

Margarete Stöcker

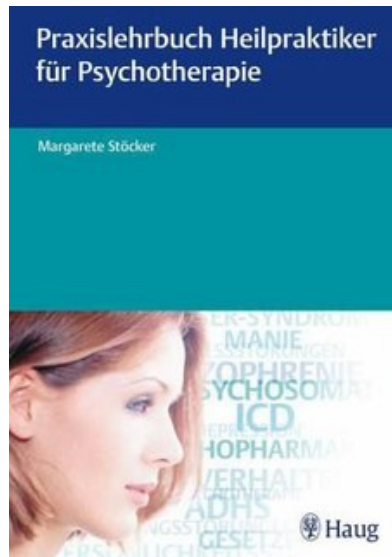
Praxislehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie

Leseprobe

[Praxislehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie](#)

von [Margarete Stöcker](#)

Herausgeber: MVS Medizinverlage Stuttgart



<http://www.narayana-verlag.de/b20339>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



9 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)

Im Bereich F50–F59 finden Sie eine Reihe von Störungen, die sich körperlich ausdrücken. Dazu gehören Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Störungen, Verhaltensstörungen im Wochenbett sowie der schädliche Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen.

9.1 Essstörungen (F50)

Essen und Trinken sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen daher eine entscheidende Rolle im Leben eines Menschen. Dabei geht es nicht nur darum, dass der Körper ausreichend mit Energie versorgt wird, sondern es wirken weitere Faktoren, die wichtig sind für unsere Lebensqualität. Dazu gehören kulturelle, soziale, Umwelt- und/oder monetäre Einflüsse.

* Merke

Der sog. BMI (Body-Mass-Index) ist ein Parameter, an dem die „Normalität“ des Gewichts im Verhältnis zur Körpergröße beurteilt wird. Berechnet wird er anhand folgender Formel:

$$\text{BMI} = \text{kg}/\text{m}^2$$

Beispiel: Gewicht = 42,8 kg, Größe

$$1,78 \text{ m} = 42,8 \text{ kg}/(1,78 \text{ m})^2 = 13,5 \text{ kg}/\text{m}^2$$

Ein BMI < 13 ist zu 50 % tödlich.

Die Formel zur Berechnung des BMI steht immer wieder in der Diskussion, da Muskelgewebe schwerer ist als Fettgewebe. Menschen mit ausgeprägter Muskulatur sowie mit im Gewebe eingelagerter Flüssigkeit hätten dieser Berechnung zufolge Übergewicht. In der Literatur finden Sie zurzeit mehrere Klassifikationen: für Männer, Frauen, Kinder, ältere Menschen usw. In **Tab. 9.1** sind die Vorschläge der WHO aufgeführt.

9.1.1 Definition

Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden 2–3 Hauptgruppen beschrieben, die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Die sog. Binge-Eating-Störung gehört ebenfalls dazu.

Essstörungen sind durch eine intensive Furcht vor dem Dickwerden, ein verändertes Essverhalten sowie eine Störung der Körperwahrnehmung charakterisiert. Sie können nach ICD-10 mit einem erniedrigten, erhöhten oder normalen Körpergewicht einhergehen.

Der Begriff der Mangelernährung wird ebenfalls häufig für eine Unterernährung benutzt. Es handelt sich jedoch um eine Dysbalance zwischen Aufnahme und Ausgewogenheit der Nahrung und dem, was der Körper benötigt, völlig unabhängig davon, ob eine Essstörung vorliegt (auch bei normalem Essverhalten kann eine Mangelernährung auftreten oder aufgrund von Krankheiten).

Tab. 9.1 Klassifizierung der WHO zur Beurteilung des BMI.

Klassifizierung	BMI in kg/m ²
starkes Untergewicht	< 16
mäßiges Untergewicht	16–17
leichtes Untergewicht	17–18,5
Normalgewicht	18,6–25
Übergewicht	> 25,1
Präadipositas	25–29,9
Adipositas Grad 1	30–34,9
Adipositas Grad 2	35–39,9
Adipositas Grad 3	> 40

9.1.2 Häufigkeit/Epidemiologie

In der Risikogruppe junger Frauen zwischen 15 und 25 Jahren findet sich die Anorexia nervosa bei bis zu 1%. Jedoch sind auch Männer immer häufiger betroffen.

Die Bulimia nervosa tritt ebenfalls gehäuft bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen auf. Jedoch kann es auch im späteren Alter noch zur Erkrankung kommen. Die Störung kann nach einer Anorexie auftreten und umgekehrt. Viele Erkrankte haben ein normales Gewicht, sind allerdings mangelernährt.

