

Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans

► Behandlungsteam der Station für Essstörungen¹

Abstract

In der Psychotherapie der Magersucht haben sich die Therapieansätze kontinuierlich von ausschließlich schulenorientierten Ansätzen hin zu multimodalen integrierten Behandlungsansätzen verändert. Die stationäre und ggf. teilstationäre Psychotherapie bei Magersucht ist dabei als eine wichtige Episode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zu begreifen. Übergeordnetes Hauptziel einer stationären Intervention ist, überhaupt erst einmal ausreichende körperliche und mentale Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Stationäre Psychotherapie der Magersucht heißt immer Behandlung im Team. Das Behandlungsteam einer Station für Essstörungen stellt gemeinsam das Behandlungskonzept vor, wobei vor allem auch die Pflege bei der Behandlung mager-süchtiger Patienten im Vordergrund steht.

Key words: Stationäre Psychotherapie, multimodale integrierte Gesamtbehandlungspläne, essstörungsspezifische Therapieelemente, psychosomatische Pflege mager-süchtiger Patientinnen

In der langen Tradition stationärer psychotherapeutischer Behandlungen der Magersucht haben sich die Therapieansätze kontinuierlich verändert. Ganz am Anfang standen die psychoanalytischen Behandlungen in weit gehender Abstinenz der körperlichen Situation gegenüber und Fokussierung auf die innerpsychischen Konflikte. Die Anfang der 80er-Jahre erweckten Hoffnungen in den verhaltenstherapeutischen Kliniken, die Magersucht besser behandeln zu können durch die stärkere Aufmerksamkeit dem Essverhalten gegenüber, erfüllten sich nur sehr bedingt. Als sich dann Mitte der 80er-Jahre die Familientherapeuten mit spektakulären Erfolgen meldeten, war leider dennoch bald klar: Keiner der Therapieansätze war und ist für sich alleine genommen ausreichend erfolgreich bei der Behandlung der Magersucht. Erst der *multimodale Therapieansatz* im Rahmen von *integrierten Gesamtbehandlungsplänen* hat auch bei der Magersucht deutlich bessere therapeutische Möglichkeiten und Behandlungschancen gebracht. Heute besteht Konsens über allgemeine Grundprinzipien für die klinische Behandlung der Magersucht, auch wenn in den einzelnen Kliniken die institutionellen Rahmenbedingungen und die theoretischen und klinischen Standorte der Therapeuten zum Tragen kommen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf der Behandlungspraxis des *Zentrums für Essstörungen* an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Kliniken am Universitätsklinikum Essen (www.uni-essen.de/psychosomatik; Herpertz u. Mitarb.

2004a,b), die in den wesentlichen Aspekten dem integrativen multimodalen Therapieansatz in anderen Kliniken entspricht. Der Beitrag wurde von dem Behandlungsteam der Station für Essstörungen PP2 gemeinsam verfasst, er diente der Reflexion der eigenen Behandlungspraxis².

Multifaktorielles Krankheitsgeschehen – multimodaler Therapieansatz

Bei der Genese der Magersucht handelt es sich um ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen, innerseelische psychodynamische, psychosoziale, soziokulturelle und biologische Faktoren greifen ineinander und verstärken sich gegenseitig. Entsprechend kann diesem Krankheitsbild *nur* mit einem integrativen multimodalen Therapieansatz begegnet werden, um die psychischen, psychosozialen, somato-psychischen und biologischen Zusammenhänge auf ganz verschiedenen Ebenen zu berücksichtigen (Herpertz u. Mitarb. 2004a,b), und damit verschiedene psychotherapeutische Perspektiven und Behandlungstechniken im Rahmen von Gesamtbehandlungsplänen integrieren und koordinieren zu können (Herzog u. Mitarb. 2004).

Das zur Behandlung einer Magersucht notwendige Spektrum therapeutischer Maßnahmen ist nur im Rahmen einer spezialisierten Abteilung/Klinik mit einem entsprechenden Therapiesetting und eines in der Behandlung der Anorexia nervosa wie auch anderen Essstörungen erfahrenen Behandlungsteams zu leisten, denn es geht nicht nur um die Koordinierung der verschiedenen Therapieelemente in der Klinik, sondern ebenso um die Koordinierung und Abstimmung der verschiedenen Mitbehandler (Hausärzte, Fachärzte, ambulante Psychotherapeuten u.a.) im Rahmen der Vor- und Nachbehandlungen.

Prinzip „integrierter Gesamtbehandlungsplan“

Die stationäre und ggf. teilstationäre Psychotherapie bei Magersucht ist „nur“ als

¹ Birgit Freese, Brigitta Giesebrecht, Elisabeth Kordecki, Antje Lubitz, Claudia Kochayathil, Christl Queda-Dietrich, Monika Wedig, Sylvia Wentzler, Gisela Wunschel, Samantha Wunschel-Szymborski (Krankenschwestern), Franz Begher (Sozialarbeiter), Daniel Schwartz (Kunst- und Gestaltungstherapeut), Doris Werner (Therapeutin für konzentrierte Bewegungstherapie), Christian Hamke (Psychologe), Dr. Elisabeth Möller, Dr. Katrin Paul (Ärztinnen).

² An der Entwicklung des Konzeptes war der langjährige Oberarzt des Zentrums für Essstörungen Prof. Dr. med. Stephan Herpertz maßgeblich beteiligt.

Tab. 1 Körperlich instabiler Zustand bei Magersucht

Herzfrequenz < 40/min

Hypotonie mit Blutdruck < 80/50 mm Hg
 pathologische Orthostasereaktion mit Synkopen
 jegliche Arrhythmien (im Kontext anderer medizinischer Komplikationen, Erbrechen, Laxanzien- oder Diuretikaeannahme)
 Elektrolytstörungen (Hypokaliämie < 3 mmol/l; Hypophosphatämie)
 zusätzlich Erkrankungen unabhängig von der Essstörung (z. B. Darminfekt mit Durchfall, Diabetes, Asthma oder Ähnliches)

Tab. 2 Checkliste zur stationären Aufnahme bei Anorexia nervosa

Überweisungskontext und aktuelle Motivation
 geschickt, „gezwungen“, aus eigenem Antrieb
bisherige Therapien, deren Beurteilung und die Gründe für einen Abbruch
 Vorerfahrungen mit ambulanter/stationärer Therapie
 Geschlecht der Therapeuten
 Therapiekonzepte
 Gewichtsverlauf und Behandlungsstadium, in dem Therapieabbrüche stattfanden
körperlicher Allgemeinzustand und Ernährungszustand
 Gewicht, Gewichtsentwicklung (Stabilität/Instabilität, Kontrollverlust)
 Abklären medizinischer Komplikationen (s. Tab. 1; z. B. auch Osteoporose, evtl. Knochendichtemessung)
Essverhalten und gewichtsreduzierende Maßnahmen
 Nahrungsaufnahme
 – nicht mehr an feste Mahlzeiten gebunden
 – hat ihren kommunikativen und strukturierenden Aspekt verloren
 Essverhalten
 – rigides einseitiges Diätverhalten (z. B. Monodiät) bis hin zur Nulldiät
 – Unterdrückung des Hungergefühls mittels Trinken großer Flüssigkeitsmengen, u. a. Kaffee
 – Purging-Verhalten
 Gewichtsabnahme mittels
 – restriktivem Essverhalten
 – Erbrechen
 – Einnahme von Abführmitteln, Diuretika etc.
 – extremer körperlicher Aktivität
Körperbildwahrnehmung
 Körperbildwahrnehmung
 Beurteilung des Ausmaßes der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Körpermasse
psychiatrische/psychosomatische Komorbidität
 bestehen psychiatrischer Störungen wie Zwangsstörungen, affektive Störungen
 Gebrauch von psychotropen Substanzen und Persönlichkeitsstörungen
 Hinweise auf offene und/oder verdeckte Selbstverletzungen
 Suizidalität
aktuelle Lebenssituation und Lebenskrisen
 Beruf/Ausbildung
 finanzielle Situation
 Familie, Partnerschaft, Peergroup, Freundeskreis
 Wohnsituation
Hypothesen zur Psychodynamik
 wichtige Lebensdaten
 Auslösesituation
 emotionale Einstellung zur Magersucht
 Vorstellung von sich selbst und wichtigen Bezugspersonen
 Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften, Abwehrmechanismen
 Strukturniveau
Motivation und Erwartung an die Therapie, Einschätzung des Arbeitsbündnisses, Zielvorstellung
 Eigen- oder Fremdmotivation
 Leidensdruck

eine wichtige Episode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes zu begreifen. Idealerweise steht der ambulante Therapieplatz vor der stationären Aufnahme fest und die Patientin und ihre Therapeutin/ihr Therapeut hatten schon ausreichende Gelegenheit, sich kennen zu lernen. Bestenfalls hat die Behandlung sogar schon vor der stationären Aufnahme begonnen. Zu wünschen ist ebenso, dass während der stationären oder teilstationären Behandlung einzelne Sitzungen bei der ambulanten Therapeutin/dem Therapeuten möglich sind, was gegenwärtig ausschließlich ein Abrechnungsproblem ist. Auf jeden Fall aber muss sich die ambulante Behandlung unmittelbar an die stationäre oder teilstationäre Psychotherapie anschließen.

