



Genuss und Verzicht – vom Stress mit dem Essen

Zusatzmaterial zur Folge 15



Zusatzmaterial zur Folge 15 Genuss und Verzicht – vom Stress mit dem Essen

Inhalt

1. Wichtigkeit gemeinsamer Mahlzeiten in Familien	3
2. Häufigkeit von Essstörungen	4
3. Anorexie (Magersucht).....	5
4. Bulimie (Ess-Brech-Sucht).....	5
5. Binge-Eating-Disorders	7
6. Orthorexia nervosa	8
7. „eating disorders not otherwise specified“	8
8. möglicher Zusammenhang zwischen Essstörungen und Nutzung sozialer Medien .	9
9. weiterführende Literatur	9
10. Personen	10



1. Wichtigkeit gemeinsamer Mahlzeiten in Familien

Gemeinsame Mahlzeiten sind wichtig, auch wenn der Alltag von Familien heute völlig anders ist als früher, wo sich die ganze Familie bei jedem Essen am Tisch versammelt hat. Aber bestimmt lassen sich eine oder vielleicht sogar zwei gemeinsame Mahlzeiten am Tag einrichten. Ein gemeinsames Frühstück am Morgen als guten Start in den Tag bzw. ein gemeinsames Abendessen als Ausklang.

Elternleben.de (<https://www.elternleben.de/content/kleinkind-familienleben-1463124356/10-gute-gruende-fuer-gemeinsame-mahlzeiten-1543837667/>) nennt 10 wichtige Gründe für gemeinsame Mahlzeiten

1. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er is(s)t nicht gern allein. Das trifft besonders auf Kinder zu. In Gemeinschaft essen sie lieber und auch besser.
2. Essen ist mehr als die Aufnahme von Kalorien und Nährstoffen. Mehr als Hunger stillen, Durst löschen oder satt werden. Beim gemeinsamen Essen kommen andere wichtige „Nährstoffe“ auf den Tisch: Zuwendung, Freude, Gespräche, Genuss, Gemeinsamkeit, Geborgenheit, Sicherheit, Zusammenhalt
3. Gemeinsame Mahlzeiten sind „Inseln“ für Kommunikation: im Tagesverlauf geht jedes Familienmitglied seinen Aktivitäten nach, am Tisch kommen alle zusammen. Dann ist Zeit und Gelegenheit miteinander zu reden, die Erlebnisse des Tages zu erzählen, Pläne zu schmieden.. Jeder hört, was die anderen erzählen, jeder kann zu Wort kommen
4. Kleine Kinder kennen noch keine Uhr. Spiel, Schlaf und Essen wechseln sich ab. Gemeinsame Mahlzeiten mit einem oder beiden Eltern helfen, den Tag zu strukturieren und den Ablauf zu verstehen.
5. Der Rhythmus von gemeinsamen Mahlzeiten hilft Kindern ein gutes Gefühl für Hunger und Sättigung aufzubauen und zu regulieren. Esspausen entlasten auch den Magen und fördern Konzentration sowie Ausdauer.
6. Eltern und größere Geschwister sind Vorbilder für die Kleineren. Beim gemeinsamen Essen lernen sie ein neues Gericht zu probieren, so wie Papa das macht. Oder etwas mit der Gabel auf zu spießen, so wie es die große Schwester macht.
7. Gemeinsame Mahlzeiten sind auch ein wichtiger Lernort über die Kultur und die Wertvorstellungen, die Eltern haben: was zu welcher Mahlzeit auf den Tisch kommt, wie



- das Essen geteilt und wie gegessen wird, dass man nicht immer als erster bedient wird, dass das eigene Lieblingsessen nicht allen schmeckt oder dass man Rücksicht aufeinander nehmen muss.
8. Wenn das Familienessen in einer angenehmen Atmosphäre verläuft, bekommen Kinder positive Esserlebnisse, erleben Spaß und Genuss und lernen so ein gesundes und stabiles Essverhalten aufzubauen.
 9. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Kinder, die regelmäßig gemeinsam mit den Eltern essen, mehr Obst und Gemüse zu sich nehmen und insgesamt ein gesünderes Essverhalten haben. Auch für schulische Leistungen, eine gute seelische und körperliche Verfassung wurden Zusammenhänge mit regelmäßigen gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie nachgewiesen
 10. Kinder, die gemeinsam mit den Eltern essen, haben ein geringeres Risiko für Übergewicht. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass beim gemeinsamen Essen mehr gesunde Lebensmittel gegessen werden und dass weniger Ungesundes zwischendurch gesnackt wird.