9.1.3 Ätiologie/Pathogenese

Lerntipp

Betreten Sie jetzt im Gedanken einen Zeitschriftenladen. Lassen Sie Ihren Blick über das 3 m lange Regal schweifen. Was sehen Sie dort? Die Cover der Zeitschriften zeigen schönes Wohnen, Autos und Computer und vor allem jede Menge Diäten und sehr schlanke Frauen!

Assoziiert wird Schlankeheit mit Ansehen, Sex-Appeal, Intelligenz und Erfolg. Ist der Mensch nicht schlank, dann fehlen den Betroffenen genau diese

Eigenschaften. Also ist Schlanksein das Ziel. Die Mode und soziokulturelle Einflüsse nehmen darauf einen entscheidenden Einfluss. Daneben spielen biologische Faktoren sowie unspezifische psychologische Mechanismen und die Vulnerabilität der Persönlichkeit eine Rolle.

Wie bereits erwähnt, sind häufig jüngere Menschen betroffen.

9.1.4 Symptome

Eine Krankheitseinsicht ist meist nicht vorhanden. Als Argumente werden Globalisierungen benutzt, die sich in Aussagen zeigen wie: „Es ist normal, auf seine Figur zu achten.“

Allgemeine Symptome umfassen eine Störung der Nahrungsaufnahme, die mit einer mangelhaften Ernährung einhergeht. Zu den Formen der Essstörungen werden die Symptome vertiefend vorgestellt (Kap. 9.1.6).

9.1.5 Diagnostik

Die Diagnostik ist ebenfalls zu den folgenden Formen der Essstörungen ausgeführt.

9.1.6 Formen

9.1.6.1 Anorexia nervosa (F50.0)

Der Begriff Anorexie (= Appetitverlust) ist missverständlich, da im Vordergrund der Symptomatik eine **Körperschemastörung** steht und nicht das Fehlen des Appetits (**Abb. 9.1**). Betroffene haben das Gefühl, übergewichtig zu sein, obwohl sie sehr schlank und untergewichtig sind. Der Zusatz „nervosa“ soll die seelische Verursachung beschreiben.

Die Anorexia nervosa, auch als Magersucht bezeichnet, ist durch einen absichtlich herbeigeführten Gewichtsverlust charakterisiert. Der Begriff Magersucht soll zum Ausdruck bringen, dass die erkrankten Menschen „süchtig sind, mager zu sein“.

Menschen mit einer Anorexie kennen sich mit Lebensmitteln aus. Sie kennen die Kalorienzahl, den Fettanteil und die Glukosewerte. Oft können sie sehr gut kochen und machen es auch gerne. Allerdings essen sie nicht. Damit die fehlende/reduzierte Nahrungsaufnahme in der Familie bzw. im näheren Umfeld nicht auffällt, gibt es die passenden Erklärungen dazu: „Ich habe schon unterwegs gegessen“, „Ich habe beim Kochen schon so viel probiert, dass ich satt bin“, usw.

Um Kalorien zu verbrauchen, betreiben Menschen mit einer anorektischen Störung oft exzessiven Sport zur Fettverbrennung. Dazu gehören Sportarten wie Joggen oder Inlineskating.

Begleitend führen sie sich auch Medikamente zu: Um den Grundumsatz zu erhöhen, nehmen

sie Schilddrüsenmedikamente; um das Gewicht zu reduzieren, werden Laxativa (Abführmittel) oder Diuretika (Medikamente zur Ausschwemmung von Wasser) eingenommen.

Auf der körperlichen Ebene treten u. a. folgende Symptome auf:

- Bradykardie (erniedrigte Herzfrequenz)
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Hypothermie (niedrige Körpertemperatur)
- Haarausfall (selten tritt die sog. Lanugobehaarung = Babyflaum auf)
- teilweise Ödeme (Wassereinlagerungen ins Gewebe)
- laborchemische Veränderungen

Eine Klientin berichtet: „Um meine Mutter zu beruhigen, gehe ich alle 3 Monate zur Blutuntersuchung.“

Diagnostische Leitlinien nach ICD-10 F50.0

Das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem zu erwartenden oder der $BMI < 17,5 \text{ kg/m}^2$.

1. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeiden von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induziertes Abführen (Laxativa)
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
2. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht aus einer tiefwurzelnden überwertigen Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
3. Folge ist eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhöe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.



Abb. 9.1 Körperschemastörung. Foto: Fotolia/RioPatuca Images

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhöe bei Mädchen, bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt verspätet ein.