Idealtypisch ist die poststationäre Fortsetzung der Behandlung in therapeutischer Kontinuität. In der Regel findet jedoch ein Therapeutenwechsel im Rahmen der ambulanten Versorgung statt. Hier hat sich der Übergang in eine teilstationäre Therapiephase bewährt, um die häufig „vulnerable Phase“ zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie zu überbrücken. Während der teilstationären Phase müssen die Patientinnen den schützenden Raum der Station verlassen und sich in ihr soziales Umfeld reintegrieren. Damit kann der nach der Entlassung häufig zu beobachtende Rückfall in die Essstörungspathologie vermieden werden. Die notwendigen *Koordinierungsaufgaben* im Rahmen eines *ambulant-stationär-teilstationär-ambulant Gesamtbehandlungsplanes* können von der klinischen Institution übernommen werden, aber ebenso von dem Hausarzt oder den ambulanten Therapeuten.

Wann ist stationäre Psychotherapie angezeigt?

Die stationäre Behandlung ist *medizinisch notwendig* bei neu aufgetretener Magersucht bei einem Gewicht von weniger als 75% des Erwartungsgewichtes bzw. bei einem BMI < 15 kg/m². Sie muss in jedem Fall begonnen werden, *bevor* es zu körperlich instabilen Zuständen und medizinischen Komplikationen kommt (Tab. 1).

Eine stationäre Behandlung *kann notwendig* sein bei einer spezifischen Komorbidität wie z. B. Depression, Suizidalität, selbstschädigendem Verhalten, Persönlichkeitsstörung, Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit, wobei hier im Einzelfall auch die Überweisung

Tab. 3 Zielsetzungen stationärer Psychotherapie

Normalisierung des körperlichen Zustands, Gewichtszunahme und -stabilisierung auf einem körperlich vertretbaren Niveau
 Normalisierung des Essverhaltens sowohl im Hinblick auf Quantität (Nahrungsmenge) und Qualität (Zusammensetzung der Nahrung)
 therapeutische Bearbeitung von intra- und interpsychischen Problemen (Selbstwertproblematik, Familie, Partnerschaft)
 soziale Wiedereingliederung in den Ausbildungs- und Arbeitsprozess (falls notwendig)

Tab. 4 Stationäres Therapiekonzept

1. stationäre Psychotherapie je nach therapeutischer Ausrichtung	2. strukturierendes Essprogramm	3. Ernährungsberatung	4. Sozialarbeit
Einzeltherapie	Festlegung eines Zielgewichtes (~ 18 kg/m ²)	Vermittlung eines normalen Essverhaltens mit mindestens vier Mahlzeiten zu festen Zeiten nach ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten	Beratung und Begleitung bei Außenterminen
verbale Gruppentherapie	Dokumentation einer Gewichtskurve	organisierte Einkäufe	Hilfestellung bei Wohnungssuche, Berufsfindung und im Freizeit- und Kontaktbereich
Gestaltungstherapie	Therapievertrag mit vertraglich geregelter wöchentlicher Gewichtszunahme von 0,7 bis 1 kg	Kochgruppe	Kontaktaufnahme zu Behörden, psychosozialen Institutionen, Frauenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.
konzentrierte Bewegungstherapie	zweimal wöchentliche Gewichtskontrolle		
Schwesterngespräche	gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten		
stationsärztliche Betreuung mit wöchentlichen Teamvisiten und Besprechung des Gewichtsverlaufs	30-minütige Nachruhe nach den Mahlzeiten		
	Ess-, Nachruhebegleitung beim Mittagessen		

in eine spezialisierte Therapieeinrichtung (Suchtklinik, psychiatrische Abteilung) zu erwägen ist.

Die stationäre *Notfallaufnahme* ist unumgänglich bei Elektrolytstörungen und zusätzlichen Erkrankungen unabhängig von der Essstörung (z. B. Darminfekt mit Durchfall, Diabetes, Asthma oder Ähnliches).

Für die Indikationsstellung zur stationären Aufnahme hat sich die Abklärung der in Tab. 2 aufgeführten Gesichtspunkte als hilfreich erwiesen (nach Herzog u. Mitarb. 2004, Hertz u. Mitarb. 2004a).

Auf dieser Grundlage können die Therapiestrategie und die notwendigen Therapieelemente festgelegt werden. Bei der Behandlungsplanung sind natürlich alle bisherigen Behandlungen zu berücksichtigen und es sind auf jeden Fall alle Informationen über die bisherigen Behandlungen anzufordern. Zur Einschätzung des Ausmaßes der auf die Essstörung bezogenen Psychopathologie hat sich eine Kategorisierung nach Hänsel (1991) bewährt mit der differenziellen Unterscheidung der Magersucht als Ausdruck eines Autonomieversuchs, einer Beziehungsab-

wehr oder einer Lebensverweigerung (siehe Tab. 2).

Zielsetzungen der stationären Behandlungsepisode

Das *übergeordnete Hauptziel* einer stationären Intervention ist, überhaupt erst einmal ausreichende körperliche und mentale Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Diese primäre Zielsetzung ist unmittelbar einleuchtend nicht nur auf dem Hintergrund der oft sehr ernsthaften medizinischen Komplikationen, sondern vor allem auch wegen der ausgeprägten *Verleugnungstendenzen* und der partiell starvationsbedingt geringen *Introspektionsfähigkeit* und *Motivation*. Zudem ist das *Arbeitsbündnis* ständig gefährdet wegen der oft unüberwindlich erscheinenden Schwierigkeiten bei der Normalisierung des *Essverhaltens*. Hinzu kommen die erheblichen Leidenszustände und auch psychischen Gefährdungen durch die *Gewichtszunahme*. Die Normalisierung des körperlichen Zustands durch Gewichtszunahme und die Hinführung an eine Normalisierung des Essverhaltens stehen neben der Psychotherapie solange im Vordergrund, bis der körperliche und mentale Zustand eine Intensivierung der Psychotherapie ermöglichen (Tab. 3).

Die Gesamtperspektive der Therapie, die voraussichtliche Abfolge der Therapieelemente und die Zielsetzungen sollten mit der Patientin vor der stationären Aufnahme erarbeitet und für sie transparent gemacht werden, wenn nötig auch in mehreren vorbereitenden ambulanten Terminen. Schon dann kommen essstörungsspezifische Therapieelemente zum Tragen.

Eckpfeiler der stationären Therapiephase

Eckpfeiler der stationären Therapiephase sind in Tab. 4 im Überblick zusammengefasst. Eng aufeinander abgestimmt sind die *Psychotherapie* mit Einzel- und Gruppentherapie, die Gestaltungs- und die konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) als Spezialverfahren auf der einen Seite und die *psychosomatische Pflege* auf der anderen Seite, die u. a. für das strukturierte Essprogramm und die Ernährungsberatung mit betreuten Einkaufs- und Kochmöglichkeiten, Essbegleitung und Nachruhe zuständig ist. Sozialarbeiterische Maßnahmen und

Hilfestellungen sind darüber hinaus weitere unverzichtbare Therapieelemente. Die einzelnen Therapieangebote erfahren während des stationären Behandlungsablaufes eine jeweils unterschiedliche Gewichtung. Auf die Besonderheiten der *Psychotherapie* bei Anorexia nervosa gehen wir mit Verweis auf Beiträge in diesem Heft nicht ein.

