beinhaltet eine Reihe körperliche Beschwerden. Betroffene leiden häufig an dem Schlafapnoesyndrom, es kommt im Schlaf zu Atemnot, Kurzatmigkeit sowie zu kurzen Atemstillständen. Das Krankheitsbild ist durch schnelle Ermüdung und eine geringe Belastbarkeit gekennzeichnet. Es treten Schmerzen an der Lendenwirbelsäule, Hüft- und Kniebeschwerden auf, da die Gelenke durch das Gewicht überbelastet werden. Auch seelische Probleme wie Minderwertigkeitskomplexe und mangelndes Selbstwertgefühl sind Begleiter dieser Erkrankung.

6.2 Formen der Erkrankung

Bei Adipositas wird zwischen zwei Formen unterschieden. Zum einen in das gluteo-femorale (=hüftbetonte, gynoide) Fettverteilungsmuster, welches vermehrt beim weiblichen Geschlecht auffindbar ist. Bei dieser Verteilung des Fettes, auch als Birnenform beschrieben, besteht kein erhöhtes Gesundheitsrisiko. Zum Anderern in das abdominale (=stammbetonte, androide) Fettverteilungsmuster ist typisch für adipöse

²⁴ Parpart et al 2013, S.8.

²⁵ Vgl. Parpart et al 2013, S.9.

²⁶ Vgl. Hilbert, Rief 2006, S.17.

Männer und erhöht das Risiko für Folgeerkrankungen deutlich.²⁷ Hierbei setzt sich das Körperfett vermehrt an der Bauchregion fest.

6.3 Diagnosekriterien

Die Diagnose wird anhand des BMI erstellt. Wie bereits erwähnt, wird Adipositas ab einem BMI von 30 diagnostiziert. Die Berechnung des BMI: Gewicht in Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat.

6.4 Verlauf von Adipositas

Bei dem Verlauf von Adipositas zeigt sich eine hohe Resistenz gegen eine Behandlung. Generell wird diese Erkrankung als chronisch, mit hoher Rückfallneigung angesehen. Die meisten der Erkrankten verweigern eine Behandlung, oder brechen sie ab. Hierzu ergeben sich bei ambulanten, wie auch bei stationären Therapien häufig erhebliche emotionale Probleme.²⁸

"Psychodynamische Therapien kann Adipösen helfen, zufriedener zu leben, insolche, die mit Trennungserfahrungen zu tun haben, sich selbst mehr wertschätzen und ihren Körper weniger abzuwerten."²⁹

²⁷ Vgl. Parpart et al 2013, S.9.

²⁸ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 42.

²⁹ Reich, Cierpka 2010, S. 42f.

7. Medizinische Komplikationen und Folgeschäden bei Essstörungen

Bei Essstörungen treten extrem häufig medizinische Komplikationen in den unterschiedlichsten Schweregraden auf. Für das medizinische Personal ist es sehr schwierig die Befunde richtig einzuordnen und zu gewichten, da die Betroffenen ihren körperlichen Zustand verleugnen. Sie negieren bzw. verheimlichen die Beschwerden. Oft kommt es vor, dass die Patienten und Patientinnen alles daran versuchen, das medizinische Personal zu täuschen. Besonders zu hervorheben ist, dass die Betroffenen sich nicht bewusst sind, welche körperlichen, irreparablen Schäden die Folge sind.³⁰

„Art und Ausmaß von organischen Komplikationen werden davon beeinflusst, ob eine Patientin oder ein Patient an einer Anorexia nervosa vom restriktiven Typ leidet, ob bulimische Phasen hinzukommen oder ob eine reine Bulimia nervosa besteht.“³¹

Das Symptom der Amenorrhö ist in vielerlei Hinsicht von Bedeutung, besonders für eine frühzeitige Diagnose. Zu erwähnen ist, dass der Arzt anhand dieser Diagnose eine Essstörung überhaupt in Erwägung zieht. Ein ausführliches Gespräch zwischen Arzt oder Ärztin und dem betroffenen Menschen ist sehr wichtig, um den Verdacht einer Essstörung auszuschließen, bzw. zu bestätigen. Bei Anorexia nervosa können weitere Krankheitszeichen wie z.B. verlangsamter Herzschlag, zu niedriger Blutdruck, Untertemperatur und Hauttrockenheit auftreten. Diese Symptome sind die Folge des reduzierten Stoffwechsels. Die verminderte Nahrungszufuhr macht sich durch den erniedrigten Hormonspiegel bemerkbar. Die Verlangsamung des Herzschlages ist keineswegs ungewöhnlich. Zu erwähnen ist, dass eine Herzfrequenz weniger als 60 Schläge/Minute bedenklich ist. In Extremfällen kann es zu einer Reduktion der Herzfrequenz, bis zu 30 Schlägen/Minute, kommen. Eine solche Verlangsamung ist bedrohlich und erfordert eine Überwachung auf der medizinischen Intensivstation. Häufige, aber nicht obligate Symptome treten im Bereich des Magen-Darm-Traktes in Form von einer Verstopfung oder Blähung nach der Nahrungsaufnahme auf. Hierbei ist besondere Vorsicht geboten, denn Essgestörte nutzen diese Gelegenheit bzw. erfinden dieses Symptom um ein Abführmittel verschrieben zu bekommen. Bei Bulimia nervosa treten häufig Krankheitszeichen wie Schwellung der Speicheldrüse, besonders der Ohrspeicheldrüse oder Reizungen der Bauchspeicheldrüse auf. Durch das Erbrechen wird

³⁰ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.29.

