

SUCHT

ESSSTÖRUNGEN

Wir danken unseren SpenderInnen

Friedrich Achitz, Linz
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Maria Braune, Neusiedl
Beate Cerny, Wien
Ernst Cwik, Breitenau
Leonhard Dünser, Ludesch
Doris Grossi, Wien
Monika Heiling, Stubenberg am See
Gabriele Hiba, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Mag.^a Brigitta Kandl, Wien
Robert Kopera, Reisenberg
Helmut Kulhanek, Kierling
Hubert Malissa, Mönichkirchen
DI Peter Podsedensek, Wien
Christiane Popp-Westphal, Neulengbach
Dr. Bernhard Scherabon, Graz
Dr. Karl Schwarz, Krems an der Donau
Alfred u. Cäcilia Steiner
Klaus Tockner, Wr. Neustadt

Veranstaltungen

**DÜNN SEIN IST KEINE ANTWORT!
BE DIFFERENT - BE YOU!**

EATING DISORDERS ALPBACH 2013

Anorexia & Bulimia nervosa,
Binge Eating Disorder, Adipositas/Obesity

The 21st International Conference
October 17 – 19, 2013,
Alpbach, Tyrol, Austria

Congress Secretariat
Netzwerk Essstörungen
Templstrasse 22, A-6020 Innsbruck, Austria
P +43-512-57 60 26 | F +43-512-58 36 54
info@netzwerk-essstoerungen.at
www.netzwerk-essstoerungen.at

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die **Konto-Nr.: 03-855-013-222 | BLZ 53000** der **NÖ Landesbank-Hypothekbank AG** oder fordern Sie Ihren Zahlschein bei spenden@gruenerkreis.at an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Unterstützen & Spenden«.

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtkrankheitsprobleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkrank Menschen.

Herausgeber: Verein Grüner Kreis

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch

Eigenverlag: **Grüner Kreis**

Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkrank Menschen [ZVR-Zahl: 525148935]

Alle: 1070 Wien, Hermannsgasse 12

Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-4

redaktion@gruenerkreis.at

www.gruenerkreis.at

Layout: Peter Lamatsch

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitarbeit von:

Dir. Alfred Rohrhofer, Univ.-Prof. Dr. Peter Scheer, PD Dr. Lars Wöckel, Dr. Leonidas Lemos, Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Waldherr, PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer, Mag.^a Michaela Langer, Mag.^a Nina Lackner, Mag.^a Karin Bertuzzi, Kurt Neuhold, Mag. Bernhard Lackner und PatientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © yalayama | Fotolia

Der Grüne Kreis dankt seinen Förderern:



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wie Dr. Lars Wöckel in seinem Beitrag ausführte, ist eine hohe komorbide Prävalenz für Essstörungen und Alkohol- oder Drogenmissbrauch nachweisbar. Diese Problematik zeigt sich auch im Behandlungsalltag in den Einrichtungen des »Grünen Kreises«. PatientInnen mit einer komorbiden Essstörungssymptomatik stellen unsere TherapeutInnen, aber auch die MitpatientInnen in den »Therapeutischen Gemeinschaften«, vor erhebliche Herausforderungen. Zugleich stellen wir fest, dass sich das spezifische Krankheitsgeschehen essgestörter Suchtkranker im Rahmen unserer therapeutischen Betreuung oftmals deutlich stabilisiert. Es gilt daher zu untersuchen, welche der Maßnahmen oder welche Kombination von Maßnahmen im Behandlungssetting die Genesung positiv beeinflusst.

Ich möchte mich herzlich bei unseren GastautorInnen bedanken, die mit profunder Fachkenntnis nicht nur das bulimische und anorektische Krankheitsbild, sondern auch die Esssucht als Form einer pathologischen Essstörung beleuchtet haben.

Auch in dieser Ausgabe haben sich wieder Betroffene auf »Spurensuche« nach den Ursachen und Hintergründen ihres süchtigen Verhaltens begeben. Die Biografien dreier Patientinnen beschreiben nachdrücklich und berührend ihr Leben mit der Sucht.

Ich bedanke mich für Ihr Interesse bei der Lektüre unseres Magazins.

Alfred Rohrhofer



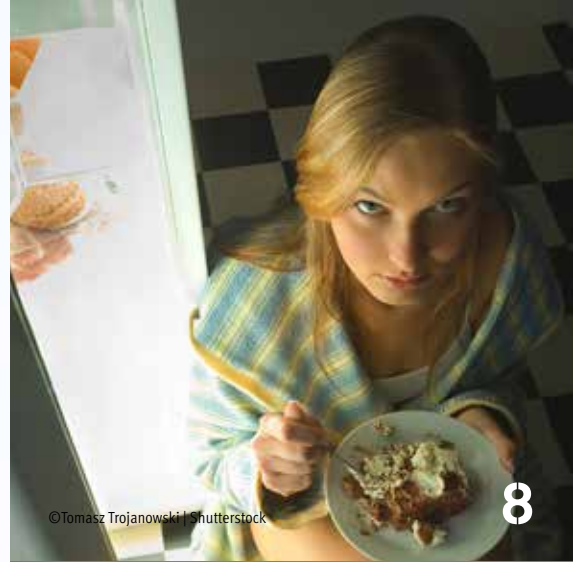
Helfen Sie uns helfen!

»Wir heißen Sebastian und Felix. Wir wissen, wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr wir Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass wir Hilfe vom »Grünen Kreis« bekommen. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und um uns kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute nicht die Suchtkranken von morgen werden.

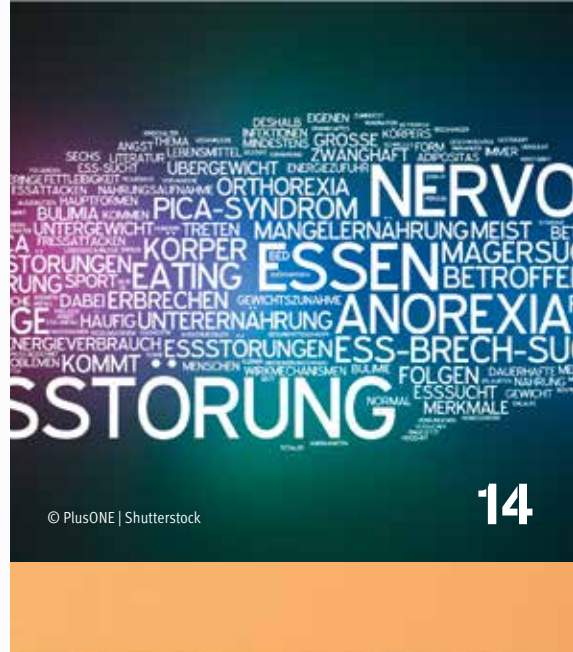
Geben Sie Sucht keine Chance - unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
Kto. 03-855-013-222 | BLZ 53000



©Tomasz Trojanowski | Shutterstock

8



© PlusONE | Shutterstock

14



© Rommel Canls | Shutterstock

24



© Kurt Neuhold

28

6

© Olga Ekaterincheva | Shutterstock

Inhalt

- 3 Editorial**
- 6 Die Magersucht**
Univ. Prof. Dr. Peter Scheer
- 8 Ess- und Suchtstörungen**
PD Dr. Lars Wöckel
- 10 Spurensuche**
PatientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 13 Bulimie & Anorexie**
Dr. Leonidas Lemonis
- 14 Essstörungen und Häufigkeit ihres Auftretens**
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Waldherr
- 16 Die Betreuungsangebote im »Grünen Kreis«**
- 18 Exzessiver Appetit**
PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer
- 20 Wenn die Seele um Hilfe ruft**
Mag.^a Michaela Langer
- 22 Neurofeedback in der Therapie der Anorexia nervosa**
Mag.^a Nina Lackner
- 24 Die Behandlung von Essstörungen in der »Therapeutischen Gemeinschaft«**
Mag.^a Karin Bertuzzi
- 26 Spurensuche**
PatientInnen berichten über ihr Leben mit der Sucht
- 28 Zwischen Öffentlichkeit und Voyeurismus**
Kurt Neuhold
- 30 Soziale Verantwortung – kein leeres Schlagwort**
Vorstandsdirektor Mag. Bernhard Lackner im Gespräch

Die Magersucht

Univ.-Prof. Dr. Peter Scheer

Wer immer sich mit Kindern und Jugendlichen beschäftigt, die an Magersucht leiden, hat's schwer. Die Krankheit wird zu einem Teil der vorher gesunden Kinder. Wie ein Geschwür, besser, wie eine krebsartige Erkrankung

Das »Hungerprogramm«, das sich in der Entwicklung der Arten herausgebildet hat, wurde aktiviert. Es ist im Stand das höchstentwickelte Tier, den Menschen, bei Hungersnöten überleben zu lassen. Es macht uns klüger (eher gescheiter, trickreicher und fleißiger), schneller und es lässt uns den Appetit vergessen. Mit diesem »Programm« schaffen es die Besten, rechtzeitig das Essen zu erreichen und so zu überleben. Der einzige Unterschied zwischen Hungern und Magersüchtigen ist, dass sie nichts essen, obwohl es Essen gibt.

Es ist viel spekuliert worden, woher diese Krankheit kommt und was sie genau auslöst. In den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts dachte man, dass die Hausfrau-Mutter Schuld trägt. Vor dem Hintergrund der sich entwickelnden Frauenemanzipation nahm man dieses Feindbild, eben die konservative Hausfrau und Mutter und lud ihr alle Schuld auf. Das heranwachsende Mädchen, so die Hypothese derer, die begeistert mother blaming betrieben, sei ein Vorbild, von dem sich das Kind abgrenzt. Was man daraus gelernt hat ist: Die Magersüchtige ist der »Held«. Sie verwirklicht, was die Erwachsenen, die immer abnehmen wollen, die sich beim Essen beherrschen wollen, nicht schaffen. Sie ist es, die das macht, was alle vergebens anstreben. Sie gewinnt einen Krieg, den viele Frauen vergebens fechten, oder resignativ aufgeben haben.

Es scheint so zu sein, dass einige Bedingungen eintreffen müssen, damit Magersucht vorkommt:

1. Es muss ein Überangebot an Essen vorhanden sein.
2. Die Rollenbilder der Geschlechter müssen »instabil« sein, d.h. die Mann – Frau Differenz muss diskutiert werden.
3. Es muss magere Vorbilder geben, die gesellschaftlich anerkannt sind und als Idole verwendet werden können (Schauspielerinnen, Modells, etc.)

Dies scheint der Naturversuch Katar zu bestätigen. Erst nach der Einführung der amerikanischen Fernsehserie Friends wurden an Magersucht Erkrankte beobachtet. Vorher war, bei stabilem, muslimischen Frauenbild und trotz Überangebot an Nahrung, keine Vorbilder verfügbar, die Magerkeit als Ideal vorgaben.

In der Tat weiß niemand, warum diese Krankheit auftritt und was ihre Ursachen sind. Wir wissen nur, dass sie nur unter den genannten soziologischen Bedingungen vor-

frisst es sich in die Kinder hinein und wird zu einem Teil ihres Denkens, ihres Wissens und ihrer Persönlichkeit. Sie sind bereit, alles diesem Geschwür zu opfern: Freunde, Familie, das Liebesglück und all ihre Freizeit.

kommt und dass sie vor allem Mädchen befällt. Der Wiener Forscher A. Krawautz hat in einer großartigen EU-weiten Studie genetische Untersuchungen gemacht. Er fand eine geringe genetische Veränderung (eine missense Mutation im für den Serotonin Stoffwechsel kodierenden Gen), die, so wird angenommen, in Verbindung mit einer »gestörten« Familie zum Ausbruch der Erkrankung führen soll. An sich sind die genetischen Untersuchungen aber ebenso wenig erklärend, wie die tiefenpsychologischen, oder soziologischen. Man muss ehrlicherweise sagen, dass wir nicht wissen, warum das eine Mädchen erkrankt und das andere nicht. Wir wissen nicht, warum von 100 Kindern, die im Rahmen ihrer

Reifung den »Babyspeck« bekämpfen, eins erkrankt. Wir wissen nicht, wie dieses an sich harmlose Abnehmen entgleitet und zur bestimmenden Verhaltensweise im Leben des jungen Menschen wird. Einer Verhaltensweise,

die alle Lebensbereiche erfasst und zur Vereinsamung ebenso führt, wie zum Verzicht auf alles, was das Leben lebenswert macht.

Daher ist jede Therapie experimentell. Fast jedes Jahr sehen wir Ärzte und andere Heilberufe, die behaupten, die »richtige« Therapie gefunden zu haben. Einen großen Schub brachte die systemische Familientherapie. Aus war's mit der Idee, dass Bewusstsein Heilung bringt, wie es die Tiefenpsychologie annahm. Plötzlich wusste der Therapeut mehr als das Kind und seine Familie und konnte verzerrte Kommunikation diagnostizieren, reparieren und schon wurde alles gut. Leider hat sich diese Hoffnung ebenso wenig bestätigt, wie andere »Heilslehren«. Alle Therapien, die mit einem Alleinvertretungsanspruch einhergehen, alle, die vorgeben zu wissen, was das Wesen der Magersucht ausmacht, sind vermutlich falsch. Wir stehen vor der Magersucht, wie Ärzte die Tuberkulose nicht verstanden, bevor der Keim entdeckt war. Sie konnten die soziologischen Bedingungen der Armut, der Zügellosigkeit und des Schmutz beschreiben; sie konnten sehen, dass Licht, Luft und Sonne einen gewissen Schutz boten. Bis der Keim durch R. Koch entdeckt wurde und hundert Jahre später erste, wirksame Therapien vorhanden waren, blieb die Schwindsucht ein Rätsel. Ein Rätsel, das eben der »Sucht« nach Leben und Liebe zugeordnet wurde, weil die Sterbenden Lebenshunger und intensiven Vermehrungswunsch bekamen.

Die Studien von Gowers, der selbst Zentren für die Be-

Alle Therapien, die mit einem Alleinvertretungsanspruch einhergehen, alle, die vorgeben zu wissen, was das Wesen der Magersucht ausmacht, sind vermutlich falsch.



»Es muss magere Vorbilder geben, die gesellschaftlich anerkannt sind und als Idole verwendet werden können.«

handlung von Magersucht aufgebaut hat, zeigen: Man muss das Gewicht steigern und dem Patienten und seiner Familie dabei ein unerbittlicher Begleiter sein. Die »Psychologisierung« des Phänomens hilft ebenso wenig, wie eine strafende Attitüde. Liebevoll und streng, suaviter in modo, fortiter in re (wie es die österr. Diplomatenschule seit dem Wiener Kongress von 1815 lehrt), das ist die richtige Strategie. Dabei scheint es gleichgültig zu sein, wer das macht. So lange man konsequent ein Gewicht anstrebt, das das Leben als vollständiges Geschlechtswesen (also mit Menstruation) ermöglicht. Schaut die Patientin den Therapeuten freundlich an und spricht nett mit ihm/ihr, so ist Misstrauen angesagt. Denn der Krebs Magersucht sucht sich Verbündete, die dann das Entscheidende zugestehen: Die mangelnde Gewichtszunahme.

Nach einigen Jahrzehnten der Beschäftigung mit diesen Kindern und Jugendlichen bleibt daher zu resümieren. Wir wissen nicht, warum sie erkranken. Wir können niemand die Schuld geben. Wir wissen nicht, wie sie gesund werden. Wir wissen nur, dass sie gesund werden können, wenn wir konsequent die Gewichtssteigerung betreiben. Dann kommen auch die Momente, wo die Jugendliche nicht versteht, wieso sie so »blöd« gewesen ist. Die Freude muss

aus dem Überleben kommen. Sowohl für die Behandler, als auch für die Erkrankten. Denn das Geschwür Magersucht, wenn es seinen Wirt verlassen hat, erzeugt Scham und in der Folge Undankbarkeit. Im Gegensatz zum Chirurgen, der »das Leben gerettet hat«, wird dem Therapeuten kein Lob zu Teil. Das Lob ist das Leben dieser wertvollen und liebenswerten jungen Menschen, die einfach besser waren, als ihre Umgebung. ■



Univ.-Prof. Dr. Peter Scheer ist Leiter der psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz.

An dieser Einrichtung werden pro Jahr etwa 40-50 frisch erkrankte Mädchen und etwa 5 Knaben aufgenommen. Stolz verweist die Einrichtung darauf, dass durch eine interdisziplinäre

Therapie und konsequente Nachbetreuung keine Patientin an der Erkrankung starb und viele gesund wurden.

Ess- und Suchtstörungen

Eine häufige Komorbidität?