Behandlungsteam

Stationäre Psychotherapie der Magersucht heißt immer *Behandlung im Team*. Unser Behandlungsteam auf der Station für Essstörungen besteht aus Mitarbeiter/innen verschiedener Berufsgruppen: Krankenschwestern, Ärztin und Psychologe, einem Therapeuten für Kunst- und Gestalttherapie, einer Therapeutin für konzentrierte Bewegungstherapie, einem Sozialarbeiter. Die Behandlung magersüchtiger Patientinnen stellt meist außerordentliche Anforderungen an das behandelnde Team. Besondere Anforderungen richten sich nicht nur auf dessen *Containing-Funktion*, sondern auch auf dessen Fähigkeiten, mit Spaltungsprozessen umzugehen, die sich nahezu regelhaft im Umgang mit magersüchtigen Patientinnen beobachten lassen. Hierbei spielt die psychosomatische Pflege eine sehr wichtige Rolle. Es sind die Pflegekräfte, die in besonderer Weise die Magersüchtigen über die stationäre Behandlung hinweg „tragen“ – oft kehren die Patientinnen noch nach Jahren gerne zu „Besuchen“ auf „die Station“ zurück – und die Grundlage für die notwendige Teamarbeit schaffen (s. u.).

Essstörungsspezifische Therapieelemente

Motivierung und Arbeitsbündnis

Es sind überwiegend die starvationsbedingten körperlichen und mentalen Einbußen und die damit verbundenen Einbrüche im sozialen Umfeld, was die Angehörigen, den Hausarzt oder Psychotherapeuten zur Einweisung in die Klinik veranlasst. Das Aufsuchen einer Klinik ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der überzeugten Absicht der Magersüchtigen, das gestörte Essverhalten zu ändern und an Gewicht zuzunehmen. Dem *Appell* des Symptoms „Magersucht“ stehen der durch das therapeutische Arbeitsbündnis drohende *Verlust an Autonomie* und das Eingeständnis eigener *Ohnmacht*

Tab. 5 Ziele der prästationären Phase

Motivationsklärung
Förderung des Arbeitsbündnisses
Informationsaustausch und Transparenz des Therapieangebots
Behandlungsvertrag

gegenüber. Das therapeutische Arrangement wird schnell zur Bedrohung für die narzisstischen Gratifikationen durch die unaufhaltsame Gewichtsabnahme und für das dadurch erlebte Gefühl von Autonomie.

Die Motivierung der Patientin zur Behandlung und die Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sind deshalb schon während der prästationären Phase vorrangige Therapieziele, auch wenn sie letztlich integraler Bestandteil des gesamten Therapieprozesses bleiben (Tab. 5).

Diese Ziele sind allerdings nur erreichbar, wenn es der „Klinik“ gelingt, eine vertrauensvolle und tragfähige Atmosphäre zu vermitteln, in der sich die Patientin mit ihren essstörungsspezifischen Problemen angenommen fühlt. Voraussetzung dafür ist die größtmögliche *Transparenz* des Therapieangebots mit völliger Offenlegung der einzelnen Behandlungsschritte und der therapeutischen Ziele. Vor allem sind *Zuverlässigkeit* und *Berechenbarkeit* wichtig – deshalb macht es Sinn, die Patientinnen auf der Grundlage eines *Behandlungsvertrags* umfassend über die Behandlung zu informieren.

Therapievertrag

Ein überindividuell formulierter Therapievertrag stellt nicht nur für die Patientinnen die notwendige Transparenz her, sondern auch für das Behandlungsteam, und er versteht sich als *verbindlicher Leitfaden* für die Behandlung³. Unter dem Gesichtspunkt der *Zuverlässigkeit* und *Berechenbarkeit* ist es ratsam, den Therapievertrag schriftlich und für alle Beteiligten verbindlich abzuschließen. Im Hinblick auf den Autonomieabhängigkeitskonflikt magersüchtiger Patientinnen besteht der Sinn eines Vertrages auch darin, das Autonomieproblem zu akzeptieren und gleichzeitig therapeutisch damit umzugehen. Deshalb sollte der Patientin genügend Zeit zur Verfü-

gung stehen, um sich für oder gegen die stationäre Aufnahme entscheiden zu können. Erst dann lässt sich die Patientin mit der Unterschrift unter den Vertrag aus *eigener Entscheidung* auf die Therapie ein. Ein erstes, aber oft entscheidendes Ziel der Therapie ist damit schon im Vorfeld der stationären Aufnahme erreicht. Hierfür ist eine enge Kooperation mit dem Hausarzt und der ambulanten Psychotherapeutin sehr hilfreich.

Zielgewicht

Die Vereinbarung des Therapieplanes beinhaltet u. a. auch die Festlegungen eines Zielgewichtes im Rahmen eines Stufenplanes. Das ist eine unabdingbare Voraussetzung einer erfolgreichen Psychotherapie, auch wenn es für die magersüchtigen Patientinnen die schwerste Bedingung ist. Das Zielgewicht muss mindestens bei einem BMI > 18 kg/m² liegen, wobei nicht unbedingt Normalgewicht (z. B. BMI 20–25 kg/m²) angestrebt wird. Hilfreich kann die Festlegung von *Zwischenzielen* sein, z. B. ein Gewicht, mit dem die Patientin gerade nicht mehr die diagnostischen Kriterien der Anorexie (BMI > 17,5 kg/m²) erfüllt aber durchaus lebensfähig ist.

Die Frage, *welches Gewicht* während des Klinikaufenthaltes erreicht werden soll, kann lediglich einen Kompromiss darstellen aus physiologischer Notwendigkeit, psychischer Integration und auch Dauer des stationären Aufenthaltes. Durch das Zusammenspiel von Körpergewicht und endokrinologischen Veränderungen ist das Zielgewicht nur scheinbar objektivierbar, denn nicht selten persistiert die Oligo- oder Amenorrhö als Ausdruck endokriner Dysfunktion auch noch nach der Gewichtsnormalisierung.

Eine *Annäherung an das Zielgewicht* ist aber die wesentliche Voraussetzung für die weitere körperliche Gesundung und dient nicht nur der Begegnung schwerwiegender körperlicher Folgeerscheinung wie zum Beispiel der Osteoporose. Die Normalisierung der endokrinen Funktionen ermöglicht den Patientinnen einen Zugang zu ihrer weiblichen Identität und deren psychotherapeutischer Be-

³ Der Behandlungsvertrag ist unter der Homepage www.thieme.de/pid abrufbar.

Tab. 6 Stufenprogramm für essgestörte Patientinnen

1. Stufe	Zwei Stunden Ausgang pro Tag auf dem Klinikgelände in Begleitung von Mitpatienten oder Angehörigen, Besuche nur am Wochenende. Sportliche Betätigung ist nicht möglich. Zusätzlich zu der normalen Krankenhauskost, welche auf der 1. Stufe 2000 kcal beträgt, bekommen die Patienten zweimal 200 ml Fresubin = 400 kcal als Trinknahrung (= 2400 kcal)
2. Stufe	Keine weitere Applikation hochkalorischer Trinknahrung. Es wird die normale Krankenhausmahlzeit eingenommen, die tägliche Gesamtkalorienmenge beträgt 3000 kcal. Die Klinik kann ohne Begleitung verlassen werden, aber nicht das Klinikgelände. Kein Ausgang am Wochenende
3. Stufe	(Sobald $\frac{2}{3}$ des verlangten Gewichtszuwachses erreicht worden sind) – freies Wochenende, das Klinikgelände kann verlassen werden. Nach Erreichen des Zielgewichtes erfolgt eine weitere stationäre Therapie von sechs Wochen
4. Stufe	Fakultativ stationärer oder teilstationärer Behandlungsstatus möglich. Einnahme der normalen Krankenhausnahrung (2500–3000 kcal). Das Zielgewicht sollte gehalten werden. Fakultativ erfolgt einmal wöchentlich eine Blutabnahme, zwecks Ausschluss eines Laxanzien-/Diuretikaabusus (Elektrolyte und harnpflichtige Substanzen)

arbeitung und fördert die therapeutische Wirksamkeit einer wachsenden Identifizierung mit Mitarbeiterinnen des Teams.