³¹ Gerlinghoff, Backmund 2000, S.28.

viel Flüssigkeit verloren und damit gehen lebensnotwendige Salze, wie die Elektrolyte, verloren. Der dadurch bedingte Verlust von Kalium schädigt Organe, wie die Funktion des Herzens und der Niere. Nierenversagen ist oft die Folge. Weitere die durch das Erbrechen verursachte Erkrankungen betreffen die Zähne. Es kommt zu Karies oder zu Erosionen des Zahnschmelzes.³²

Bei Adipositas und BED treten andere medizinischen Komplikationen, bzw. Folgeerkrankungen auf. Hierbei wird ein erhöhtes Risiko an Erkrankungen, etwa Bluthochdruck, Diabetes mellitus II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkschäden in Verbindung gebracht.³³

Medizinische Folgen im Überblick

7.1 Medizinische Folgen bei Anorexia nervosa

- Herzrhythmusstörung
- Blutdruckschwankungen
- Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- Gestörter Elektrolythaushalt
- Verdauungsstörungen
- Störung der Temperaturregelung
- trockene Haut
- Haarausfall am Kopf
- Amenorrhö

7.2 Medizinische Folgen bei Bulimia nervosa

- Zahnschäden
- Schwellung der Ohrspeicheldrüse
- Hormonelle Dysregulation
- Gleichgewichtsstörungen
- Nierenerkrankungen
- Flüssigkeitsmangel

³² Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.30.

³³ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S.40.

- Verlust von Elektrolyten
- Störung der Temperaturregelung

7.3 Medizinische Folgen bei Adipositas und BED

Die Folgen von Binge-Eating und Adipositas sind sehr ähnlich.

- Diabetes Mellitus II
- Hyperlipidämie
- Erhöhter Blutdruck
- Orthopädische Probleme
- Schnappatmung

8. Risikofaktoren bei Essstörungen

8.1 Soziokulturelle Faktoren

Soziokulturelle Faktoren begünstigen die Entstehung einer Essstörung. Denn das in der heutigen Welt vorherrschende Schlankeitsideal entspricht einem massiven Untergewicht. Besonders trägt die Tag für Tag stattfindende Konfrontation mit dem Schlankeitsideal und dem Diätwahn in den Medien dazu bei. Diäten sind bei Mädchen im Pubertätsalter, welche sich von einem Mädchen zu einer Frau entwickeln, oft primär der Auslöser an einer Essstörung zu erleiden.³⁴ Weiters sehen junge Frauen das Schlanke sein als Erfolgsfaktor.

8.2 Familiäre Faktoren

Oft kommt es vor, dass Essgestörte aus einer Familie kommen, wo die Eltern sehr großen Wert auf schlanke Körper legen. Meistens sind durchschnittliche Mittelstandfamilien, die sehr großen Wert auf gesellschaftliche Normen und Konventionen legen, davon betroffen. Für diese Familien ist Ordnung, Pflichterfüllung, Anstand, Leistung und Bildung von großer Bedeutung. Sie wollen nach außen hin eine sogenannte Bilderbuchfamilie darstellen.³⁵ Die Beziehung der Eltern ist in den meisten Fällen alles andere als positiv. Verstehen, Vertrauen, Austausch, gegenseitige Förderung und Konfliktbewältigung kommt eher selten zum Vorschein. Diese Ehen sind meistens Zweckgemeinschaften, die den Schein nach außen wahren und den Kindern zuliebe in der Beziehung bleiben. Die an einer Essstörung leidenden Personen erleben kaum Gemeinschaft im Sinn von Solidarität, Kameradschaft oder Freundschaft. Vorherrschend haben Menschen dieser Erkrankung Gefühlen wie Eifersucht, Neid und Rivalität. In den meisten Familien von Essgestörten ist Individualität und Intimsphäre verpönt. Dabei werden Tagebücher der Erkrankten gelesen, oder Badezimmertüren dürfen nicht versperrt werden.³⁶

8.3 Niedriges Selbstwertgefühl

Laut dem DSM-IV gilt ein gestörtes Selbstkonzept, im Sinne der übermäßigen Bedeutsamkeit dem Körper, als diagnostisches Kriterium für Anorexia und Bulimia nervosa.

³⁴ Vgl. Fichter 2008 IN: Herpertz, de Zwaan et al. 2008, S.34.

³⁵ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.33.

³⁶ Vgl. Gerlinghoff, Backmund 2000, S.35.

„Niedriges Selbstwertgefühl wird im Rahmen verschiedener theoretischer Modelle von Essstörungen als Risiko- oder Ätiologiefaktor betont.“³⁷

8.4 Sexueller Missbrauch

Studien zeigen, dass von einer Essstörung betroffene Personen oftmals als Kind sexuell missbraucht wurden. Die daraus resultierende Folge ist eine Nahrungsrestriktion um die Weiblichkeit am Körper zu vermindern, das Wegmachen des Bauches aus Angst vor einer Schwangerschaft. Auch aus Ekel etwas im Mund zu haben, bzw. vor Inkorporation. Essgestörte wollen durch das Abmagern auf ihr Leiden aufmerksam machen. Aufgrund der Vergewaltigung wollen sie dem Täter entkommen und in ein Krankenhaus flüchten.³⁸

