

Wunderer

THERAPIE-TOOLS



Essstörungen



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Wunderer

Therapie-Tools
Esstörungen

Eva Wunderer

Therapie-Tools

Essstörungen

Unter Mitarbeit von Eveline Müller und Andreas Schnebel

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Prof. Dr. Eva Wunderer
Hochschule Landshut
Fakultät Soziale Arbeit
Am Lurzenhof 1
84036 Landshut
E-Mail: wunderer@haw-landshut.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28497-4 Print
ISBN 978-3-621-28650-3 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Antje Raden
Illustrationen: Tobias Thies, Hamburg
Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer
Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Reemers Publishing Services GmbH
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Einführung	9
1 Anamnese, Diagnostik und Psychoedukation	17
2 Gesprächsführung und Motivationsarbeit	67
3 Gewicht, Essverhalten und Purging-Verhalten	79
4 Körperbild	117
5 Selbstwert und Ressourcenaktivierung	135
6 Emotion und Kognition	163
7 Soziale Integration	185
8 Lebensalltag	195
9 Angehörigenarbeit	209
10 Selbstfürsorge für Berater und Therapeutinnen	225
Verzeichnis der Arbeits- und Infoblätter	233
Literatur	237

Vorwort

Da ich selbst die Therapie-Tools von Anfang an gerne genutzt habe, freue ich mich sehr, mit einem Band zum Thema Essstörungen zu dieser in jeder Hinsicht praktischen Reihe beitragen zu können. Ich hoffe, der vorliegende Band kann Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie auch anderen in psychosozialen Berufen tätigen Praktikerinnen und Praktikern eine Unterstützung sein.

Einige der Arbeitsblätter sind dem Buch „Interdisziplinäre Essstörungstherapie“ entnommen, das ich vor mittlerweile zehn Jahren mit Andreas Schnebel bei Beltz veröffentlicht habe. Ich danke Andreas Schnebel, geschäftsführender Vorstand von ANAD e.V. und Vorsitzender des Bundesfachverbands Essstörungen, für seine Bereitschaft, die vorhandenen Materialien für die Therapie-Tools zu verwenden. Mein weiterer Dank gilt Vera Baumer und Liane Hammer von ANAD e.V., die aus ernährungstherapeutischer sowie pädagogisch-psychotherapeutischer Sicht Rückmeldungen zum Manuskript gaben. Danken möchte ich auch Prof. Silja Vocks, die mir vorab Einblick in die überarbeitete Version der S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen für DGESS gewährte. Weiterer Dank gebührt Sigrid Borse, der Geschäftsführerin des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen und zweiten Vorsitzenden des Bundesfachverbands Essstörungen, deren Rückmeldung mich wie immer sehr unterstützte. Zahlreiche sehr wertvolle Hinweise bezüglich des Inhaltes und der Gestaltung der Arbeitsmaterialien verdanke ich ferner Eveline Müller, therapeutische Leitung des Therapienetz Essstörung in München, die als erfahrene Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin im Essstörungenbereich an der Entstehung des Buches mitwirkte.

Mein größter Dank gilt meiner Familie, meinem Mann Stefan, meinen Kindern und meinen Eltern, die mich in meiner Arbeit unterstützen und mein Leben so sehr bereichern. Ich widme dieses Buch meinem Mann Stefan und meinen drei wunderbaren Kindern.

Noch ein Wort zur Schreibweise: Um sperrige Formulierungen zu vermeiden und beide Geschlechter einzubeziehen, wird in diesem Buch abwechselnd das männliche und weibliche Geschlecht gebraucht. Da es den Sprachgepflogenheiten der störungsbezogenen Therapie-Tools entspricht, spreche ich von Patient/Patientin und nicht, wie ich es bevorzuge, von Klient/Klientin.

München, im Januar 2019

Eva Wunderer

Einführung









Wie ist dieses Buch aufgebaut?

Das Buch beginnt mit einer Einführung, in der wesentliche Hintergrundinformationen zum Thema Essstörungen kurz und prägnant dargelegt werden: Woran erkenne ich Essstörungen? Wie verbreitet sind sie? Wie kommt es zu Essstörungen, was sind Einflussfaktoren? Und auf welchen Ebenen setzt die Intervention an?

Die Arbeitsmaterialien sind in zehn thematische Kapitel gegliedert. Am Anfang stehen Materialien zu Anamnese, Diagnostik und Psychoedukation, da dies üblicherweise den Einstieg in die Therapie kennzeichnet. Gesprächsführung und Motivationsarbeit begleiten den gesamten Therapieprozess und werden im zweiten Kapitel behandelt. Es folgen Arbeits- und Informationsblätter zu den Themenfeldern Gewicht, Essverhalten und Purgierverhalten sowie zum Körperbild. Anschließend werden Materialien vorgestellt, die den Fokus auf hintergründige psychologische Faktoren richten: Selbstwert und Ressourcenaktivierung sowie Emotion und Kognition. Die anschließenden Kapitel widmen sich der sozialen Integration sowie dem Lebensalltag, also Tagesstruktur, Freizeitverhalten, Wohnen, Beruf und Finanzen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Essstörungstherapie ist die Angehörigenarbeit, da viele Betroffene im Jugend- und jungen Erwachsenenalter erkranken. Das abschließende Kapitel stellt Materialien zur Selbstfürsorge für Psychotherapeutinnen vor.

Wie können Sie die Arbeitsmaterialien verwenden?

Um sich im Tools-Buch schnell und effektiv zurechtzufinden, sind auf allen Arbeits- und Infoblättern Icons abgebildet. Anhand dieser Icons können Sie direkt sehen, für wen das vorliegende Arbeitsblatt gedacht ist und wie es gebraucht werden kann. Die folgenden Icons werden Ihnen auf den verschiedenen Arbeitsblättern begegnen:

-  **Therapeut/in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeitsblätter, die für die Therapeutin selbst gedacht sind.
-  **Patient/in:** Arbeits- oder Informationsblätter mit diesem Icon werden dem Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt.
-  **Angehörige:** Materialien mit diesem Icon sind für Angehörige bestimmt.
-  **Für Sie gesammelt:** Auf diesen Arbeitsmaterialien finden Sie eine Sammlung von Ideen, Methoden, Fragen etc.
-  **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  **Input für den Kopf:** Hier finden Sie Hintergrundinformationen zu Essstörungen oder Methoden und Interventionen.
-  **Hier passiert etwas:** An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten oder Patienten gegeben.
-  **Ganz Ohr:** Dieses Icon kennzeichnet Übungen, die die Therapeutin der Patientin vorliest.