Hunger, Sättigung, Emotion

Patientinnen mit Anorexie können sich schon deswegen nicht mehr spontan richtig ernähren, da sie keine natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühle mehr haben. Sie sind in der Regel desorientiert über die physiologischen und psychologischen Empfindungen von Hunger, Durst und Ernährung. Deshalb sind konkrete Informationen darüber, Essprotokolle, therapeutisch begleitete Mahlzeiten mit festgelegten Regeln, Einkaufs- und Kochaktivitäten geeignet, den Patientinnen zu helfen, langsam wieder ein geregeltes Essverhalten aufzubauen.

Untergewicht führt zu einer Abnahme von *Emotionalität*, Gewichtsabnahme wird oft schon deswegen angestrebt. Alleine schon durch eine Gewichtszunahme kann es bei einer Patientin zu einer beängstigenden Zunahme von Gefühlen und dabei zu einem Aufkeimen von Wut, Angst, aber auch von sexuellen Empfindungen kommen, was für manche Patientinnen extrem beängstigend ist. Das therapeutische Team muss das verstehen und sich darauf einstellen können. Auch schon deswegen ist eine forcierte Auffütterung etwa mittels parenteraler oder Sondenernährung nur als Notfallmaßnahme bei vitaler Gefährdung angezeigt, ansonsten abzulehnen. Eine solche Behandlung wird die magersüchtige Patientin auf jeden Fall traumatisch

erleben, was das Arbeitsbündnis ernsthaft gefährdet.

Essprogramm als Stufenplan

Für die „kontrollierte“ Gewichtszunahme ist ein klar strukturiertes *Essprogramm* nach einem klar festgelegten *Stufenplan* hilfreich, der entsprechend dem Zielgewicht eine sukzessive Steigerung des Psychotherapieangebotes und der individuellen Freiheitsgrade beinhaltet (Tab. 6). Das schafft nicht nur Transparenz, sondern vor allem auch klare Verhältnisse und Berechenbarkeit.

Das Essprogramm besteht aus vier Stufen. Bei einem Drittel des notwendigen Gewichtszuwachses wird jeweils die nächste Stufe erreicht. Die Gewichtsbestimmung erfolgt zweimal in der Woche, montags und donnerstags um 7.20 Uhr, nüchtern, nach dem Toilettengang, in Unterwäsche durch eine Pflegekraft der Station. Im Hinblick auf den Behandlungsvertrag ist das am Donnerstag gemessene Gewicht relevant. Der Gewichtsverlauf wird dokumentiert und jede Woche von dem behandelnden Team besprochen. Sollte keine konstante Gewichtszunahme erfolgen (700 g pro Woche), tritt folgendes Regelwerk in Kraft:

- „Grüne Karte“: Bis zum kommenden Donnerstag muss die geforderte Mindestzunahme (700 g) erreicht werden, andernfalls erhalten Sie die gelbe Karte.
- „Gelbe Karte“: Ausgang: 2 Std. pro Tag in Begleitung einer/eines Mitpatientin/en auf dem Klinikgelände. Besuche

nur am Wochenende, keine Wochenendbeurlaubung. Sollte es innerhalb einer Woche nicht gelingen, die geforderte Mindestzunahme zu erreichen, erfolgt die rote Karte.

- „Rote Karte“: Entlassung am folgenden Dienstag, eine Wiederaufnahme ist prinzipiell möglich und auch angestrebt.

Diese Prozedur löst immer eine engagierte Diskussion nicht nur mit der Patientin, sondern auch im ganzen Behandlungsteam aus.

Gewichtsverlauf

Die grafische Dokumentation des Gewichtsverlaufs der Patientinnen hat sich neben besserer Illustrationsmöglichkeiten sowohl für das Behandlungsteam als auch für die gemeinsame Besprechung mit den Patientinnen bewährt. Sie spiegelt nicht selten den psychodynamischen Prozess während der stationären Psychotherapie und kann insofern wertvolle Orientierungshilfen für das Gesamt-Behandlungsteam bieten (siehe Kasuistiken und Abb. 1).

Frau A. (27 Jahre)

Überweisung: Gebracht von Angehörigen aus Sorge wegen des biografischen Minimalgewichts von 36 kg bei 171 cm (BMI = 12), trotz der gegebenen vitalen Lebensgefährdung außerordentlich hohes Maß an Verleugnung, zunächst Indikation für eine stationäre internistische Intervention, neben der Abwendung der akuten vitalen Bedrohung auch zur Herstellung einer minimalen Behandlungsfähigkeit in dem Essstörungssetting.

Gewicht bei Aufnahme: 36 kg bei 171 cm (BMI = 12); biografisches Minimalgewicht

Essverhalten: Restriktiv, kein Frühstück, mittags 1–6 Äpfel, abends Salat oder Rohkost, lediglich mit Essig als Dressing. Störung des Essverhaltens bereits seit dem 16. Lebensjahr (55 kg), als Reaktion auf schwerwiegende familiäre Belastungen; zunächst bulimische Essstörung mit regelmäßigen Ess-Brech-Attacken; ab 22. Lebensjahr Reduktion des selbst induzierten Erbrechens stattdessen exzessive Sportausübung als Gegenregulation; ab 24. Lebensjahr können Hungergefühle wie auch Heißhungerattacken schrittweise unter Kontrolle gebracht werden; sukzessive Gewichtsabnahme bis zum 27. Lebensjahr.

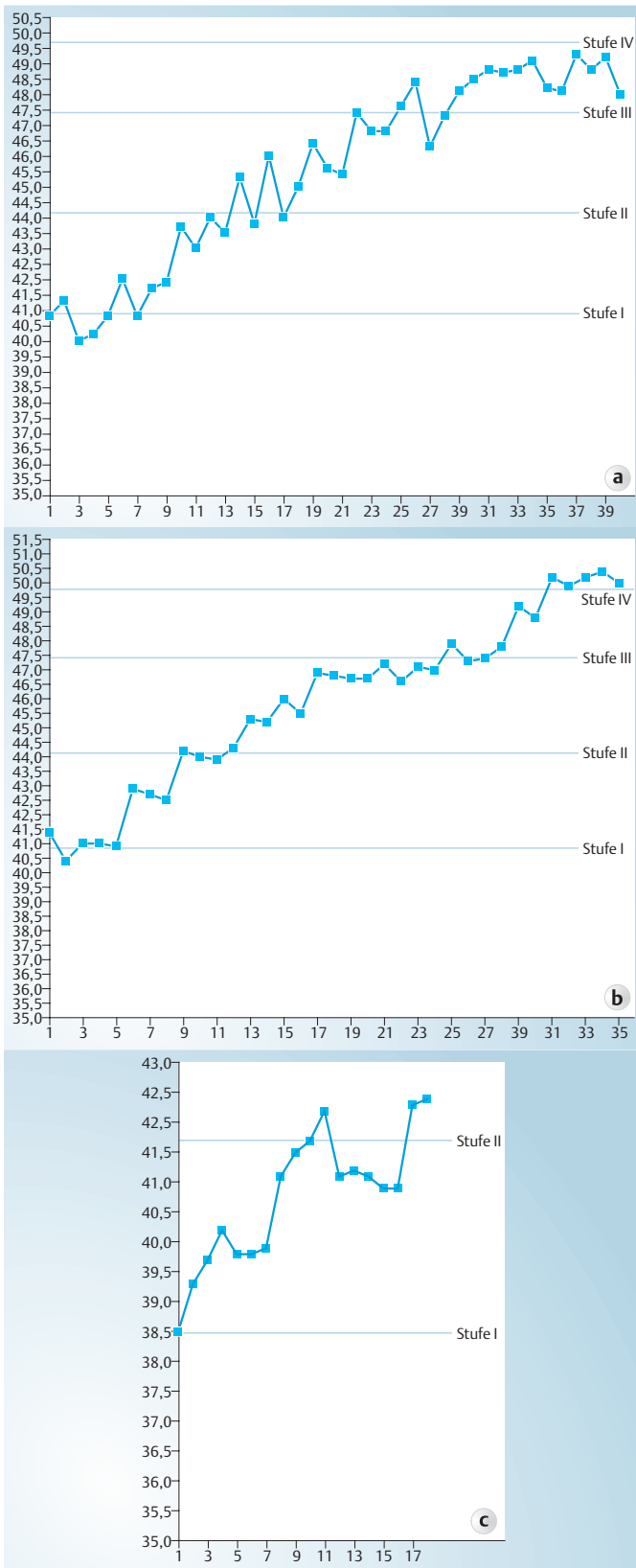


Abb. 1 Gewichtscurven

Frau B. (29 Jahre)

Überweisung: Durch den Hausarzt; Grund für das Aufsuchen therapeutischer Hilfe sind zunehmende Konzentrationschwierigkeiten und Leistungseinbußen, wachsende Probleme bei der Berufsausübung, sich stetig vergrößernde körperliche Schwäche, damit einhergehende Lust- und Antriebslosigkeit.