PD Dr. Lars Wöckel

Betroffenen mit Essstörungen ist gemeinsam, dass sie sich krankhaft mit ihrem Gewicht und ihrer Figur beschäftigen. Insbesondere während der Adoleszenz hat

die Angst vor Übergewicht einen hohen Stellenwert und das Selbstwertgefühl hängt von der Fähigkeit ab, das eigene Gewicht und die Figur kontrollieren zu können.

Formen von Essstörungen

Zu den Kennzeichen der Magersucht (Anorexia nervosa) gehören ein Körpergewicht, mindestens 15% unterhalb der altersgemäßen Norm oder ein Body Mass Index (BMI) < 17,5 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Gewicht, das unterhalb der 10. BMI-Altersperzentile liegt. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch ein restriktives Essverhalten mit Vermeidung tatsächlich oder vermeintlich dickmachender Nahrungsmittel. Dabei bestehen ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme und eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes, die als Körperschemastörung bezeichnet wird. Als Folge des Gewichtsverlustes bzw. des Untergewichtes treten Veränderungen in der Hormonregulation und des Stoffwechsels auf, die sich u.a. in einem Ausbleiben der Regelblutung bei Frauen zeigen. Es werden zwei Subtypen unterschieden: Die A. nervosa ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bzw. der restriktive Typus und die A. nervosa mit zusätzlichen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bzw. der Binge-Eating/Purging-Typus. Bei der erstgenannten Form wird der Gewichtsverlust in erster Linie durch Diäten, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung erreicht. Bei der letztgenannten Form bestehen Episoden mit regelmäßigen Essanfällen, oder ein »Purging«-Verhalten tritt auf oder die Kombination von beidem. Zum »Purging«-Verhalten gehören das selbstinduzierte Erbrechen, der Missbrauch von Laxanzien (Abführmittel), Diuretika (harntreibende Medikamente), Klistieren (Einläufe) oder anderen Medikamenten, die einen gewichtsreduzierenden Effekt haben, wie z.B. Schilddrüsenmedikamenten.

Betroffene mit Ess- und Brechsucht (Bulimia nervosa) haben meistens ein normales Gewicht. Allerdings liegen viele Patienten mit B. nervosa im unteren Bereich des normalen Gewichtsspektrums, und einige Patienten sind übergewichtig. Episoden von Fasten und Diäten werden von Episoden mit Essanfällen, die mit einem Kontrollverlust einhergehen, unterbrochen. Begleitend zu den Essanfällen besteht ein unangemessenes Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Dazu gehören ein selbstinduziertes Erbrechen oder auch der Einsatz von Medikamenten, entsprechend dem Purging-Verhalten bei der A. nervosa.

Das Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA) liegt inzwischen in einer aktualisierten Ausgabe, dem DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) vor. Die Binge-Eating-Störung (BES) wurde als neue Kategorie in dieses Klassifikationssystem aufgenommen. Betroffene mit einer BES nehmen anfallsartig große Mengen von Nahrung zu sich. Charakteristisch ist, dass die Episoden von Essanfällen von einem Kontrollverlust begleitet

werden.

Die Betroffenen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht oder nicht voll erfüllen, werden im DSM-V der Gruppe der Feeding or Eating Disorders not elsewhere classified (FEDNEC) zugeordnet. Es handelt sich um eine sehr heterogene Gruppe von Patienten mit Merkmalen einer A. nervosa oder B. nervosa, die jedoch nicht voll ausgeprägt sind und subsyndromalen Formen mit Symptomen aus dem breiten Spektrum der Essstörungen wie z.B. einem ausschließlichen Purging-Verhalten.

Die eingesetzten kompensatorischen und regulativen Methoden, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern oder um eine Gewichtsabnahme herbeizuführen, ähneln sich bei anorektischen und bulimischen Patienten. Beim Fasten wird phasenweise ganz auf die Nahrungsaufnahme verzichtet. Restriktives und selektives Essverhalten bedeutet, dass einerseits die zugeführte Nahrungsmenge deutlich reduziert und andererseits die Zusammensetzung der aufgenommenen Nahrung verändert wird. Charakteristischweise werden besonders hochkalorische Nahrungsmittel gemieden. Stattdessen werden vor allem fettarme Nahrungsmittel wie Rohkost, Obst und Gemüse bevorzugt. Die Nahrungsaufnahme und das Essverhalten können sehr ritualisiert verlaufen und z.B. durch einen auffallend verlangsamten Essensvorgang oder das Selbstportionieren winziger Mahlzeiten beeinträchtigt sein. Andererseits kann es vor allem nach längeren Fastenperioden zu Heißhungeranfällen und dadurch zu Essanfällen kommen, in deren Rahmen gerade auch verbotene oder als »gefährlich« eingestufte Nahrungsmittel in großer Menge zu sich genommen werden. Die Essanfälle werden von einem Gefühl des Kontrollverlustes begleitet.

Typischerweise manifestieren sich die Essstörungen während der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Seltener liegt der Beginn der A. nervosa oder der B. nervosa vor der Pubertät, wenngleich die präpubertäre A. nervosa häufiger ist als altersäquivalente bulimische Essstörungen. Im nordamerikanischen und europäischen Raum ist seit den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts eine kontinuierliche Zunahme der Inzidenz (Anzahl der Neuerkrankungen) der A. nervosa in der Gruppe adoleszenter Jugendlicher und junger erwachsener Frauen zu beobachten (von 20/100 000 auf über 50/100 000 Personen). In den letzten Jahrzehnten zeichnet sich eine Stabilisierung der Prävalenz- (Krankheitshäufigkeit) und Inzidenzraten ab. Essstörungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auf. Eine dieser häufigen komorbiden Störungen sind der Substanzmissbrauch und die Substanzabhängigkeit. Der Zusammenhang wird nachfolgend dargestellt.

Essstörungen und Alkoholmissbrauch

Ungefähr ein Viertel der Frauen, die eine stationäre Behandlungseinheit aufgrund ihres Alkoholmissbrauchs bzw. ihrer Alkoholabhängigkeit aufgesucht haben, hatten auch eine klinisch bedeutsame Essstörung. 7% waren aktuell an einer A. nervosa erkrankt und 19% berichteten über eine Erkrankungsphase an A. nervosa in der Vergangenheit (Preveler und Fairburn). Damit liegt die Häufigkeit von an A. nervosa Erkrankten deutlich über dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung. Auch in anderen Studien wird über einen engen Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Essstörungen berichtet. Dieser Zusammenhang besteht aber vor allem zur B. nervosa und Formen von A. nervosa, die von Ess- und Brechanfällen begleitet werden. Betroffene mit A. nervosa, die ein rein restriktives Essverhalten haben, sind hiervon offenbar nicht oder kaum betroffen. Aus dem Blickwinkel der Essstörungen zeigt sich ein ähnliches Bild. In einer Verlaufsstudie von PatientInnen mit Essstörungen wurde über einen Zeitraum von 9 Jahren beobachtet, dass ebenfalls ungefähr ein Viertel der Betroffenen mit Essstörungen entweder in der Vergangenheit einen Alkoholmissbrauch aufwiesen oder aber diesen während des Studienverlaufs entwickelt hatten (Franko et al.). Auch in dieser Studie wurde gezeigt, dass PatientInnen mit B. nervosa sowie A. nervosa und begleitenden Ess- und Brechanfällen deutlich häufiger von einer begleitenden Alkoholmissbrauchsproblematik betroffen waren, als die PatientInnen mit rein restriktivem Essverhalten.

Essstörungen und Drogenmissbrauch

Ähnlich wie bei der Alkoholmissbrauchs- bzw. abhängigkeitsproblematik sind ungefähr ein Viertel derjenigen mit einem Drogenmissbrauch (auch kombiniert mit Alkohol) von einer Essstörung betroffen. Unter den Erkrankten mit Essstörungen weisen PatientInnen mit B. nervosa sowie mit A. nervosa und begleitenden Ess- und Brechanfällen den häufigsten Drogenkonsum auf. Wiederman und Pryor stellen die

Hypothese auf, dass aufgrund der Art und des Schweregrades einer Essstörungsproblematik ein Risiko für einen bestimmten Substanzmittelmissbrauch besteht. Höhere Risiken werden bei einem restriktiven Essverhalten für einen Amphetaminmissbrauch, einem Binge-Eating für Tranquilizermissbrauch und einem Purgier-Verhalten für Alkohol-, Kokain-, Tabakmissbrauch sowie für einen multiplen Substanzgebrauch vermutet. Ein weiterer gemeinsamer Risikofaktor bei den Störungen sind ein sexueller Missbrauch und/oder eine körperliche Misshandlung. Missbrauch und Misshandlung werden sowohl von PatientInnen mit Essstörungen als auch mit Drogenmissbrauch häufiger berichtet als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch nicht häufiger als bei anderen psychiatrischen Störungen. Treten beide Störungen gemeinsam auf, verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Missbrauch und Misshandlung in der Vorgeschichte.

Gemeinsame Entstehungspfade zwischen Ess- und Suchtstörungen?

Die oben dargestellten Untersuchungen belegen eine hohe komorbide Prävalenz für Essstörungen und Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Aufgrund dieses Zusammenhanges stellt sich die Frage, ob weitere Gemeinsamkeiten zwischen diesen Störungsbildern z.B. bei der Entstehung oder dem Verlauf bestehen? Die familiäre Transmission, d.h. die Weitergabe oder Vererbbarkeit psychischer Störungen zwischen den Generationen einer Familie zeigt anhand von Familien- und Zwillingsuntersuchungen, dass Verwandte ersten Grades von PatientInnen mit A. nervosa ein ca. 10-fach erhöhtes Risiko haben, selbst eine A. nervosa zu entwickeln. Das genetische Risiko für Verwandte von an B. nervosa oder einer Binge-Eating-Störung Erkrankten liegt zwischen 30 – 80%. Ebenso besteht in Familien mit Suchterkrankungen ein hohes genetisches Risiko für die Weitergabe von Suchterkrankungen. Allerdings konnte eine sogenannte Cross-Transmission, d.h. die Weitergabe der jeweils anderen

Fortsetzung auf Seite 12



Spurensuche

Finde dein Wohlfühlgewicht!...

...höre und lese ich überall. Doch wie finde ich mein Wohlfühlgewicht, wenn ich einfach keine Ahnung davon habe, wie ich mich in meinem Körper wohlfühlen kann?! Schon bevor ich in die Pubertät kam, habe ich gemerkt, dass mir mein Körper nicht passt. Manchmal war ich zu mollig, dann hab ich mich wieder nur von Butterbrot ernährt. Nicht um abzunehmen, aber damals habe ich gemerkt, dass ich übers »nicht Essen« Macht ausüben und alle Aufmerksamkeit meiner Familie auf mich ziehen kann.

Damals ist meine Mama zwar manchmal an meinem Essverhalten verzweifelt, jedoch wurde das dann mit Sätzen wie »sie nimmt halt mit dem Mond ab und zu« abgetan. Auch sonst war ich verhaltensauffällig, indem ich nachts nicht schlafen und nur schwer konzentrieren konnte, unkontrollierte Wutausbrüche hatte und oft in Traumwelten flüchtete. Ich hatte zwar ein zu Hause, wo es mir materiell an nichts fehlte, dennoch fühlte ich mich nirgends geborgen.

Mein Anker war das Lesen. Ich wurde immer mit pädagogisch wertvollen Aufklärungsbüchern über Randgruppenthemen wie Sekten, Gewalt und Drogen versorgt. Das war die Welt, die mich interessierte, in die es mich zog.

Als ich in die Pubertät kam, hatte ich niemanden, dem ich anvertrauen konnte, wie sehr mir diese körperliche Veränderung Angst machte – wie sehr ich darunter litt, eine Frau werden zu müssen. Manchmal versuchte ich mit meiner Mutter darüber zu sprechen, doch die kam selbst nicht mit sich zurecht und war mit ihren pubertierenden Töchtern restlos überfordert.

Jetzt war ich kein Kind mehr, meine Traumwelten funktionierten nicht mehr, die Bücher waren mir zu wenig. Mit 13 suchte ich Kontakt zu jene Leuten aus meinem Heimatort, die am Friedhof saßen und sich betrankten, die sich rechtsradikal nannten und sich von einem Zeltfest zum nächsten prügelten – wie die Figuren aus meinen Lieblingsbüchern. Ich begann mit kiffen, trinken, Benzos und machte meine erste bewusste Null-Diät. Zuerst füllten die Drogen mein Loch, doch die Anfangseuphorie über mein neues, aufregendes Leben verflog bald und ich merkte wie unzufrieden ich mit mir selbst war.

Mittlerweile ging ich in Wien zur Schule und hatte begonnen, auf Technoparties zu gehen und alle Drogen zu nehmen, die ich bekommen konnte. Durch die Drogen wurde ich sehr depressiv. Ich wurde psychotisch und bekam Zwänge, wie Dinge abzählen und aufräumen. Die Lösung für mich war, nicht mehr zu essen und zwinghaft Kraftübungen wie Liegestütze und Sit-Ups zu machen. Weil es mir nicht immer gelang, nichts zu essen, begann ich das bisschen Gegessene wieder zu erbrechen.

Das Gefühl nach dem Erbrechen ist wie ein kleines »High«, wenn der Kreislauf nicht mehr mitmacht und die Knie weich werden. Dann noch körperliche Betätigung, um die verzweifelten Signale des Körpers zu überhören, die Macht, trotzdem weiter zu machen, obwohl man am ganzen Körper zittert. Dann fühlte ich mich stark und nicht verletzlich. Für kurze Momente fühlte ich mich dann glücklich.

Ich war getrieben vom Drang der Selbstzerstörung, ich wollte keine Hilfe annehmen – wozu auch? Ich versuchte mehrmals, mir das Leben zu nehmen, ich verzweifelte an meinem grenzenlosen Hass gegen mich selbst. Ich konnte nichts Gutes an mir finden, ich hasste jedes Detail an meinem Körper, im Vergleich zu Anderen fand ich mich immer hässlicher. Ich ertrug es nicht, unter Menschen zu sein, bei meiner Familie, bei Freunden, in der Arbeitswelt. Überall fand ich mich zu minderwertig, um dort zu bleiben.

Nur mit Heroin konnte ich mein Leben weiterführen. Es hat mir Geborgenheit

und Ruhe geschenkt. Die Millionen Gedanken im Kopf, die sich permanent um mein Versagen, Angst, Selbstmitleid und Selbsthass in einer Spirale drehten, wurden still. Ich lernte, gelassen mit mir umzugehen und mich abzugrenzen von der Welt, von der ich so überfordert war. Es war mir natürlich immer noch wichtig, dünn zu bleiben. Durch die Drogen war das einfach und auch ein paar Kilo mehr konnte ich dann ertragen.

Bei meinem ersten Versuch einer stationären Therapie, verfiel ich sofort nach dem Nüchternwerden wieder meiner Essstörung. Ich wurde deswegen enorm unter Druck gesetzt, was mich noch mehr anspornte, nicht zu essen. Nach 5 Monaten verließ ich die Therapiestation mit 39 Kilo. Ich wollte einfach wieder »dicht« sein, anders konnte ich mich nicht ertragen.

Beim zweiten Versuch, nüchtern zu werden, war ich wieder von der Bulimie getrieben. Nach einigen anstrengenden Monaten entschied ich, dass es besser und einfacher für mich wäre, beim Heroin zu bleiben. Und ich blieb dabei – bis ich schwanger wurde, ein Kind bekam und das Jugendamt mir eine Therapie auferlegte.

Nach fast 20 Jahren versuche ich jetzt zum ersten Mal, ernsthaft nüchtern zu werden. Es hat lange gebraucht, mich gegen Drogen in meinem Leben zu entscheiden. Monatelang wollte ich nur zurück um wieder etwas zu nehmen. Nachdem ich das Nüchternbleiben jetzt doch ins Auge gefasst habe, holt mich diese Essstörung wieder ein.

Ich dachte, ich hätte das im Griff und ich hab' es auch besser im Griff. Ich bin nicht so dünn wie früher und hasse mich nicht zu Tode, wenn ich gegessen habe. Ich weiß, ich werde kraftlos, wenn ich gar nicht esse und ich brauche Kraft für mein Kind und um zu arbeiten. Wenn ich zu viel esse, kotze ich nicht immer, sondern erlaube es meinem Körper, das Essen aufzunehmen. Ich würde gerne denken, dass ich das unter Kontrolle habe, aber weil ich hier auf Therapie bin und lerne, mich selbst zu beobachten, merke ich, wie viel und was ich gegessen habe, das Hungergefühl im Kopf gibt mir Genugtuung und manchmal, wenn es mir nicht gut geht, erbreche ich das Essen, um mir diesen kleinen Kick zu verschaffen. Ich merke, wie mir die Essstörung dabei hilft, Gefühle zu unterdrücken, die mir unangenehm sind, die zu spüren aber für meine Therapie so hilfreich wären, um damit arbeiten zu können.