8.5 Individuelle Faktoren

Die Entstehung einer Essstörung kann durch persönliche Merkmale begünstigt werden. Eigenschaften wie Ehrgeiz, Leistungsorientiertheit, Zuverlässigkeit, tadelloses Benehmen, Sensibilität, Loyalität und Fröhlichkeit erscheinen nicht negativ, können jedoch eine Essstörung begünstigen. Es sind Vorzeigekinder, die nicht nur in der Schule ausgezeichnete Leistungen erbringen, sondern auch auf anderen Gebieten, wie beispielsweise Sport oder Kunst glänzen. Diese Menschen sind bei Gleichaltrigen, aber auch bei Lehrern beliebt und stehen größtenteils im Mittelpunkt. Schwächen oder Ängste geben sie selten zu. All diese Eigenschaften gelten zunächst als prädisponierend für eine zukünftige Essstörung. Zu betrachten ist jedoch der Anteil dieser Eigenschaften an der Gesamtpersönlichkeit. Eigenschaften wie Zuverlässigkeit und Loyalität gehen oft in übertriebene Unterwürfigkeit und Fremdbestimmtheit über. Bei fehlender Selbstsicherheit entwickelt sich Ehrgeiz zu Perfektionismus. Bedeutend ist die Selbstunsicherheit bei den Betroffenen. Diese Eigenschaft kann fatale Folgen haben, es führt zu Angst und kann die Selbsterwartung grenzenlos erhöhen. Personen mit einer Essstörung scheitern oft an selbstauferlegtem Stress, indem sie ständig darüber besorgt sind, nicht geachtet oder für nicht gut genug gehalten zu werden. Sie versuchen jeglicher Erwartung, die beispielsweise ihre Eltern stellen, in höchstem Maße gerecht zu werden. In der Kindheit erfüllen sie alle Erwartungen ihrer Eltern, leisten folge jeglicher Regeln innerhalb der Familie. Das

³⁷ Jacobi, Paul, Thil 2004, S.25.

³⁸ Vgl. http://www.netzwerk-essstoerungen.at/download/k12_presentations/ws/Vogelgesang_WS_ED_Alpbach_2012.pdf, abgerufen am 03.08.2014.

Problem dabei ist, dass sie später keine eigenen Entscheidungen treffen können. Patienten und Patientinnen bestimmen sich aus den Maßstäben anderer.³⁹

8.6 Biologische Faktoren

Studien zeigten, Verwandte ersten Grades von Patienten oder Patientinnen mit einer Essstörung haben im Vergleich zu Menschen ohne familiäre Belastung ein etwa 10-fach erhöhtes Risiko, selbst eine Essstörung zu entwickeln.⁴⁰ Die Zwillingsstudien bestätigen, dass die Störbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa gehäuft in den Familien der Patienten und Patientinnen auftreten. Diese Erfahrung legt eine genetische Komponente bei der Entstehung der Störung nahe. Bei Studien findet man beim Vergleich monozygoter und dizygoter Zwillinge eine signifikant höhere Konkordanzrate beider Essstörungen bei den monozygoten Paaren.⁴¹

³⁹ Vgl. Parpart et al. 2013, S.113ff.

⁴⁰ Vgl. Herpertz, deZwaan, Zipfel 2008, S.63.

⁴¹ Vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S.29 f.

9. Diagnostik

Die Diagnostik der Essstörungen umfasst folgende Bereiche:

- Früherkennung
- Erst- bzw. Vorgespräch
- Erhebung des psychopathologischen Befundes, zentraler Diagnosen und komorbider Störungen sowie medizinische Gesamtbeurteilung
- Anamneseerhebung
- Motivation

9.1 Früherkennung

Die Früherkennung bei Essstörungen gestaltet sich schwierig, da die Erkrankungen tückisch sind. Vor allem Bulimia nervosa ist besonders trügerisch, da man äußerlich kaum etwas erkennen kann. Experten erklärten, dass erst mit Fortschreiten der Krankheit Anzeichen wie ein extremer Gewichtsverlust innerhalb kürzester Zeit, angeschwollene Lymphdrüsen und ein aufgeschwemmtes Gesicht, wie es bei Bulimia nervosa der Fall ist, erkannt werden können.⁴² Die nachgenannten Warnsignale sind bei der Früherkennung hilfreich:

-
- nimmt nicht altersentsprechend an Gewicht zu
 - verliert in kürzester Zeit eine große Menge an Gewicht und versteckt den Körper unter weiter Bekleidung
 - kocht sehr gern für die ganze Familie, nimmt jedoch nicht am Essen teil
 - ernährt sich vorwiegend von Obst und Gemüse, meidet fettige und kohlenhydratreiche Kost
 - sehr langsames Essen, teilt die Nahrung in kleinste Stücke
 - extreme Aktivität, tägliches aufsuchen eines Fitnesscenter
 - blockieren der Toilette, auch in der Nacht
 - Laxantienabusus
-

Tabelle 4: Warnsignale bei Essstörungen⁴³

⁴² Vgl. <http://www.vol.at/essstoerungen-frueherkennung-und-erfassung/news-20110415-02180841>, abgerufen am 05.08.2014.

⁴³ Vgl. http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2013_Verlinkungen/StateEssstoerungen.pdf, abgerufen am 05.08.2014.