Gewicht bei Aufnahme: 43 kg bei 164 cm Körpergröße, Bodymass-Index (BMI) 16; prämorbid Gewicht mehrjährig konstant bei 53 kg, BMI = 19,7.

Essverhalten: Äußerst restriktiv, keine anderweitige Gewichtskontrollstrategien, keine Essanfälle.

Frau C. (22 Jahre), Fallbeispiel „gelbe Karte“

Überweisung: Überweisung durch die Hausärztin. Starker Gewichtsverlust von über 15 kg innerhalb eines Jahres, zunehmend körperliche Symptome wie Konzentrationsschwierigkeiten, Schwächegefühle, allgemeine Leistungseinbußen.

Gewicht bei Aufnahme: 38,5 kg bei einer Körpergröße von 158 cm (BMI = 15,5), biografisches Minimalgewicht.

Essverhalten vor Aufnahme: Ausgeprägt restriktives Essverhalten, starke Kontrolle und zunehmende Einschränkung der „erlaubten“ Nahrungsmittel, zuletzt lediglich Obst, Magerquark, trockene Brötchen. Ansonsten keine weiteren Gewichtskontrollmaßnahmen.

Vergleich der Gewichtskurven

Bei einem Vergleich der Gewichtskurven der Patientinnen Frau A. und Frau B. fällt auf, dass Frau A. während ihrer Behandlung großen Gewichtsschwankungen unterlag, welche sich grafisch in Form einer „Zackenlinie“ abbilden. Obwohl Frau B. ebenfalls Gewichtsschwankungen unterworfen war, stellen sich diese in ihrem Fall weniger ausgeprägt und in ihrer Differenz deutlich geringer dar. Insgesamt weist die Gewichtskurve von Frau B. eine größere Zunahmekontinuität auf. Die Unterschiedlichkeit der beiden Kurven wird vor allem ab der dritten Behandlungsstufe erkennbar.

Behandlungstechnisch hat dies folgenden Hintergrund: Ab der dritten Behandlungsstufe verbringen Patientinnen ihre Wochenenden in ihrer gewohnten Umgebung am Heimatort, wobei sie ihr Essverhalten eigenverantwortlich gestalten. An beiden Gewichtsverläufen ist abzulesen, dass die Gewichte ab dem Zeitpunkt des Wechsels in die dritte Behandlungs-

stufe montags phasenweise geringer ausfallen als am Donnerstag vor dem betreffenden Wochenende. Die Gewichtskurven belegen an dieser Stelle die Schwierigkeiten, die Patientinnen zunächst mit der Übernahme von Eigenverantwortung für ihr Essverhalten haben.

Ebenso werden Zusammenhänge deutlich, die zwischen interaktionellen Problemen mit den Bezugspersonen, hieraus resultierenden emotionalen Krisen und der Gestaltung des Essverhaltens bestehen. So waren die Gewichtsverluste der Patientin *Frau B.* immer dann am größten, wenn vor dem Hintergrund eines zugrunde liegenden Autonomieabhängigkeitskonfliktes eine Auseinandersetzung mit den Eltern stattgefunden hatte.

Ferner können Gewichtsverläufe eine prädiktive Funktion besitzen. Im Fall von *Frau A.* ist das Ausmaß der Gewichtseinbrüche von teilweise mehr als 1,2 kg ein Indikator für eine eher ungünstige Gesamtprognose. Die Tatsache, dass sie innerhalb eines Wochenendes, an dem sie selbst für die Gestaltung ihrer Mahlzeiten verantwortlich ist, ungewöhnlich viel Gewicht verliert, deutet hier auf die Malignität der Essstörung hin. Die Katamnese bestätigt dies: *Frau A.* verlor innerhalb eines Monats nach Entlassung 5 kg ihres Gewichtes. Im Vergleich steht die Gewichtskurve der Patientin *Frau B.* für eine günstigere Prognose: Ihre Katamnese weist eine psychische wie geografische Distanzierung von den Eltern und eine Stabilisierung ihres Gewichtes auf.

Die Gewichtskurve der Patientin *Frau C.* zeigt einen wellenförmigen Verlauf. Nachdem es ihr zu Beginn der Behandlung gelungen ist, mit zunächst relativ geringen Veränderungen der Nahrungszusammensetzung sowie der Nahrungsmengen eine Zunahme zu erreichen, stagnierte der Gewichtszuwachs nach einer Woche. Nachdem es der Patientin nach einer weiteren Woche nicht gelang, eigenverantwortlich eine Gewichtszunahme einzuleiten, erhielt sie in der Gewichtsvisite die „grüne Karte“. Damit sind noch keine Einschränkungen wie z. B. Verkürzung der Ausgangszeiten verbunden. Es stellt eine „Verwarnung“ dar und kündigt die „gelbe Karte“ an, falls keine Zunahme von mindestens 700 g in der kommenden Woche erfolgt. Die „gelbe Karte“ beinhaltet Einschränkungen des Ausgangs und weist auf die drohende Unterbrechung der Behandlung hin. Unter der Bedingung der „grünen Karte“ konnte *Frau C.* schließlich eine weitere Zunahme einleiten und ein Gewicht von

42,2 kg sowie einen Wechsel in die nächste Behandlungsstufe erreichen. Die „grüne Karte“ wurde abgesetzt. Nach einer anschließenden Gewichtsabnahme um 1,1 kg erhielt die Patientin erneut die „grüne Karte“, wobei es ihr in diesem Fall nicht gelang, eine ausreichende Zunahme zu erzielen. Sie war auch wieder in die Stufe zuvor zurückgerutscht. Da das Gewicht unverändert blieb, erhielt *Frau C.* jetzt die „gelbe Karte“ mit den damit verbundenen Einschränkungen wie z. B. reduzierte Ausgangszeiten und der drohenden „roten“ Karte. Es gelang ihr aber innerhalb einer Woche 700 g zuzunehmen und wieder in die nächste Stufe zu wechseln.

Psychodynamisch konnte mit der Patientin in diesem Ablauf erarbeitet werden, dass sich ihr ausgeprägtes Autonomieabhängigkeitsproblem inszeniert hat, wobei sie sich vorrangig in einer depressiven anklammernden abhängigen Position fixierte und außerhalb der Esssymptomatik wenig Eigenes entwickeln konnte. Biografisch ist das auf dem Hintergrund ihrer erschwerten Ablösung aus der hochambivalenten inneren und äußeren Gebundenheit an die Eltern zu verstehen.

Körper und Sinne

Bei magersüchtigen Patientinnen haben wir es mit einem psychosomatischen Geschehen zu tun, das sich unmittelbar am Körper abspielt und sich durch ihn ausdrückt. Ebenso haben magersüchtige Patientinnen aufgrund ihrer affektisolierten, sprachlich intellektualisierenden Kommunikation wenig Zugang zu intrapsychischem und interpersonellem Konfliktleben.

Konzentrierte Bewegungstherapie

Daher ist es nahe liegend, in unser integratives Konzept körper-, erlebnis- und gestaltungsorientierte Psychotherapie miteinzubeziehen. Die *konzentrierte Bewegungstherapie* ist eine Therapiemethode auf entwicklungs- und tiefenpsychologischer Grundlage und hat ihren Schwerpunkt im prä- und nonverbalen Bereich. Sie bietet die Möglichkeit, Einschränkungen und Fixierungen *leibnah* zu erfahren und im therapeutischen Raum zu reinszenieren. Magersüchtige Patientinnen haben den eigenen Körper nicht positiv besetzen und erleben können. Sie haben ein unzureichendes, meist negatives Bild vom Körper entwickelt.