Um zu verhindern, dass das Ganze in einem Rückfall endet, versuche ich zum ersten Mal, so offen wie möglich, mit diesem Problem umzugehen und viel darüber zu reden. Am Anfang der Therapie hätte ich mir niemals vorstellen können, mit jemanden über dieses Problem zu sprechen, geschweige denn, es in einer Gruppe zu thematisieren. Weil ich aber wirklich daran interessiert bin, meinem Suchtverhalten auf den Grund zu kommen, werde ich weiter daran arbeiten. Ich muss mich mit Themen wie meinem Selbstbild, meinem Körper oder was Weiblichkeit für mich bedeutet auseinandersetzen und lernen, zu akzeptieren, dass ich eine erwachsene Frau bin und Verantwortung über mein Leben übernehmen kann. Erst wenn ich gelernt habe, mit meinen Gefühlen auf eine gesunde Art und Weise umzugehen, ich gerne Frau bin und mir erlaube, einen Platz in dieser Welt zu haben, werde ich auch lernen, meinen Körper zu achten. Ich werde seine Signale hören und sie nicht übergehen.

Dann, wenn mir mein Leben und eine Zukunft am wichtigsten sind, werde ich mein Wohlfühlgewicht gefunden haben!

psychischen Störung, zwischen Ess- und Suchtstörungen nicht belegt werden. Daraus kann geschlossen werden, dass Ess- und Suchtstörungen nicht zwei unterschiedliche Manifestationen ein und derselben Erkrankung sind, sondern zwei eigenständige Störungsbilder darstellen, die gemeinsame Symptome teilen (Übersicht Harrop und Marlatt).

Hunger und Sättigung werden über ein sehr komplexes und homöostatisches System durch zahlreiche Neurotransmitter und Neurohormone wechselseitig reguliert. Es spielen hierbei sowohl zentrale als auch periphere Faktoren eine wichtige Rolle. Die biochemische Regulation der Nahrungsaufnahme ist noch nicht vollständig verstanden. Die bisherigen Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass die neuronalen Regelkreise sehr von den Anpassungsvorgängen an die Folgen der Mangelernährung und des veränderten Essverhaltens abhängen. Neben den peripheren Neuropeptiden, beispielsweise Leptin und Ghrelin, die direkt oder indirekt auf das ZNS wirken und eine Rückmeldung z.B. über den Körperfettgehalt oder die Mahlzeiteinnahme im Magen- und Darmtrakt geben, sind es auch zentrale Neurotransmitter, vor allem Serotonin, die Hunger und Sättigung regulieren. Hier findet sich eine Verbindung mit den Suchtstörungen. Neben Serotonin wird vermutet, dass auch die endogenen Opiate und möglicherweise Dopamin sowohl bei der Essstörungsphysiologie und dem Suchtverhalten eine wichtige Bedeutung haben. Die biochemischen Gemeinsamkeiten zwischen Ess- und Suchtstörungen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Essstörungen von zahlreichen anderen Regelkreisen gesteuert werden, von denen bisher keine Assoziationen mit Suchtstörungen bekannt sind.

Ess- und Suchtstörungen können gleichermaßen somatische Veränderungen zur Folge haben. Zum Gewichtsverlust gehören u.a. eine Störung der Appetitregulation, Veränderungen der Herzfrequenz, Ausbleiben der Regelblutung, Müdigkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Übelkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen oder sexuelle Dysfunktion. Die beschriebenen Symptome sind durch die Mangel- bzw. Unterernährung zu erklären. Die körperlichen Veränderungen bewirken außerdem eine Zunahme der psychischen Auffälligkeiten, z.B. der depressiven Stimmung oder von Konzentrationsstörungen.

Persönlichkeitsmerkmale

Betroffenen mit Essstörungen werden insgesamt eine niedrige Selbsteffektivität und ein niedriges subjektives Wohlbefinden zugeschrieben. Die Persönlichkeitsmerkmale von PatientInnen mit A. nervosa und B. nervosa unterscheiden sich dennoch deutlich. Anorektische PatientInnen werden als überdurchschnittlich rigide, unflexibel, zwanghaft, perfektionistisch, sozial gehemmt und mit einem hohen Beharrungsvermögen beschrieben. Bulimische PatientInnen weisen oftmals eine hohe Impulsivität, affektive Instabilität und ein ausgeprägtes Neugierverhalten auf. Anorektische PatientInnen mit Ess- und Brechanfällen ähneln sehr den PatientInnen mit B. nervosa. Beide letztgenannte Ausprägungen zeichnen sich durch eine sehr niedrige Selbstlenkungsfähigkeit aus. Einige dieser Persönlichkeitsmerkmale entsprechen denen bei Betroffenen mit Suchtstörungen. Dazu gehören das Neugierverhalten, eine hohe negative Emotionalität und Enthemmung. Beim Zusammentreffen von Persönlichkeitseigenschaften, die beiden Störungsbildern gemeinsam sind, ist das Risiko für ein Auftreten beider Störungen ebenfalls

erhöht. Obwohl eine gemeinsame Schnittmenge von Persönlichkeitsmerkmalen zwischen Ess- und Suchtstörungen besteht, gibt es unterschiedliche Persönlichkeitseigenschaften, die ein Risiko für die Entstehung der jeweiligen Störungen vorhersagen.

Ausblick

Ess- und Suchtstörungen haben viele Gemeinsamkeiten, weisen aber eine unterschiedliche Entstehung auf. Vor allem bestimmte Symptomkonstellationen der Essstörungen ähneln sehr den Suchtstörungen. Sie haben jeweils ein hohes Rückfallrisiko und es besteht die Gefahr einer Chronifizierung. Sowohl bei der A. nervosa, als auch bei Betroffenen mit Alkoholabhängigkeit ist die Mortalität (Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Anzahl einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) hoch. Bezogen auf alle psychiatrischen Erkrankungen ist bei der A. nervosa die Mortalitätsrate sogar am höchsten. Es ist zu vermuten, dass sich durch das gemeinsame Auftreten einer Essstörung, insbesondere einer A. nervosa, mit einer Suchtstörung die Mortalität nochmals erhöht. Leitlinien und Therapierichtlinien geben Empfehlungen für die Behandlung der Essstörungen, wenngleich der Evidenzgrad der meisten therapeutischen Ansätze für die A. nervosa noch gering ist. Für die B. nervosa stellt sich die Situation etwas besser dar. Der Einfluss einer sich zusätzlich entwickelnden Essstörung bei Betroffenen mit Substanzmissbrauch und -abhängigkeit scheint auf den weiteren Verlauf der Erkrankung größer und ungünstiger zu sein, als bei Betroffenen mit Essstörungen, die im Verlauf zusätzlich einen Substanzmissbrauch entwickeln. Insgesamt erschwert das gemeinsame Auftreten einer Ess- und Suchtstörung den therapeutischen Zugang und den Behandlungserfolg. Früherkennung und Frühintervention sind deswegen wichtige Elemente im Behandlungsprozess. ■

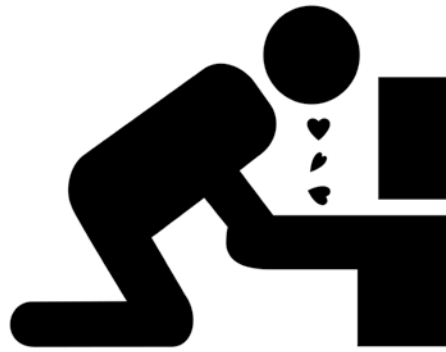
Literatur

- Franko D.L., Dorner D.J., Keel P.K., Jackson S., Manzo M.P. Herzog, D.B. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, 38: 200-207.
- Harrop E.N., Marlatt G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, 35: 392-398.
- Preveler R., Fairburn C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85: 1633-1638.
- Wiederman M.W., Pryor T. (1996). Substance abuse among women with eating disorders. *International journal of eating Disorders*, 20: 163-168.



PD. Dr. Lars Wöckel

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Tätigkeiten u.a. an den Universitäten Tübingen, Mannheim, Frankfurt/Main und Aachen, seit 2010 Chefarzt am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Clenia Littenheid AG, Schweiz. Verhaltenstherapeut und systemischer Paar- und Familientherapeut. Supervisorstätigkeit. Mitgliedschaft in zahlreichen Verbänden, u.a. ÖGES und Netzwerk Essstörungen. Vorstandsmitglied im Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES). Internationale Publikationen zum Thema Essstörungen.



Bulimie & Anorexie

Dr. Leonidas Lemonis

Die Vorstellung, dass auf Grund einer Anorexie bzw. Bulimie oft eine mehrjährige, therapeutische und medizinische Behandlung erforderlich ist, bis die Problematik bewältigt wird, löst bei vielen Betroffenen, die gerade beginnen, sich mit ihrer Störung zu konfrontieren, mehr als Irritation aus.

Vor allem junge Menschen kennen in ihrer Umgebung Betroffene von Essstörungen und gehen fälschlicherweise davon aus, dass auf Grund der – mitunter langen – symptomfreien Phasen das Problem leicht lösbar sei. Dazu tragen zweifellos auch die Medien mit den Berichten über prominente Betroffene bei, die den Eindruck hinterlassen, dass Essstörungen mit einer Lifestyle-Problematik gleichzusetzen sei.

Es handelt sich definitiv nicht um eine »Mädchen- und junge Frauen-Problematik« sondern um eine ernstzunehmende Erkrankung mit einer zu Grunde liegenden psychischen Störung. In den letzten Jahren nehmen auf Grund einer Essstörung auch immer mehr Männer therapeutische Hilfe in Anspruch.

Veränderte Körperwahrnehmung und die mit dem anorektischen bzw. bulimischen Verhalten verbundene organische Beeinträchtigung sind bekannt und für die meisten nachvollziehbar. Dass im fortgeschrittenen Stadium eine enorme Selbstwertproblematik entsteht und lebensbedrohliche Zustände eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich machen, ist aber selbst Fachleuten vielfach nicht bewusst.

Nur in seltenen Fällen ist der Verein »Grüner Kreis« die erste Station für die Behandlung von Menschen, bei denen außer der Suchterkrankung auch eine Essstörung diagnostiziert wurde. Auch wenn es plakativ erscheint, handelt es sich beinahe ausnahmslos um PatientInnen, die eine erhöhte Aufmerksamkeit erzwingen wollen. Es ist nicht selten, dass sich die gesamte Therapiegruppe mit dem Essverhalten einer/eines Betroffenen beschäftigt und sich sogar TherapeutInnen ständig auf der Suche nach neuen Hilfsangeboten befinden. Im späteren Therapieverlauf führen die wiederholt frustrierten Bemühungen um Aufmerksamkeit oft zu einer negativen Wende im Therapieprozess. Wir erleben selten bei anderen Erkrankungen in einer derart kurzen Zeitspanne eine solche Veränderung

in der Gruppe, von der primären bedingungslosen Hilfsbereitschaft zur Ratlosigkeit, Überforderung bis hin zum verbalisierten Ärger.

Das ist meistens der Zeitpunkt, zu dem die Fokussierung auf die zu Grunde liegende Problematik erfolgen kann und der eigentliche therapeutische Prozess beginnt.

Naturgemäß ist bei diesen PatientInnen die Abbruchquote überdurchschnittlich hoch. Den Betroffenen wird aber durch die Integration in den Therapiealltag, die damit verbundene Tagesstrukturierung und die lange stationäre Behandlungsdauer die Möglichkeit geboten, längere symptomfreie Phasen zu erleben und mit Rückfällen konstruktiver umzugehen.

Eine medikamentöse Behandlung wird als stützende Maßnahme angeboten.

Ob sich das vielfältige Betreuungsangebot, der strukturierte Tagesablauf oder die Dynamik der »therapeutischen Gemeinschaft« positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken, ist nicht beantwortbar. Tatsache ist, dass bei dieser PatientInnen-Gruppe bislang weder eine Zwangsbehandlung, noch eine Infusionstherapie erforderlich war.

Der Genesungsprozess ist lang. Eine längere symptomfreie Phase ist lediglich ein positiver Hinweis, dass der eingeschlagene Weg stimmt. Die Rückkehr in das gewohnte Umfeld gestaltet sich oft krisenhafter als erwartet. Daher ist eine intensive Nachbetreuung dringend angezeigt. Je länger die Symptomfreiheit der betreuten KlientInnen aufrecht erhalten werden kann, umso stärker entwickelt sich das Selbstwertgefühl der Betreuten und damit einhergehend, ihre Fähigkeit, mit Krisen bzw. Verhaltensrückfällen adäquat umzugehen. ■

In den letzten Jahren nehmen auf Grund einer Essstörung auch immer mehr Männer therapeutische Hilfe in Anspruch.



Dr. Leonidas Lemonis
Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Ärztlicher Leiter im »Grünen Kreis«

wicht einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung und es besteht große Angst vor Gewichtszunahme. Die Bulimie wird üblicherweise von dem Bewusstsein begleitet, dass das Essverhalten abnormal und außer Kontrolle ist, sowie von daraus resultierenden selbstabwertenden Gefühlen und Depressionen. Zumeist ist der Kreislauf von Essanfällen und kompensierenden Maßnahmen ein Ventil für Frustrationsgefühle, Ärger, Wut, Enttäuschungen, Einsamkeit, etc. Die Bulimie tritt häufig gemeinsam mit anderen impulsiven oder selbstverletzenden Verhaltensweisen, wie Ladendiebstahl, Selbstverletzungen, Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum auf (vgl. Rathner, 2003).

Bei der Binge Eating Störung (BED) kommt es wie bei der BN zu wiederkehrenden Essattacken, mit den gleichen Merkmalen wie bei BN. Und wie bei BN bestehen Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen und deutliches Leiden wegen der Essattacken. Im Gegensatz zur BN werden keine Maßnahmen gegen eine Gewichtszunahme gesetzt, sodass eine BED sehr oft mit Übergewicht oder Adipositas einhergeht.

Weitere Essstörungen laut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (2013) sind: atypische AN, subklinische BN, subklinische BED (hier liegt jeweils nicht das Vollbild einer AN, BN bzw. BED vor), Purging Disorder (= Störung ohne Essanfälle, aber mit einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen) und Night Eating Disorder (Nächtliches Essen). Da es bei Essstörungen ein Kontinuum von normalem Essen zu Essstörungen gibt, ist eine »Restkategorie« vorgesehen für Störungen, die nicht eindeutig einer der genannten spezifischen Essstörungen zuordenbar sind. Zu Essstörungen zählen außerdem Pica (Essen nicht-essbarer Substanzen), Ruminations (Störung mit Wiederkäuen) und die vermeidende/restriktive Nahrungsaufnahmestörung (z.B. Abneigung gegenüber Nahrungsmitteln aufgrund sensorischer Merkmale).

Übergewicht und Adipositas sind keine Essstörungen. Sie sind definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Allerdings weist ein erheblicher Anteil von Personen mit Übergewicht oder Adipositas eine BED auf. Personen mit einer BED unterscheiden sich von Personen mit Adipositas ohne BED durch größere Sorgen um Figur und Gewicht, eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychiatrische Komorbiditäten (z.B. Depression, Angststörung) und körperliche Komorbiditäten (z.B. Metabolisches Syndrom) und eine geringere Lebensqualität (vgl. Wonderlich et al., 2009).

Häufigkeit von Essstörungen

Sowohl in Österreich als auch international ist die Datenlage zu Essstörungen unzureichend. Nimmt man die durchschnittliche Schätzung internationaler Studien dürfte die Häufigkeit einer AN zu einem bestimmten Zeitpunkt bei Mädchen und Frauen im Risikoalter zwischen 15 und 34 Jahren bei etwa 0.4% liegen (Fichter, 2011). Etwa 1.5% der Menschen, vor allem Frauen, leiden irgendwann im Laufe ihres Lebens unter einer BN. Die Häufigkeit von BN zu einem bestimmten Zeitpunkt dürfte bei etwa 1% liegen (Fichter, 2011). Studien zeigen, dass ca. 2-5% der Allgemeinbevölkerung von einer BED betroffen sind (de Zwaan et al., 2012), zu etwa zwei Drittel Frauen und zu etwa einem Drittel Männer (Herpertz et al., 2011). Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit

von BED bei ca. 1-3% (Nicholls et al., 2000; Marcus & Kalarchian, 2003). Bei Jugendlichen mit Adipositas berichteten 20-30% von Essanfällen, bei Jugendlichen mit einer stationären Behandlung aufgrund ihrer Adipositas gaben bis zu einem Drittel an, Essanfälle zu haben (Fichter, 2011). Lamerz et al. (2005) berichten, dass 2% aller 6-jährigen Kinder eines Jahrgangs »binge eating« (Essanfälle) aufwiesen, und 6% der Kinder mit Adipositas. ■

Literatur:

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage). American Psychiatric Publishing.