2. Häufigkeit von Essstörungen

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (<https://www.bzga-essstoerungen.de/wie-haeufig-sind-essstoerungen/?L=0&contrast=170>) sind etwa 30 bis 50 von 1.000 betrachteten Personen von einer Essstörung betroffen. Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendliche in Deutschland im Alter von elf bis 17 Jahren zeigt Symptome von Essstörungen. Über alle Essstörungen hinweg sind Mädchen bzw. Frauen deutlich häufiger betroffen als Jungen bzw. Männer. An Essstörungen erkranken meist junge Menschen. Die Magersucht hat ihren Beginn vor allem im frühen Jugendalter bzw. während der Pubertät, aber auch im jungen Erwachsenenalter. Bulimie und vor allem Binge-Eating-Störung beginnen meist etwas später als die Magersucht, also vorwiegend im späteren Jugendalter und jungen Erwachsenenalter.



3. Anorexie (Magersucht)

Anorexia nervosa (Magersucht) ist eine Essstörung, die durch das krankhafte Bedürfnis gekennzeichnet ist, Gewicht zu vermindern. Häufig sogar bis hin zur lebensbedrohlichen Unterernährung oder anderen schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen. Magersucht hat die höchste Sterblichkeitsrate von allen psychischen Erkrankungen. Dieses Störungsbild betrifft vor allem junge Mädchen und Frauen, immer häufiger leiden aber auch Jungen und Männer darunter. Zu den Diagnosekriterien zählen niedriges Körpergewicht, große Angst vor Gewichtszunahme, selbst herbeigeführter Gewichtsverlust, verzerrte Körperwahrnehmung und das Ausbleiben der Menstruation bei Mädchen bzw. Potenzverlust bei Jungen. Magersüchtige sind oftmals leistungsorientiert, leiden unter Versagensängsten und erleben die Kontrolle über ihr Gewicht als Erfolg. Diesen bewerten sie durch permanentes Wiegen. Obwohl sie das Essen vermeiden, beschäftigen sie sich dennoch ständig gedanklich mit Kalorienzählen und kalorienarmer Nahrungszubereitung. Viele Betroffene kochen gerne für andere und verleiten diese zum Essen. Andererseits weigern sie sich selbst an gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen. Körpersignale wie Hungergefühl oder Müdigkeit werden von Magersüchtigen im Laufe der Zeit kaum noch wahrgenommen. Bei einer lang andauernden Magersuchtserkrankung können in der Folge schwerwiegende körperliche Probleme auftreten, wie z.B. Störungen der Fruchtbarkeit, Haarausfall, Osteoporose, häufiges Frieren, Nierenschäden, Herz-Kreislaufstörungen, Ohnmachtsanfälle, Störungen im Magen-Darm-Bereich und Zahnschäden. Begleitet werden die körperlichen Anzeichen oftmals von psychischen Veränderungen wie z.B. depressiver Verstimmung oder selbstverletzendem Verhalten. Einen Ausweg aus der Magersucht bietet Psychotherapie in Form von Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie, begleitet von Ernährungsberatung. Hier lernen die Betroffenen sich ausgewogen zu ernähren und wieder ohne Angst und Kalorienzählen zu essen.

<https://www.anad.de/essstoerungen/magersucht-anorexia-nervosa/>

4. Bulimie (Ess-Brech-Sucht)

Bulimia nervosa, auch Ess-Brech-Sucht genannt, ist eine Essstörung, bei der die Betroffenen ein unkontrolliertes Verlangen nach Essen haben und anschließend gewichtsreduzierende Maßnahmen durchführen. Überwiegend wird diese Erkrankung bei Frauen diagnostiziert. Kennzeichnend für die Bulimia nervosa sind die wiederholten Episoden von Heißhungeranfällen



oder „Essattacken“, bei denen die Betroffenen innerhalb kurzer Zeit unkontrolliert große Nahrungsmengen schnell verschlingen. Weil sie krankhafte Angst davor haben dick zu werden, folgen anschließend gewichtsreduzierende Verhaltensweisen wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen. Es können auch Abführmittel oder Entwässerungsmittel missbraucht oder Fastenkuren gemacht werden. Um eine Gewichtszunahme zu verhindern, wird häufig übermäßig viel Sport getrieben.