Greifen Sie zu im Werkzeugkasten!

Die Therapie-Tools verstehen sich als Werkzeugkasten. Und ein guter Werkzeugkasten ist vielfältig – der vorliegende enthält bewährte Übungen aus verschiedensten Therapierichtungen, z.B. der Kognitiven Verhaltenstherapie.

pie, Systemischen Therapie, Akzeptanz- und Commitmenttherapie, Motivierenden Gesprächsführung, Rational-Emotiven Therapie, Körpertherapie, Ernährungstherapie.

Bedienen Sie sich! Suchen Sie sich diejenigen Instrumente bzw. Arbeitsblätter und Übungen heraus, die zu Ihrer jeweiligen Zielsetzung passen. Probieren Sie Neues aus, entdecken Sie Altbekanntes wieder. Viel Erfolg und auch viel Spaß dabei!

So lässt sich der Werkzeugkasten gut nutzen:

- ▶ Ressourcenorientierung
- ▶ Achtung der Patienten als „Experten ihrer selbst und ihrer Lebenswelt“
- ▶ Offenheit für Neues
- ▶ aber auch Respekt vor der eigenen therapeutischen Haltung – als Leitlinie, welche Übungen passend sein könnten
- ▶ und schließlich: Mut zu Fehlern – was gerade bei den oft sehr perfektionistischen Patientinnen mit Essstörungen wichtig ist

Woran erkenne ich Essstörungen? Merkmale und Diagnostik

In den gängigen Diagnoseschemata nach DSM-5 und ICD-11 werden drei wesentliche diagnostische Kategorien unterschieden: **Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung.**

Darüber hinaus gibt es Sonderfälle, wie Pica und Ruminationsstörung, sowie die Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (Avoidant-restrictive food intake disorder ARFID), die sich, wie die Anorexie, durch Mangelernährung und Gewichtsverlust auszeichnet, jedoch ohne Störung der Wahrnehmung von Figur und Körpergewicht. In die „Restkategorie“ der atypischen oder anderen (nicht) näher bezeichneten Essstörungen werden alle Essstörungen pathologischen Ausmaßes eingeordnet, die nicht die Kriterien eines der oben beschriebenen Störungsbilder erfüllen.

Ein Großteil der Betroffenen zeigt über die Essstörung hinaus weitere komorbide Störungen.

Anorexia nervosa

Ein wesentliches diagnostisches Kriterium der Anorexia nervosa (nervöse, also psychisch bedingte Appetitlosigkeit, Magersucht) ist Untergewicht. Der Gewichtsverlust der Betroffenen ist dabei die Folge eingeschränkter Energieaufnahme (Fasten, selektives Essen), oft in Kombination mit exzessiver körperlicher Aktivität oder sonstigen Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken, wie Erbrechen oder Missbrauch von Abführ- oder Entwässerungsmitteln. In der Folge kommt es zu Störungen im Hormonhaushalt, deren erkennbares Zeichen bei Mädchen das Ausbleiben der Regelblutung ist; männliche Betroffene berichten Libido- und Potenzverlust.

Magersucht gilt als eine der gefährlichsten psychiatrischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (Hoek, 2006), das Risiko, frühzeitig zu versterben, ist gegenüber gesunden Altersgenossinnen 10-fach erhöht (Keel, 2010).

Trotz ihres meist erheblichen Untergewichts fühlen sich die Betroffenen in der Regel zu dick (Körperschema- oder Körperbildstörung). Sie haben große Angst, zuzunehmen und zu dick zu werden, und machen ihren Selbstwert in hohem Maße von Essen, Figur und Gewicht abhängig: Jedes Gramm mehr auf der Waage wird als persönliches Versagen erlebt.

Nur ein geringerer Teil der Betroffenen schafft es dabei, auf längere Sicht die selbst auferlegte Diät durchzuhalten. Die Nahrungseinschränkung provoziert Heißhungeranfälle, denen die Betroffenen wiederum mit Erbrechen, Sport oder Abführmitteln entgegenwirken. Bleibt Untergewicht bestehen, so spricht man von einer Anorexie vom Binge-Eating/Purging-Typ (binge eating = Essgelage, purging = reinigen, abführen), vereinfacht teilweise „bulimische Anorexie“ genannt. Beim restriktiven Typ wird hingegen konsequent gefastet (vgl. Tab. 0.1).

Tabelle 0.1 Unterscheidung der Essstörungen anhand von drei Kernmerkmalen

	(1) Gewicht	(2) Essanfälle	(3) Kompensation (Erbrechen etc.)
Anorexia nervosa	Untergewicht	beim Binge-Eating/ Purging-Typ	beim Binge-Eating/Purging-Typ
Bulimia nervosa	Normalgewicht/ z.T. Übergewicht	ja	ja
Binge-Eating- Störung	oft Übergewicht	ja	nein

Bulimia nervosa

Der Übergang zur Bulimie (von griechisch *bous* = Ochse und *limos* = Hunger; Ess-Brech-Sucht) ist fließend, ein Teil der bulimischen Betroffenen hatte eine Anorexie in der Vorgeschichte. Kernsymptomatik der Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle und anschließende gegenregulierende Maßnahmen. Viele Betroffene erbrechen oder nehmen Medikamente, andere versuchen, sich die überschüssigen Kalorien durch ein hohes Sportpensum abzutrainieren.

Während der Essanfälle nehmen die Betroffenen in kurzer Zeit große Mengen von Nahrungsmitteln zu sich und haben das Gefühl, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren. Bevorzugt werden beim Essanfall Lebensmittel, die sich die Betroffenen sonst verbieten.

Auch bei der Bulimie nehmen Figur und Gewicht einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung, der eigene Körper wird oft sehr negativ beurteilt. Das Gewicht bewegt sich in der Regel im Normal- oder (leichten) Übergewichtsbereich, und so kann die Erkrankung oft jahrelang geheim gehalten werden. Die Betroffenen schämen sich, haben starke Schuldgefühle und ziehen sich mehr und mehr zurück.