Sie erleben ihre Körpergrenzen verzerrt und nicht der Realität entsprechend (z. B. in seinen Ausmaßen), sie sind sich selbst und ihrem Körper entfremdet, nehmen sein Signale wie Hunger, Sättigung, Kälte, Wärme, Sehnsucht nach Nähe nicht wahr und können somit diese Signale nicht adäquat beantworten.

Wir verstehen das innere Körperbild wie ein Modell des Menschen von seinem Körper. Es bildet sich durch positive und negative Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit. Erste Beziehungserfahrungen spielen sich hauptsächlich am Körper ab im Sinne eines tonischen Dialogs zwischen Mutter und Kind. Dieses unbewusste Körperbild ist ausschlaggebend für das Erleben des Körpers und den Umgang mit ihm und ist Ausgang und Schwerpunkt der Arbeit mit konzentrativer Bewegungstherapie. Die Lebensgeschichte der Patientinnen, die eine Magersucht entwickeln, ist meist sehr schwierig und zeigt traumatisches Erleben zwischen Überbehütung und Vernachlässigung. Im Vordergrund stehen die Konflikte von Autonomie und Abhängigkeit. Dabei wird Unabhängigkeit – verstanden als Autonomie – auf der Körperseite gelebt: nämlich sich unabhängig von körperlichen Bedürfnissen wie Hunger, Schlaf, Wärme, Nähe usw. zu machen. Die Abhängigkeit bleibt in den Objektbeziehungen bestehen. Affekte wie Hass, Wut, Ekel, Trennungsimpulse usw. werden in der ablehnenden und feindseligen Haltung dem eigenen Körper gegenüber gebunden. Die Realität des bedrohlich untergewichtigen Körpers wird verleugnet und meist nicht einmal gespürt („unterhalb des Halses spüre ich nichts“). So bleiben die Beziehungen „rein“, allerdings um den Preis von Abhängigkeit und der Essstörung.

Wir verstehen dies als direkten Ausdruck von seelischer Not. In der Behandlung erleben wir, wie schwer es ist und wie weh es tut, wenn sich der Vorhang manchmal haben darf und die Verleugnung, Verschiebung, die Bedeutung und zerstörerische Kraft erkannt werden. Da die Essstörung identitätsstiftende Funktion hat und die Erkrankung meist in die Zeit der Identitätsfindung fällt, wird verständlich, dass deren mögliche Aufgabe größte Ängste auslöst und die Frage aufwirft: „Wer bin ich dann?“ Die Behandlung mit der konzentrativen Bewegungstherapie beinhaltet, die erstarre, eingeengte innere und äußere Bewegung wieder in Fluss zu bringen. In einem „positiven mütterlichen“ Raum können die Patientinnen vielfältige leibseelische Er-

fahrungen in Bezug auf alle Lebensthemen machen. Verschiedene Angebote regen an, den Körper in Ruhe und Bewegung wahrzunehmen und das Erleben von innerem und realem Raum, vom Boden, von Plätzen im Raum, von Dingen und Gegenständen, ebenso die Gestaltung von Beziehungen zu den Mitpatienten zu ermöglichen.

Oft ist die (wieder-)gewonnene Deutlichkeit der Körperempfindungen, der Assoziationen und der szenischen Inszenierungen verblüffend. Es tauchen Gefühle und Erkenntnisse auf, die so vorher noch nicht gefühlt oder verbalisiert werden konnten, da sie z.T. aus einer Zeit stammen, in der es noch keine Versprachlichung gab. Es können aber auch schmerzliche Gefühle und Erinnerungen auftauchen, die über die Aktivierung des Leibgedächtnisses frei werden. Dieser Bewusstwerdung widersetzen sich die Patientinnen oft heftig. Der Umgang erfordert Einfühlungsvermögen und Vorsicht.

Das Erleben des eigenen Körpers innerhalb der therapeutischen Beziehung – entgegen der früheren Abspaltung –, das Spüren seiner Bedürftigkeit, seiner Grenzen, seiner Beweglichkeit und Zielgerichtetheit, das Erleben eines inneren oder äußeren Halts sind neue und/oder korrigierende Erfahrungen mit dem Ziel, ein Gefühl für Sicherheit und Geborgenheit anzubahnen. Dies fördert die Beziehung der Patientinnen zu sich selbst und regt zu einem liebevolleren körperlichen Umgang an.

Gestaltungstherapie

In der *Gestaltungstherapie* wendet sich der Patient über verschiedene gestalterische Aktivitäten seinem inneren Erleben zu. Dabei können Erlebnisbereiche angesprochen werden, die sich dem sprachlichen Zugang (noch) entziehen und die, wenn der Patient beginnt, sie im gestalterischen Prozess zu entdecken, ein tiefes Erstaunen über bisher ungelebte Aspekte seiner selbst und die sich ihm damit eröffnenden Möglichkeiten auslösen. Oftmals beginnt mit einer solchen Erfahrung ein Prozess der Einsichtnahme, in dem der Patient wie in einem inneren Dialog gleichermaßen Konflikthaftes erkennt wie auch diesem als Gestaltender, d. h. als Handelnder, begegnet.

Zu Beginn einer Therapie fällt es den Patienten oft schwer, im Malen oder Tonarbeiten einen „Sinn“ zu erkennen. Sie halten sich für unbegabt und geraten leicht unter Leistungsdruck, weil sie

glauben, bestimmten Erwartungen gerecht werden zu müssen und daran „gemessen“ zu werden. Daher ist eine wertungsfreie, annehmende und auf die schöpferische Kraft des Patienten vertrauende Haltung des Therapeuten sehr wichtig, um ihm einen Zugang zu den eigenen kreativen Energien zu ermöglichen. Beginnt der Patient selbst mehr und mehr Vertrauen in sein schöpferisches Potenzial zu fassen und ein Gefühl von Urheberschaft zu entwickeln, so kann er sich auch zunehmend konfliktreichen Themen zuwenden. Eine wichtige Aufgabe des Gestaltungstherapeuten ist es daher, dem Patienten auf der Ebene seiner Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten zu begegnen und ihm mit einem passenden Material- bzw. Themenangebot einen Zugang zum gestalterischen Tun zu eröffnen.

Der Gestaltungstherapeut stellt mit dem Gestaltungsangebot einen sinnlichen Erfahrungsraum als Beziehungsraum zwischen Therapeut und Patient bereit, in dem sich die frühen, vornehmlich körperlichen Beziehungserfahrungen des Gehaltenseins, Berührtwerdens und Behandelwertens sowie des Berührens, Greifens und Handelns – kurz, die ersten Erfahrungen des im Kontaktseins mit der Welt – im ästhetischen Dialog mit der entstehenden Gestaltung materialisieren und wandeln können.

Hierbei spielt der Aspekt der projektividentifizierenden Kommunikation eine bedeutende Rolle, womit der Therapeut die frühen, aus präverbalen Entwicklungsphasen stammenden Beziehungsbedürfnisse des Patienten in sich abbildet und ihm in integrierbarer Form zurückgibt. Der Raum der Gestaltung ermöglicht hier einen spielerischen und oftmals weniger bedrohlichen Zugang, da man sich auf das Bild des Patienten, anstatt direkt auf seine Person beziehen kann. Der Patient kann sich dann mehr oder weniger stark mit seiner Gestaltung und dem, wie der Therapeut darauf einget, identifizieren. Insofern erfüllt die Gestaltung immer auch Selbstobjektfunktion.

Lebenswelten und reale Krisen

Der Rückzug aus den gesellschaftlichen Lebensbezügen führt in Verbindung mit den meist erheblichen körperlichen Einschränkungen oft zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Arbeits- und Sozialräume der Patientinnen. Die in den

Behandlungsprozess integrierte Sozialberatung ermöglicht den Miteinbezug der äußeren Landschaft im Sinne des biopsychosozialen Behandlungsansatzes. Eine Zielsetzung dabei ist, den häufig sehr begrenzten persönlichen Aktionsradius im Verlauf der Therapie zunehmend zu erweitern, was nicht selten mit realen Krisen und äußeren Erfordernissen einhergeht. Obligat ist das genaue Erfassen der realen Lebensbedingungen zu Therapiebeginn. Nur dann ist eine gezielte Sozialberatung im Therapieverlauf möglich, welche eine Konfrontation mit den die Patientinnen umgebenden Lebenswelten therapeutisch einbezieht. Der Behandlungserfolg wird durch eine individuell angepasste Planung der poststationären Zeit entscheidend beeinflusst und ermöglicht den Patientinnen einen strukturellen Rahmen für den Transfer des Therapieerfolgs in den Alltag.