Menschen mit Bulimie streben nach einem perfekten Körper, denn darüber bestimmen sie maßgeblich ihr Selbstwertgefühl. Die Betroffenen haben eine falsche Vorstellung von ihrem Körper und neigen zu starken Gewichtsschwankungen. In der Regel sind sie normalgewichtig, können jedoch auch unter- oder übergewichtig sein. Zentrale Merkmale sind die Essattacken und das anschließende Erbrechen, die unterschiedlich häufig auftreten können. Der Heißhungeranfall wird oft geplant und heimlich durchgeführt. Die Betroffenen empfinden vor einem Essanfall Gefühle wie Isolation, Langeweile und inneren Leere. Gleichzeitig können Frustration, Angst oder Wut auftreten. Beide Merkmale (Essattacken und Erbrechen) können die Funktion haben, innere Spannungen abzubauen. Anschließend entstehen daraus Scham- und Schuldgefühle oder massive Selbstkritik.

Betroffene haben häufig ein geringes Selbstwertgefühl und leiden unter depressiven Verstimmungen. Möglich ist auch Missbrauch von verschiedenen Medikamenten oder anderen Substanzen. Bei einer lang andauernden Bulimieerkrankung können aufgrund des häufigen Erbrechens vielfältige Schäden auftreten: Verlust von Mineralien und Flüssigkeit mit der möglichen Folge von Herzrhythmusstörungen, im Extremfall bis zum plötzlichen Herztod, Muskelkrämpfe, Muskelschwäche, Verstopfung, Kreislaufstörungen, mangelnde Konzentration, Müdigkeit, Lustlosigkeit, innere Unruhe, Nierenschädigungen, Wassereinlagerungen. Unmittelbare Folgen des Erbrechens sind außerdem: Zahnschäden (Karies), Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, Verätzung des Rachens und der Speiseröhre, Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis), Erschlaffung des Mageneingangs mit Sodbrennen.

Ein Ausweg aus der Bulimie ist die Psychotherapie in Form von Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie. Hier lernen die Teilnehmer sich ausgewogen zu ernähren und symptomatische Verhaltensweisen der Bulimie zu überwinden.

<https://www.anad.de/essstoerungen/bulimie-bulimia-nervosa/>



5. Binge-Eating-Disorders

Binge-Eating-Störung, auch Essattacken mit Kontrollverlust genannt, ist eine Essstörung, die durch wiederkehrende Essanfälle gekennzeichnet ist, allerdings werden keine gewichtsreduzierenden Maßnahmen vollzogen. Aufgrund der Essattacken neigen die Betroffenen häufig zu Übergewicht.

Wesentliches Kennzeichen der Binge-Eating-Störung sind wiederkehrende Essattacken bei denen die Betroffenen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen mit dem Gefühl eines Kontrollverlustes verzehren. Im Unterschied zur Bulimie werden keine gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch durchgeführt. Außerdem kommen Verhaltensweisen wie sehr schnelles Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, Ekelgefühle und große Scham- und Schuldgefühle vor. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen pro Woche über 6 Monaten hinweg auf. Zentrale Merkmale sind die Essattacken ohne anschließende gewichtsreduzierende Maßnahmen.

Ess-Süchtige haben das Gefühl für körperliche Sättigung völlig verloren. Sie essen häufig nicht nur zuviel, sondern auch unregelmäßig und falsch, d.h. sehr fett- und zuckerhaltig. Dadurch kommt es zu einer Vermehrung des Fettgewebes und in der Folge zu Übergewicht. Aufgrund der Schamgefühle wird oft alleine und heimlich gegessen. Essen ist für die Betroffenen keine Reaktion auf Hungergefühle, sondern vor allem eine Befriedigung von emotionalen Bedürfnissen, die ansonsten unerfüllt bleiben. Das übermäßige Essen ist ihr Weg, mit Ängsten, Überforderung, Ärger, Trauer, Wut, Zurückweisung, innerer Leere oder Einsamkeit fertig zu werden.

Ess-Süchtige grübeln über ihr Gewicht und Diätversuche, haben jedoch oft das Gefühl, die Kontrolle über die gesamte Lebenssituation zu verlieren. Bei einer lang andauernden Binge-Eating-Störung können in der Folge vielfältige körperliche Probleme auftreten, wie z. B. Müdigkeit, innere Unruhe, Herz- und Kreislaufstörungen, Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparats, Störungen der Atemfunktionen, Schwangerschaftskomplikationen.

Ein Ausweg aus der Ess-Sucht bietet Psychotherapie in Form von Einzel- oder Gruppentherapie, begleitet von Ernährungstherapie. Hier lernen die Teilnehmer sich ausgewogen zu ernähren und ihre Essattacken zu reduzieren. Ebenso wird versucht, die erreichten Erfolge zu stabilisieren.