Binge-Eating-Störung

Die Binge-Eating-Störung (BES; binge-eating = englisch: Essgelage; Ess-Sucht) ist ebenfalls durch Essanfälle gekennzeichnet – jedoch fehlen gegenregulierende Maßnahmen. In der Folge nehmen die Betroffenen oftmals deutlich an Gewicht zu, viele sind übergewichtig oder adipös.

Atypische Essstörungen

Die „atypischen Essstörungen“ bzw. „anderen näher bezeichneten“/ „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ sind eine Art diagnostische Restkategorie, der all diejenigen Essstörungen klinischen Ausmaßes zugeordnet werden, die nicht die oben beschriebenen Kriterien der Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Störung erfüllen.

Darunter fallen beispielsweise eine Anorexie, in der das Körpergewicht trotz starker Gewichtsabnahme noch im Normalgewichtsbereich liegt (atypische Anorexie) oder der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen bei Fehlen von objektiven Essanfällen (Purging-Störung).

Wie häufig sind Essstörungen? Epidemiologie und Verlauf

Verlässliche Aussagen schwierig. Verlässliche Aussagen über die Verbreitung von Essstörungen zu treffen ist nicht einfach, da, insbesondere bei der Bulimie, von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist und es an Studien an repräsentativen nicht-klinischen Stichproben mangelt (Wunderer et al., 2013). Zudem sind die diagnostischen Kriterien unterschiedlich definiert und haben sich mit der Einführung der neuesten Versionen des Diagnosesystems DSM-5 noch einmal verändert (Wunderer et al., 2018), was auch in der ICD-11 aufgegriffen wird. Kritisiert wird ferner, dass die gängigen Diagnoseinstrumente auf weibliche Essstörungen ausgerichtet sind; die Symptome männlicher Betroffener, die oft eher nach einer muskulösen als nach einer schlanken Figur streben, werden nicht adäquat berücksichtigt (Mitchison & Mond, 2015).

Verbreitung in Europa. Eine aktuelle zusammenfassende Übersicht kommt zu dem Schluss, dass für europäische Frauen die Lebenszeitprävalenz für Anorexie bei < 1-4 %, für Bulimie bei < 1-2 %, für Binge-Eating-Störung bei < 1-4 % und für subklinische Essstörungen bei 2-3 % liegt, wobei je nach regionaler und ethnischer Herkunft sowie Altersgruppe deutliche Unterschiede bestehen (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Für Männer in Europa beziffern die Autorinnen die Prävalenz klinischer Essstörungen mit 0,3 %, diejenige subklinischer Essstörungen mit 0,7 %.

Verbreitung in Deutschland. Eine deutsche Längsschnittstudie mit mehr als 3000 Teilnehmern ermittelte eine Lebenszeitprävalenz zum ersten Messzeitpunkt (Alter 14-24 Jahre) von 2,9 % (Frauen) bzw. 0,1 % (Männer) für klinische Essstörungen insgesamt, die Lebenszeitprävalenz für subklinische Ausprägungen wurde mit 2,2 % (Frauen) respektive 0,7 % (Männer), diejenige für gestörtes Essverhalten mit 11,5 % (Frauen) bzw. 1,8 % (Männer) beziffert (Nagl et al., 2016). Dabei ist davon auszugehen, dass ein Großteil der als „subklinisch“ eingeordneten Essstörungen nach den DSM-5-Kriterien als klinisch zu bezeichnen wäre; die Studie stützte sich noch auf die vierte Version des DSM. Da die Befragten maximal Mitte 20 waren, ist ferner damit zu rechnen, dass die Lebenszeitprävalenz im weiteren Altersverlauf ansteigt – in der Lebensmitte wird für Frauen erneut eine vergleichsweise hohe Prävalenz essgestörten Verhaltens berichtet (Mangweth-Matzek et al., 2014).

Gestörtes Essverhalten. Das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts erbrachte für gestörtes Essverhalten noch deutlich höhere Zahlen: Mehr als ein Fünftel der Jugendlichen zeigte mindestens erste Symptome (Hölling & Schlack, 2007).

Wie kommt es zu Essstörungen? Risikofaktoren und Erklärungsmodelle

Essstörungen werden durch bio-psycho-soziale Faktoren bedingt: Familie und soziales bzw. soziokulturelles Umfeld spielen ebenso eine Rolle wie individuell-psychologische und biologische Faktoren (vgl. Abb. 0.1) (Culbert et al., 2015). Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Betroffenen hat Grenzverletzungen, emotionalen und/oder sexuellen Missbrauch erlebt (Jacobi et al., 2011; Wunderer, 2015)

Kritische Lebensereignisse als Auslöser. Auslöser einer Essstörung können kritische Lebensereignisse sein, beispielsweise ein Umzug, die Trennung vom Partner oder schwerwiegende Konflikte im Elternhaus. Die Essstörung bietet in derartigen Krisensituationen vermeintlich Halt, einen Weg, das Leben wieder in den Griff zu bekommen.

Biologische Faktoren. Physiologische Zusammenhänge spielen bei Essanfällen eine bedeutsame Rolle: Der Körper entwickelt als Reaktion auf eine anhaltend restriktive Ernährung zwangsläufig Heißhunger, es besteht ein Zusammenhang zwischen Diät halten und Essstörungssymptomen (Stice & Presnell, 2010). Zwillingsstudien weisen auf eine genetische Komponente von Essstörungen hin, wobei mehrere Gene beteiligt zu sein scheinen (Bulik & Breen, 2017; Yilmaz et al., 2015).

Gut belegt ist zudem der Einfluss körpereigener Substanzen auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung einer Essstörung. So werden z.B. die Hormone Leptin, Ghrelin und Östrogen sowie die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin mit Essstörungen in Zusammenhang gebracht (vgl. zusammenfassend Wunderer, 2015).

Soziale Faktoren. Familiäre Beziehungen und Strukturen nehmen Einfluss auf den Verlauf der Essstörung (DGEES, 2018; Zeeck et al., 2011). Inwieweit sie auch als ursächlich für deren Entstehung gesehen werden können, ist methodisch schwierig zu ermitteln. Ohnehin sind lineare Ursache-Wirkungs-Hypothesen („Wenn die Eltern sich so verhalten, dann ergibt sich daraus eine Essstörung“) nicht angebracht, da die Entwicklung in Familien ein transaktionales systemisches Geschehen ist, in dem jedes Familienmitglied vom anderen beeinflusst wird und diese wiederum beeinflusst. Entsprechend sind Schuldzuweisungen nicht zielführend, jedoch sollten die Eltern in die Behandlung mit einbezogen werden (Le Grange et al., 2010).