Bruce, B., Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 58-61.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.

de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H.-C., Schmidt, F., Gefeller, O., Mayr, A., Lam, T., Schade-Brittinger, C., Hilbert, A. (2012). INTERBED: internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 13, 220 (open access: <http://www.trialsjournal.com/content/13/1/220>)

Fichter, M.M. (2011). Epidemiologie der Essstörungen. In Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeeck, A. (Hrsg.), *S3 Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen* (S. 11-32). Springer-Verlag.

Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeeck, A. (2011, Hrsg.), *S3 Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Springer-Verlag.

Karwautz, A. (2009). Entstehungsbedingungen für Essstörungen. *Spektrum Psychiatrie* 2/2009.

Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(4), 385-393.

Marcus, M.D., Kalarchian, M.A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl.), S47-S57.

Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 317-324.

Rathner, G. (2003). Was Sie über Essstörungen wissen sollten. Innsbruck: Netzwerk Essstörungen (www.netzwerk-essstoerungen.at).

Wonderlich, S.A., Gordon, K.H., Mitchell, J.E., Crosby, R.D. & Engel, S.G. (2009). The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 687-705.



Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Waldherr

Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin

Vorstandsmitglied Netzwerk Essstörungen Innsbruck

(www.netzwerk-essstoerungen.at)

Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen

(www.oeges.or.at)

Unser Betreu

Vorbetreuung

Die Vorbetreuung stellt die Verbindungsstelle zwischen der Institution »Grüner Kreis« und den Suchtmittelabhängigen dar. Personen aller Altersgruppen, Eltern bzw. Elternteile mit Kindern, Paare sowie Personen mit richterlicher Weisung zur Therapie aus dem gesamten österreichischen Bundesgebiet, die von legalen und/oder illegalen Substanzen abhängig sind, werden vom Verein aufgenommen. PatientInnen mit nicht substanzabhängigem Suchtverhalten wie Essstörungen, Spielsucht, Arbeitssucht, Computersucht und KlientInnen aus dem gesamten EU Raum werden ebenso behandelt.

Hilfesuchende nehmen Kontakt zu einer/einem der VorbetreuerInnen auf und klären die Art der Unterstützung ab:

Therapiemotivation (Freiwillig oder »Therapie statt Strafe«),
Therapienotwendigkeit (stationäre Langzeit- oder Kurzzeittherapie, ambulante Therapie, stationäre Substitutionstherapie),
Vermittlung eines Entzugsplatzes oder einer ambulanten Entzugsmöglichkeit,

Unterstützung bei Amtswegen

Ansuchen zur Kostenübernahme beim jeweilig zuständigen Kostenträger.

Die ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren befinden sich in Wien, Graz, Klagenfurt, Linz und Wr. Neustadt.

Eltern-Kind Häuser

Die Eltern-Kind-Häuser, spezialisierte sozialpädagogische und psychotherapeutische stationäre Kinderbetreuungseinrichtungen, bieten Kindern von suchtkranken Eltern, die ihrer Erziehungsverantwortung alleine nicht nachkommen können, Chancen auf Heilung und gesunde Entwicklung. Das Eltern-Kind-Modell ermöglicht somit einerseits die Rehabilitation der Kinder von Suchtkranken, andererseits sorgt es auch konsequent für die Verbesserung des familiären Systems.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbetreuung, die Klärung der Kostenübernahme für Eltern und Kinder und die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt vor Aufnahme in die Einrichtung.

Dauer: Im Idealfall ein 18 Monate dauernder stationärer Aufenthalt, danach eine ambulante Nachbetreuung.

Zielgruppe: Suchtmittelabhängige Eltern (substituiert oder nichtsubstituiert), die ihre Suchtproblematik und die Beziehung zu ihren Kindern verändern wollen oder müssen und gemeinsam mit ihnen aus dem Suchtkreislauf aussteigen möchten.

Therapieziele: Stabilisierung, Integration Einzelner in ein Familiengefüge, Integration der Familie in ein umfassenderes Sozialgefüge, Entstehung einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung.

Ambulante Angebote

In den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt wird ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum geboten.

Sie dienen

- als Anlaufstelle für Informationssuchende
- zur ambulanten Beratung
- als Präventionseinrichtung, vor allem in der Jugendprävention
- zur Kontaktaufnahme mit den MitarbeiterInnen der Vorbetreuung, Vermittlung eines Entzugsbettes oder einer ambulanten Entzugsmöglichkeit und Vorbereitung zur ambulanten oder stationären Therapie ohne Wartezeiten
- der ambulanten Psychotherapie für Suchtmittelabhängige, die therapeutische Unterstützung benötigen, ohne ihre aktuellen Lebensumstände verlassen zu müssen, aber auch
- der ambulanten Psychotherapie mit richterlicher Weisung »Therapie statt Strafe« (gesundheitsbezogene Maßnahme)
- der Krisenintervention
- der medizinischen Betreuung und der Abstinenzkontrollen
- der Nachbetreuung und Begleitung stationärer PatientInnen aus der Lang- und Kurzzeittherapie nach abgeschlossener Therapie
- der Stützung des Alltags- und Arbeitsumfeldes, der Berufsfindung und -ausbildung und
- der Beratung und Betreuung von ratsuchenden Eltern und Angehörigen im Rahmen von Einzelgesprächen und offenen Psychotherapiegruppen

Stationäre Substitutionstherapie

Suchtkrankheit liegt in den verschiedensten psychosomatischen wie psychosozialen Ausprägungen vor. Die Entscheidung für die geeignete Behandlungsform wird auf Grund einer Standortbestimmung der individuellen Lebenssituation der PatientInnen getroffen.

Somatische Erkrankungen, Verschlechterungen des psychischen Zustandes, aber auch Veränderungen im sozialen Umfeld können eine stationäre Aufnahme von Substituierten und in Folge eine Revision der Einstellungspraxis erforderlich machen. Das Ziel der stationären Substitutionstherapie ist nicht vordergründig die Abstinenz, sondern die körperliche, psychische und soziale Stabilisierung der Betroffenen in dieser Behandlungsform. In biopsychosozialer Hinsicht sollen die PatientInnen deutlich gebessert in die ambulante Nachsorge entlassen werden bzw. die Möglichkeit erhalten, bei gewünschter, erfolgter Substitutionsreduktion in abstinenzorientierte Einrichtungen des Vereins übertreten zu können.

Die stationäre Substitutionsbehandlung, ein Spezialkonzept des Vereins »Grüner Kreis« im Rahmen der stationären Therapie, ist auf einen Zeitraum von mindestens 3 bis zu 6 Monaten angelegt.

Leistungsangebot

Stationäre Langzeittherapie

Unser ganzheitliches Konzept für die Behandlung Suchtkrankender in einer therapeutischen Gemeinschaft. Neben der Psychotherapie stellen Arbeitstherapie, medizinische Behandlung, soziales Lernen sowie aktive Freizeitgestaltung einen fixen Bestandteil des Behandlungsprogramms dar. Die PatientInnen als Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft sollen aktiv an ihrer Persönlichkeitsfindung mitarbeiten und, je nach individueller Möglichkeit, mehr und mehr Verantwortung für sich selbst und die Gemeinschaft übernehmen.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbereitung, abgeschlossener körperlicher Entzug, geklärte Kostenübernahme

Dauer: 10 bis 18 Monate dauernder Aufenthalt in einer stationären Langzeittherapieeinrichtung und anschließendem Übertritt in die ambulante Nachbetreuung

Zielgruppe: Jugendliche und erwachsene Suchtkranke, Paare oder Einzelpersonen mit Kindern, MultimorbiditätspatientInnen, Personen mit richterlicher Weisung zur Therapie (»Therapie statt Strafe«)

Die Langzeitbehandlung ist bei Abhängigen, die eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen, an Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen oder an psychosozialen Auffälligkeiten leiden, angezeigt.

Komorbiditätsbehandlung

Das gemeinsame Auftreten einer psychischen Erkrankung und einer Substanzstörung wird Doppeldiagnose oder Komorbidität genannt. Im Rahmen der stationären Langzeittherapie werden auch Personen betreut, die neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit zusätzliche psychische Störungen wie Symptome einer affektiven oder schizophrenen Erkrankung, einer Angststörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung aufweisen.

Vorbedingungen: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbereitung, positiv absolvierter somatischer Entzug und fachärztliche Begutachtung, geklärte Kostenübernahme

Dauer: im Idealfall 18 Monate stationärer Aufenthalt mit Verlängerungsmöglichkeit, teilstationäre oder ambulante Nachbetreuung

Zielgruppe: Erwachsene Suchtkranke, die neben ihrer Suchtmittelabhängigkeit eine weitere behandlungsbedürftige seelische Erkrankung aufweisen, d.h. bei denen zusätzlich zur Substanzstörung Symptome einer affektiven oder schizophrenen Erkrankung, einer Angst- oder einer schweren Persönlichkeitsstörung bestehen.

Therapieziele: Förderung der Möglichkeit, abstinent leben zu können, Stabilisierung der Person, psychosoziale und medizinischpsychiatrische Behandlung

Stationäre Kurzzeittherapie

Suchtkrankheit liegt in den verschiedensten psychosomatischen wie psychosozialen Ausprägungen vor. Die Entscheidung für die jeweilige Behandlungsform wird auf Grund einer Standortbestimmung der spezifischen Lebenssituation der PatientInnen getroffen. Die stationäre Kurzzeittherapie ist auf einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten angelegt.

Vorbedingung: Aufnahmegespräch im Rahmen der Vorbereitung und ein abgeschlossener körperlicher Entzug, geklärte Kostenübernahme. MultimorbiditätspatientInnen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden.

Dauer: bis zu sechs Monate stationärer Aufenthalt, danach langfristige ambulante Nachbetreuung.

Zielgruppe: Erwachsene therapiemotivierte Suchtkranke, (auch Paare). Sozial integriert, aber auf Grund einer akuten Krisensituation Stabilisierung notwendig. Keine psychischen Auffälligkeiten und keine extreme Abhängigkeitsgeschichte. Ein kurzfristiger Ausstieg aus dem Alltag bietet die Chance zur Stabilisierung und zu den notwendigen Korrekturen auf dem Lebensweg.

Therapieziele: Stützung der Möglichkeit, abstinent zu leben, Stabilisierung der Person und ihre rasche Reintegration in ihr soziales Umfeld.

Nachbetreuung

Nach Abschluss einer stationären Therapie können Suchtkranke ihre Behandlung in keinem Fall als abgeschlossen betrachten. Ohne entsprechende Begleitung ist ein Rückfall in das Krankheitsverhalten möglich. Daher bietet der »Grüne Kreis« individuelle, auf die Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtete Weiter- bzw. Nachbetreuung an.

Es handelt sich dabei um eine Phase weiterführender Therapie, welche auf dem Prinzip der Selbstständigkeit bzw. der selbstständigen Arbeitstätigkeit der PatientInnen basiert. Im Mittelpunkt steht hier der regelmäßig aufrecht zu haltende Kontakt nach Ende der stationären Therapie.

Das Nachbetreuungsangebot umfasst auf therapeutischer Ebene weiterführende Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Selbsthilfegruppen, Angehörigenarbeit und Sozialarbeit. Ärztliche Begleitung wie allgemeinmedizinische Untersuchungen und psychiatrische Kontrolle sowie Abstinenzkontrollen finden statt. Allen PatientInnen, die eine Behandlung abgeschlossen haben, steht es offen, in den bestehenden Sportteams des Vereins aktiv zu sein und an den Freizeitveranstaltungen teilzunehmen. Zusätzlich werden vom »Grünen Kreis« abenteuer- und erlebnispädagogische Aktivitäten sowie kreativ-künstlerische Workshops und Kunstveranstaltungen zur sinnvollen Freizeitgestaltung angeboten.

Exzessiver Appetit?

Zur Zusammenhangsstruktur von Sucht und Adipositas

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Zum Themenschwerpunkt »Essstörungen« haben bereits ausgewiesene Expertinnen und Experten die verschiedenen Facetten des Krankheitsbildes beleuchtet. Daher behandle ich zur inhaltlichen Abgrenzung aus der Perspektive des interessierten Laien das Thema

»Komorbidität«. Darunter kann das gemeinsame Auftreten einer »herkömmlichen« Suchterkrankung, wie die Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen, und pathologischem Essverhalten verstanden werden. Mein Fokus richtet sich speziell auf die Adipositas.

Generell ist es natürlich spannend zu bemerken, dass es dem Menschen überhaupt möglich ist, von Substanzen wie Essen oder Sex abhängig zu werden, die man im Gegensatz zu Alkohol oder Drogen zum Überleben braucht bzw. die zumindest von hoher existentieller Relevanz sind; umso schwieriger ist es deshalb in vielen Fällen, normales von pathologischem Verhalten zu differenzieren. Wie schon in einigen voran gegangenen Beiträgen geschehen, passt es hier besonders gut mit Jim Orford's Bild des »Exzessiven Appetits« einzuleiten. Orford (2001) hat es in seinem Grundlagenartikel wie kaum ein anderer auf den Punkt gebracht: Suchterkrankungen sind im Allgemeinen am besten auf einer Symptomebene zu begreifen, nämlich als Ausdruck eines darunter liegenden Grundkonflikts. Interessanter Weise zeigen bestimmte Gruppen von Menschen einen unterschiedlich großen Appetit hinsichtlich bestimmter Substanzen. Unabhängig von der Art der Drogenwahl (die englische Literatur kennt hier den Ausdruck »drug of choice«) kommt es zu einem exzessiven Gebrauch. Das ist prinzipiell einmal ein unreflektierter Missbrauch, welcher dann in weiterer Folge zu psychischer als auch physischer Abhängigkeit führen kann. Diese Sichtweise wird von der neueren Forschung weiter verfolgt: Ein meines Wissens nach noch nicht in deutscher Sprache erhältlicher Fragebogen (PROMIS; MacLaren & Best, 2010) erfasst insgesamt 16 unterschiedliche Formen des süchtigen Verhaltens, wobei grundsätzlich einmal zwischen hedonistischen (genussbezogenen; engl.: »hedonistic«) Süchten und auf Nahrung bzw. im weiteren Sinne »Nahrung« (engl.: »nuturant«) bezogenen Süchten unterschieden wird. In die erste Gruppe fallen die Abhängigkeiten vom Alkohol, Tabak, Medikamente, Spielen, Koffein, illegale Drogen oder eine zwanghafte (engl.: »compulsive«) Sexualität. In der zweiten Gruppe finden sich zum Beispiel Arbeit, Beziehung, Sport, Essen und Hungern, exzessives Kaufen und zwanghaftes Helfen im Sinne eines erhöhten Altruismus (Thema: Ko-Abhängigkeit). Als ein Hauptergebnis zeigt sich nun ein deutlicher Geschlechtsunterschied für die verschiedenen Facetten des Suchtverhaltens: Frauen neigen signifikant häufiger zu exzessivem Kaufen, aber auch zum übermäßigen Essen bzw. Hungern und finden sich damit stärker in der zweiten Gruppe vertreten. Männer zeigten höhere Werte bei den he-

Drogen als auch Nahrung besitzen die Eigenschaft, durch die Wirkung auf das Belohnungssystem verhaltenssteuernd zu wirken.