<https://www.anad.de/essstoerungen/essattacken-mit-kontrollverlust-binge-eating-stoerung/>

6. Orthorexia nervosa

Die Bezeichnung Orthorexia nervosa (griechisch: orthos= richtig, orexis= Appetit) steht für einen krankhaften Zwang, sich gesund zu ernähren. Entscheidend ist die Qualität des Essens und nicht die Quantität. Die subjektiv als ungesund eingestufte Nahrung wird dabei strikt vermieden, entsprechend begrenzt ist häufig die Nahrungsauswahl. Viele Betroffene meiden Essen in Gesellschaft oder Speisen die sie nicht selbst zubereitet haben und isolieren sich dadurch immer mehr. Auf psychischer Ebene treten u.a. Symptome von Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten sowie Depression auf. Auf körperlicher Ebene kann Untergewicht vorliegen und es können alle Formen von Mangelerscheinungen beobachtet werden. Ärztlicherseits kann Orthorexia nervosa unterschiedlich eingestuft werden: z. B. als Vorstufe einer Magersucht oder als Teilsymptom einer Essstörung.

Je nach Ausprägung gehen die genannten Syndrome mit erheblichen Leidensdruck und Kontrollverlust einher. Eine therapeutische Unterstützung ist oftmals notwendig, um den bestehenden Leidensdruck zu verringern sowie zu einem ausgewogenen Essverhalten zurückzufinden.

<https://www.anad.de/essstoerungen/weitere-unterformen-gestoerten-essverhaltens/index.php>

7. „eating disorders not otherwise specified“

Sowohl die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO (Dilling et al. 2000) als auch der aktuelle DSM-Diagnoseschlüssel (DSM-IV-TR) der American Psychiatric Association (APA 2000; deutsche Übersetzung Sass et al. 2003) enthält die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörung (ESNNB)“. Diese Diagnosekategorie ist im Vergleich zu den anderen Essstörungskategorien sehr heterogen und wenig spezifiziert. Eine Ausnahme bildet die Binge Eating Disorder, die dieser Diagnosekategorie zugeordnet ist, jedoch aufgrund der ausformulierten Forschungskriterien eine spezifische Untergruppe innerhalb der ESNNB



darstellt. Die restlichen Störungen innerhalb der Kategorie ESNNB sind vorwiegend Variationen der Anorexia und Bulimia Nervosa, oder Störungen, die eine Mischung von Merkmalen aus den beiden genannten Essstörungen darstellen. Untersuchungen aus verschiedenen Ländern zeigen, dass die ESNNB gar die häufigste unter den Essstörungen ist.

Die meisten Betroffenen mit einer ESNNB zeigen klinische Merkmale, die denen der Anorexia oder Bulimia Nervosa sehr ähnlich sind, sich von diesen aber in ihrer Intensität oder Kombination unterscheiden. Und analog zur Anorexia und Bulimia Nervosa sind die meisten der Betroffenen junge Frauen.

Weiterführende Informationen zu Essstörungen erhalten Sie im Buch "Essstörungen" von Esther Biedert (ISBN: 9783825230036).

8. möglicher Zusammenhang zwischen Essstörungen und Nutzung sozialer Medien

Die häufigere Verwendung von Instagram wurde mit einer größeren Neigung zur Orthorexia nervosa assoziiert, kein anderer Social-Media-Kanal zeigte diese Wirkung. Die Prävalenz der Orthorexia nervosa in der Studienpopulation betrug 49%, was signifikant höher ist als in der allgemeinen Bevölkerung (< 1%). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass sich Social Media auf das psychische Wohlbefinden der Nutzer auswirken kann.

Eating and Weight Disorders – Studies of Anorexia, Bulimia and Obesity, Juni 2017, Volume 22, Issue 2, S. 277-284 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-017-0364-2>

9. weiterführende Literatur

Bratman, Steven. Health Food Junkie. Yoga Journal 1997; September/October:42-50.



Ess-Störungen: Gemeinsam wieder entspannt essen. Pro. Dr. Günter Reich & Silke Kröger, Stuttgart: Trias-Verlag 2015.