Als einflussreich im familiären Umfeld haben sich vor allem folgende Aspekte erwiesen: psychische Störungen bzw. Essstörungen anderer Familienmitglieder; kritische Kommentare bezüglich Essverhalten, Figur und Gewicht; defizitäre familiäre Kommunikationsmuster sowie ein negatives Modell der Eltern oder anderer Familienmitglieder in Sachen Essen und Bewegung (Jacobi et al., 2011). Kritisch zu sehen ist ferner, wenn Essen als Strafe, Trost oder Belohnung eingesetzt und so mit bestimmten Gefühlen und Funktionen verknüpft wird.

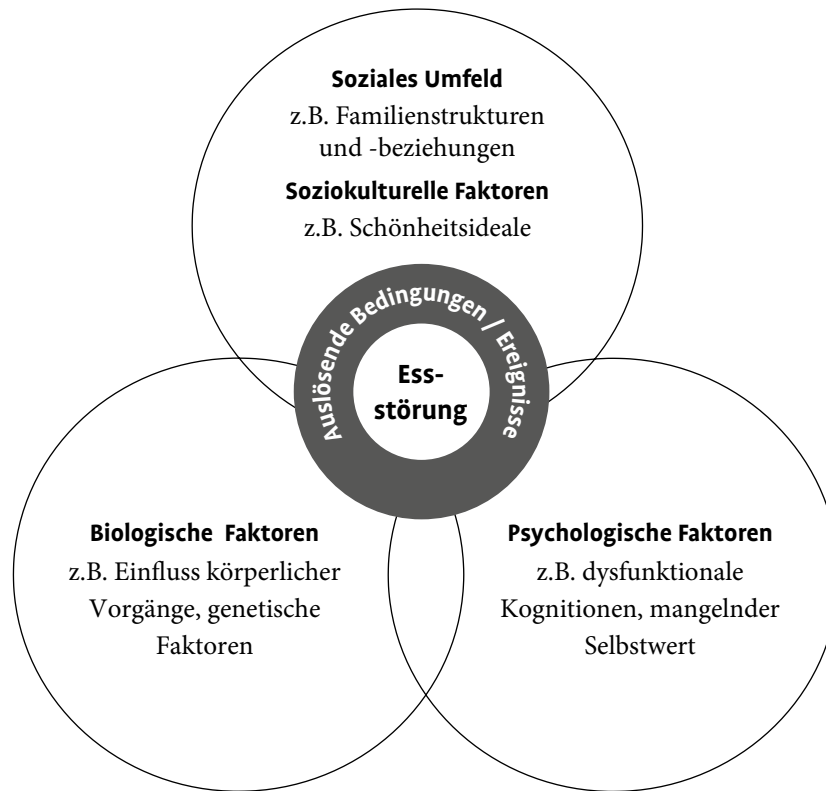


Abbildung 0.1 Die bio-psycho-soziale Entstehung von Essstörungen

Soziokulturelle Faktoren. Beteiligt an der Entstehung der Essstörung ist zudem das in westlichen Ländern vorherrschende Schönheits- bzw. Schlankheitsideal. Massenmedien machen Schönheit und Schlankheit zu den ausschlaggebenden Kriterien dafür, ob eine Person beliebt und erfolgreich ist (Brown & Bobkowsky, 2011; Levine & Murnen, 2009). Auf diese Weise üben sie Druck vor allem auf Jugendliche aus, die Medien in hohem Maße nutzen und im Zuge der Identitätsentwicklung Leitbilder und Orientierung suchen. Sendeformate wie „Germany’s Next Top Model“ propagieren, dass ein schlanker, schöner Körper und bedingungslose Anpassung an die Modelaufträge der Kunden und der Jury zum Erfolg führen, und können Essstörungen triggern (vgl. IZI & ANAD, 2016).

Eine wichtige Rolle spielen dabei soziale Medien und Youtube, die massenhaft Bild- und Videomaterial verfügbar machen zu Aussehen, Styling, Sport, Gesundheit, Ernährung und die Selbstinszenierung und -optimierung fördern und fördern. Jugendliche sind auf der Jagd nach dem perfekten Selfie, das viele „Likes“ einbringt – ein Spannungsverhältnis zwischen authentischer und strategischer Selbstdarstellung entsteht. Verwoben damit sind kommerzielle Interessen, da Youtuber und Influencer oftmals umso mehr verdienen, je mehr Interesse an den präsentierten Produkten sie bei den Followern erzeugen. Auch Krankheitsgeschichten werden in sozialen Medien inszeniert, teilweise unter einer „Pro-ANA“ bzw. „Pro-MIA“-Perspektive, also die Essstörung verherrlichend, oft aber auch mit Fokus auf Therapie und Gesundung.

Psychologische Faktoren. Essstörungen haben nicht selten mit Abgrenzung und Ablösung zu tun. Heranwachsende, die eine Essstörung entwickeln, kommen mit aktuellen Entwicklungsanforderungen nicht zurecht, fühlen sich inkompetent und ungeliebt. Sie suchen Bestätigung und Halt und finden dies vermeintlich in der Essstörung, die sie zu etwas Besonderem macht und ihnen hilft, Spannung abzubauen und Emotionen zu regulieren. Entsprechend werden Selbstwertdefizite, ein hohes Kontrollbedürfnis sowie Persönlichkeitsmerkmale, wie beispielsweise Perfektionismus und negative Emotionalität, als Einflussfaktoren angenommen (Farstad et al., 2016).

Gerade die Anorexie vermittelt ein Gefühl von Kontrolle und hebt den Selbstwert. Verstärkt werden diese Tendenzen durch dysfunktionale Kognitionen. So neigen viele Betroffene zu Schwarz-weiß-Denken und attribuieren wenig selbstwertdienlich. Ein Teil der Betroffenen berichtet zudem Gewichtsprobleme und gestörtes Essverhalten in der Kindheit sowie sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte (vgl. zusammenfassend Wunderer, 2015).

Was tun bei Essstörungen? Intervention

Essstörungen sind heilbar, wenngleich der Heilungsprozess oft mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Zielführend ist ein Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen.