donistischen Süchten und hier vor allem beim Alkohol, illegalen Drogen, Tabak und Sex und sind damit eher der ersten Gruppe zuzuordnen. Aus praktisch drogentherapeutischer Perspektive finde ich diese Arbeit besonders interessant, als hier eine Stichprobe von Studierenden befragt wurde. Nicht immer ist es nämlich notwendig das Phänomen Sucht anhand klinischer Gruppen (inklusive seit Jahren bestehenden schweren Abhängigkeiten) zu untersuchen. Geht man davon aus, dass wir uns alle auf einem Kontinuum der Abhängigkeiten bewegen, so liefert die Beforschung non-klinischer Gruppen (in diesem Fall Studierende) besonders hinsichtlich der Entstehung von Sucht wichtige Erkenntnisse. Weitere inhaltliche Bestätigung finden die »exzessiven Appetite« in einer eigenen Arbeit (Wallner-Liebmann et al. 2010): Hier wurden in einer Studie zu Gehinaktivierungen (fMRI) mit normalgewichtigen bzw. adipösen Jugendlichen, Bilder von hochkalorischen Essensreizen gezeigt. Insgesamt ergab sich für die Gruppe der Übergewichtigen eine stärkere hippocampale Aktivierung im Gehirn als bei den Normalgewichtigen. Dies lässt auf eine höhere Erregbarkeit der adipösen Gruppe durch Essensstimuli schließen. Das wiederum darf als eine der Ursachen von Übergewicht gelten. Zu Recht fragen sich nun Volkow und Wise (2005): »How can drug addiction help us understand obesity?« und unternehmen zur Beantwortung dieser Fragestellung einen sehr informativen Rundgang durch die Neurowissenschaften, um die Gemeinsamkeiten als auch die Unterschiede von Sucht und Adipositas herauszuarbeiten. Beide, Drogen als auch die Nahrung besitzen die Eigenschaft, durch die Wirkung auf das Belohnungssystem verhaltenssteuernd zu wirken. Sucht als auch Adipositas sind besonders mit Verstärkungslernen verknüpft – einer genetischen Komponente kommt eher ein geringfügiger Einfluss zu. Wichtig ist dabei aber immer auf die individuellen Unterschiede hinzuweisen: Nicht alle Menschen, welche in Kontakt mit Drogen kommen, werden süchtig – nicht alle Menschen, die in Kontakt mit hochkalorischem Essen kommen, werden adipös. Evolutionsgeschichtlich betrachtet, kam es immer schon zu einer Überschneidung der biologischen Mechanismen von Sucht und übermäßiger Nahrungsaufnahme. Im Tierreich blockiert der Opiat-Antagonist Naloxon die Nahrungsaufnahme bei Affen bis hin zu Schnecken und sogar



schon bei Amöben (Kavaliers & Hirst, 1987). Allerdings ist die Fähigkeit den Dopamin-Gehalt im Belohnungskreislauf des Gehirns zu steuern der am weitesten etablierte Mechanismus, den das Essen und die Drogeneinnahme gemeinsam haben. Dem entsprechend schwächt eine pharmakologische Blockade oder eine (experimentelle) Beschädigung auch den Belohnungseffekt, der durch Essen und Drogen ausgelöst wird (Wise & Rompre, 1987). Das übermäßige Füttern (engl: »Feeding«) findet sich darüber hinaus auch als eine Form der Sexualstörung diskutiert. Hier empfindet die oder der »Feeder« (meist ist es der Mann) sexuelle Lust dabei, seine/n Sexualpartner/in (meist ist es die Frau) anzufüttern, bis diese/dieser ein deutliches Übergewicht erreicht hat. Die gemästete Person (»Feedee«) wird dann durch ihr adipöses Erscheinungsbild als besonders sexuell attraktiv empfunden (Terry et al., 2012) – auch hier ist wohl ziemlich eindeutig eine Überlappung mit herkömmlichen Suchterkrankungen zu erkennen. Es ist des Weiteren interessant zu bemerken, dass »craving« (starkes/süchtiges Verlangen) in der englischsprachigen Fachliteratur sowohl für das süchtige Verlangen nach Drogen (»drug craving«) als auch für das süchtige Verlangen nach Essen (»food craving«) angewandt wird (Pelchat, 2002). Dementsprechend findet sich vor allem in der jüngeren Fachliteratur der Bereich der »food addiction« (Esssucht) näher beschrieben (Blumenthal & Gold, 2010; Gold et al., 2009): Bei dieser Erkrankung leiden die Betroffenen unter Heißhungerattacken, bei denen große Mengen, meist hochkalorischer Nahrung verschlungen werden. Auch in diesem Zusammenhang heben die AutorInnen die gemeinsamen neurobiologischen Ursachen von Drogenabhängigkeit und Essstörungen hervor. Allerdings ist einschränkend zu erwähnen, dass die Essenaufnahme noch zusätzlich durch ein peripheres Signalsystem gesteuert wird; dies verweist nun einerseits auf die Komplexität der Regulationsmechanismen des Körpers bei der Nahrungsaufnahme, andererseits aber auch auf die Schwierigkeit, was die Entwicklung von geeigneten Behandlungsansätzen pathologischer Essgewohnheiten angeht. Insgesamt ergibt sich durch Blumenthal und Gold (2010) ein interessanter Hinweis zur möglichen Weiterbeforschung von Esssüchten: Viel wurde bereits hinsichtlich der süchtig machenden Wirkung von Zucker und Fett gearbeitet - man weiß allerdings noch sehr wenig über die süchtig machende Wirkung von Salz bzw. auch über die Interaktion von Salz mit anderen süchtig machenden Substanzen. Hier könnte sich eine interessante neue Forschungsrichtung ergeben. Aus therapeutischer Perspektive lässt sich auf der Basis jüngerer For-

schungsbemühungen (Blumenthal et al., 2010) damit schließen, dass pharmakologische als auch verhaltensorientierte Behandlungsansätze, die sich bereits im Bereich der Suchtbehandlung als allgemein hilfreich erwiesen haben, auch für die Essstörungen anwendbar sein sollten. ■

Literatur

- Blumenthal, D. M., & Gold, M. S. (2010). Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13(4), 359-365.
- Gold, M. S., Graham, N. A., Cocores, J. A., & Nixon, S. J. (2009). Food addiction?. *Journal of Addiction Medicine*, 3(1), 42-45.
- Kavaliers, M., & Hirst, M. (1987). Slugs and snails and opiate tales: opioids and feeding behavior in invertebrates. *Federation proceedings*, 46 (1), p. 168.
- Orford, J. (2001). Conceptualizing Addiction: Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96, 15-31.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2010). Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive behaviors*, 35(3), 252-255.
- Pelchat, M. L. (2002). Of human bondage: food craving, obsession, compulsion, and addiction. *Physiology & Behavior*, 76(3), 347-352.
- Terry, L. L., Suschinsky, K. D., Lalumière, M. L., & Vasey, P. L. (2012). Feederism: An Exaggeration of a Normative Mate Selection Preference?. *Archives of sexual behavior*, 41(1), 249-260.
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity?. *Nature neuroscience*, 8(5), 555-560.
- Wallner-Liebmann, S.J., Koschutnig, K., Reishofer, G., Ebner, F., Blaschitz, B., Kruschitz, R., Unterrainer, H.F., Gasser, R., Bauer-Denk, C., & Mangge, H. (2010). Insulin and hippocampus activation in response to images of high-calorie food in adolescent obesity. *Obesity*, 18 (8), 1552-1557.
- Wise, R. A., & Rompré, P. P. (1989). Brain dopamine and reward. *Annual review of psychology*, 40(1), 191-225.



PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer
Klinischer und Gesundheitspsychologe,
Psychotherapeut, Universitätslektor
Leitung des Zentrums für Integrative
Suchtforschung im Verein »Grüner Kreis«

Wenn die Seele um Hilfe ruft

Essen und Nicht-Essen als Problemlöseversuche

Mag.^a Michaela Langer

»Seit ich 15 bin, bestimmt das Essen und alles, was damit zusammenhängt, mein Leben. Alles dreht sich nur darum: was ich esse, wie viel oder wie wenig. Die Waage bestimmt mein Leben: Was ich wert bin, hängt alleine von ihr ab. Meine Gefühle und Gedanken werden durch das Zu- und Abnehmen von wenigen hundert Gramm bestimmt.

Jetzt bin ich 31. Eigentlich sollte ich mein Leben fest im Griff haben, aber leider ist es umgekehrt: nicht ich habe mein Leben im Griff, sondern das Leben - oder besser gesagt: das Essen und Nicht-Essen - hat mich im Griff.

Meine Gefühle sind wie abgestorben und ich gehe völlig kalt und gleichgültig an die Dinge heran. Es ist, als würde mein Kopf in Watte stecken, die mich total von der Außenwelt abschottet. Ich glaube, das hängt damit zusammen, dass ich nichts mehr anderes gewohnt bin, als zu essen anstatt zu fühlen. Ich habe Angst: Ich esse. Ich fühle mich überfordert: Ich esse. Und so geht das immer weiter!

Jede Sekunde meines Denkens wird von Essen oder Nicht-Essen beherrscht. Ich leide darunter und gleichzeitig gibt mir das Hungern auch Kraft: Ich kann damit meine Stärke und meinen Willen beweisen. Wenn ich schon sonst nichts kann und nichts wert bin: das Hungern gibt mir Halt.

Meinem Körper habe ich mit meiner Essstörung schon Schäden zugefügt. Vor zwei Jahren wurden im Rahmen einer Routineuntersuchung meine Blutwerte gemessen und einige waren nicht in Ordnung. Die Ärztin hatte keine Erklärung dafür und ich habe ihr auch nicht von meiner Essstörung erzählt.

Ich will nicht mehr so weiter machen! Ich will mein Leben selbst bestimmen und mich nicht von meiner Essstörung bestimmen lassen. Ich will nicht mehr dahinvegetieren und mit Scheuklappen durch die Welt laufen ... und die Augen vor mir selbst verschließen ...«

Essen hat für Sonja^{*} nichts mehr mit dem zu tun, worum es gehen sollte: sich physisch zu nähren, dem Körper Kraft zu geben und über den Genuss der Nahrung auch Freude – oft im sozialen Verband beim gemeinsamen Beisammensitzen – zu empfinden.

Essstörungen sind schwere psychische Erkrankungen und weisen auf Probleme hin, die auf seelischer Ebene nicht verarbeitet werden können. Für Sonja hat Essen oder Nicht-Essen eine missbräuchliche Funktion: sie versucht, über die Kontrolle ihrer Nahrungsaufnahme und ihres Körpergewichtes Probleme zu lösen und Herausforderungen des Lebens zu bewältigen, die sich damit aber nicht lösen oder bewältigen lassen. In diesem Sinne können Essstörungen als misslungene Problemlöseversuche verstanden werden.

Essen oder Nicht-Essen bieten in einer für Sonja instabilen und unkontrollierbaren Um- und Innenwelt eine Möglichkeit der Stabilität und Kontrolle. Ihr Leben kreist zwanghaft um Essen bzw. Nicht-Essen. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind nicht möglich. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, steht in ihren

Augen für Gier und Haltlosigkeit, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden, zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht und wird als Kraft und Stärke wahrgenommen.

Ihr psychisches Wohlbefinden macht Sonja von der Kontrolle des Essverhaltens abhängig. Dahinter stehen ein geringer Selbstwert genauso wie Ängste, nicht geliebt zu werden, wenn sie Anforderungen ihrer Umwelt nicht genügt, oder die Unfähigkeit, mit Gefühlen wie Wut, Ärger, Frustration oder Zurückweisung umzugehen: Essstörungen offenbaren einen Hunger der Seele.

Gesellschaftliche Ideale als Nährboden für Essstörungen

Essstörungen sind eine logische Übertragung unserer gesellschaftlichen Wertvorstellungen auf eine individuelle Ebene: leistungsorientiert, konkurrenzierend, perfektionistisch, ehrgeizig, exzessiv und übertrieben. Eigenschaften, die bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen auf die Spitze getrieben zu finden sind.

Zu diesen für Essstörungen anfällig machenden Werten kommt hinzu, dass Menschen noch nie zuvor in der Geschichte in ihrer Wahrnehmung des Körpers durch Bilder so visuell dominiert, manipuliert und verunsichert worden sind wie in den letzten Jahrzehnten durch mediale Bilderbotschaften in Zeitungen, Magazinen, Fernsehen, Plakatwände, Prospekte, Internet und soziale Medien.

Vor allem der weibliche Körper ist vielfältigen gesellschaftlichen Normierungen und wirtschaftlichen Interessen unterworfen. Die für Mädchen und Frauen seit mehr als 50 Jahren geltenden untergewichtigen und unerreichbaren Schönheits- und Körpernormen unserer Gesellschaft haben auf deren Psyche und Wahrnehmung dramatische Auswirkungen. Vergleiche mit gesellschaftlichen und medialen zumeist untergewichtigen Vor-Bildern erzeugen eine erhöhte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für Risikofaktoren wie Überbewertung des Aussehens und Diäten. Diäten wiederum sind die Einstiegsdroge in Essstörungen wie Magersucht, Bulimie oder Esssucht. Selbstverständlich sind gesellschaftliche Körpernormen nicht alleine ausschlaggebend dafür, dass gestörtes Essverhalten und Essstörungen auftreten, aber sie bilden dafür den geistigen Nährboden.

Familiäre Strukturen und gestörtes Essverhalten

Neben gesellschaftlichen Einflussfaktoren spielen auch familiäre Aspekte bei der Entstehung von Essstörungen eine wesentliche Rolle. Oft findet man in der Familiengeschichte von Frauen und Mädchen mit Essstörungen Generationen übergreifende problematische Beziehungsmuster, rigide familiäre Wertvorstellungen, auf gesellschaftliche Normen und Konventionen wie Leistung und Perfektionismus übermäßig bedachte Werthaltungen und ein asketisches Familienideal,

^{*} Erfahrungsbericht sowie Name wurden geändert und anonymisiert, um keine Rückschlüsse auf reale Personen zuzulassen.

in dem eigene Wünsche, Bedürfnisse, Gedanken und Wahrnehmungen nicht sein dürfen und Sexualität ebenso wie jede andere Art von Genuss als negativ und nicht erstrebenswert erscheinen.

Häufig besteht in der Familie eine Unfähigkeit, Konflikte konstruktiv zu bearbeiten und zu lösen. »In unserer Familie konnte man nie diskutieren. Eine Diskussion bedeutete bereits Streit. Streit war die Zerstörung von Harmonie. Die Zerstörung der Harmonie bedeutete die Zerstörung der Familie.«: so beschreibt eine junge Frau die Pseudoharmonie in ihrer Familie, die dazu führte, dass Konflikte nicht gelöst, sondern unter den Teppich gekehrt wurden.¹

Das Kind lernt in diesem Familienklima kein Bewusstsein für Autonomie und Abgrenzung. Die Auswirkungen dieser fehlenden Autonomie führen dazu, dass das Vertrauen in die eigenen inneren Kraftquellen, Ideen, Fähigkeiten und autonomen Entscheidungen unterentwickelt ist und sich dies in geringem Selbstwertgefühl äußert. Jugendliche, die in diesem Familienklima aufwachsen, sind häufig nicht davon überzeugt, einen eigenen Wert zu haben, also wertvoll zu sein, so wie sie sind, sondern sie setzen alles daran, dem Bild zu entsprechen, das andere von ihnen haben. Sie sind ständig darum bemüht, das zu tun, von dem sie glauben, dass andere es von ihnen erwarten.²

Heilung und Vorbeugung

Magersucht, Bulimie und Esssucht haben gemeinsam, dass sie überwiegend bei Mädchen und Frauen auftreten. 90 bis 97% der von Essstörung Betroffenen sind Mädchen und junge Frauen.^{3,4} In Österreich schätzt man, dass rund 200.000 Frauen und Mädchen einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkranken.⁵ Die Dunkelziffer liegt vermutlich viel höher, denn Essstörungen sind »heimliche« Erkrankungen: Betroffene verschweigen und verstecken aus Scham und Angst ihre Erkrankung. Familie, Partner, Freunde und wichtige Bezugspersonen ahnen oftmals monate- oder jahrelang nichts von der Essstörung. Auch Sonja offenbarte sich nicht ihrer Ärztin, als sich diese die schlechten Blutwerte nicht erklären konnte. Betroffene brauchen eine gewisse Zeit, bis der Mut groß genug ist, sich an jemanden zu wenden und Hilfe zu suchen.

Essstörungen sind heilbar und das umso besser, je früher die Essstörung erkannt wird Grundsätzlich ist Psychotherapie die Methode der Wahl, um manifeste Essstörungen zu behandeln. Oftmals ist eine begleitende medizinische Betreuung aufgrund der vielfach körperlichen Symptome notwendig.

Genauso wesentlich wie die therapeutische Behandlung ist die präventive Arbeit. Es gilt, Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu fördern und das in der (Klein) Familie, dem sozialen Nahraum und auf breiter gesellschaftlicher Ebene. Unser Augenmerk muss darauf liegen, selbstsichere Kinder groß zuziehen, die ihren Selbstwert nicht über Aussehen, Schlankheit und Angepasst-Sein definieren. Es ist unsere Aufgabe, ihnen das Handwerkszeug zur konstruktiven Konfliktlösung zu vermitteln, Autonomie und eigene Entscheidungsfähigkeit zu fördern und ihnen begreiflich zu machen, dass verantwortungsvolles Grenzen setzen und Nein-Sagen eine zu sich selbst liebevolle Handlung und nicht Ungehorsam ist und daher sein darf.

Auch in Kindergarten und Volksschule ist es erforderlich, auf (Körper-)Selbstwertstärkung abzielen und – we-

sentlich angesichts der tausenden Bilder von idealisierten und retuschierten Körpern in den Medien, mit denen wir wöchentlich konfrontiert sind – Kinder und Jugendliche in kritischer Auseinandersetzung mit Medien zu unterrichten. Ebenso sind wichtige Bezugspersonen wie KindergärtnerInnen, Lehrkräfte, TrainerInnen darin zu schulen, bei Kindern die Entwicklung einer positiven Körperwahrnehmung zu fördern und Körperstigmatisierung und körperbezogenen Spott wahrzunehmen und entschieden dagegen aufzutreten.