Zur Anorexia nervosa beschreibt die ICD-10 eine atypische Form (F50.1). Diese Diagnose wird für Patienten benutzt, bei denen ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexia nervosa fehlen, die übrigen Symptome aber typisch ausgeprägt sind.

9.1.6.2 Bulimia nervosa (F50.2)

Die Bulimia nervosa ist durch wiederholte Anfälle von Heißhunger (Essattacken) und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert. Dabei steht der Begriff Bulimie für „Ochsenhunger“ und soll die enorme Nahrungsaufnahme erfassen. Der Zusatz „nervosa“ verweist wie bei der Anorexie auf den psychischen Anteil der Störung.

Das Erbrechen als Symptom ist der Bulimie vorbehalten. Zwar wird auch bei einer Anorexia nervosa erbrochen, jedoch fehlen die vorherigen Heißhungerattacken.

Eine Betroffene berichtet: „Ich kann nicht dagegen an. Meine Gedanken kreisen um das Essen, ich schaffe es... bis zur nächsten Attacke nichts zu essen. Ich muss doch abnehmen, ich muss schlank sein, sonst bin ich nichts wert. Und dann verliere ich die Kontrolle, ich kann mich nicht mehr zurückhalten und esse und esse und esse wahnsinnige Mengen. Ich stopfe alles in mich hinein und dann muss es wieder raus. Ich stecke die Finger in den Hals und erbreche, bis nichts mehr drin ist. Der Kreis dreht sich, und es beginnt von vorne.“

Durch das wiederholte Erbrechen kann es zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen kommen wie Tetanie, epileptischen Anfällen, kardialen Arrhythmien, Muskelschwäche sowie zu weiterem Gewichtsverlust.

Betroffene haben oft „Schwielen“ an den Fingern, die durch die manuelle Reizung im Mund bis zum Erbrechen bedingt sind. Durch den ständigen Rückfluss der Nahrung mit Magensäure kommt es zu massiven Reizungen des Ösophagus

(Speiseröhre) und somit zur Entzündung (Ösophagitis). Die Zähne sind gleichfalls betroffen, und es entsteht Karies.

Diagnostik nach ICD-10 F50.2

1. Der Patient beschäftigt sich andauernd mit Essen und hat eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln. Der Patient erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Der Patient versucht, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen zu begegnen:
 - selbst induziertes Erbrechen
 - Missbrauch von Laxativa (Abführmitteln)
 - zeitweilige Hungerperioden
 - Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
 - Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; der Patient setzt eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder gesund betrachteten Gewicht.

Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexie nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhöe.

Auch bei der Bulimia nervosa gibt es laut ICD-10 eine atypische Form (F50.3), bei der ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia nervosa fehlen, die übrigen Symptome aber typisch ausgeprägt sind.

9.1.7 Verlauf

Die Anorexia nervosa bleibt bei ca. 30–40% der Betroffenen bestehen, verläuft also tendenziell chronisch. Auch bei Menschen, die sich als gesund bezeichnen, müssen Therapeuten und Ärzte weiterhin achtsam sein. Die Rückfallgefahr ist enorm.

Die Bulimie ist ebenfalls eine potenziell chronische Erkrankung. Beschrieben werden ein günstiger Ausgang in etwa 40% der Fälle, eine Besserung bei ca. 30% und ein chronischer Verlauf bei ca. 30%. Es besteht häufig ein Übergang in Depressionen und/oder Zwangsstörungen. Schätzungen zufolge sterben ca. 5–20% der Betroffenen an der Bulimie.

9.1.8 Therapieansätze

Die Therapieansätze sind für beide Formen der Essstörungen entweder analytisch oder verhaltenstherapeutisch begründet. Symptomatisch werden Psychopharmaka eingesetzt.

Klinisch wird nach Manualen gearbeitet, in denen entsprechende Phasen der Behandlung berücksichtigt werden.

1. Anhebung des Körpergewichts Bereits in einem vorbereitenden Aufnahmegespräch wird mit den Klienten ein Zielgewicht festgelegt. Innerhalb 1 Woche ist eine Gewichtszunahme von 500 g vereinbart. Meistens besteht in dieser Phase ein Ausschluss der Familie. Die Betroffenen sollen sich erst einmal auf sich selber besinnen.

* Merke

Betroffene sollten immer unter gleichen Bedingungen gewogen werden (identische Uhrzeit, Kleidung ähnlich). Die erkrankten Menschen sind oft sehr erfinderisch, d. h., sie trinken vor dem Wiegen 2–3 l Wasser oder verstecken Gewichte, entweder in der Kleidung oder in Körperöffnungen.