Prognose. Es ist davon auszugehen, dass nur ein geringer Teil der Betroffenen professionelle Hilfe erhält, Männer noch seltener als Frauen (Hart et al., 2011). Zudem findet der erste Kontakt mit professioneller Hilfe oft erst etliche Jahre nach Beginn der Symptomatik statt. Je früher jedoch professionelle Unterstützung einsetzt, desto größer sind die Heilungschancen.

50-70% der von Anorexie und Bulimie Betroffenen können ihre Essstörung überwinden, bis zu 30% können ihren Zustand zumindest verbessern, bis zu 20% leiden an einer chronifizierten Essstörung. Die Rückfallrate ist vor allem in den ersten Jahren nach Behandlungsbeginn hoch (vgl. zusammenfassend Wunderer et al., 2015). Die Prognose für die Binge-Eating-Störung ist vergleichsweise gut, allerdings bleibt das Übergewicht häufig bestehen.

Wahl des Settings. Wenn die Essstörung erst vor kurzem begonnen hat und nicht allzu stark ausgeprägt ist, bietet sich eine ambulante Psychotherapie an (Herpertz et al. 2011). Eine solche ist oft auch im Anschluss an einen Aufenthalt in einer Klinik ratsam, um die im Alltag aufkommenden Probleme oder auch Rückschritte besprechen und bearbeiten zu können.

Ist der körperliche Zustand des Betroffenen sehr schlecht oder liegen weitere psychiatrische Störungsbilder, Suizidalität, eine Schwangerschaft oder schwerwiegende psychosoziale Probleme vor, empfiehlt sich eine stationäre Therapie. Spezialkliniken bieten intensive Betreuung und verschaffen einen Abstand zum gewohnten Umfeld, das möglicherweise an der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Essstörung beteiligt ist. Die räumliche Trennung kann zudem ein erster Schritt in Richtung Abgrenzung und Ablösung vom Elternhaus sein.

Doch gerade im Anschluss an eine solche „Klinik-Auszeit“ gestaltet sich die Rückkehr ins „normale Leben“ oft schwierig, den Übergang können therapeutische Wohngruppen ebnen, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Essstörungen ausgerichtet sind und einen Wiedereinstieg in Schule und Beruf ermöglichen. Auch Tageskliniken ermöglichen eine fortwährende Anbindung zumindest an das soziale Umfeld während der Therapie.

Unterstützung bei der Auswahl des richtigen Settings und einer ersten Einschätzung der Essstörung bieten professionelle Beratungsstellen für Menschen mit Essstörungen, die auch von Angehörigen und Fachkräften zur Information und Beratung genutzt werden können. Wenn Kinder und Jugendliche betroffen sind, stellen Angehörige oftmals den ersten Kontakt zum Hilfesystem her.

Interdisziplinäre Therapie der Essstörung. Wichtig bei allen Formen der Essstörung ist die parallele Arbeit an Symptomen und Gewicht einerseits sowie Auslösern und Hintergründen andererseits. Wesentliche Therapieziele sind neben der Normalisierung von Gewicht und Essverhalten die Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Aufbau einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Ernährung, die Bearbeitung von Entstehungsbedingungen, die Behandlung begleitend auftretender körperlicher Symptome und psychischer Störungen (z.B. Interaktionsstörungen, Depressionen, Zwangsstörungen, Angststörungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch) sowie die Rückfallprophylaxe. Zentral sind ferner Selbstwertstärkung, Stressbewältigungs- und Emotionsregulationskompetenzen, die (Wieder-)Eingliederung ins Schul- bzw. Berufsleben sowie die Förderung sozialer Kompetenzen, denn Langzeituntersuchungen zeigen, dass die Betroffenen oftmals andauernde Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich haben (Fichter et al., 2006).

Da Essstörungen vielfältige Hintergründe haben und sich auf verschiedene Lebensbereiche auswirken, hat sich eine interdisziplinäre Herangehensweise bewährt, die mehrere Berufsgruppen einbezieht und vernetzt (vgl. Abb. 0.2) (Herpertz et al., 2011; Treasure et al., 2010; Wunderer & Schnebel, 2008).

Medizinische Betreuung. Eine engmaschige medizinische Betreuung ist unabdingbar, da Essstörungen mit vielfältigen, zum Teil schwerwiegenden körperlichen Folge- und Begleiterscheinungen verbunden sind. So sollten sich Betroffene unbedingt regelmäßig bei Internisten, Gynäkologinnen und Zahnärzten vorstellen. Zudem zeigt ein großer Teil der Betroffenen weitere psychische Störungen, die teilweise eine Behandlung mit Psychopharmaka erforderlich machen können.

Psychotherapie. Für die Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung gilt die kognitive Verhaltenstherapie als Methode der Wahl, ihre Wirksamkeit ist gut belegt (DGEISS, 2018; Jacobi et al., 2011; Treasure et al., 2010; Vocks et al., 2011). Auch die interpersonelle Therapie sowie tiefenpsychologische und familienbasierte Ansätze zeigen Erfolge, ebenso evidenzbasierte Selbstmanagementprogramme (DGEISS, 2018). Die Befundlage für die Anorexia nervosa ist weniger konsistent, bei magersüchtigen Jugendlichen hat sich der Einbezug der Familie in die Therapie bewährt (DGEISS, 2018; Treasure et al., 2010; Zeeck et al., 2011). Ergänzende Psychopharmakotherapie kann bei der Therapie der Bulimie und auch der Binge-Eating-Störung den Therapieeffekt verbessern. Vor allem für Patienten mit einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstruktur können Techniken aus der dialektisch-behavioralen Therapie hilfreich sein.

(Klinische) Sozialarbeit. Die Soziale Arbeit bzw. Klinische Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen setzt an Lebensweise und Lebenslage der Betroffenen an und bezieht in besonderer Weise deren Lebensumfeld mit ein. Zentrales Ziel ist die soziale (Re-)Integration der Betroffenen (Wunderer, 2015). Viele Betroffene benötigen Unterstützung, da sie durch die Essstörung ihre schulische oder berufliche Laufbahn unterbrechen mussten oder eine Neuorientierung in diesem Bereich anstreben. Treten häufig Essanfälle auf, kann es zu finanziellen Schwierigkeiten kommen, da die Beschaffung der Nahrungsmittel viel Geld kostet. Bei einer Essstörung werden Essen, Figur und Gewicht zum Lebensinhalt, sodass kein Platz für andere Interessen bleibt. Die Förderung einer aktiven Freizeitgestaltung, auch durch erlebnispädagogische Ansätze, ist daher unverzichtbar. Zudem benötigen Betroffene oftmals Hilfestellung bei der Strukturierung ihres Alltags. Um eine kontinuierliche Betreuung sicherzustellen und Rückschritte zu vermeiden, ist ein professionelles Case Management hilfreich.