Letztendlich müssen aber selbstwertstützende und körperbejahende Maßnahmen global stattfinden, denn auch die krankmachenden Bilder und Botschaften kommen von global agierenden Medien- und Wirtschaftsunternehmen. Hier sind Initiativen auf EU- und WHO-Ebene gefragt. Wesentlich wären Richtlinien für Wirtschaftskonzerne, um der riesigen Anzahl von krankmachenden Darstellungen von Mädchen und Frauen in Werbung und Marketing entgegenzuwirken. In Österreich besteht die Möglichkeit, beim Österreichischen Werberat Beschwerde gegen unethische, diskriminierende, sexistische oder gesundheitsschädigende Werbesujets einzulegen. Je mehr Menschen diese Möglichkeit unter www.werberat.at nutzen, desto schneller wächst in dieser Branche die Aufmerksamkeit dafür. Die »Initiative S-O-Ess – Gemeinsam gegen ungesunde Körperideale«, die das Wiener Programm für Frauengesundheit 2007 unter der Leitung von Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger ins Leben gerufen hat, versucht in Wirtschaft, Mode und Werbung ein Bewusstsein und soziale Verantwortung für deren Einfluss für das Auftreten von Essstörungen zu schaffen.

Ziel all dieser Maßnahmen muss es sein, einen gesellschaftlichen Wandel einzuleiten: soziale Anerkennung, Wertschätzung und Erfolg müssen von Aussehen, Gewicht und Körperform entkoppelt werden, damit Frauen und Mädchen - und zunehmend auch Burschen und Männer - nicht länger unter Druck geraten, ihren Selbstwert an Waage und Maßband zu messen. ■

Literatur

1. Gerlinghoff, M., Backmund H. (2000). Was sind Essstörungen? Beltz-Verlag
2. Bruch, H. (1996). Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main
3. Lindblad R., Lindberg., Hjern A.(2006);. Anorexia Nervosa in Young Men. International Journal of Eating Disorders 39:8
4. Krüger, Reich, Buchheim, Cierpka (1997). Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In Reich, G., Cierpka, M. Psychotherapie der Essstörungen. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York
5. Rathner G. (1999). Was Sie über Essstörungen wissen sollten. Netzwerk Essstörungen: Innsbruck



Mag.^a Michaela Langer

Klinische und Gesundheitspsychologin mit Schwerpunkt Frauengesundheit

Stellvertretende Leiterin Wiener Programm für Frauengesundheit der Stadt Wien

michaela.langer@wien.gv.at

Neurofeedback in der Therapie der Anorexia nervosa

»NEUROAN-Studie«

Mag.^a Nina Lackner

Der Einsatz neurowissenschaftlicher Verfahren zur Untersuchung der Pathophysiologie von Essstörungen gewann in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Aus kürzlich veröffentlichten Studien geht hervor, dass PatientInnen mit Anorexia nervosa im Gegensatz zu Gesunden deutliche Veränderungen der Hirnaktivität (gemessen via Elektroenzephalographie, EEG) aufweisen (Jáuregui-Lobera, 2012, Rodriguez et al., 2007). Die EEG-Defizite konnten vor allem im Bereich der Alpha- (Frequenzbereich: 8 - 12 Hz) und Beta-Aktivierung (Frequenzbereich: 13 - 22 Hz) nachgewiesen werden. Hatch und ihre KollegInnen (2011) fanden ebenfalls eine verminderte Alpha und erhöhte Beta-Aktivität im Gehirn anorektischer Patientinnen, was als Überaktivierung des zentralen Nervensystems (»hyperarousal«) interpretiert wurde. Bei Süchtigen steht ein derartiges EEG-Muster mit einer erhöhten Rückfallsrate und geringerer Abstinenzdauer in Zusammenhang (Bauer, 2000; Saletu-Zyhlarz, 2004). Darüber hinaus konnte eine geringe Alpha-Frequenzleistung mit Unruhe und Anspannung, aber auch depressiven und Angstzuständen in Zusammenhang gebracht werden (Green & Green, 1977). Hatch et al. (2011) wiesen jedoch daraufhin, dass sich die beobachteten EEG-Defizite nach Gewichtszunahme wieder normalisierten. Dennoch bleibt der Zusammenhang zwischen EEG-Veränderungen, Body Mass Index und Krankheitsdauer nach wie vor unklar (Jáuregui-Lobera, 2012).

Neurofeedback, auch EEG-Biofeedback, erfolgt auf dem Prinzip der operanten Konditionierung und strebt die kurz- und langfristige Erhöhung bzw. Senkung diverser EEG-Frequenzbändern an. Neurofeedback findet Anwendung zur Behandlung einer Vielzahl neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen, insbesondere dann, wenn Dysfunktionen der Gehirnaktivität vorliegen. Bekannte Einsatzgebiete sind unter anderem ADHS, Epilepsie, Angststörungen, depressive Störungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. Bei Gesunden konnte durch die Gabe von Neurofeedback eine Erhöhung der kognitiven Fähigkeiten (Angelakis et al., 2007), insbesondere eine Verbesserung in der Aufmerksamkeit- und Gedächtnisleistung sowie in der Stimmung und in den kreativen Leistungen von KünstlerInnen beobachtet werden (Gruzelier et al., 2006). Ebenso konnte gezeigt werden, dass sich durch Neurofeedback extreme Persönlichkeitsprofile normalisieren und eine Verbesserung der Befindlichkeit auch langfristig erzielt werden kann (Raymond et al., 2005). Bei SuchtpatientInnen konnte eine hohe Erfolgsquote hinsichtlich Abstinenzaufrichterhaltung und Rückfallvermeidung mit dem Einsatz von Alpha/Theta-Neurofeedback erzielt werden (Peniston & Kulkosky, 1989).

Neurofeedback im klinischen Kontext liegt der Annahme zugrunde, dass das Erlernen von Selbstregulation und die Erkenntnis der bewusst willentlichen Steuerung physiologi-

scher Prozesse einen positiven Einfluss auf das Krankheitserleben sowie die Krankheitsverarbeitung ausübt. Darüber hinaus wird vermutet, dass eine Erhöhung im Alpha-Band (8-12 Hz) mit psychologischem Wohlbefinden, Entspannung und reduzierter psychiatrischer Symptomatik im Zusammenhang steht (Hammond, 2005). Aufgrund der vorliegenden Befunde steht derzeit die Erforschung von Neurofeedbackprozessen bei klinischen Stichproben, insbesondere bei PatientInnen mit geringer Compliance oder Medikamentenmissbrauchsrisiko im Vordergrund. Der Einsatz von EEG-Biofeedback bei Patientinnen mit Anorexia nervosa kann als explorativ eingestuft werden und wird erstmals im Rahmen der NEUROAN Studie auf der Psychosomatischen Station der Universitätskinderklinik in Graz untersucht.

Im Rahmen dieser Interventionsstudie erfolgt die Gabe von Neurofeedback zwei Mal wöchentlich über einen Zeitraum von fünf Wochen. Ziel des Neurofeedbacktrainings stellt eine Erhöhung der individuellen Alpha-Frequenz dar, wo-

durch auch Auswirkungen auf Symptomatik und Befindlichkeit bei Magersüchtigen erwartet werden. Zur Evaluierung der Effekte des Neurofeedbacktrainings sollen zwei Gruppen (Anorexie-Patientinnen mit vs. ohne Neurofeedback) untersucht werden. Zur Erfassung der klinischen Variablen wird vor

und nach dem Training eine ausführliche psychologische Testbatterie vorgegeben. Hierbei kommen klinische Persönlichkeitstests sowie Verfahren zur Erfassung des Essverhaltens und der psychischen Symptomatik zum Einsatz. Ebenfalls werden Gewichtsparameter, Befindlichkeitsmaße und ein Elektrokardiogramm erhoben. Eine Follow-up-Erhebung nach zwölf Wochen soll die längerfristigen Effekte des Neurofeedbacktrainings aufzeigen.

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich beide Patientinnen-Gruppen (mit und ohne Neurofeedback), in den meisten untersuchten klinischen Parametern, verbessern (Body Mass Index, psychische Symptomatik, etc.). Dies spricht für die Effizienz der Therapie am Univ. Kinderklinikum Graz. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass sich in manchen Skalen zum Essverhalten (z.B. »Störbarkeit des Essverhaltens« aus dem Fragebogen zum Essverhalten bzw. »Essen und Kontrollverlust« aus dem Fragebogen zur Erfassung dysfunktionaler Kognitionen bei Essstörungen) signifikante Verbesserungen in der Neurofeedbackgruppe im Vergleich zur nicht-trainierten Kontrollgruppe zeigen (diese blieb unverändert). Durch die Skala »Störbarkeit des Essverhaltens« wird erfasst, inwieweit Patientinnen bei der Nahrungsaufnahme durch situative Faktoren (wie Geruch / Anblick von Speisen) oder durch emotionale Befindlichkeiten beeinflusst werden. Die Skala »Essen und Kontrollverlust« kennzeichnet Gedanken, die den mit einem Essanfall einhergehenden Kontrollverlust sowie kompensatorisches Verhalten thematisieren.

Neurofeedback, auch EEG-Biofeedback, erfolgt auf dem Prinzip der operanten Konditionierung und strebt die kurz- und langfristige Erhöhung bzw. Senkung diverser EEG-Frequenzbändern an.

Zusammenfassend zeigen die ersten Ergebnisse, dass sich ein zusätzliches Neurofeedbacktraining in der Therapie von Anorexia nervosa günstig auf dysfunktionale Kognitionen in Bezug auf das Essverhalten auswirkt. Ebenso weisen Patientinnen nach dem Neurofeedbacktraining über mehr Selbstkontrolle in Bezug auf essanfallbezogene Gedanken auf. Die expliziten Veränderungen in der Hirnaktivität und deren Zusammenhänge mit psychologischen Variablen sollen in weiterer Folge analysiert werden und werden gegebenenfalls weitere Evidenz für die Wirksamkeit einer Neurofeedback-Therapie in der Behandlung der Anorexia nervosa liefern.

Literatur

Angelakis E., Stathopoulou S., Frymiare J.L., Green D.L., Lubar J.F. & Kounios J. (2007). EEG Neurofeedback: A brief overview and an example of peak alpha frequency training for cognitive enhancement in elderly. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 110-129.

Bauer, L.O. (2001). Predicting relapse to alcohol and drug abuse via quantitative electroencephalography. *Neuropsychopharmacology*, 25, 332-333.

Green, E. E. & Green, A. M. (1977). *Beyond Biofeedback*. San Francisco. Delacarte.

Gruzelier, J., Egner, T., & Vernon, D. (2006). Validating the efficacy of neurofeedback for optimising performance. *Progress in brain research*, 159, 421-431.

Hammond, D. C. (2005). Neurofeedback with anxiety and affective disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 14, 105-123.

Hatch, A., Madden, S., Kohn, M. R., Clarke, S., Touyz, S., Gordon, E., & Williams, L. M. (2011). EEG in adolescent anorexia nervosa: impact of refeeding and weight gain. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 65-75.

Jáuregui-Lobera, I. (2012). Electroencephalography in eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 8, 1.

Peniston, E.G. & Kulkosky, P.J. (1989). Alpha-theta brainwave training and beta-endorphin levels in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 13, 271-279.

Raymond, J., Varney, C., Parkinson, L. A., & Gruzelier, J. H. (2005). The effects of alpha/theta neurofeedback on personality and mood. *Cognitive Brain Research*, 23, 287-292.

Rodriguez, G., Babiloni, C., Brugnolo, A., Del Percio, C., Cerro, F., Gabrielli, F., ... & Ferro, A. M. (2007). Cortical sources of awake scalp EEG in eating disorders. *Clinical neurophysiology*, 118, 1213-1222.

Saletu-Zyhlarz, G. M., Arnold, O., Anderer, P., Oberndorfer, S., Walter, H., Lesch, O. M., ... & Saletu, B. (2004). Differences in brain function between relapsing and abstaining alcohol-dependent patients, evaluated by EEG mapping. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 233-240.



Mag. Nina Lackner ist Klinische- und Gesundheitspsychologin und Leiterin des Forschungsprojektes NEOROAN an der Universitätskinderklinik Graz, das in Kooperation der Karl-Franzens Universität Graz und der Medizinischen Universität Graz durchgeführt wird. Sie ist darüber hinaus wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz.



Die Behandlung von Essstörungen in der »Therapeutischen Gemeinschaft«

Mag.^a Karin Bertuzzi

Im klinischen Alltag ist es unbestritten, dass bei Suchterkrankungen eine hohe Anzahl an Komorbiditäten vorliegt, was durch eine Vielzahl an Studien bereits bestätigt werden konnte. Insbesondere bei substanzabhängigen Frauen ist ein vermehrtes Auftreten von Essstörungen zu erkennen. Es erscheint daher nicht besonders verwunderlich, dass wir in unserer Einrichtung »Hotel Binder«, einem Haus, in welchem suchtkranke Frauen und Mütter mit ihren Kindern behandelt werden, oftmals in unserer Arbeit mit auffälligem Essverhalten bzw. mit ausgeprägten Essstörungen konfrontiert sind. Vor Therapieantritt müssen unsere Frauen einen körperlichen Entzug absolvieren, um bei uns aufgenommen werden zu können. Viele unserer Frauen versuchen das »Wegfallen« der Substanz mit ihrem Essverhalten zu kompensieren, was häufig mit einer Gewichtszunahme einhergeht. Gerne wird eine plötzliche Gewichtszunahme und der daraus resultierende Beginn einer Diät als »Einstiegsdroge« für eine Essstörung bezeichnet, jedoch lässt sich bei unseren Frauen anamnestisch erheben, dass viele bereits vor ihrem Substanzkonsum bzw. in Phasen der Abstinenz an einer Essstörung gelitten haben. Liegt eine Essstörung vor, handelt es sich bei unseren Klientinnen meist um folgende drei Formen: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge Eating Disorder (Heißhungeranfälle).

Die Anorexia nervosa ist eine Störung des Essverhaltens, von der zu 95% Mädchen und junge Frauen betroffen sind. Kennzeichnend ist ein durch extreme Diät oder andere gewichtsreduzierende Maßnahmen hervorgerufener Gewichtsverlust. Die Betroffenen haben den Wunsch, schlank zu sein und eine ausgeprägte Angst davor, dick zu werden. Das Verhältnis zum eigenen Gewicht, zur eigenen Figur und die Wahrnehmung der eigenen Körpererscheinung sind verändert. Die Patientinnen fühlen sich – unabhängig vom tatsächlichen Gewicht – zu dick und können die eigene Figur und ihren Körper nicht realistisch wahrnehmen oder darstellen. Die Gewichtsabnahme wird meist durch Vermei-

den hochkalorischer Nahrungsmittel und Diäten herbeigeführt. Ein Teil der Betroffenen induziert selbst Erbrechen und missbraucht Abführmittel oder Appetitzügler. Zwar ist deren Einnahme in unseren Einrichtungen grundsätzlich untersagt, eine sichere Kontrolle ist aber schwer durchführbar.

Die Bulimia nervosa ist eine Erkrankung, welche durch wiederholte Attacken von Heißhunger – sogenannte »Fressanfälle« – meist gefolgt von selbst herbeigeführtem Erbrechen gekennzeichnet ist.

Die »Fressattacken« und das anschließende selbstinduzierte Erbrechen werden verheimlicht, da diese häufig mit Scham- und Schuldgefühlen besetzt sind. Die Betroffenen beschäftigen sich fast permanent mit allem, was Essen, Kalorien, Körpergewicht, Diät und Figur betrifft. Sie haben ein sehr schlankes Körperidealbild und eine übersteigerte Furcht vor einer Gewichtszunahme.

Betroffene, die unter Binge Eating leiden, konsumieren innerhalb kurzer Zeit ungewöhnlich große Mengen an Nahrungsmitteln und haben dabei das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können. Häufig essen sie dabei besonders schnell und ohne das Gefühl, hungrig zu sein. Die Essanfälle werden oft aus Scham geheim gehalten. Nach einem Anfall treten Gefühle von Ekel, Schuld oder Deprimiertheit auf. Die Betroffenen leiden sehr unter diesen Anfällen, jedoch ergreifen sie im Gegensatz zu Bulimikern keine Gegenmaßnahmen, wie Erbrechen, restriktives Essverhalten oder Sport, um einer Gewichtszunahme zu entgehen.