9.2 Erst- bzw. Vorgespräch

Das Erstgespräch dient zum Kennenlernen. Die Betroffenen bekommen einen ersten Eindruck von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und erfahren mehr über die zukünftige Therapie. Die Therapeuten werden mit den notwendigen Informationen ausgestattet, die zur Sicherstellung der Diagnose dienen. Dieser Prozess sollte von beiden Seiten aktiv genutzt werden, um die nachstehende Entscheidung richtig zu treffen. Danach steht es diesen Personen frei, sich für oder gegen die Therapie zu entscheiden. Es ist nur dann sinnvoll eine Therapie zu beginnen, wenn sich beide Seiten auf einen Behandlungsauftrag geeinigt haben. Wenn diese Entscheidung positiv ist, sollten gemeinsam Therapieziele sowie Methoden und Rahmenbedingungen notiert werden.⁴⁴ Beim Vorgespräch sollten folgende Themen besprochen werden:

-
- Aktuelle Beschwerden?
 - Wie lange bestehen diese schon?
 - Haben sie sich im Laufe der Zeit verändert?
 - Kommt die Patientin bzw. der Patient freiwillig?
 - Warum möchten sie zu diesem Zeitpunkt eine Behandlung?
 - Ist es der richtige Zeitpunkt für einen Therapiebeginn? Sind Ressourcen und Rahmenbedingungen für die Therapie vorhanden?
 - Soziale Einbettung der Patientin, bzw. des Patienten?
 - Therapeutische Vorerfahrungen?
 - Erwartungen an die Therapie?
 - Was soll mit der Therapie verändert werden?
 - Wer weiß von den Beschwerden?
-

Tabelle 5: Wichtige Fragen für den Erstkontakt⁴⁵

9.3 Erhebung des psychopathologischen Befundes, sowie medizinische Gesamtbeurteilung

Die psychopathologische Befunderhebung wird im Rahmen eines strukturierten Interviews, z.B. anhand des strukturierten klinischen Interviews von DSM-IV kurz SKID

⁴⁴ Vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S.39f.

⁴⁵ Jacobi, Paul, Thiel 2004, S.39.

oder des diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen kurz DIPS, durchgeführt. Weiters sollte auf folgende komorbiden Störungen geachtet werden: Affektive Störung, Angst- bzw. Zwangsstörung, Substanzmissbrauch, sowie Persönlichkeitsstörung. Wenn eine der vorgenannten Störungen in Kombination mit einer Essstörung vorliegt, muss zunächst entschieden werden, inwieweit eine eigenständige oder direkte Behandlung dieser Störungen erforderlich ist und in welcher Reihenfolge dies geschehen soll. In vielen Fällen ist es möglich, parallel zu therapieren. Wichtig ist jedoch, dass bei dem Erstgespräch geklärt wird, an welcher Störung die Patientin oder Patient zuerst erkrankt ist.⁴⁶

Mit der Behandlung der komorbiden Störungen sollte begonnen werden, wenn folgende Punkte vorliegen:

-
- die Patientin/der Patient nicht abstinente bzgl. des Substanzmissbrauchs oder der Substanzabhängigkeit sein kann
 - auf Grund der Schwere der Depression die Patientin/der Patient stark antriebsvermindert/apathisch ist, unter massiven Schlafstörungen leidet, akut suizidal ist, ect.
 - auf Grund einer Persönlichkeitsstörung des Interaktionsverhalten der Patientin/des Patienten so beeinträchtigt ist, dass eine Konzentration auf die Essstörung nicht möglich ist bzw. dadurch eine Exazerbation der Verhaltensweisen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung auftritt
-

Tabelle 6: Behandlung der komorbiden Störung⁴⁷

9.4 Anamneseerhebung

Ziel der Anamneseerhebung ist es, die Vorgeschichte der Essstörung zu erfassen. Es müssen die spezifischen Faktoren identifiziert werden. Dabei spielen nicht nur negative, sondern auch positive Einflüsse auf die Krankheit eine Rolle. Zusätzlich dient die Erhebung dazu, dass die wichtigsten biografischen Daten des Betroffenen, soziale und familiäre Situation, sowie mögliche familiäre Erkrankungen erhoben werden. Im Rahmen der Anamneseerhebung sollten darüber hinaus Informationen erhoben werden, die auch die Stärken des Betroffenen zeigen. Hiermit kann ein ressourcenorientiertes, individuelles Arbeiten ermöglicht werden.⁴⁸

⁴⁶ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S.41f.

⁴⁷ Jacobi, Paul, Thil 2004, S.42.

⁴⁸ Vgl. Jacobi, Paul, Thil 2004, S.43.

In Österreich verwendet man zur Anamnese für anorektische und bulimische Essstörungen ein strukturiertes Inventar. Es gibt ein strukturiertes Interview zur Expertenbefragung, genannt SIAB-EX und einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung, SIAB-S. Die Expertenbefragung erfolgt durch geschulte Experten-Interviewer. Das Ausfüllen des Fragebogens zur Selbstbefragung sollte in einer ungestörten Umgebung erfolgen. Es sollte ca. eine halbe Stunde für den SIAB-S und eine Stunde für den SIAB-EX eingeplant werden.⁴⁹

9.5 Motivation

Die Motivation der Betroffenen ist ein wesentlicher Therapiebestandteil. Grundvoraussetzung ist, dass Essgestörte auf eine unterstützende therapeutische Haltung hingewiesen werden. Ziel ist, den Betroffenen zu signalisieren, dass ihre Ängste und Befürchtungen ernst genommen werden. Die Motivierung zu einer Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme, bzw. eines gesunden Gewichts ist schwierig. Die Strategie, Ängste und Befürchtungen eines gesunden Gewichts zu erfassen, haben sich als hilfreich erwiesen. Noch dazu kann gemeinsam mit den Betroffenen überlegt werden, wie realistisch derartige Befürchtungen sind. Es sollte auf die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von chronischem Diätverhalten bzw. auf die Folgeschäden von Heißhungeranfällen hingewiesen werden.⁵⁰

⁴⁹ Vgl. Fichter, Quadflieg 1999, S.4f.