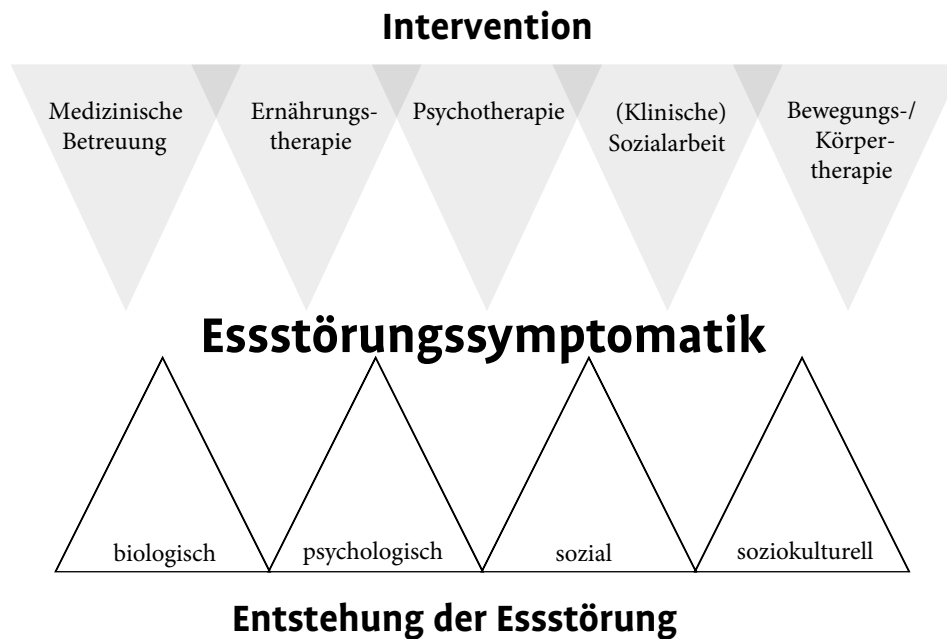


Abbildung 0.2 Die interdisziplinäre Essstörungstherapie

Ernährungstherapie. Handlungsleitend im Ernährungsbereich ist in vielen Therapieeinrichtungen das sogenannte „Anti-Diät-Konzept“ (Orbach, 1979; 1984). Es wendet sich gegen diätetische Einschränkungen, sei es durch Light-Produkte und kalorienreduzierte Produkte oder sogenannte „verbotene Lebensmittel“. Die Betroffenen sollen wieder in die Lage kommen, auf ihre Körpersignale zu hören und nach Hunger und Sättigung zu essen, und zwar durch regelmäßige Mahlzeiten und mit normalen, nicht fett- und zuckerreduzierten Lebensmitteln. Ziel der Ernährungstherapie bei Personen mit Essstörungen ist (ähnlich wie in der Therapie von Übergewicht) ein flexibles Ernährungsverhalten mit Spielraum für persönliche Vorlieben und unterschiedliche Esssituationen aufzubauen. Dabei zeigt eine Kombination aus Einzelberatungen, Gruppenberatungen und praktischen Übungen, wie z. B. gemeinsames Kochen und Essen und Geschmackstraining, gute Erfolge (Baumer & Wunderer, 2009).

Körper- und Bewegungstherapie. Da Essstörungen oft mit einer Störung des Körperbildes bzw. einem sehr niedrigen Körper selbstwert verknüpft sind, bieten körpertherapeutische Maßnahmen eine wertvolle Unterstützung. Das Körpergefühl kann auch durch angemessene Bewegung verbessert werden, bei übergewichtigen Betroffenen ist Bewegung zudem zur Gewichtsreduktion angezeigt.

Nützliche Webadressen

Bundezentrale für gesundheitliche Aufklärung
<https://www.bzga-essstoerungen.de/>

Informationen rund um Essstörungen; Suchmaschine für professionelle Beratungsstellen deutschlandweit; Broschüren und Informationsmaterial für Download oder zur Bestellung

Bundesfachverband Essstörungen BFE
<https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>

Informationen rund um Essstörungen; Veranstaltungen; freie Therapieplätze in den Mitgliedseinrichtungen

Bundesgesundheitsministerium
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Flyer/160531_UKJ_Flyer_Essstoerung_web.pdf

Informationsflyer für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen

Bundesgesundheitsministerium
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Flyer/Poster_etc/Flyer_Essstoerungen_Multiplikatoren_2018.pdf

Informationsflyer für Lehrkräfte und psychosoziale Fachkräfte

Bundesgesundheitsministerium
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Flyer/Flyer_Essstoerungen_kompetent_und_multiprofessionell_behandeln.pdf

Informationsflyer für Ärzte

1 Anamnese, Diagnostik und Psychoedukation

Neben Arbeitsmaterialien aus dem Bereich Screening, Anamnese und Diagnostik umfasst das vorliegende Kapitel psychoedukative Informationsblätter sowie Hinweise zur Wahl des Therapiesettings.

Screening, Anamnese und Diagnostik

INFO 1 Screening auf Essstörungen. Dieses Informationsblatt enthält Hinweise für Psychotherapeuten zum Screening auf Essstörungen: Wann ist es sinnvoll und wie kann es durchgeführt werden? (DGESS, 2018; Schweiger et al., 2003; Schweiger et al., 2011; Wunderer & Schnebel, 2008; Wunderer, 2015).

AB 1 Anamnesebogen. Essstörungen sind bio-psycho-soziale Erkrankungen, entsprechend sind Diagnostik und Anamnese auf allen drei Ebenen durchzuführen: auf der biologisch-medizinischen, der psychologisch-individuellen und der sozialen. Der Anamnesebogen enthält eine umfangreiche Fragensammlung aus allen Bereichen. Es handelt sich um eine adaptierte Version aus dem Buch Interdisziplinäre Essstörungstherapie (Wunderer & Schnebel, 2008).

