

Ess-Störungen: Bulimie und Magersucht

Dr. Dieter Pütz – Deister Weser Klinik, Bad Münder

Magersucht und Bulimie sind psychische Fehlentwicklungen. Ihnen unterliegen überwiegend junge Frauen unter bestimmten Bedingungen und aufgrund bestimmter persönlichkeitsabhängiger und biologischer Konstellationen.

■ Motivation

Für Therapeuten ist es wichtig zu verstehen, dass diese Störungen für die Betroffenen einen Gewinn darstellen. Sie entsprechen häufig einer existenziellen Notwendigkeit. So kann es einen großen Verlust bedeuten, die Magersucht „herzugeben“. Es ist Aufgabe der Behandlung, Zusammenhänge zwischen individueller Problematik und Symptomatologie aufzuzeigen. Unerlässlich ist dabei die aktive Beteiligung der Patientinnen. Das setzt voraus, dass sie für eine Mitarbeit in der Therapie motiviert sind. Nun wissen wir, dass es den unmotivierten Patienten in diesem Sinne eigentlich nicht gibt, oftmals stimmen nur das Erklärungsmodell des Therapeuten und dasjenige des Patienten nicht überein. Und häufig ist es so, dass Patientinnen mit Ess-Störungen nur dem Drängen der Angehörigen nachgeben, wenn sie sich an eine therapeutische Institution wenden. Hier ist es dann Aufgabe der Einrichtung, motivierend tätig zu werden.

■ Expertinnen

Da Patientinnen mit Ess-Störungen weit bessere Expertinnen ihrer Erkrankung sind, als es Therapeuten je sein können, nutzen wir dieses Expertentum, um z.B. ambivalente Patientinnen zu einer Behandlung zu motivieren.

■ Transparenz und Offenheit

Von der ersten Begegnung an bemühen wir uns um eine möglichst umfassende Transparenz und Offenheit. Dazu gehört die Darlegung unseres Krankheitsverständnisses und Behandlungskonzeptes genauso wie die Vermeidung von Gesprächen und Abmachungen mit Angehörigen oder Bezugspersonen ohne Wissen der Betroffenen.

■ Medizinische Behandlung

Bei aller Auseinandersetzung mit den psychischen Störungen dürfen wir nicht übersehen, dass Anorexie und Bulimie zu den gefährlichen Krankheiten gehören. Medizinische Begleiterscheinungen und Komplikationen können vitale Parameter betreffen und ein lebensbedrohliches Ausmaß erreichen. Eine Reihe von internistischen, neurologischen oder gynäkologischen Untersuchungen sind unabdingbarer Teil unserer Behandlung. Aufgrund vorhandener fachärztlicher Kompetenz, die in einer gemeinsamen internistisch/psychosomatischen Station gipfelt, erfolgen die Untersuchungen in diesem Hause. Auch hier halten wir eine eingehende Aufklärung über die Folgeerscheinungen der Ess-Störung für unerlässlich.

■ Psychiatrische Begleiterkrankungen

Eine systematische Untersuchung der psychiatrischen Störungen bei Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ergab für die anorektischen Patientinnen hohe psychiatrische Komorbiditätsraten. 75 % der Patientinnen hatten affektive Störungen (darin: 45 % Major Depression, 40 % Dysthymie), 35 % substanz-induzierte Störungen, 50 % phobische Störungen.

■ Notwendigkeit der stationären Behandlung

Eine umfassende Behandlung, die alle relevanten Problembereiche dieser Patientinnen zum Gegenstand hat, ist in der notwendigen Dichte und Komplexität nur in der stationären Psychotherapie umsetzbar. Während bei der Anorexie häufig körperliche Gefährdungen und Risikofaktoren den Ausschlag für eine stationäre Behandlung geben, sind es für die bulimischen Patientinnen die regelmäßigen Erfahrungen massiver Kontrollverluste im Essverhalten, die sie zu einer stationären Behandlung motivieren.

Der entscheidende Vorteil, nämlich die Bearbeitung der spezifischen individuellen Problembereiche, aufgrund derer sich die Ess-Störungen entwickelt haben, stellen aus unserer Sicht jedoch den größeren Teil der Indikationsstellungen dar. Es bedarf nach unserer Überzeugung viel Kraft, Ehrgeiz und Cleverness, um ein anorektisches oder bulimisches Leben führen zu können. Diese fehlinvestierte Kraft umzulenken in Selbstwertgefühl und von Ess-Störungen befreite Eigenwahrnehmung, in das Wagnis eines eigenständigen Lebens, ist Grundtenor unserer Behandlungsstrategie.