Für die Sozialberatung besteht dann eine zwingende Indikation, wenn die Patientinnen durch eine oder mehrere psychosoziale Problemlagen zusätzlich beeinträchtigt sind und ihnen nur unzureichende eigene Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Im Verhältnis zur Psychotherapie versteht sich die soziale Beratung komplementär und verfügt über eigene Methoden und Möglichkeiten (Nestmann 2002). Die Integration in die bestehenden Hilfsangebote erfordert eine interdisziplinäre Abstimmung und die Bereitschaft aller Seiten zur multiprofessionellen Kooperation. Damit ist die soziale Arbeit eine sinnvolle Erweiterung des psychotherapeutischen Handlungsspektrums.

Psychosomatische Pflege magersüchtiger Patientinnen⁴

Generelle Pflegeprobleme

Ein Pflegeproblem ist eine Beeinträchtigung des Patienten in einem Lebensbereich, die seine Unabhängigkeit einschränkt und ihn oder in bestimmten Fällen auch andere belastet. Bei den essgestörten Patienten können fast alle Aktivitäten des täglichen Lebens individuell gestört sein.

⁴ Der Teil zur psychosomatischen Pflege magersüchtiger Patientinnen wurde von Sylvia Wentzler verfasst.

Tab. 7 Liste der ATLS nach Chris Abderhalden

- atmen
- Regulieren der Körpertemperatur
- essen und trinken
- ausscheiden
- ruhen und schlafen
- sich bewegen
- sich waschen und kleiden
- für Sicherheit sorgen
- sich informieren und orientieren
- kommunizieren
- Beziehungen aufnehmen, aufrechterhalten, beenden
- mit Problemen und Realitäten umgehen
- Sinn finden
- sich beschäftigen
- persönlichen Besitz verwalten
- wohnen
- sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
- seine Rechte wahrnehmen, seine Pflichten erfüllen

Tab. 8 Generelle Pflegeziele

sich akzeptieren zu können im Alltag zu bestehen	Eigenverantwortung zu übernehmen	die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu regeln
seine Freizeit innerhalb der Therapie sinnvoll zu gestalten, die Freizeit individuell zu planen und zu nutzen	die Auswirkungen seines Verhaltens in Bezug auf andere adäquat zu erkennen, zu reflektieren und gegebenenfalls zu korrigieren	sein Zielgewicht zu erreichen und sein Basisgewicht zu halten
seinen Tagesablauf zu strukturieren	seine Gefühle zu erleben, seine Bedürfnisse zu benennen und darüber zu kommunizieren	Kreislaufprobleme zu regulieren
einen Schlaf-Wach-Rhythmus einzuhalten	sich als Individuum in einer Gesellschaft zu begreifen	ein regelmäßige und komplikationslose Ausscheidung zu haben
seinen Körper zu akzeptieren und adäquat zu versorgen		die Konzentrationsfähigkeit zu verbessern
seinen autoaggressiven Impulsen nicht nachzugeben		die Kleidung der Situation anzupassen
ein Gefühl für seine Geschlechtsidentität zu entwickeln		körperliche Bewegung in einem angemessenen Rahmen einzusetzen
		Beziehungen adäquat ein zu gehen und führen zu können
		Nähe und Distanzbedürfnis wahr zu nehmen und zu regulieren
		Sinn im Leben zu sehen, das Leben hat und macht wieder „Sinn“

dadurch auch gegebenen Lebensgefährdung im Bewusstsein der Pflege. Wegen des subjektiv gestörten Körperbildes und der unangemessenen Selbstwahrnehmung, zu dick zu sein, wird das Pflegepersonal immer wieder in Diskussionen über ein unangemessenes niedriges Idealgewicht verwickelt, Hunger wird verleugnet, „ich brauche nichts, ich bin nicht auf Essen angewiesen“. Hierbei ist die Struktur durch das Essprogramm und den Stufenplan sehr hilfreich und entlastend. Ständige besondere pflegerische Aufmerksamkeit verlangen der Kaliummangel bedingt durch Erbrechen und Abführmittelmisbrauch wegen der chronischen Obstipation, die erniedrigte Körpertemperatur, trockene Haut und brüchige Haare, die Lanugobehaarung, was die Selbstentwertungen des eigenen Körpers der Patientinnen fördert. Das Ansprechen der Störungen der endokrinen Funktionen mit der Amenorrhö ermöglicht eine Thematisierung ihrer weiblichen Identität.

Durch Symptomaufgabe vermehrte innere Spannung kann zu autoaggressiven Handlungen am Körper führen, z.B. Ritzen der Hautoberfläche, sich schlagen, verbrennen, oder aber es kommt zu Tabletten-, Alkoholmissbrauch oder Promiskuität. Auch das verlangt besondere pflegerische Aufmerksamkeit. Bei traumatisierten Patientinnen ist das Pflegepersonal oft sehr intensiv mit deren Überflutungszuständen durch Erinnern von traumatischen Erlebnissen konfrontiert, was sich in Bilderflut und Gedankenflut äußern kann wie auch durch körperliche „flashbacks“, d.h. Somatisierungsstörungen. Selbstmordversuche sind absolute Notfallsituationen auf der Station, was viel Aufmerksamkeit und pflegerische Zuwendung den anderen, dann oft sehr beunruhigten Patienten gegenüber verlangt.

Generelle Pflegeziele

Wir unterstützen und motivieren die essgestörten Patienten, die in Tab. 8 zusammengefassten generellen Pflegeziele zu erreichen. Die Pflegemaßnahmen orientieren sich an den festgelegten Pflegeproblemen und Pflegezielen unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten.

Pflegemaßnahmen bei Magersucht

Trotz Autonomiebestrebungen wirken die Patienten vordergründig sehr angepasst und harmlos, gehen scheinbar auf

Um sich bei der Orientierung darüber nicht zu verlieren, bietet sich eine Checkliste an, die nicht zum Abfragen des Patienten führen sollte, aber dazu geeignet ist, die Problembereiche des Patienten leichter und strukturierter zu erfassen. Dazu verwenden wir die Checkliste „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) nach Chris Abderhalden (Tab. 7).

aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) nach Chris Abderhalden (Tab. 7).

Spezielles Pflegeproblem bei Magersucht

Diese ergeben sich aus dem oft extremen Untergewicht bis zur Kachexie und der

alle Vereinbarungen ein. Erst wenn Gewicht nicht ansteigt, wird offenkundig, dass „getrickst“ wurde, z.B. heimlich erbrochen, heimlich Abführmittel und Diuretika eingenommen, nicht gegessen und vor dem Wiegen getrunken. Therapeuten und Pflegepersonal sind enttäuscht und resigniert, die Magersüchtigen triumphieren.