INFO 2 Adaptation des Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D – Informationsblatt

AB 2 Adaptation des Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D – Fragebogen. Der »Gesundheitsfragebogen für Patienten« (Gräfe et al., 2004) ist die deutsche Übersetzung und Validierung des »Patient Health Questionnaire (PHQ)« von Spitzer et al. (1999) durch Gräfe et al. (2004). Die Autoren empfehlen den PHQ-D als psychodiagnostisches Instrument in der klinischen Praxis und im Rahmen von Forschungsfragestellungen sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von psychischen Störungen (Löwe et al., 2002). Für den PHQ-D existieren Cut-off-Werte für die Diagnostik, er wurde an einer psychosomatischen Patientengruppe validiert (Gräfe et al., 2004).

INFO 3 Diagnostischer Leitfaden. Der Leitfaden zur Diagnostik von Essstörungen basiert auf den vier Kriterien Körpergewicht, Vorhandensein von Essanfällen, Auftreten von Kompensationsmaßnahmen und Dauer des Symptomverhaltens.

AB 3 Habe ich eine Essstörung? Dieser Test auf Essstörungen gibt Betroffenen und Angehörigen eine erste diagnostische Orientierung (Quelle: Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Wunderer & Schnebel, 2008).

AB 4 Satzergänzungstest. Ein Satzergänzungstest als projektives Verfahren kann hilfreich sein, um die Bedürfnisse, Wünsche und Befürchtungen des Patienten kennenzulernen. Das Arbeitsblatt schlägt eine Reihe von Items vor, die je nach Bedarf ergänzt werden können.

Psychoedukation

AB 5 Erklärungsmodell der Essstörung (Patienten)

AB 6 Erklärungsmodell der Essstörung (Angehörige)

Wie sich Betroffene und Angehörige die Essstörung erklären, beeinflusst ihre Motivation und ihr Verhalten im Therapieprozess. Diese Vorstellung liegt den sogenannten Health Belief Models zugrunde, die Gesundheitsverhalten erklären und vorhersagen. Entsprechend bieten die beiden Arbeitsblätter die Möglichkeit, die individuellen Erklärungsmodelle der Essstörung zu erkunden. So können einseitige Vorstellungen besprochen und korrigiert werden.

INFO 4 Wissenswertes zu Essstörungen 1: Woran erkenne ich Essstörungen?

INFO 5 Wissenswertes zu Essstörungen 2: Welche Arten von Essstörungen gibt es?

INFO 6 Wissenswertes zu Essstörungen 3: Wie entstehen Essstörungen?

INFO 7 Wissenswertes zu Essstörungen 4: Was tun bei Essstörungen (Patienten)?

INFO 8 Wissenswertes zu Essstörungen 4: Was tun bei Essstörungen (Angehörige)?

INFO 9 Wissenswertes zu Essstörungen 5: Nützliche Webadressen

Diese sechs Informationsblätter als Psychoedukation für Betroffene und Angehörige fassen wesentliche Informationen zu Essstörungen zusammen (vgl. Wunderer, 2015).

AB 7 Die Sprache macht's. Wie Studien zeigen, findet eine Etikettierung und Stigmatisierung von Menschen mit Essstörungen statt – durch die Gesellschaft, im Rahmen der Psychotherapie und auch durch die Betroffenen selbst. Etikettierung fängt in der Sprache an, dieses Arbeitsblatt liefert entsprechend sprachliche Anregungen für Psychotherapeuten und kann durch individuelle »Übersetzungen« ergänzt werden.

Therapiesetting

AB 8 Checkliste: Wahl des Therapiesettings. Diese Therapeuteninformation gibt Hinweise zur Wahl des Therapiesettings und beinhaltet eine Checkliste von Gründen, die für eine stationäre Therapie der Essstörung sprechen.

**Wann?**

Ein Screening auf Essstörungen sollte in folgenden Fällen erwogen werden:

- ▶ bei Patienten, die einen für das jeweilige Lebensalter deutlich zu geringen BMI aufweisen oder stark abgenommen haben
- ▶ bei Patienten, die einen für das jeweilige Lebensalter (deutlich) zu hohen BMI aufweisen oder stark zugenommen haben
- ▶ bei Patientinnen, die über Gewichtsprobleme klagen, obschon sie nicht übergewichtig sind
- ▶ bei Mädchen und Frauen mit unregelmäßiger Menstruation oder Amenorrhoe oder Infertilität
- ▶ bei Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden, für die sich keine andere Ursache finden lässt
- ▶ bei Patientinnen, die typische Anzeichen von lang andauerndem Hungern oder Erbrechen zeigen (z.B. Zahnschäden)
- ▶ bei Kindern, deren Wachstum deutlich unter dem Durchschnitt liegt
- ▶ bei jungen Menschen mit Diabetes mellitus, die wenig Compliance zeigen
- ▶ bei Patienten, die in Berufen arbeiten, in denen Aussehen, Figur und/oder Gewicht eine große Rolle spielen
- ▶ bei Patientinnen mit deutlich auffälligem Essverhalten (z.B. Aufsuchen der Toilette nach den Mahlzeiten, starke Einschränkung bei Lebensmittelmenge und -auswahl, viel trinken, nicht mehr mit anderen gemeinsam essen)
- ▶ bei Kindern und Jugendlichen, deren Eltern sich über Gewicht und Essverhalten der Kinder besorgt zeigen

Wie?

Nützliche Screeningfragen sind in diesen Fällen:

- ▶ Denken Sie häufig nach über das, was Sie essen?
- ▶ Wie viel Prozent Ihrer (Wach-)Zeit denken Sie am Tag über Essen, Figur und Gewicht nach?
- ▶ Haben Sie ein schlechtes Gewissen, wenn Sie bestimmte Nahrungsmittel oder insgesamt zu viel gegessen haben?
- ▶ Sind Sie besorgt wegen Ihres Gewichts? Haben Sie Angst, zu viel zu essen und zuzunehmen? Machen Sie Ihr Wohlbefinden und Körpergefühl davon abhängig, was die Waage anzeigt?
- ▶ Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Essverhalten immer wieder außer Kontrolle gerät (z.B. in Form von Heißhungeranfällen)?
- ▶ Fällt es Ihnen schwer, eine »normale« Portionsgröße einzuschätzen?
- ▶ Fällt es Ihnen schwer, zu erkennen, wann Sie hungrig bzw. satt sind?
- ▶ Essen Sie, wenn Sie sich einsam, frustriert oder traurig fühlen oder aus Langeweile?
- ▶ Halten Sie Diät oder vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel? Fällt es Ihnen schwer, spontan zu essen, worauf Sie Lust haben?
- ▶ Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht verloren oder zugenommen? In welchem Ausmaß? In welchem Zeitraum?
- ▶ Versuchen Sie, Ihr Gewicht zu regulieren und eine Gewichtszunahme zu verhindern, indem Sie zum Beispiel übermäßig Sport treiben, Medikamente einnehmen oder nach den Mahlzeiten erbrechen?