⁵⁰ Vgl. Jacobi, Paul, Thiel 2004, S.49f.

10. Therapie

Die Therapie der Essstörungen gestaltet sich schwierig, weil die Entstehung viele Auslöser haben kann. Da es nicht nur einen Auslöser gibt, sondern viele, ist eine sorgfältige Anamnese und die Diagnostik bedeutend. Entscheidend ist eine frühzeitige Einleitung einer Therapie.

"Die Behandlung der Wahl ist bis heute die Psychotherapie, und zwar im Rahmen von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie."⁵¹

Diese verschiedenen Möglichkeiten können ineinander übergreifen, bzw. miteinander kombiniert werden. Verschiedene Behandlungsformen werden bewusst zeitlich aufeinanderfolgend oder kombiniert angewendet.

Bei jeder Essstörung steht ein gestörtes Essverhalten dahinter, welches durch verschiedenste psychische oder menschliche Konflikte bedingt ist. Es ist somit sehr wichtig, dass die Betroffenen die persönlichen Ressourcen erkennen, die in einer Therapie gefördert werden können. Die psychodynamische oder verhaltenstherapeutische Behandlung kann stationär oder ambulant erfolgen, welche anhand von Kriterien entschieden wird.

10.1 Die stationäre psychodynamische Therapie

Die stationäre Behandlung ist bei den Essstörungen unterschiedlich. Bei einer schwer ausgeprägten Symptomatik der Anorexia nervosa ist eine stationärer Aufenthalt meistens unabdingbar.

"Die stationäre oder teilstationäre Behandlung ist nur dann sinnvoll, wenn im Anschluss daran die psychotherapeutische Arbeit ambulant fortgesetzt wird."⁵²

Bei Bulimia nervosa, BED und Adipositas rechtfertigt die Symptomatik alleine selten eine stationäre Aufnahme.⁵³ Die nachstehende Tabelle überschafft einen Überblick der Kriterien einer stationären Aufnahme.

⁵¹ Gerlinghoff, Backmund 2000, S.61.

⁵² Gerlinghoff, Backmund 2000, S.61.

⁵³ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S.72.

Absolute Indikationen	Relative Indikationen
<ul style="list-style-type: none"> • Ernsthafte körperliche Komplikationen • Ernsthafte Suizidität • Massiver Gewichtsverlust (BMI<13) • Sehr schneller Gewichtsverlust • (>20% in 6 Monaten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deutlicher Gewichtsverlust (BMI<15,5) • Verhaltensproblematik massiv ausgeprägt: Fress-Brechattacken, Stehlen, Diät, Selbstschädigungstendenzen, Substanzmissbrauch. • Familienproblematik massiv: Überinvolviertheit/Feindseligkeit • Mangelndes Ansprechen auf ambulante Behandlung • Unklarheiten hinsichtlich der Diagnostik • Fehlen spezialisierter ambulanter Therapiemöglichkeiten

Tabelle 7: Indikationen für eine stationäre Aufnahme bei Essstörungen⁵⁴

Bei Adipositas steht nicht die Gewichtsentwicklung im Vordergrund, sondern der Versuch mit Hilfe von Verhaltens-, Körper- und Familientherapie das Überdenken von Einstellung und Verhaltensweisen und damit das entfachen von neuen Wegen anzuregen.⁵⁵

10.2 Die ambulante psychodynamische Therapie

Die ambulante psychodynamische Therapie wird in vier Phasen beschrieben. In der ersten Phase, der sogenannten diagnostischen- oder Einleitungsphase, erfolgt eine genau Abklärung der Symptomatik. Dabei wird das Verhalten der Essanfälle und beim Erbrechen, den eventuellen Gebrauch von Laxantien und die Essgewohnheiten abgeklärt. In der zweiten, der erweiterten Einleitungsphase wird der Betroffene auf die weitere Behandlung eingestimmt. Dabei wird auf die psychodynamische Therapie und die Affekt- und Konfliktwahrnehmung hingeführt.⁵⁶ Bei der nächsten, der eigentlichen Behandlungsphase wird an den Situationen, in denen die Anfälle auftreten gearbeitet. Es werden auch die Probleme angesprochen, die die Therapie behindern. In der Abschlussphase werden alle Phasen reflektiert. Es werden auch die potentiellen zukünftigen Probleme, welche ein Wiederausbrechen begünstigen, thematisiert.⁵⁷

⁵⁴ Reich, Cierpka 2010, S.73.

⁵⁵ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 196.

⁵⁶ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 63.

⁵⁷ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 65.

10.3 Die ambulante kognitive Verhaltenstherapie

Bei der ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie wird ein multimodal angelegtes therapeutisches Vorgehen in drei Phasen beschrieben:

- ausführlichen diagnostischen Phase
- Veränderungsphase
- Abschlussphase

Zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erfolgt in der ersten Phase ein ausführliches Eingangsgespräch. Danach wird eine Verhaltensanalyse durchgeführt. Es werden die der Störung aufrechterhaltenden Bedingungen erfasst. Hauptaspekt dieser Phase ist das Festlegen der Therapieziele. Bei der zweiten, der Veränderungsphase, soll der gewohnte Kreislauf durchbrochen werden. Es soll ein ausgewogenes und regelmäßiges Essverhalten etabliert werden. In der Abschlussphase stehen die prophylaktischen Maßnahmen, die den Rückfällen vorbeugen, im Mittelpunkt.⁵⁸

10.4 Die stationäre Verhaltenstherapie

Die stationären Verhaltenstherapien orientieren sich an zwei Zielen. Einerseits an der Veränderung des Ernährungsverhaltens, andererseits an der Aufarbeitung zugrundeliegender Problembereiche, wie z.B. mangelndes Selbstwertgefühl oder dysfunktionale Gedanken.⁵⁹

⁵⁸ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S. 90f.

