

Verhaltensanalyse bei Eßstörungen

M. Gerlinghoff

Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Zusammenfassung: Eine Verhaltensanalyse ist die Basis für eine Verhaltensmodifikation und Verhaltensänderung. Darüber hinaus ist es dringend notwendig, eine Bedingungs- und Funktionsanalyse zu erstellen. Zu fragen ist nach den Bedingungen, Auslösern, Voraussetzungen und Ursachen des Krankheitsverhaltens sowie seine Funktionen, Auswirkungen und Rückwirkungen für den Patienten.

Summary: Modification of behavior is based on an analysis of behavior. An investigation of behavioral disturbances with respect to conditions, trigger mechanisms, causes, as well as functions and effects on the patient is necessary.

Schlüsselwörter: Verhaltensbedingungen und Funktionsanalyse als Basis für Verhaltensmodifikation und Verhaltensänderung

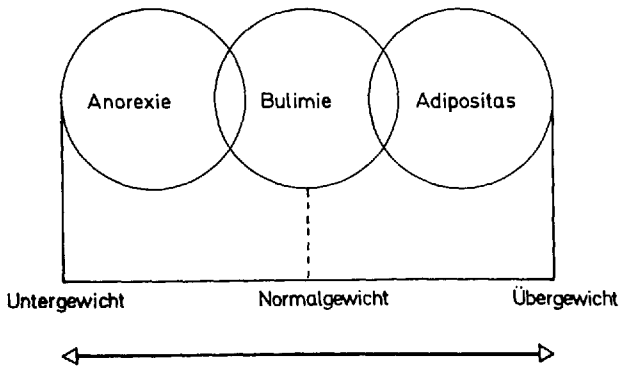
Key words: analyses of behavior, behavioral conditions symptoms; behavioral modification.

Einleitung

Normales Eßverhalten läßt sich nicht definieren, wohl aber gesundheitsgerechtes und weniger gesundheitsgerechtes. Die einen essen zuviel, die anderen zu wenig; die einen sind über-, die anderen untergewichtig, andere mangelernährt. Eßstörungen sind heute ein verbreitetes Phänomen mit allen daraus resultierenden Folgen. Ernährungsabhängige Krankheiten reichen von Stoffwechsel- über Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zu psychosomatischen Krankheiten. Aus dem Ernährungsbericht von 1988 geht hervor, daß auf ernährungsabhängige Krankheiten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1980 Kosten in Höhe von knapp 42 Milliarden Mark fielen. Der Anteil der direkten Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten an den direkten Kosten aller Krankheitsursachen beträgt 32,44 %.

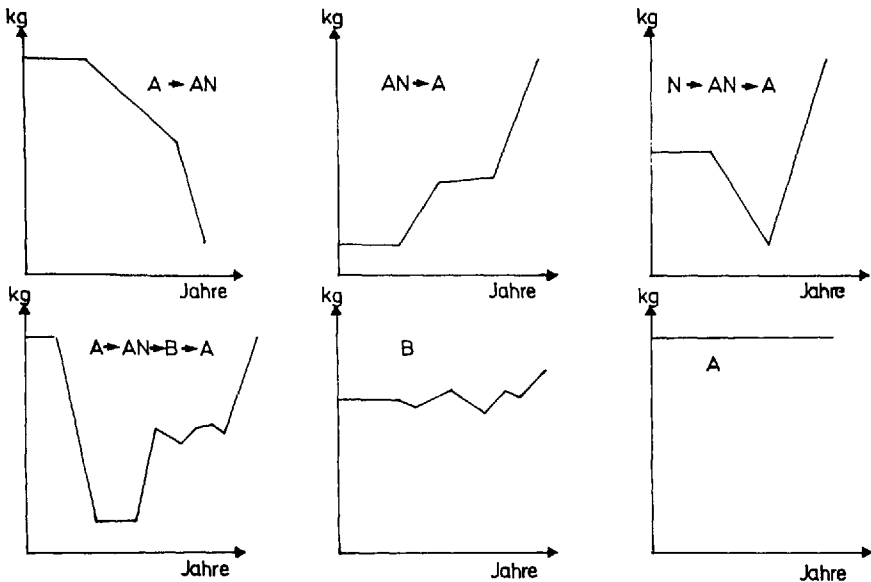
Eßstörungen im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen sind die Anorexia nervosa, die Bulimie und in einem gewissen Prozentsatz auch die Adipositas. Erfahrungen mit Patienten, die in ihrem Krankheitsverlauf unterschiedliche Phasen durchlaufen haben, lassen ein statisches Diagnoseschema von vornherein wenig geeignet erscheinen. Die Übergänge sind fließend, und eine Vielzahl von Variationen ist möglich. Hilde Bruch (1973) und Stunkard (1980) haben auf Gemeinsamkeiten zwischen Anorexia nervosa, Bulimie und Adipositas hingewiesen. Vandereycken