10. Personen

Dr. Martin Grabe

Herr Grabe ist 1959 in Leer/Ostfriesland geboren. Er studierte ab 1977 Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover. 1985 promovierte er über das Krankheitserleben von Tumorpatienten. Zwischen 1987 und 1992 absolvierte er eine Weiterbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie im Krankenhaus Itzehoe. Seit 1992 ist er als Facharzt für Psychiatrie (heute: Psychiatrie und Psychotherapie) anerkannt. Im Jahre 1993 beginnt er seine Tätigkeit an der Klinik Hohe Mark, Oberursel. Seit 1996 ist er als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (heute: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) anerkannt. 1998 wurde er zum Chefarzt der Psychotherapeutischen Abteilung der Klinik Hohe Mark (jetzige Tätigkeit) ernannt. 1999 erhält er das Zertifikat "Ärztliches Qualitätsmanagement" der Ärztekammer Hessen und wird als Assessor der European Foundation for Quality Management (E. F. Q. M.) anerkannt. 2000 erhielt er eine Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" durch die Ärztekammer Hessen. Seit 2004 hat er einen Lehrauftrag im Rahmen des Masterstudienganges "Praktische Theologie" des TS-Institutes Neuendettelsau in Zusammenarbeit mit der University of South Africa (UNISA). Seit 2008 hat er zudem den Lehrauftrag im Masterstudiengang "Praktische Theologie" des Theologischen Seminars Adelshofen in Zusammenarbeit mit der University of South Africa. Er arbeitet seit 2008 im Beirat des "Marburger Instituts für Religion und Psychotherapie" mit und erhielt einen Lehrauftrag im Rahmen des entsprechenden Masterstudienganges. 2009 wurde er zum Promotionsgutachter im Fach "Praktische Theologie" der University of South Africa (UNISA) ernannt. 2016 schloss er die Weiterbildung in Schematherapie mit dem "Advanced Level" der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie ISST ab. Er wurde 2017 zum "Trainer" (Dozenten) der Internationalen Gesellschaft für Schematherapie ISST ernannt sowie 2018 zum Ärztlichen Direktor der Klinik Hohe Mark.

Dr. Heike Winter

Frau Winter studierte zwischen 1985 und 1990 Psychologie an der Universität Marburg. Ihre Diplomarbeit zum Thema „Interaktion zwischen Vätern und asthmakranken Kindern“ verfasste sie bei Prof. Dr. Irmela Florin. Zwischen 1991 bis 1993 arbeitete sie als wissenschaftliche



Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Anke Ehlers an der Universität Göttingen. Ihre Promotion zum Thema „PTSD nach Verkehrsunfällen“ erfolgte 1996. Sie machte zudem eine berufsbegleitende verhaltenstherapeutische Ausbildung. Von 1996 bis 2000 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFT (Institut für Therapieforschung), München. 1999 folgte ihre Approbation als Psychologische Psychotherapeutin und die Anerkennung als Supervisorin. Seit 2000 arbeitet sie an der Johann-Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt. Sie ist Geschäftsführerin des Ausbildungsprogramms Psychologische Psychotherapie. Ebenfalls seit 2000 hat sie sich in eigener Psychotherapeutischer Praxis in Offenbach niedergelassen. Außerdem ist sie seit 2001 stellvertretende Vorsitzende der staatlich bestellten Prüfungskommission für das Staatsexamen in Psychologischer Psychotherapie.

Sie war zudem von 2011 bis 2016 Vizepräsidentin der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Seit 2016 ist sie Präsidentin der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Dr. Friederike Barthels

Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf orthorektischem Ernährungsverhalten, Essstörungen, Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan sowie psychischen Grundbedürfnissen. Sie studierte zwischen 2005 und 2010 Psychologie an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. An der selben Universität erfolgte ihre Promotion in Psychologie zum Thema „Orthorektisches Ernährungsverhalten – Psychologische Untersuchungen zu einem neuen Störungsbild“ im Jahr 2014. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Experimentelle Psychologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Lehrtätigkeiten übt sie sowohl im Bachelorstudiengang sowie im Masterstudiengang Psychologie aus.

Prof. Dr. phil. Günter Reich

Herr Reich studierte zwischen 1970 und 1977 Psychologie in Göttingen. Seine Promotion erfolgte 1986 im Fach Psychologie an der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften der Universität Hannover. 1988 erlangte er den Abschluss der Weiterbildung in Psychoanalyse und Psychotherapie am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Göttingen. Seine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erfolgte 1999. Im Jahre 2000 folgte die Habilitation an der



Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen zugleich folgte der Erwerb der *venia legendi* für das Fach „Psychotherapie“. Seit 2006 ist er außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen.

Zwischen 1977 und 1978 war er als Diplompsychologe im Kinderheim Lüding, Bad Sachsa im Harz tätig. Ab 1978 arbeitete er als wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Göttingen in den Abteilungen Psycho- und Sozialtherapie, Psychosomatik und Psychotherapie. Ab 1998 leitet er die Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Bereich Humanmedizin der Universität in Göttingen. Seit 2010 hat er zusätzlich die Leitung der Psychotherapeutischen Ambulanz für Studierende (PAS) der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie seit 2016 zusätzlich die Leitung der Psychotherapeutischen Sprechstunde für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (PSM) der Universität Göttingen. Ab September 2017 hat er eine Psychotherapeutische Praxis in Göttingen.