Wie eingangs schon erwähnt, wird das Erreichen eines bestimmten Körpergewichtes gerne als Auslöser einer Essstörung angesehen, wobei es sich dabei um eine äußerst oberflächliche Betrachtungsweise zu handeln scheint, vielmehr liegen die Ursachen im persönlichen, familiären, sozialen und biologischen Bereich. Die Entwicklung einer Essstörung fand bei unseren Klientinnen häufig am Beginn ihrer Pubertät statt, in einer Phase, in der sich der Körper sehr stark verändert und eine Identifikation mit der weib-



lichen Rolle mit massiven Ängsten behaftet ist. Um diesen Ängsten zu entgehen, haben einige unserer Frauen versucht, die körperliche Entwicklung durch die Magersucht zu bremsen, um somit den Körper wieder auf ein vorpubertäres Stadium zu bringen. Diese Kontrolle über den eigenen Körper scheint oftmals die einzige beeinflussbare Komponente im Leben zu sein, weshalb es häufig in Lebensabschnitten, welche von massiven Veränderungen geprägt sind, zu einer Entwicklung von Essstörungen kommt. Die bestehende Unsicherheit und das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, Situationen meistern zu können, hat zur Folge, dass ein meist schon bestehendes niedriges Selbstwertgefühl zusätzlich vermindert wird. Die vermeintliche Kontrolle über die Nahrungsaufnahme und somit über den eigenen Körper zu besitzen, ist für viele Frauen die einzige positive Eigenschaft, welche sie sich selbst zuschreiben und somit ihr Selbstwertgefühl zu steigern versuchen. In unserer Arbeit mit substanzabhängigen Frauen, welche zudem an einer Essstörung leiden, ist es unabdingbar, familiäre Strukturen und das soziale Umfeld im Zusammenhang mit der Entstehung ihrer Erkrankung, näher zu betrachten. Innerhalb der Ursprungsfamilien essgestörter Patientinnen scheint es »Gesetze« zu geben, an die sich unsere Frauen von Kindesalter an zu halten hatten. Allem voran handelt es sich dabei um Leistungsorientierung, Pflichtbewusstsein und Ordnungssinn. Die Priorität lag und liegt auf dem nach außen getragenen Bild, wobei der Schein einer perfekten Familie aufrecht erhalten werden soll. Nicht zuletzt durch diesen Umstand haben viele unserer Frauen auch die Erfahrung gemacht, Liebe und Anerkennung erst nach erbrachter Leistung zu erfahren, sowie eigene Gefühle und Bedürfnisse nicht artikulieren zu dürfen. Einen adäquaten Umgang mit Emotionen zu erlernen oder diese auszuleben, blieb vielen unserer Klientinnen verwehrt, weshalb sie, um diese regulieren zu können, Substanzen konsumiert oder eben auch ein abnormes Essverhalten entwickelt haben. Es scheint sehr viele Parallelen zwischen einer Essstörung und einer Substanzabhängigkeit zu geben. Sowohl der Konsum einer Substanz, als auch ein abnormes Essverhalten sollen Gefühle und Befindlichkeiten regulieren und Probleme lösen, die ansonsten unlösbar erscheinen. Das hat zur Folge, dass unsere Frauen im Zuge ihrer Therapie immer wieder mit Situationen oder Emotionen konfrontiert werden, welche sie in der Vergangenheit mit dem Konsum von Substanzen bewältigt haben. Da in unserer Einrichtung aber ausschließlich abstinenten Frauen behandelt werden, fehlt ihnen in besagten Lebenssituationen diese Form der Bewältigungsstrategie und sie finden im auffälligen Essverhalten eine scheinbar gute Alternative, um diese Situationen meistern zu können. Das Essen wird sozusagen als Suchtmittel eingesetzt, es hilft, innere Spannungen zu lösen und oftmals wird auch dieses Gefühl der inneren Leere damit ausgefüllt. Bezugnehmend auf das Gefühl der inneren Leere ist festzuhalten, dass einige Frauen weder an Magersucht noch an Bulimie erkranken, sondern versuchen, das Gefühl mit übermäßiger Nahrungszufuhr zu regulieren, ohne sich anschließend durch selbstinduziertes Erbrechen wieder erleichtern zu müssen.

Grundsätzlich wird der Tagesablauf bei Betroffenen durch die intensive gedankliche Beschäftigung wesentlich vom Essen bestimmt, was zur Folge haben kann, dass womöglich auftretende Gefühle im Vorhinein gehemmt werden. Die Frauen versuchen, sich bewusst oder auch unbewusst

vor scheinbar nicht aushaltbaren Emotionen zu schützen. Die Erkenntnis zu erlangen, dass es sich im Wesentlichen um eine Verlagerung der Sucht und in keinster Weise um eine geeignete Alternative zur Substanzabhängigkeit handelt, erfordert sehr viel Zeit, da unsere Patientinnen dazu neigen, ihr Essverhalten einer gewollten Gewichtsreduktion zuzuschreiben bzw. ihr Verhalten zu bagatellisieren, was nicht zuletzt darauf rückzuführen ist, dass eine Essstörung oftmals schambesetzt ist und das eigene Erbrechen oftmals als ekelhaft bezeichnet wird. Darüber hinaus haben die Frauen auch Bedenken, ihr abnormes Essverhalten offen zu legen, da sie massive Ängste haben, ihre scheinbar noch einzig funktionierende Problemlösestrategie aufgeben zu müssen, aber auch das Gefühl haben, das einzig Kontrollierbare in ihrer aktuellen Situation zu verlieren.

Aus diesen Gründen ist eine ausführliche Psychoedukation im Zuge der Behandlung unabdingbar und es gilt, gemeinsam mit den Patientinnen, Zusammenhänge zwischen bestehenden Situationen und dem Essverhalten zu erarbeiten. Im Gegensatz zu einem »verbotenem« Substanzkonsum, welcher durch Harntests nachweisbar ist, sind wir bei unserer Arbeit, in Bezug auf das Essverhalten, auf die Offenheit und die Veränderungsmotivation unserer Frauen angewiesen, da Veränderungen im Essverhalten nicht zwangsläufig auffällig sind und im Falle einer Essstörung, ein Rückfall nicht direkt reglementierbar ist. Ein weiterer wesentlicher Unterschied, der in der Behandlung ebenfalls zu tragen kommt, besteht in der Verfügbarkeit. Im Normalfall werden unsere Frauen frühestens nach drei Monaten, bei ihren Ausgängen, mit den unterschiedlichen Substanzen konfrontiert, hingegen bei Essstörungen, von Beginn an, da eine tägliche Auseinandersetzung mit dem »Suchtmittel« stattfindet. Besteht der Verdacht, dass eine unserer Frauen ein abnormes Essverhalten entwickelt oder schon äußere Anzeichen, wie beispielsweise ein radikaler Gewichtsverlust, zu erkennen sind, wird in Kooperation mit unserem medizinischen Team das Gewicht regelmäßig kontrolliert. Wird ein bestimmter BMI-Wert (Body-Maß-Index) unterschritten, muss eventuell eine Verlegung in ein Krankenhaus angedacht werden, da sonst keine Möglichkeit besteht die Aufrechterhaltung der Gesundheit zu gewährleisten.

Neben der notwendigen medizinischen Überwachung ist es jedoch von noch größerer Bedeutung, dass die Frauen während ihres Aufenthaltes bei uns die Erfahrung machen, nicht auf unterschiedliche Suchtmittel, sei es die Substanz oder auch das Essen, angewiesen zu sein. Vielmehr müssen eigene bereits vorhandene Ressourcen gefördert bzw. neu erlernt werden, um passende alternative Handlungsweisen für sich identifizieren zu können, um somit ihren Alltag bewältigen zu können. ■



Mag.^a Karin Bertuzzi
Klinische Psychologin in der Einrichtung »Binder«

Spurensuche

Der beste Platz sind öffentliche Toiletten! Überall aufzufinden, meist beheizt, werden regelmäßig gereinigt, es ist ein Kommen und Gehen, totale Anonymität und keiner sieht was ich tu'!

Es ist nicht einfach, einem Ideal gerecht zu werden, dass in »Wirklichkeit« nur im Fernsehen existiert. Eine himmlische Familie, in der sich alle lieben, sich vertrauen, witzig, charmant und gut gebaut, erfolgreich in Schule und Beruf und obendrein meist sehr beliebt bei MitschülerInnen und ArbeitskollegInnen.

Die Tatsache, dass mein Leben nicht so funktioniert, meine Eltern mich nicht so anstandslos liebten, ich nicht die Beste in der Schule war, nicht die Schönste in der Klasse und mit 16 noch immer keinen festen Freund hatte, ließen mich sehr an mir zweifeln. Selbstvertrauen und Selbstwert waren Fremdwörter, ich entwickelte Härte und Unnahbarkeit. Wenn mich niemand lieben kann, dann soll er mir gefälligst auch nicht weh tun können. Durch dieses Kaltstellen verlernte ich, Gefühle, wie Freude, Lust, Geborgenheit, Liebe und Trauer zu spüren. Wut, Angst und Eifersucht wurden immer präsenter, ich war auf der Suche nach etwas oder jemandem, das oder der mir Halt gibt. Als ich es endlich wagte, mich darauf einzulassen, wurde ich schmerzhaft enttäuscht. Somit konzentrierte ich mich wieder nur auf mich und meine Einsamkeit. Wie könnte ich ein liebenswerter und besserer Mensch werden, wie könnte ich meine Mitmenschen dazu bewegen, mich zu beachten. Ich entschied mich, immer und zu jedermann nett und hilfsbereit zu sein, immer 100 Prozent zu geben, für jeden ein offenes Ohr zu haben, für andere Probleme zu lösen,... Doch das führte nur dazu, dass ich mit der Zeit nicht mehr wußte, wer Ich bin und was Ich überhaupt will.

Kompletter Identitätsverlust!

Emotional versagt, verlagerte ich meine restliche Energie auf mein Äusseres. Nachdem ich nach Ansicht meiner Eltern eh ein paar Kilos zu viel hatte, versuchte ich, mit weniger Essen etwas abzuspecken. Anfangs viel es mir ganz leicht. Jedes verlorene Kilo verlieh mir mehr und mehr Selbstwertgefühl. Ich nahm den Stolz meiner Eltern wahr, ich erntete Komplimente von Mann und Frau und fühlte mich rundum wohl. Die Kontrolle über meinen Körper verlieh mir das Gefühl von Macht. Ich fühlte mich frei und unabhängig. Niemand konnte mir vorschreiben, wie ich mit meinem Körper umgehen soll, er gehörte mir ganz allein. Bis zu dem Tag, an dem ich merkte, dass ich nichts mehr abnehmen konnte, weil nichts mehr da war. Meine Stärke wurde zu einer riesengroßen Schwäche (körperlich und emotional), der Stolz und die Zuwendung wurden zu Sorgen und Mitleid.

Kompletter Kontrollverlust!

Alle verdrängten Gefühle wie Wut, Enttäuschung, Angst, Eifersucht,... weckten in mir Aggressionen, die ich schließlich über meinen Körper auslebte. Ich fraß und kotzte, ich hungerte mich fast zu Tode, ich kasteite mich, ich betrieb extrem Sport, ich nahm Abführmittel, ich tötete mich Schritt für Schritt ab. Mein Gesicht war einmal aufgeschwollen vom Kotzen, dann wieder eingefallen vom Hungern. Die Waage zeigte eine Woche 5 kg mehr an, da mein Körper vor lauter Wasseransammlungen zu platzen drohte, meine Beine schmerzten bei jedem Schritt, doch ich lächelte, als wäre nichts und ging tapfer zur Arbeit, um meinem äußeren Perfektionismus zu entsprechen. Sieben Tage später fühlte ich mich wieder besser. Ein Aufenthalt auf der Intensivstation im AKH mit etlichen Infusionen und Herzuntersuchungen, hat mich wieder aufgepäppelt. Also konnte ich wieder Vollgas geben. Heißhungerattacken, Hungerkuren, sprinten und am Tropf hängen.

Todesmutig oder Lebensmüde?
Zähne kaputt, Haarverlust, trockene Haut, Monatsblutung gering bis fehlend, Kinderwunsch?, meist alleinlebend, da dieser Lebenswandel für einen Normalverbraucher nicht ertragbar ist. Meine Essstörung – damit das Kind endlich beim Namen genannt wird – wurde mit der Zeit wie ein Familienmitglied für mich weggenommen. Bei fest, weil ich nicht verlassen werden wollte, so unkontrolliert und teils ekelhaft. Es unserem Ritual hätte ich mich so ausgelebt, aber manchmal übernahm auch die Krankheit Vor niemanden hätte ich weniger beurteilen, aber in Beziehung gehen gab Phasen, in denen ich regierte, aber schätzen und vielleicht sogar die Herrschaft über mich. Geistige kann ich sehr großes Thema. Mich selbst akzeptieren, real mit mir und Anderen ist noch ein sehr großes Thema. Aber mit Hilfe von Einzeltherapien, real spüren, mit mir gesund umgehen, mich schätzen und vielleicht sogar lieben, das wird noch große Überwindung kosten. Aber mit Hilfe von Einzeltherapien, Gruppentherapien und ärztlicher Beobachtung fällt es mir schon leichter, damit offen umzugehen. Hier sieht man mich nicht nur als Essgestörte, sondern als Frau mit einer Suchterkrankung. Was ich mittlerweile schon gelernt habe: Das Ausleben meiner Sucht durch hungern oder vollstopfen und kotzen benutze ich als Symptom mit massivem Druck. Später spüre ich Erleichterung und Erschöpfung, gleichgesetzt mit Entspannung. Natürlich hab ich auch gelernt, dass Essen nur das Symptom ist und dass sich mein wahres Ich nach ganz anderen Dingen sehnt. Man muß schauen, dass man seine Bedürfnisse abdeckt, schwierig wird es aber, wenn man seine Bedürfnisse jahrelang verdrängt hat und erst wieder lernen muß was man braucht.

Warum sieht denn keiner, wie ich leide, warum nimmt mich keiner in den Arm?
Morgens eine Semmel, mittags eine Tomate, abends ein Esslöffel Reis. Jeden Abend lasse ich den Tag revue passieren und zähle die Kalorien. Ich muss es machen, denn seit ca. eineinhalb Jahren bestimmt das Thema »Essen und Gewicht« mein Leben.

An Tagen, an denen ich es schaffe, so wenig wie möglich zu essen, sehe ich diese Thematik als Stärke meines Charakters. Denn ich habe mich so unter Kontrolle, dass ich auch dem größten Hungergefühl standhalten kann und nebenbei habe ich auch noch eine Top-Figur. Ich fühle mich total wohl in meiner Haut, könnte mich stundenlang im Spiegel betrachten und liebe mich und meinen Körper. Doch an Tagen, an denen ich nur eine Sekunde schwach werde und meinem Hungergefühl nachgebe, liegt die Erkrankung wie ein Fluch über meinem Leben. Nach der Mahlzeit sehe ich in den Spiegel und es kommt mir vor, als hätte ich durch »eine Semmel zuviel« 20 Kilo zugenommen. Ich streiche über meinen Bauch und Oberschenkel und es fühlt sich alles so FETT an. Meine Jeans liegt auf einmal viel enger an und obwohl mir mein gesunder Menschenverstand sagt, dass das alles unmöglich ist, ist es für mich so. Und es ist die Hölle.

Nach einer sehr erregenden Situation, in der mir auf einmal all diese Gefühle zu intensiv wurden und ich mir am liebsten etwas reingehaut hätte, um diese vielen negativen Gedanken nicht mehr in meinem Kopf zu haben, habe ich gesehen, dass ich mich mit dieser Problematik auseinandersetzen und mit Hilfe von Therapeuten und meiner Gruppe damit arbeiten muss. Deshalb versuche ich, viel in meiner Einzeltherapie darüber zu sprechen und den Ursprung meiner Erkrankung herauszufinden. Doch will ich das auch wirklich? Will ich mehr essen und somit auch zunehmen? Anfangs nein, doch mittlerweile weiß ich, dass ich nur so auch draußen ein normales und suchtfreies Leben führen kann. Doch dafür braucht es viele Gespräche und Auseinandersetzung mit dieser Thematik.