■ Therapieangebote

Durch die Kombination von Einzeltherapie und themenzentrierten Gruppentherapien – ergänzt durch körperbezogene Maßnahmen der Sporttherapie sowie Genusstraining – kann darauf hingearbeitet werden, dass körperliche Fehlwahrnehmungen verändert werden. Es sollen Fähigkeiten erworben werden zur Differenzierung der eigenen emotionalen Zustände in Abgrenzung zu Hungergefühlen. Auch können Fertigkeiten entwickelt und erprobt werden zur Entspannung, zur Stressbewältigung, zur Angstbewältigung und zur Problemlösung. Ob das gelingt, bleibt über weite Strecken einer Therapie unsicher. Individuelle Behandlungsziele müssen immer wieder neu definiert werden. Die Gefahr der Chronifizierung und des Übergangs in Missbrauch und schließlich Abhängigkeit von Drogen ist eine Bedrohung von steigender Tendenz. Wir versuchen innerhalb unseres Therapieprogrammes, auch den nonverbalen Kommunikationsformen möglichst viel Raum zu geben. Hier geht es darum, mit wenig Hilfsmitteln sich selbst, Krankheitszeichen und Verwandlung plastisch darzustellen.

■ Veränderungsmotivation

Die Beurteilung der Veränderungsmotivation und der Bereitschaft, sich auch unangenehmen Behandlungsbedingungen auszusetzen, sollte nach Möglichkeit von der Einrichtung vorgenommen werden, die die in Aussicht genommene Behandlung selbst durchführt (ambulantes Vorgespräch).

Als Vorbereitung darauf halten wir schriftliche Aufzeichnungen unserer Patientinnen bereits vor der Behandlungsphase für unerlässlich. Wir sind häufig beeindruckt von der Klarheit des Ausdrucks, von der persönlichen Sicht der Zusammenhänge, von der Beschreibung verwirrender Beziehungsebenen in Familien und nicht zuletzt von der selbstkritischen Beurteilung der eigenen Person.

■ Therapieziele

- Wahrnehmen und Kennenlernen der eigenen Person im sozialen Kontext
- Erkennen, Beurteilen und Verändern dysfunktionaler Verhaltensweisen:
Gemeinsames Erarbeiten eines Krankheitsverständnisses
- Wahrnehmen, Beurteilung und Erproben individueller Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Aufbau und Training von alternativen Problemlösungsstrategien
- Erkennen und Akzeptieren von Unterstützungsmöglichkeiten
- Bewusstmachen und Erfahren von Hilfsmöglichkeiten
- Generalisierung und Transfer in den Alltag
- Entwickeln eines eigenen Lebensentwurfes

■ Das 4-Phasen-Modell

Unser therapeutisches Modell gliedert sich in zeitlich aufeinander folgende Phasen: Die Motivationsphase, die eigentliche Behandlungsphase, die ambulante Phase und die Selbsthilfephase.

Für jede dieser Phasen gilt: So viel professionelle Hilfe wie nötig und so viel Eigenverantwortung wie möglich.

- Ziel der **Motivationsphase** ist es, eine tragfähige Therapiemotivation aufzubauen, die Patientin über Inhalt und Ziele der Therapie informieren und den Kennenlernprozess untereinander einzuleiten. Sie umfasst etwa 2 Wochen.
- In der intensivsten **Therapiephase**, die danach folgt, werden auf allen Ebenen des therapeutischen Zugangs Veränderungsprozesse angeregt, kurz- und längerfristige Ziele definiert und Problemlösungsstrategien erprobt. In dieser Phase wird es der Patientin durch die tägliche intensive Betreuung erleichtert, ihr Symptombverhalten in geschütztem Rahmen aufzugeben und auftretende Konflikte zu bearbeiten. Es werden die Weichen für Erfolg oder Misslingen einer langfristigen Krankheitsbewältigung gestellt.
- In der **ambulanten Phase**, die wir dann durchführen, wenn die Patienten aus dem näheren Umfeld der Klinik kommen, sind sie im alltäglichen Leben auf sich gestellt. Die Gruppe bietet emotionalen Halt und die Möglichkeit therapeutischer Bearbeitung von Hintergrundproblemen der Krankheit.
- Der Wechsel aus der ambulanten Gruppe in die **Selbsthilfegruppe** erfolgt, wenn die Patientinnen sich so sicher fühlen, dass sie weitgehend ohne therapeutische Betreuung leben könnten. Die entsprechende Selbsthilfegruppe in der Klinik wird in monatlichen Abständen von einer Therapeutin supervisiert.