⁵⁹ Vgl. Reich, Cierpka 2010, S.108.

11. Schlussfolgerung

Ich habe mich bewusst für das Thema "Typische Essstörungen" entschieden, da es mir ein Anliegen war, nicht nur auf Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufmerksam zu machen, sondern auch auf nicht so bekannte Essstörungen wie Binge-Eating-Disorder oder Adipositas. Da diese psychosomatischen Erkrankungen rapide zunehmen, erfordert diese Thematik, vor allem bei jungen Menschen, große Aufmerksamkeit. Aber warum dieser Schlangheitswahn, bzw. dieses extrem gestörte Essverhalten? Ein Problem ist, dass dieses Thema in den Medien immer mehr vorangetrieben wird. Es gibt keine Zeitschrift für Lifestyle oder Mode, wo nicht irgendeine Diät oder Abnehmtipps auftauchen. Auch in der Modebranche ist es schwierig Kleidungsstücke zu finden, die auch in normalen Größen, wie z.B. M oder L, toll aussehen. Heut zu Tage ist die Gesellschaft zu stark von Äußerlichkeiten geprägt, dass oft auf die inneren Werte vergessen wird.

Die Entstehung einer Essstörung wird als multikausales Geschehen betrachtet. Sozusagen entwickeln sich diese psychosomatischen Erkrankungen nicht allein aufgrund biologischer oder genetischer Faktoren, sondern vielmehr wird die Entstehung einer Essstörungen von sozialen, familiären oder psychodynamischen Faktoren begünstigt.

Diese multikausalen Faktoren erschweren eine Therapie. Es müssen somit die Betroffenen individuell therapiert werden, da es bei jedem Menschen andere Faktoren sind, die eine Entstehung auslösen. Hierbei ist es wichtig, die vorhandenen Ressourcen des Betroffenen zu erkennen, und in der Therapie zu fördern.

In meiner Arbeit ist es mir ein Anliegen, die Beratungsstellen in der Steiermark zu erwähnen, damit sich die Menschen, welche gefährdet sich, bei qualifizierten Anlaufstellen informieren können, umso eine Entstehung vorzubeugen.

12.Literaturverzeichnis

- Cuntz U., Hillert A., (2008) Essstörungen Ursachen Symptome Therapien, vierte überarbeitete Ausgabe, Verlag C.H. Beck, München
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H.(2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch- diagnostische Leitlinie. 8., überarbeitete Auflage unter der Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011, Verlag Hans Huber, Bern.
- Fichter M., Quadflieg N.(1999) Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB), Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Gerlinghoff M., Backmund H., (2000) Was sind Ess-Störungen?, Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Herpertz S., deZwaan S., Zipfel M., (2008) Handbuch Essstörung und Adipositas, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- Hilbert A., Rief W., (2006) Adipositas Prävention, Hans Huber Verlag, Bern
- Jacobi C., Paul T., Thil A., (2004) Essstörungen, Band 24, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Parpart S., Krause A., Valevici F., Herholz S., Gorski K., (2013) Teufelskreis Essstörungen, GRIN Verlag, Norderstedt
- Reich G., Cierpka M.(2010) Psychotherapie der Essstörungen, 3. vollständig und überarbeite Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Internetquellen:

www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2013_Verlinkungen/StateEssstoerungen.pdf.

www.eesom.com/go/2OQ0SNKN3LQTV70QBIRQ7K5U9GBYA6OD

www.netzwerk-essstoerungen.at/download/k12_presentations/ws/Vogelgesang_WS_ED_Alpbach_2012.pdf

www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html.