2. Fremdsteuerung der Nahrungsaufnahme In dieser Phase bekommen die Klienten einen Essensplan, der einzuhalten ist. Die Familie wird nach und nach mit einbezogen. Psychotherapeutisch finden Gruppen- und Einzelgespräche statt. Um einen anderen Kontakt zum Körper herzustellen, ist eine körperbezogene Therapie ebenfalls Bestandteil des Therapieplanes. Betroffene sollen ihren Körper spüren, wahrnehmen und ihn annehmen lernen.

3. Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme Mittelpunkt dieser Phase ist die selbstgesteuerte Nahrungsaufnahme. Ziel ist es, die Eigenverantwortung zu stärken.

Hintergrundwissen

Token

Das Token-Programm stammt aus der Verhaltenstherapie und beinhaltet das Lernen durch Belohnung. Beim Erreichen vorher festgelegter Ziele, z. B. ein Etappengewicht, bekommt der Patient eine Token (Chip) und kann die erreichte Stückzahl gegen eine „Belohnung“ eintauschen, z. B. eine Sporteinheit, einen Kinobesuch oder Ähnliches.

4. Vorbereitung auf die Entlassung Diese Phase ist geprägt von einer Integration in allen Lebensbereichen.

📌 Pause

Nachdem Sie so viel zum Essen gelesen und sich dabei vielleicht viele Lebensmittel vorgestellt haben, ist eine Genießerpause fällig. Überlegen Sie kurz, was es in Ihrem Kühlschrank oder dem Speiseschrank gibt. Was darf es sein? Oder besteht die Möglichkeit, einen kleinen Ausflug zur Eisdiele oder zum Konditor zu unternehmen?

9.1.9 Mindmap – Essstörungen (F50)

Eine Übersicht zu den Essstörungen zeigt die Mindmap in **Abb. 9.2**.

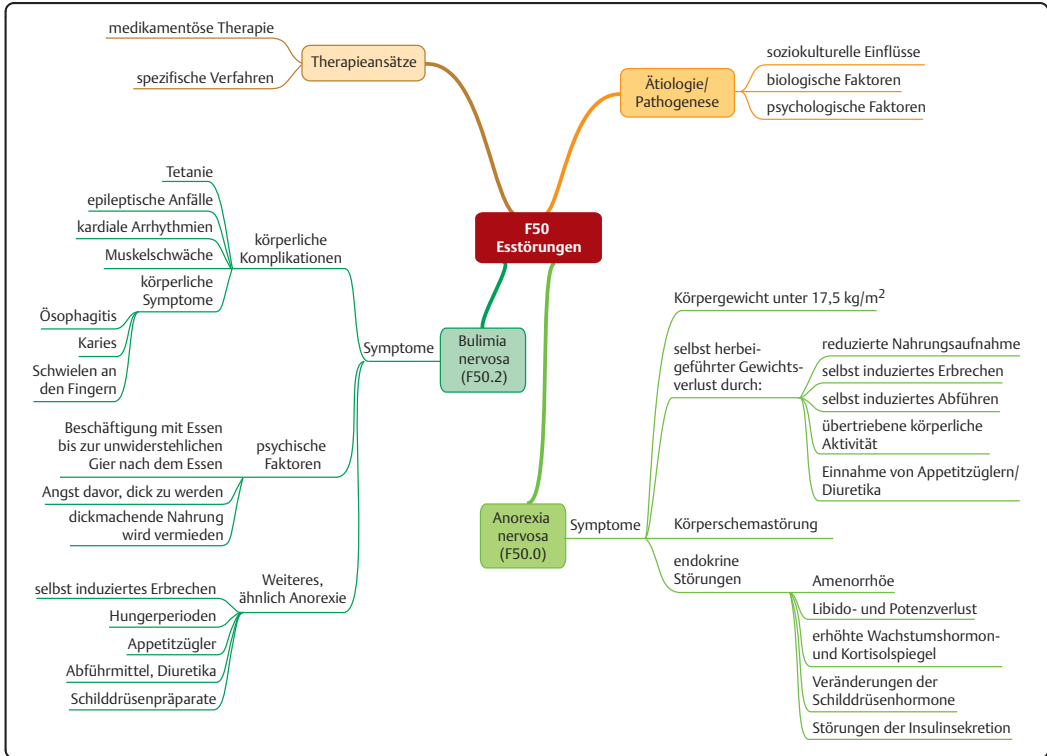


Abb. 9.2 Mindmap – Essstörungen (F50).



Margarete Stöcker

[Praxislehrbuch Heilpraktiker für Psychotherapie](#)

368 Seiten, geb.
erschienen 2016



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de