Psychosomatische Eßstörungen



und Pierloot (1981) sprechen von einem „Wandern der Symptome“. In jedem Fall ist eine gemeinsame Betrachtung sinnvoller als kategorielle Differenzierungen.

Ob es sich bei einem gestörten Eßverhalten um ein isoliertes Fehlverhalten oder um das Symptom einer psychosomatischen Erkrankung handelt, ist in bezug auf eine Verhaltensmodifikation irrelevant. In jedem Fall muß ein gestörtes Eßverhalten, das über einen längeren Zeitraum besteht und fixiert ist, gezielt beeinflußt werden. Eßgestörte Menschen können nicht, wenn sie es nur wollen, wieder „normal“ mit Nahrung umgehen; auch hat sich gezeigt, daß sich durch Aufarbeitung der verursachenden und auf-



Dynamik der Eßstörungen

rechterhaltenden Bedingungen die Eßstörung nicht in Wohlgefallen auflöst.

Voraussetzung jeder Verhaltensänderung ist eine Verhaltensanalyse. Darunter versteht man die Darstellung des Symptom-, Problem- oder Krankheitsverhaltens mit Verhaltensdefiziten und Verhaltenssexzessen. Wir erstellen mit jedem Patienten in ausführlichen Gesprächen seine individuelle Verhaltensanalyse und geben ihm Hilfestellungen, sein gestörtes Verhalten selbst zu beobachten und zu protokollieren.

Wir fordern dazu auf:

1. den Gewichtsverlauf über mehrere Jahre schematisch graphisch darzustellen,
2. das Gewicht täglich über vier Wochen in ein Koordinatensystem einzutragen,
3. die Symptomentwicklung während des Krankheitsverlaufes detailliert zu beschreiben,
4. ein Ernährungstagebuch zu führen mit genauen Angaben über:
 - a) situative Auslöser,
 - b) innere Auslöser,
 - c) Eßverhalten,

SELBSTBEOBACHTUNGSPROTOKOLL

(Ernährungstagebuch)

SITUATIVE AUSLÖSER:

Wann esse ich?

Wo esse ich?

Mit wem esse ich?

INNERE AUSLÖSER:

Warum esse ich?

ESSVERHALTEN:

Was esse ich?

Wieviel esse ich?

Wie lange esse ich?

5. das gestörte Verhalten, ob anorektisch oder bulimisch, im Gespräch mit dem Therapeuten zu demonstrieren und zu kommentieren. Wir fertigen Dias an, die sich vielfältig therapeutisch nutzen lassen. Die Videoaufnahmen können zu einer differenzierteren Wahrnehmung der häufig subjektiv als Automatismen erlebten gestörten Verhaltensweisen beitragen sowie ein erster Schritt zur Distanzierung von ihnen sein.

Folgende Fragen können für die Beschreibung einer Symptomentwicklung behilflich sein:

Fragen an Patienten mit Anorexia nervosa: (Gerlinghoff/Backmund 1989)

Was war Ihr Ausgangsgewicht?

Wieviel wollten Sie zunächst abnehmen?

Was ist Ihr Zielgewicht heute?
 Wie haben Sie abgenommen?
 Wie sah Ihre Bilanz Energiezufuhr und Energieabbau aus?
 Welche Nahrungsmittel essen Sie heute?
 Wie sieht Ihre Essenszubereitung aus?
 Wie ist Ihr Eßverhalten?
 Haben Sie Essensrituale entwickelt?
 Was tun Sie, um Ihren Hunger zu bewältigen?
 Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus?