www.vol.at/essstoerungen-frueherkennung-und-erfassung/news-20110415-02180841

13. Anhang

Stadt Graz

b.a.s.- Beratungsstelle

Tel.: 0316 82 11 99

Dreihackengasse 1

8010 Graz

Einzelberatung, Therapie, Essstörungsgruppe

Kontaktperson: Hilde Brandtner

Mo-Do 9.00-14.00, Fr 8.00-12.00

office@bas.at

www.bas.at

Frauengesundheitszentrum Graz

Tel.: 0316 83 79 98

Joanneumring 3

8010 Graz

Beratung, Therapie, Information, viele verschiedene Angebote

Kontaktperson: Mag. Kerstin Pirker, Mag. Eva Radaelli

Mo, di, Mi, Fr, 9.00 - 13.00, Do. 15.00-19.00 Uhr

frauen.gesundheit@fgz.co.at

www.fgz.co.at

Heilpädagogisches Zentrum des Landes Steiermark

Psychotherapeutisches Ambulatorium

Krottendorferstraße 60-62

8052 Graz

Tel.: (0316) 28 42 18

Fax: (0316) 28 42 18-313

hpz@stmk.gv.at

<http://www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/2462283/DE/>

Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen

Granatengasse 4 / I, 8020 GRAZ

Tel.: 0316 / 71 10 04

Fax.: 0316 / 71 69 2

beratungszentrum@lsf-graz.at

www.beratungszentrum-graz.at

Institut für Psychosomatik und Verhaltenstherapie

Alberstraße 15

A - 8010 Graz

Tel. 0316 - 84 43 45

Fax: 0316 - 84 43 45 20

office@psychosomatik.at

www.psychosomatik.at

Mafalda

Tel.:0316 33 73 00

Glacisstr.9

8010 Graz

kostenlose Beratung und Therapie, Ernährungsberatung, Präventivprogramme

Kontaktperson: Mag. Anna Maria Klein, DAS Veronika Spannring

Mo - Do 8.00-15.00, Fr 8.00-12.00

office@mafalda.at

www.mafalda.at

Ambulatorium für Neurologie und Psychiatrie

Tel.: 031680 35 5543

Friedrichgasse 18

8010 Graz

Therapie und Beratung, medizinische Behandlung

Mo, Di, Do, Fr 6.30-14.00, Mi 6.30-17.30

dermatologie-neurologie@stgkk.at

Psychologische Beratungsstelle für Studierende

Tel.:0316/ 814748

Dreihackengasse1

8010 Graz

Beratung und Therapie für Studierende

Kontaktperson: Dr. Rudolf Pichler

Mo - Fr 8.00-16.00Uhr

psych.ber@uni-graz.at

www.studentenberatung.at

Drogenberatung des Landes Steiermark

Tel.:0316/326044

Friedrichgasse 7

8010 Graz

Angebote für alle Formen der Essstörungen, alle kostenlos, nur Einzel-u. Familienarbeit

Wartezeit ca. 2 Wochen

Terminvereinbarung tägl. 10-12Uhr u. 17-19Uhr

drogenberatung@stmk.gv.at

www.drogenberatung.steiermark.at

Beratung und Therapie, medizinische Behandlung, Tagesklinik

Kontaktperson: Dr. Magdalena Copony

Mo 9.00-16.30, Di, Do, Fr 9.00-16.00, Mi 9.00-18.00Uhr

beratungszentrum@isf-graz.at

www.beratungszentrum-graz.at

Uniklinik für Kinder- und Jugendheilkunde

Tel.:0316 385 83 751

Auenbruggerplatz 30

8036 Graz

ambulante Therapie und Beratung
Mag. Klara Höflechner-Gumprecht
manfred.barck@meduni-graz.at
www.meduni-graz.at/kinderklinik

Bezirk Graz-Umgebung

Beratungszentrum Frohnleiten

Tel.:03126 42 25

Hauptplatz 27

8130 Frohnleiten

Beratung und Therapie, Gruppenangebote,

mobile sozialpsychiatrische Betreuung, juristische Beratung

Kontaktperson: Mag. Waltraud Piwerka

Mo 8-15, Di 13-17, Mi 8-12, Do 8-10 u. 13-16, Fr 8-12

bfrohnleiten@24on.cc

www.rettet-das-kind-stmk.at

Vorträge und Infoveranstaltungen, kostenlos

Bezirk Weiz

Beratungszentrum Weiz

Tel.:0317242580

Franz Pichler Str.24

8160 Weiz

Sozialpsychiatrische Betreuung und Beratung,

fachärztliche Beratung, Psychotherapie

Mo+Di 9:00-16:00, Mi13:00-16:00, Do 9:00-16:00, Fr 9:00-14:00

bzweiz@24on.cc

<http://www.rettet-das-kind-stmk.at/seiten/ds/bzw.htm>

Bezirk Hartberg-Fürstenfeld

Psychosoziales Zentrum

Tel.:03332 66 2 66

Rotkreuzplatz1/1

8230 Hartberg

stationäre und ambulante psychotherapeutische,
medizinische und psychologische Behandlung, Gruppenangebote

Montag bis Freitag: 09.00 bis 12.00 Uhr

Dienstag: 17.00 bis 19.00 Uhr

Montag, Mittwoch, Donnerstag: 13.00 bis 15.00 Uhr

E-Mail: psz.hartberg@gfsg.at

Frauen-und Mädchenberatung

Tel.:03332 62 8 62

Grazerstraße3

8230 Hartberg

Beratung für Mädchen und Frauen

Kontaktperson: Mag. Rosina Schmelzer-Ziringer
Di 15.00-17.00, Mi 8.00-10.00
office@frauenberatunghartberg.org
www.frauenberatunghartberg.org

Psychosozialer Dienst

Tel.: 0338251 850
Burgenlandstraße 1
8280 Fürstenfeld
Beratung und Therapie, medizinische Beratung
Kontaktperson: DSA Gabriele Gmoser
Mo 10-12, Di 13.30-15.30, Mi 16-18, Do 16-19, Fr 10-12
psd.fuerstenfeld@hilfswerk-steiermark.at
www.hilfswerk-steiermark.at
kostenlos

Bezirk Südoststeiermark

b.a.s. - Beratungsstelle

Medcenter Saaz, Saaz 100
8341 Paldau
Telefon: 0664/ 96 450 42
E-Mail: nicole.knopp@bas.at
www.bas.at
Beratung jeden Donnerstag 10.00 – 16.00

Frauen- und Mädchenberatungsstelle

Tel.: 03152 67 4 28
Ringstraße 8
8330 Feldbach
Beratung + Therapie, juristische Beratung
Kontaktperson: Mag.(a) Sylvia Reitbauer
Di, Mi, Do, Fr 09.00 - 12.00 und nach Vereinbarung
kontakt@frauenberatung-feldbach.at
www.frauenberatung.at