Kunst im Grünen Kreis

Zwischen Öffentlichkeit und Voyeurismus

Kurt Neuhold

Kunst bedarf der Öffentlichkeit. Öffentlichkeit als Ort, wo Werk, Rezipient und Produzent aufeinandertreffen,

Die Definition von Kunst unterliegt also einem steten gesellschaftlichen Wandel. Obwohl gerade in der Kunst gerne ewige Werte beschworen und das Gute, Wahre und Schöne als zentrale Kriterien gehandelt werden, sind diese Werte und Kriterien einem steten Wandel unterworfen, der von sozialen, technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen bestimmt wird und bei dem Moden eine erhebliche Rolle spielen. Nichts schlimmer für einen Kunstmarkt, der, um Kunst als ein Anlageobjekt vermarkten zu können, keine Sicherheiten bieten kann. Nicht verwunderlich also, dass viele Menschen angesichts dieser Definitionsprobleme unsicher sind und sich beim Betrachten und Beurteilen von Kunst lieber auf bekannte Namen und medial anerkannte Werke verlassen, als sich eine eigene Meinung zu bilden und sich eigenständig und eigenwillig auf die Vielfalt der Kunst und die ihr innewohnenden Widersprüche einzulassen.

Genau dieses sich Einlassen auf unbekannte, nicht vordefinierte Kunst ist notwendig für die Auseinandersetzung mit den Kunstwerken der Klientinnen des Grünen Kreises. Die Arbeiten erfüllen nicht immer die ästhetischen Kriterien der Kunstgeschichte, sie überzeugen stattdessen

wo stets neu verhandelt wird, was denn Kunst sei und was als Kunstwerk anzuerkennen ist.

– beinahe im Stil der »art brut« – durch ihre Spontaneität und Unmittelbarkeit, durch ihre Originalität und scheinbare Missachtung oder Unkenntnis mancher Regeln. Natürlich entsprechen technisch-handwerkliche Qualität, Rhythmus und Perspektive nicht immer dem über die Medien vermittelten Perfektionismus, dennoch wirken und funktionieren die Arbeiten, vorausgesetzt man nimmt sich dafür Zeit – dies ist jedoch eine Grundvoraussetzung für die ernsthafte Beschäftigung mit jeder Art von Kunst.

Jedes Kunstwerk ist in Form gebrachter Ausdruck von Gedanken und Gefühlen. Künstlerische Ausdrucksmöglichkeiten transformieren die Unmittelbarkeit und Wucht des Erlebens, Denkens und Fühlens. Diesen Transformationsprozess, der spontan, intuitiv oder strukturiert und geplant ablaufen kann, beeinflussen sowohl formale und ästhetische Überlegungen, als auch handwerklich technische Notwendigkeiten. Sobald man sich jedoch darauf eingelassen hat, wirken die Dynamik und Eigengesetzlichkeit künstlerischen Schaffens. Damit wird das Kunstschaffen zu einer Möglichkeit, um für Ängste, Wünsche und Hoffnungen einen Rahmen und eine Form zu finden und um existenzielle



Grundprobleme, aber auch die Lebenslust mit Bildern, Worten, Gesten und Interaktionen darstellen, beschreiben und ausdrücken zu können.

Kunst zu produzieren ist nicht nur vom bewussten, rationalen Kunstwollen geprägt, sondern sehr stark von unbewussten Prozessen und Strukturen bestimmt. Jede/r Kunstschaffende ahnt oder kennt diese Problematik. Die Angst vor negativer Kritik, vor dem nicht verstanden werden hängt eng damit zusammen. Jedes Kunstschaffen ist neben der unterschiedlich stark ausgeprägten Lust an Selbstdarstellung, immer auch eine Form der Selbstentblößung. Die Angst, sich eine Blöße zu geben, ist groß; für etwas kritisiert zu werden, was nur voller Zweifel, mit großem Aufwand und viel Mühe geschaffen werden konnte, ist schwer zu ertragen. Gerade sensible, von Selbstzweifeln geplagte Menschen erleben Kritik oft als destruktiv und vernichtend. Ein Problem, das nicht nur die künstlerisch aktiven KlientInnen des Grünen Kreises gut kennen.

Für jede Entwicklung ist Kritik jedoch notwendig – um die künstlerischen Ambitionen unserer KlientInnen zu fördern, ist daher neben einer grundsätzlichen Wertschätzung eine sorgsame und differenzierte Betrachtungsweise der Arbeiten notwendig. Womit wieder die Notwendigkeit deutlich wird, dass man sich für die Kunst Zeit nehmen muss und sich einen offenen, neugierigen Blick auch auf Unbekanntes bewahren sollte.

Diese Haltung, die für alle KünstlerInnen notwendig ist, die Workshops im Rahmen von »Kunst im Grünen Kreis« leiten, muss immer wieder neu erarbeitet und unter Beweis gestellt werden. Ein wichtiges Mittel, diese Form der Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen, sind die öffentlichen Präsentationen von Arbeiten, die bei den Workshops oder auf Eigeninitiative der KlientInnen entstanden sind. Motivierend ist immer, wenn die KünstlerInnen bei den Ausstellungen und Projektpräsentationen dabei sein und ihre Arbeit persönlich vorstellen können.

Die öffentliche zur Schauellung der kreativ-künstlerischen Leistungsfähigkeit der KlientInnen bedarf eines Rahmens, bei dem die persönliche Integrität der Kunstschaffenden besonders beachtet wird. Bei Ausstellungen, wie im Universitätszentrum Theologie in Graz oder in POOL7 in Wien oder bei Lesungen im »Literarischen Quartier Alte Schmiede« in Wien überwiegt das Interesse an den künstlerischen Arbeiten, dennoch passiert es immer wieder, dass eine fragwürdige Sozialromantik den Blick auf die präsentierte Kunst verstellt und der Wunsch, von enthemmten Rauscherfahrten zu hören und die Lust an tragischen Lebensgeschichten voyeuristisch befriedigt werden soll. Damit das nicht passiert, müssen die öffentlichen Auftritte gemeinsam mit den KünstlerInnen vorbereitet und persönliche Grenzen ausgelotet werden. Wann Grenzen überschritten werden, ob Geschichten als peinlich oder als besonders authentisch erlebt werden, ist jedoch eine Gratwanderung, die bei jedem öffentlichen Auftritt neu verhandelt werden muss.

Lesung im »Literarischen Quartier Alte Schmiede«

Zwei öffentliche Präsentationen von Workshoparbeiten illustrieren das Spannungsfeld, in dem sich »Kunst im Grünen Kreis« bewegt.

Ulli Eidenhammer, Elias Haslinger und Daniel Waldecker lasen im März 2013 im »Literarischen Quartier Alte Schmiede« eigene Texte,

die bei und nach Schreibworkshops mit Renata Zuniga entstanden sind. Die Lesung in der vollbesetzten Alten Schmiede wurde von Renata Zuniga moderiert. Die sehr unterschiedlichen Texte - poetisch, phantasievoll, berührend, manche autobiografisch, einige gereimt, mehrdeutige Sprach- und Wortspiele, witzig, komisch und tragisch, wurden eindrucksvoll von den drei AutorInnen vorgetragen. Der lang anhaltende Applaus des Publikums hat sicher gut getan und wirkt hoffentlich motivierend, sich weiterhin mit Wort, Text und Sprache zu beschäftigen.

Animationsfilme in der POOL7-Galerie

Im Mai wurden im Rahmen der Ausstellung »verSUCHE« in der POOL7-Galerie Animationsfilme vorgestellt, die bei Workshops mit dem Filmemacher Ernst Spiessberger von den Klienten in den Betreuungseinrichtungen Waldheimat und Villa erarbeitet wurden. Bei den Workshops wurde nach einer kurzen Einführung in die Möglichkeiten des Animationsfilms mit einfachsten technischen Mitteln, aber mit großem Enthusiasmus gearbeitet. Zwei Fotokameras und zwei Scheinwerfer waren ausreichend - voller Phantasie und mit erstaunlichem Improvisationstalent entstanden aus Zeitungen, Pappkartons, Klopapier, Plastik, Holz und Farben beeindruckende Kulissen für die Filmgeschichten.

Das Themenspektrum der Filme der Waldheimat reicht von einer »Story of Love« über zwei verliebte Klopapierrollen und einem Rap-Song von Stevie, über den »War of Ozean« – Film mit einem Text eines Bob-Marley Reggaes bis hin zu einer »9/11« Katastrophen-«doku«, wo zwei Flugzeuge über einer belebten New-Yorker Straßenszene die Zwillingstower zum Einsturz bringen. Die Villa-Filme überzeugen mit ihrer kritischen Weltsicht: »Die Müllinsel« thematisiert, untermalt von dramatischer Musik, das Problem der Umweltverschmutzung und die Vermüllung der Meere, »Der Glatzenberg« ist ein satirisch, witziges Statement gegen Rassismus und Vorurteile, mit einem Pandabären als Hauptdarsteller und in »Die Firma« werden der Arbeitsalltag in einer Fließbandfabrik, die starren Arbeits- und Zeitstrukturen, die Monotonie, das Leben in Schablonen in einer an alte expressionistische s/w-Filme erinnernden Kulisse, gezeigt.

Programmorschau bis Oktober:

12. September, 19.30 Uhr

Finissage der Ausstellung von ML Monika Lederbauer mit Lesung von Cornelia Schäfer

3. Oktober 19.30 Uhr

» Das Fest des Wüstlings« - Lyrik und Texte von Christian Morgenstern,

Szenische Darstellung: Ernst Christian Mathon

10. Oktober, 19 Uhr

»Die andere Perspektive« - Vernissage der Fotoausstellung Arbeiten von Bernd Moldan und Alexander Gorfer



Information und Kontakt:

Kurt Neuhold

Leiter »Kunst im Grünen Kreis«

Email: kurt.neuhold@aon.at

POOL7 – office@pool7.at;

Tel. 01 5238654-0



Soziale Verantwortung – kein leeres Schlagwort!

Ein Gespräch mit Vorstandsdirektor Mag. Bernhard Lackner anlässlich des 5. Jubiläums der Kooperation des Vereins »Grüner Kreis« mit der »Niederösterreichischen Versicherung AG«.

grüner kreis: Herr Mag. Lackner, was hat die NV vor rund fünf Jahren dazu bewogen, den Grünen Kreis zu unterstützen?

Lackner: Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Wir nehmen als österreichischer Leitbetrieb und führendes Unternehmen in Niederösterreich unsere soziale Verantwortung ernst und versuchen, unsere gesellschaftlichen Aufgaben wahrzunehmen. Das ist für uns übrigens keine Verpflichtung, sondern Teil unserer grundsätzlichen sozialpolitischen Ausrichtung. Daher unterstützen wir sehr gerne den Grünen Kreis, aber auch Organisationen wie z.B. das Rote Kreuz, das NÖ Hilfswerk oder den NÖ Verkehrtensportverband.

grüner kreis: Die Medien sind voll von Unternehmen, die wirtschaftliche Schwierigkeiten haben. Wie geht es der NV?

Lackner: Es geht uns gut! Wir haben 2012 ein Prämienvolumen von 270 Mio. Euro erwirtschaftet, sind teilweise stärker als der Markt gewachsen und betreuen rund 265.000 Kunden mit etwa 1.196.000 Versicherungsverträgen. Natürlich können auch wir uns den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht entziehen. Aber unsere Strategie, auf konservative Veranlagungen zu setzen und mit

Augenmaß zu wirtschaften, geht auf. Unsere Botschaft lautet also: Die NV steht für Sicherheit, Kontinuität und Verlässlichkeit – auch und gerade in bewegten Zeiten. Dies gilt auch für die Unterstützung unserer Partner.

grüner kreis: Was ist das Erfolgsgeheimnis der Niederösterreichischen Versicherung? Was unterscheidet sie von den Global Playern am Markt?

Lackner: Das besondere, das uns auch vom Wettbewerb abhebt, ist unsere starke regionale Verankerung und Präsenz. Wir haben 40 Kundenbüros in Niederösterreich und Wien und beschäftigen rund 600 Mitarbeiter, davon 400 in der Kundenbetreuung. Unsere Berater leben meist da, wo auch unsere Kunden wohnen. Das bedeutet, sie kennen die Menschen und ihre Bedürfnisse sehr genau. So entsteht eine Stärke, die mehr bedeutet als Marktnähe, nämlich Kundennähe. Erwähnen möchte ich auch unsere zu 100% in österreichischem Eigentum befindliche Unternehmensstruktur, die es uns möglich macht, alle Entscheidungen im Land zu treffen. Die Großen der Branche sind ja oftmals dem Wohlwollen ihrer ausländischen Muttergesellschaften ausgeliefert. Das ist für uns ein ganz wesentlicher Unterschied!

grüner kreis: Die Präsenz der Niederösterreichischen Versicherung im ganzen Bundesland ist ja fast schon legendär. Welches Ziel verfolgen Sie mit dieser Strategie?

Lackner: Es ist unser unternehmerisches Selbstverständnis, die Entwicklung in Niederösterreich und Wien in vielen Bereichen zu unterstützen. Wir engagieren uns in den Bereichen Kunst & Kultur, Sport und Soziales. So gestalten wir unsere Heimat – in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Land Niederösterreich – in vielen Bereichen aktiv mit. Ein für uns wichtiger Aspekt ist auch die Kundenbindung, die wir vor allem mit der Unterstützung vieler Veranstaltungen – vom Feuerwehrfest bis zum Musikfestival – erreichen. Wir machen das sehr gerne und tragen so zu einem innovativen, bunten und lebenswerten Niederösterreich bei.

grüner kreis: Herr Mag. Lackner, was möchten Sie uns auf den Weg mitgeben?

Lackner: Ich wünsche den KlientInnen des »Grünen Kreises« das nötige Durchhaltevermögen auf ihrem Weg aus der Sucht und viel Vertrauen in die eigene Stärke. Es erfordert eine Menge Mut, sich helfen zu lassen, aber dieser Mut wird mit Sicherheit auch belohnt werden!

grüner kreis: Danke für das Gespräch – und danke für die Unterstützung der Niederösterreichischen Versicherung!

WIEN NORD

**NACH VORNE
SCHAUEN.
WIR SCHAFFEN DAS.
SEIT 90 JAHREN.**

Ein Jubiläum ist ein schöner Anlass, um sich zurückzulehnen und den Blick auf Vergangenes zu richten. Viel lieber blicken wir aber in die Zukunft und freuen uns auf viele weitere Jahre in denen wir gemeinsam mit Ihnen all das schaffen, was Sie sich vornehmen.



Die Niederösterreichische
Versicherung

90
Jahre

www.noever.at



BIO-Olivenöl | feinste Essige | Schmankerl aus der Buckligen Welt



GENUSSESENZEN

Genuss-Shop im Pool 7 | 1010 Wien, Rudolfsplatz 9



grüner kreis

Zentralbüro

2872 Mönichkirchen 25
Tel.: +43 (0)2649 8306
Fax: +43 (0) 2649 8307
mail: office@gruenerkreis.at
web: www.gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Wien

1070 Wien, Hermannsgasse 12
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-4
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196
Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126
Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024
Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Ambulantes Betreuungszentrum Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Vorbereitungsteam:

Veronika Kuran

Gesamtleitung Vorbereitung »Grüner Kreis«
Tel.: +43 (0)664 9100005
mail: veronika.kuran@gruenerkreis.at

Mag.a Katrin Kamleitner

Vorbereitung Landesgericht Wien
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: katrin.kamleitner@gruenerkreis.at

Gabriele Wurstbauer

Projektleitung AMS-Suchtberatung
Vorbereitung Niederösterreich & Burgenland
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabriele.wurstbauer@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Harald Berger

AMS-Suchtberatung, Vorbereitung NÖ
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Walter Clementi

Vorbereitung Wien, Niederösterreich & Burgenland
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at

Mag.a (FH) Birgit Freischlager

Vorbereitung Wien
Tel.: +43 (0)664 8111029
mail: birgit.freischlager@gruenerkreis.at

Mag.a Carola Gruber

Vorbereitung Niederösterreich
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: carola.gruber@gruenerkreis.at

DSA Jürgen Pils

Vorbereitung Salzburg
Tel.: +43 (0)664 8111665
mail: juergen.pils@gruenerkreis.at

Günther Gleichweit

Vorbereitung Gericht Steiermark
Tel.: +43 (0)664 5247991
günther.gleichweit@gruenerkreis.at

Jasmin Kupfer BA

Vorbereitung Steiermark
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at

Claudia Neuhold

Vorbereitung Oberösterreich
Leitung ambulantes Betreuungszentrum Linz
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

MMag.a Magdalena Zuber

Vorbereitung Kärnten & Osttirol
Leitung ambulantes Beratungs- und Betreuungs-
zentrum Klagenfurt
Tel.: +43 (0)664 3840280
ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Christian Rath

Vorbereitung Vorarlberg
Tel.: +43 (0)664 3109437
christian.rath@gruenerkreis.at

DSA Susanne Fessler-Rojkowski

Vorbereitung Tirol
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler-rojkowski@gruenerkreis.at

Presseanfragen

Tel.: +43 (0)2649 8306-11 | redaktion@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen | www.gruenerkreis.at



grüner kreis