■ Konzept der medizinischen Betreuung im Rahmen einer gemeinsamen Station

Da wir die Station für Ess-Störungen als gemeinsame Station der beiden, sonst unabhängigen psychosomatischen/internistischen Abteilungen eingerichtet haben, lässt sich die medizinische Betreuung sehr gut darstellen.

Gleichzeitig sorgt die gemeinsame Supervision dafür, den organ-medizinischen Fragestellungen nur die wirklich relevante Bedeutung zukommen zu lassen. Ein Verlagern der Gesamtstörung auf den organ-medizinischen Bereich ist somit ausgeschlossen.

Wir bedienen uns eines Screenings, das unter anderem Herz- und Kreislauffunktionen sowie die wesentlichen Laborparameter umfasst.

Wir wissen, dass es vor allem bei forcierter Normalisierung zu akut verlaufenden, bisweilen lebensbedrohlichen Dekompensationen kommen kann.

Über die erhobenen Untersuchungsbefunde klären wir unsere Patientinnen auf und sprechen weitere Empfehlungen aus bzw. führen ergänzende Untersuchungen durch.

■ Invasive Maßnahmen

Die Durchführung von invasiven Maßnahmen (z.B. Nasensonde, intravenöse Ernährung) birgt medizinische Risiken in sich und hat auch Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung, wie die Behinderung des Aufbaus eigenverantwortlicher Therapiemotivation.

Unser therapeutisches Vorgehen orientiert sich deshalb an dem Grundsatz, invasive Eingriffe nicht durchzuführen.

■ Psychopharmakabehandlung

Psychopharmaka spielen in unserem Behandlungsprogramm keine entscheidende Rolle. In Ausnahmesituationen und im Rahmen komorbider Störungen kann jedoch die Gabe geeigneter Medikamente erforderlich werden.

■ Schwangerschaft und Ess-Störung

Zunehmend kommen auch schwangere Frauen mit einer Ess-Störung zur Behandlung. Durch die abnorme Ernährungsmotivation der Mutter besteht ein gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind. Dies mag der Grund für die besondere Motivation dieser Patientinnen sein, ihr Essverhalten zu normalisieren.

Hier ist es durch die gynäkologische Fachkompetenz in der Deister Weser Klinik möglich, auch diese Patientinnen adäquat zu behandeln.

■ Diabetes und Ess-Störung

Die für eine erfolgreiche Einstellung des Diabetes mellitus notwendige Selbstkontrolle kann zur Entstehung eines pathologischen Essverhaltens führen. Diagnostisch ist zu beachten, dass Patientinnen mit Typ-I-Diabetes zusätzlich zu der klassischen Symptomatik eine ganz eigene Form und Ausprägung pathologischen Essverhaltens haben können, die sich im Umgang mit ihrer Grunderkrankung ausdrückt. Hier ist zu

denken an mangelhafte oder manipulierte Dokumentation von Blutzuckerkurven, Manipulation der Insulin-Dosis – renales Erbrechen – um einen Gewichtsverlust zu erzielen, Verleugnung oder scheinbare Akzeptanz von selbstverursachten Komplikationen, Diabetes als Rechtfertigung für Sonderwünsche im Essprogramm, die eher im Zusammenhang mit der Ess-Störung zu sehen sind.

Die Risiken des Symptomverhaltens von Diabetikern mit Ess-Störungen liegen in der Gefahr eines gehäuften Auftretens von Hyperglykämien bei zu niedriger Insulindosierung mit der Folge von Diabetes-Spät Schäden und dem Auftreten von Hypoglykämie bis hin zu lebensbedrohlichen komatösen Zuständen im Rahmen von ernährungsbedingten Hungerzuständen.

Die spezifische Symptomatik ist unbedingt in das therapeutische Vorgehen mit einzu beziehen. Auch hier stellt die gemeinsam betriebene internistisch/psychosomatische Station einen erheblichen Qualitätsvorteil dar.

■ **Behandlungsbeginn**

Da es uns wichtig ist, aus der Einzelbehandlung heraus in die Gruppenbehandlung zu wechseln, starten wir immer dann eine neue Behandlungsgruppe, wenn zehn bis zwölf Patientinnen angemeldet sind. Voraussetzung dafür ist die Kostenzusage eines Versicherungsträgers, in besonderen Fällen auch ein ambulantes Vorgespräch in der Deister Weser Klinik.

■ **Behandlungsdauer**

Wir gehen von einer Behandlungsdauer von etwa acht Wochen aus. Für den Fall, dass diese Behandlungsdauer nicht ausreicht, wechseln die Patientinnen in eine neu startende Gruppe.

Kontakt:

Dr. Dieter Pütz
Deister Weser Klinik
Lug ins Land 5
31848 Bad Münder
E-Mail puetz@dwk.mediclin.de