Fragen an Patienten mit Heißhungerattacken:

Wie haben die Heißhungerattacken begonnen?
 Wie haben sie sich bis heute entwickelt?
 Wie viele haben Sie am Tag?
 Erbrechen Sie danach?
 Nehmen Sie Abführmittel ein?
 Wie läuft eine Heißhungerattacke ab?
 Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?
 Wie beschaffen Sie Ihre Nahrung?

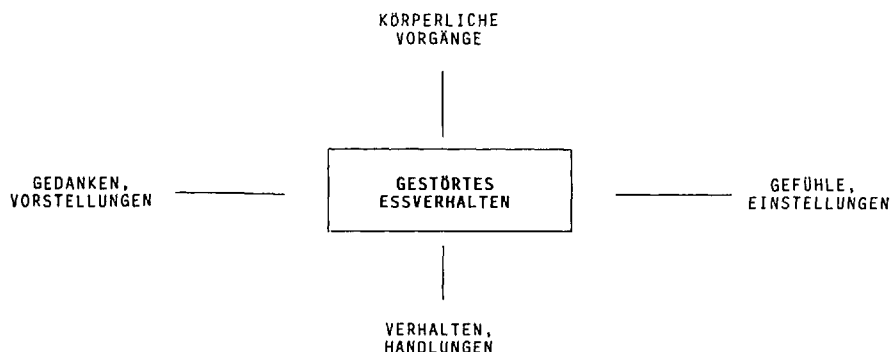
Fragen an adipöse Menschen:

Seit wann sind Sie übergewichtig?
 Was war Ihr höchstes Gewicht?
 Welche Nahrungsmittel bevorzugen Sie?
 Wie ist Ihr Eßverhalten?
 Was essen Sie zwischendurch, am Abend, in der Nacht?

Entscheidend wichtig ist, daß eßgestörte Patienten erkennen, welche programmierten Gedanken, Vorstellungen, Gefühle und Einstellungen ihr gestörtes Verhalten fixieren und aufrechterhalten.

Gedanken von Magersüchtigen:

Fasten ist besser als Völlerei
 Untergewicht ist gesünder als Übergewicht
 Ein niedriger Blutdruck ist weniger gefährlich als ein zu hoher



Askese schärft das Denken
Zügelung der Triebe ist Nahrung für den Geist
Körperlicher Schwäche muß mit Abhärtung begegnet werden
Hungern verlängert das Leben
Schlemmerei verkürzt das Leben
Entschlackung ist gesund

Gedanken von Adipösen:

Dicke Menschen haben mehr vom Leben
Dicke Menschen sind gemütlicher als dünne
Nerven brauchen Nahrung
Mein Großvater war auch dick und ist trotzdem neunzig Jahre alt geworden.

Verhalten von Magersüchtigen

Das Verhalten von Magersüchtigen läßt sich wie folgt charakterisieren: Zunächst reduzieren einige ihre Nahrungszufuhr insgesamt, andere führen Diäten und Fastenkuren durch. Im Verlauf werden die Methoden, um abzunehmen, härter und rigider. Die Betroffenen sind „süchtig“ darauf, immer weiter abzunehmen, wider alle Vernunft, Gesundheit und Ästhetik. Sie hungern weiter, auch wenn sie ihr angestrebtes Zielgewicht bereits unterschritten haben. Ein neues, niedrigeres Gewicht wird definiert, erreicht und erneut nach unten verschoben. Das Körpergewicht kann von 15 bis 55 % unter Idealgewicht absinken. Einige pendeln sich auf ein bestimmtes Gewicht ein und sind bemüht, dieses zu halten. Allen gemeinsam ist die Angst, wieder zuzunehmen.