Bezirk Bruck-Mürzzuschlag

b.a.s. - Beratungsstelle

Tel.: 03862 22 413
Wienerstraße 60
8605 Kapfenberg
Beratung und Therapie
Karoline Schopper- Prünster
Mi 10.00-12.00 u. 14.00-19.00 und nach Vereinbarung
kapfenberg@bas.at
www.bas.at

b.a.s – Beratungsstelle

Erzherzog Johann Gasse 1/1

8600 Bruck an der Mur
Telefon: 0664/ 88 62 18 35
E-Mail: dietmar.hirschmugl@bas.at
www.bas.at
Beratung jeden Donnerstag 9-12 Uhr

Psychosoziales Beratungszentrum

Tel.:03862 22 413
Wienerstraße60
8605 Kapfenberg
Beratung und Therapie, Familienberatung, mobile sozialpsychiatrische Betreuung
Mag. Sonja Förster
Mo, Di, Do 8.00-17.00, Mi8.00-10.00 und 13.00-15.00, Fr 8.00-12.00
bzkapfenberg@24on.cc
www.rettet-das-kind-stmk.at
kostenlos

Beratungszentrum Mürzzuschlag

Tel.:03852 4707
Wiener Strasse 3/II
8680 Mürzzuschlag
Sozialpsychiatrische Betreuung und Beratung,
Familienberatung, Psychotherapie
Mo+Di 9:00-16:00, Mi 13:00-16:00, Do 9:00-16:00, Fr 9:00-14:00
bzmuerzzuschlag@24on.cc
<http://www.rettet-das-kind-stmk.at/seiten/ds/bzm.htm>

Bezirk Leoben

Rettet das Kind - Beratungszentrum Leoben LIBIT

Tel.:03842 470 12
Vordernberger Strasse 7
8700 Leoben
Sozialpsychiatrische Betreuung und Beratung, Psychotherapie
Mo+Do 8:00-17:00, Di+Fr 8:00-14:00, Mi8:00-9:00
office@libit.at
<http://www.rettet-das-kind-stmk.at/seiten/ds/bzlibit.htm>

Bezirk Judenburg

Beratungszentrum, Verein für Psychische und soziale Lebensberatung

Tel.:03512 74 450
Bahnstraße 4/II
8720 Knittelfeld
Beratung+ Therapie
Kontaktperson: Mag. Waltraud Koller
Montag, Freitag 9-12 Uhr, Mittwoch 13-16 Uhr
knittelfeld@beratungszentrum.at
www.beratungszentrum.at

Verein für psychische und soziale Lebensberatung

Tel.: 03572 83 980

Lichtensteingasse 1

8750 Judenburg

Beratung und Therapie

Kontaktperson: Mag. Birgit Pakosch, Dr. Elisabeth Kattinig-Pflegpeter

Mo - Fr 8.00-18.00

judenburg@beratungszentrum.at

www.beratungszentrum.at

Bezirk Liezen

b.a.s.- Beratungsstelle

Bahnhofstraße 132/1

8990 Bad Aussee

Telefon: 0664/ 8538853

Fax: 0316/ 82 11 90 10

E-Mail: andrea.lahner@bas.at

www.bas.at

Beratung jeden Donnerstag von 14.00 – 18.00

Bezirk Deutschlandsberg

b.a.s. – Beratungsstelle

Unterer Platz 7

8530 Deutschlandsberg

Telefon: 0664/ 9645042

Fax: 0316/ 82 11 99 10

E-Mail: nicole.knopp@bas.at

www.bas.at

Krankenhäuser

Krankenhaus Barmherzige Brüder – Graz- Eggenberg

Bergstraße 27

8020 Graz

Telefon: (0043) 0316/5989-0

Fax: (0043) 0316/5989-5055

www.barmherzige-brueder.at

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Sekretariat: Evelyn Fuchs

Tel.: (0316) 5989 DW 2000

Fax: (0316) 5989 DW 2005

Vorstand: Prim. Dr. Peter Hlade

Psychiatrische Nachsorgeambulanz mit Schwerpunkt Essstörungen

Martina Gerersdorfer

Ambulanzzeiten

Donnerstag, 08.00 - 12.00 Uhr nach Voranmeldung

Terminvereinbarung

Montag - Freitag, 09.00 - 15.00 Uhr
Tel.: (0316) 5989 DW 1300
Fax: (0316) 5989 DW 1305

**LKH Univ. Klinikum Graz
Universitätsklinik für Psychiatrie**

Auenbruggerplatz 31
8036 Graz
Tel: +43(316) 385-13612
E-Mail: internet@klinikum-graz.at
Sekretariat: Sabine Schröttner
T: (+43 316) 385-13612
F: (+43 316) 385-13556
sabine.schroettner@klinikum-graz.at
Sekretariat: Carina Wagner
T: (+43 316) 385-86257
F: (+43 316) 385-13556
carina.wagner@klinikum-graz.at
<http://www.klinikum-graz.at/cms/ziel/2307066/DE>

**Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
Fachbereich "Beratungszentrum für psychische und soziale Fragen"**

Granatengasse 4/I
8020 Graz
Tel: 0316 / 711004
Fax: 0316 / 71 69 29
E-Mail: beratungszentrum@lsf-graz.at
<http://www.lsf-graz.at/cms/ziel/7842690/DE/>

AMEOS Klinikum Bad Aussee

Sommersbergseestr. 395
8990 Bad Aussee
Tel. +43 (0)3622 52100
Fax +43 (0)3622 52100-3133
E-Mail: info@badaussee.ameos.at
<http://www.ameos.eu/klinikum-badaussee-essstoerung.html>