Name Datum

Dieses Arbeitsblatt enthält eine Sammlung wichtiger Fragen aus verschiedenen Bereichen, die nach Bedarf verändert und ergänzt werden kann.

(1) Medizinische Anamnese

Familienanamnese

- ▶ Gab/gibt es körperliche und/oder psychische Erkrankungen in der Familie?

.....

Eigenanamnese

- ▶ Hatten Sie schwere körperliche/psychische Erkrankungen während Ihrer Kindheit/Jugend? Wie war Ihr Gesundheitszustand allgemein?

.....

- ▶ Sind Ihnen frühere Befunde bekannt?

.....

- ▶ Welche körperlichen/psychischen Beschwerden haben Sie aktuell (evtl. aufgrund der Essstörung)? (Differenzialdiagnostischer Ausschluss anderer somatischer und psychiatrischer Erkrankungen, die für die Essstörungssymptomatik verantwortlich sein könnten)

.....

.....

- ▶ Beschreiben Sie stichpunktartig die Entwicklung Ihrer Beschwerden vom ersten Auftreten bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Monat/Jahr; Abfolge der Symptome; wichtige Lebensumstände in dieser Zeit).

.....

.....

- ▶ Welche Diagnose würden Sie sich selbst geben?

.....

Bei weiblichen Patientinnen: Gynäkologische Anamnese

- ▶ Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Regelblutung bekamen?
- ▶ Haben Sie Ihre Periode derzeit noch?
- ▶ Wenn nein, bei welchem Gewicht ist sie ausgeblieben? Wann war das?

.....

- ▶ Wenn ja, wie verläuft Ihr Menstruationszyklus?

.....

- ▶ Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, seit wann und warum?

.....

- ▶ Nehmen Sie andere Hormonpräparate? Welche? Seit wann?

.....

- ▶ Besteht oder bestand eine Schwangerschaft? Gab es einen Schwangerschaftsabbruch?

.....

Bei männlichen Patienten: Frage nach Veränderung in Sexualeben, Erektionsstörungen u.Ä.

.....

.....

Vegetative Anamnese

- ▶ Wie ist Ihr Appetit?

.....

- ▶ Können Sie Hunger und Sättigung wahrnehmen?

.....

- ▶ Bestehen Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)?

.....

- ▶ Wie lange ist die durchschnittliche Schlafdauer?

.....

- ▶ Leiden Sie unter einer erhöhten Schweißneigung?

.....

- ▶ Bestehen Unregelmäßigkeiten beim Stuhlgang (Obstipation, Diarrhoe) oder beim Wasserlassen (häufiges Wasserlassen, Bettnässen)?

.....

- ▶ Empfinden Sie Beeinträchtigungen in Ihrem Bedürfnis nach Sexualität?

.....

Medikamenten-, Genuss- und Suchtmittelanamnese

- ▶ Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche, in welcher Dosierung, seit wann, von wem verordnet?

.....

- ▶ Besteht ein Missbrauch von z.B. Beruhigungs-, Abführ-, Schmerzmitteln Diuretika, Appetitzüglern oder Schilddrüsenhormonen?

.....

- ▶ Nehmen Sie Drogen? (Welcher Art, wie viel, wie oft?) Hatten Sie wegen eines vermehrten Drogenkonsums Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben (Ausbildung, Beruf, soziale Kontakte)? Hatten Sie jemals Entzugssymptome?

.....

- ▶ Konsumieren Sie Alkohol? (Welcher Art, wie viel, wie oft?) Hatten Sie jemals wegen vermehrten Alkoholkonsums Beeinträchtigungen in Ihrem Alltagsleben (Ausbildung, Beruf, soziale Kontakte)? Hatten Sie jemals Entzugssymptome, wie z.B. morgendliches Zittern, erhöhte Reizbarkeit, wenn Sie aufgehört haben zu trinken?

.....

- ▶ Rauchen Sie? (Seit wann? Wie viel?)

.....

- ▶ Wie hoch ist Ihr Kaffeegenuss pro Tag?

.....

- ▶ Besteht ein Missbrauch von Medikamenten, Drogen, Alkohol, Nikotin oder Koffein?

Allergien/Unverträglichkeiten

- ▶ Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten, insbesondere auch in Bezug auf Nahrungsmittel?

Gesundheitsfürsorge

- ▶ Wie viele Tage waren Sie schätzungsweise in den letzten zwölf Monaten krank?

- ▶ Wie häufig waren Sie in den letzten zwei Jahren bei Haus- und/oder Fachärzten?

.....

- ▶ Wann war Ihr letzter Besuch beim Internisten? Frauenarzt? Zahnarzt?

.....

(2) Psychiatrische Anamnese

- ▶ Leiden Sie unter Einschränkungen Ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit (z.B. Schule, Studium, Beruf)? Wenn ja, seit wann?

.....

.....

- ▶ Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen? Wenn ja, seit wann?

.....

Depressionen

- ▶ Beschreiben Sie bitte Ihre aktuelle Stimmung. Bestehen Stimmungsschwankungen, erhöhte Reizbarkeit oder Niedergeschlagenheit bis hin zu Hoffnungslosigkeit, eine Minderung des Antriebs und der Lebensfreude, ein deutlicher sozialer Rückzug, eine Verminderung des Selbstwertgefühls, eine vermehrte Grübelneigung? Wenn ja, seit wann?

.....

.....

.....

- ▶ Kennen Sie wiederholte depressive Episoden auch aus früheren Zeiten?

.....

- ▶ Gab es darüber hinaus Phasen in Ihrem Leben, in denen Sie einen extremen Wechsel einer längeren Phase von Depression zu einer euphorischen Stimmungslage bis hin zur Entwicklung von Allmachtsgefühlen erlebt haben oder umgekehrt? Wann? Wie lange dauerten die einzelnen Phasen? Wie häufig sind sie bisher aufgetreten?

.....

.....