Der Beginn der Nahrungsaufnahme wird, wenn irgend möglich, immer weiter hinausgezögert. Nicht wenige nehmen ihre Mahlzeit erst am Abend ein. Gemeinsame Mahlzeiten mit Angehörigen werden, wenn möglich, vermieden. Das Einkaufen und Zubereiten von Nahrung hilft, Hunger zu bewältigen, und kann Stunden in Anspruch nehmen. Auch sehr langsames Essen gehört zu den Strategien, mit denen Hungergefühle unterdrückt werden. Essen mit Stäbchen und Löffeln von Flüssigkeiten dienen demselben Zweck. Viele Magersüchtige versuchen ihre Hungergefühle durch pausenloses Kaugummikauen oder Zufuhr kalorienloser Flüssigkeiten zu vertreiben. Sie trinken Unmengen Mineralwasser, heißen Tee oder Kaffee. Manche verweilen gern in Lebensmittelabteilungen, andere kaufen Süßigkeiten und verstecken sie wie einen geheimen Schatz in ihrem Zimmer, den sie manchmal anschauen, in der Hand halten, vielleicht sogar auswickeln und beriechen, niemals aber essen.

Entsprechend dem Druck, den die Umwelt ausübt, versuchen Magersüchtige durch immer geschicktere Täuschungen an ihrem Hungern festzuhalten. Sie geben vor, schon gegessen zu haben, berichten von Einladungen bei Freunden, lernen die Speisepläne der Mensa auswendig, um zu Hause berichten zu können, was sie mittags gegessen haben, produzieren Abfälle und lassen das schmutzige Geschirr demonstrativ in der Küche herumstehen.

Neben der stetigen und immer radikaleren Reduktion der Kalorienzufuhr führen die meisten ein Trainingsprogramm durch, um Kalorien zu verbrauchen. Dabei stellen sie einen exakt ausgeklügelten Plan auf mit der Tendenz, die Übungen ständig zu steigern und immer anstrengender werden zu lassen. Schließlich bewegen sich viele von morgens bis abends; sie gönnen sich keine Sekunde der Ruhe und Entspannung, sie reduzieren ihre Schlafmenge auf immer weniger Stunden, stehen morgens als erste auf und gehen abends als letzte ins Bett. Sie üben sitzende Tätigkeiten im Stehen aus, benützen keine Verkehrsmittel, sondern joggen in die Schule oder fahren kilometerweit Rad. Sie verbringen mehrere Stunden am Tag ausschließlich mit Gymnastik, Radfahren, Tanzen und Aerobic. Manche halten sich mehrere Stunden täglich in Fitneßcentern auf. An den Wochenenden stehen mehrstündige Berg-, Rad- oder Schitouren auf dem Programm, auch bei brütender Hitze oder eisiger Kälte.

Die Waage wird zur alles beherrschenden Instanz; sie richtet über Gut und Böse, Leistung oder Versagen, löst Freude oder Enttäuschung aus. Während sich die meisten Menschen höchstens einmal morgens wiegen, nimmt diese Gewohnheit bei Magersüchtigen erheblich zu. Es gibt Betroffene, die sich zwanzig- bis dreißigmal am Tag wiegen, um ja genügend Kontrolle zu haben. Manche steigen sogar nachts auf die Waage. Das zu erreichende Gewichtsziel wird immer noch weiter nach unten festgelegt, die Kalorienzahl stetig reduziert, die kalorienverbrauchende Bewegung erhöht.

Verhalten von Adipösen

Betrachtet man das Verhalten von Adipösen, so könnte man geneigt sein zu sagen, adipöse Menschen sollten in ihrem Umgang mit Nahrung von Magersüchtigen lernen und umgekehrt:

Magersüchtige essen zu wenig – Adipöse essen zuviel

Magersüchtige meiden Kohlehydrate und Fette – Adipöse bevorzugen Kohlehydrate und Fette

Magersüchtige essen extrem langsam – Adipöse meistens schnell

Magersüchtige kauen lange – Adipöse verschlingen ihre Nahrung

Magersüchtige bewegen sich von morgens bis abends – Adipöse kaum

Magersüchtige kontrollieren ihr Gewicht immer wieder – Adipöse höchst selten.

Gemeinsam ist Magersüchtigen und Adipösen die permanente Beschäftigung mit Nahrung, nur mit dem einen Unterschied, daß die einen ihr entsagen und die anderen sie zuführen.

Verhalten von Menschen mit Bulimie

Menschen mit Bulimie lassen sich zwischen Magersüchtigen und Adipösen ansiedeln, sie haben Verhaltensweisen von beiden: Sie fasten einerseits und essen extrem kalorienbewußt, wenn sie eine Nahrung, die sie zuführen, behalten wollen, verschlingen aber andererseits hochkalorische, leicht schluckbare, fett- und kohlenhydratreiche Nahrungsmittel, wenn sie danach erbrechen wollen. Menschen, die aus welchen Gründen auch immer, über einen längeren Zeitraum Fastenkuren machen oder Diäten einhalten, sind gefährdet, irgendwann einmal die Kontrolle zu

verlieren, die sie sich mit ihren Diätvorschriften oder ihrem rigiden Hungerprogramm selbst auferlegt haben. Sie versuchen dann, den begangenen Fehler durch Erbrechen oder die Einnahme von hohen Dosen von Abführmitteln wiedergutzumachen. Im Laufe der Zeit kommt es zu einer Steigerung der Nahrungsmenge, bis schließlich richtige Freßorgien abgehalten werden, in denen unvorstellbare Mengen, bis zu 10 000 Kalorien, verschlungen werden können.

Üblicherweise finden die Heißhungerattacken heimlich statt. Die Nahrungsmittel werden versteckt und gehortet und erst gegessen, wenn niemand zu Hause ist. Einige breiten Zeitungspapier auf der Erde aus, essen aus Tüten, trinken aus Pappbehältern und Flaschen, benutzen weder Geschirr noch Messer und Gabel. Sie verschlingen innerhalb kürzester Zeit riesige Nahrungsmengen, beißen in Kuchen, Schokolade, Butter, Käse und Wurst und trinken dazu Unmengen Flüssigkeiten. Bei wieder anderen laufen die Freßattacken ritualisiert, mit einem gewissen Genuß ab.

Es gibt einige, die während einer Freßorgie die gekaute Nahrung nicht hinunterschlucken, sondern sie wieder ausspucken. Die meisten aber erbrechen oder nehmen in hohen Dosen Abführmittel ein. Das selbstinduzierte Erbrechen wird entweder durch Auslösen des Würgereflexes mit dem Finger, einem Löffel oder einer Feder erreicht. Anderen gelingt es mit der Zeit, spontan zu erbrechen, wenn sie nur daran denken und sich über die Toilette beugen.

Die Nahrungsmittel werden in aller Regel zu Hause entwendet. Einige wenige benutzen ihr Taschengeld oder jobben, um sich zusätzlich Geld zu verdienen, vor allem, wenn die Nahrungsmengen, die bei einer Heißhungerattacke benötigt werden, immer größere Ausmaße annehmen. Ein hoher Prozentsatz stiehlt nach einer gewissen Zeit Lebensmittel in Geschäften. (Gerlinghoff et al. 1988).

Eine Verhaltensanalyse ist die Basis für eine Verhaltensmodifikation und Verhaltensänderung. Darüber hinaus ist es dringend notwendig, eine Bedingungs- und Funktionsanalyse zu erstellen. Zu fragen ist nach den Bedingungen, Auslösern, Voraussetzungen und Ursachen des Krankheitsverhaltens sowie nach den Funktionen, Auswirkungen und Rückwirkungen für den Patienten.

Grundlage des gesamten therapeutischen Vorgehens ist die Zusammenfügung aller Informationen mit dem Ziel, Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und den Hintergrundproblemen in der persönlichen und sozialen Lebensführung des Patienten herzustellen.

Literatur

- Bruch H (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books, New York
- Gerlinghoff M, Backmund H, Mai N (1988) *Magersucht – Auseinandersetzung mit einer Krankheit*. Psychologie Verlags Union, München Weinheim
- Gerlinghoff M, Backmund H (1989) *Magersucht – Anstöße für eine Krankheitsbewältigung*. Trias Thieme Hippokrates Enke, Stuttgart
- Stunkard, A J (1980) *Psychoanalysis and Psychotherapy*. In: Stunkard A J (ed) *Obesity*. Saunders, Philadelphia, p 355

Vandereycken, W, Pierloot RA (1981) Ein dimensionales Modell für Eß- und Gewichtsstörungen. In: Meermann R (Hrsg) Anorexia nervosa. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Eingegangen 16. Oktober 1989

Anschrift des Verfassers:

Dr. Monika Gerlinghoff, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Kraepelinstraße 10, 8000 München (FRG)