Die Pflegekraft unterstützt so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig. Das bedeutet:

- **auf Einhaltung des Behandlungsvertrages achten**
Vor Aufnahme unterschreiben die Patienten den Behandlungsvertrag, in dem ein Zielgewicht, eine Zunahme von 700 g/Woche sowie alle therapeutischen Maßnahmen festgelegt sind.
- **Außeneinflüsse einschränken**
In der Anfangsphase, die sich über vier Wochen erstreckt, werden Außeneinflüsse eingeschränkt, Ausgang von zwei Stunden pro Tag in Begleitung eines Patienten, Besuchszeit beschränkt sich auf Samstag und Sonntag in der Zeit von 15.00–20.00 Uhr.
- **Achtsamkeit und Zuwendung**
Von Anfang an die schwere Pathologie der Persönlichkeitsentwicklung hinter der angepassten Fassade einkalkulieren, d.h. wachsam sein, konsequent sein – sich nicht auf „Feilschen“ einlassen, nicht moralisieren, wenn „Ausricksen“ aufgedeckt wird, aber konsequent konfrontieren: „Ich weiß, dass Sie das nicht aus Bösartigkeit tun, Sie können im Moment nicht anders. Aber ich muss darauf bestehen, dass Sie das lassen und sich mit unserer Hilfe an den Behandlungsvertrag halten.“
- **Patienten ernst nehmen**
Patienten neigen dazu, zu bagatellisieren, zu kokettieren. Auf diesen „Flirt“ nicht hereinfliegen, sondern ernst bleiben. Es ist eine ernste und lebensbedrohliche Situation.
- **Eigenempathie, Selbstfürsorge und Eigenverantwortung fördern**
Am „Modell der Besorgnis des Therapeuten und Pflegepersonals um die Gefahr der Autodestruktivität“ können die Kranken lernen, Eigenempathie zu entwickeln in weiteren Schritten Selbstfürsorge sowie Verantwortung zu übernehmen.
- **Gewichtskontrolle**
Zweimal wöchentlich, Montag und Donnerstag, ist es Aufgabe des Pflegepersonals, die Patientinnen nüchtern zu wiegen, in Unterwäsche. Tägliches

Wiegen würde vonseiten der Patienten immer wieder Anlass zum Feilschen geben und übergroße Besorgnis des Pflegepersonals demonstrieren.

- **Für regelmäßige Mahlzeiten sorgen**
Durch drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten, womit eine Kalorienzufuhr von 2500 kcal gewährleistet ist, wird an eine „normale“ Ernährung herangeführt. Zusatzkost in flüssiger Form in den ersten vier Wochen (400 ml Fresubin – hochkalorische Trinknahrung). Patienten erhalten Unterstützung bei der Nahrungsmenge, die zugeführt werden soll, um zuzunehmen (gegebenenfalls Demoteller, meist reicht ein Gespräch). Patienten werden darin unterstützt, nach und nach „verbotene Nahrungsmittel“ wieder in ihren Essplan aufzunehmen.
- **Kampf um Autonomie mit konstruktiven Mitteln unterstützen**
Die Patienten werden in ihrem Kampf um Autonomie mit konstruktiven Mitteln unterstützt. Die Mahlzeit wird, von einer Schwester begleitet und an einem Extratisch, im Speisesaal/in der Mensa eingenommen. Die warme Mahlzeit, weil meist von der Mutter zubereitet, demonstriert den Kampf um Autonomie am deutlichsten sowie die Unterwerfung unter den Willen der dominierenden Mutter. Die Patienten stehen unter einer extremen körperlichen Anspannung, leisten Widerstand, d.h. essen wenig, sehr langsam. Die Esszeit ist auf 30 Minuten beschränkt und ist ritualisiert, d.h. gemeinsames Anfangen und Beenden der Mahlzeit, Nahrungsmittel dürfen nicht getauscht werden, das Gericht bleibt 30 Minuten offen stehen, auch wenn nicht gegessen wird.
- **Regelmäßige Gespräche einmal pro Tag**
Die Pflegegespräche finden als Einzelkontakt im Zimmer der Patientinnen statt und dauern ca. 20 Minuten. Dieses terminierte Angebot gibt auch Patientinnen, die nur schwer Kontakt aufnehmen, eine Gelegenheit, sich mitzuteilen. In der Regel bestimmt die Patientin die Themen des Gespräches. Diese können unterschiedlicher Art sein, z.B. Konflikte mit Mitpatienten aus dem stationären Alltag, Schwierigkeiten in anderen Therapiefeldern, körperliche Symptome, traumatische Erlebnisse aus der Biografie, aktuelle Probleme in der Partnerschaft oder am Arbeitsplatz, Regeln und Grenzen verdeutlichen.

- *Tu-dir-gut-Ordner*

Die Patientinnen erhalten vom Pflegepersonal einen „Tu-dir-gut“-Ordner, welchen sie behalten können (das ist ein Ordner, in dem sich eine Kopie der Ernährungspyramide, der Halbpfund-Regel, der Essverhaltensregeln und eines Mengenplaners befinden); die Patientinnen haben hier die Möglichkeit „Lieblingsrezepte“ sowie therapierelevante Erfahrungen und Problemlösestrategien zu dokumentieren.

- *Planung der Wochenendbelastungsprobung*

Wochenendbeurlaubung beginnt ab Stufe 3 des Behandlungsvertrages (s. Tab. 6). Die Patienten sollen in dieser Phase Erlerntes in ihren konkreten Alltag umsetzen, was sie auf der Station gelernt haben, z.B. selbständig für regelmäßige Nahrungsaufnahmen sorgen. Die Patienten werden darauf in den Pflegegesprächen sorgfältig vorbereitet und durch Erstellen und Erarbeitung von Freizeitgestaltungsmöglichkeiten unterstützt.

- *Unterstützung, Begleitung und Beratung beim Einkaufen und Kochen*

Täglich findet eine Einkaufsgruppe statt, zweimal pro Woche eine Kochgruppe. Am Wochenende kochen die Patientinnen, die in der Klinik bleiben, gemeinsam. Sie lernen dadurch, eine ausgewogene Mittagsmahlzeit zuzubereiten, die sich vom Zeit- und Arbeitsaufwand auch in ihrem Alltag umsetzen lässt und an ihre Selbstverantwortung appelliert und ihre Autonomiebestrebungen unterstützt.

- *Familiengespräch*

Ein Arzt und eine Pflegekraft führen in den ersten vier Wochen ein Familiengespräch, an dem die Eltern, Geschwister, Patientin teilnehmen. Das Thema der Patientin in diesem Gespräch sind häufig die Schwierigkeiten, sich von den Eltern zu lösen und in ihren Autonomiebestrebungen verstanden zu werden. Die Pflegekraft nimmt in diesem Gespräch eine der Patientin schützende und stützende Rolle ein, basierend auf einer tragenden, vertrauensvollen Beziehung. Deshalb wählt die Patientin die Pflegeperson aus und führt mit dieser ein Vorgespräch, in dem sie mit ihr stützende Maßnahmen erarbeitet.

Pflegemaßnahmen bei Suizidalität

Zu achten ist auf mögliche suizidale Krisen. Sie können manchmal auftreten bei

zu geringer Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust, wenn die Patientin auf diese „Missachtung“ des Arbeitsbündnisses mit starken Schuldgefühlen reagiert. Drohende Suizidalität wird meist zuerst vom Pflegebereich beobachtet. Im Pflegegespräch offen angesprochen, führt das oft zur Entlastung der Patientin von Schuldgefühlen. Es können dann alternative Konfliktlösungsstrategien erarbeitet werden, z. B. bei Aufkommen von Suizidgedanken das Gespräch mit dem Pflegepersonal zu suchen. Das fällt den Patientinnen wegen der Autonomieproblematik anfangs oft sehr schwer. Deshalb ist emotionale Anbindung der Patientin an einzelne Mitglieder des Pflegeteams wichtig, da damit geübt wird, wie überhaupt ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Wichtig ist es, die Patientin sehr ernst zu nehmen, offen die Ängste zu besprechen und positive Sichtweise zu fördern. Wichtig ist auch, Trauer und Wut zulassen, was im Kontakt nicht immer leicht auszuhalten ist. Bei Krisen sollte es zu einer verstärkten Zuwendung über zusätzliche Pflegegespräche kommen, um auf plötzliche Stimmungswechsel achten zu können. Oft ist ein Antisuiizidvertrag mit dem Gesamtteam hilfreich und eventuell medikamentöse Entlastung.

Traumatisierung

Probleme bereiten die Tendenzen der magersüchtiger Patientinnen zu Spaltung und Dissoziationen, was besonders bei „traumatisierten Patienten“ häufig ist. Die Erinnerungen an Traumatisierungen tauchen oft erst im Kontakt zu der Vertrauensperson im Pflegebereich auf. Neben der die Patientinnen oft sehr belastenden Bearbeitung in der Psychotherapie, wird im Pflegebereich der nur schlechten Welt der traumatischen Erfahrung oft eine „gute innere Welt“ in Gestalt der Vertrauensperson im Pflegebereich gegenübergestellt, wie gute Bilder eines inneren Ortes, gute innere Helfer, ein sicherer Tresor zum Wegpacken. Abwehren und Wegdrängen von traumatischen Erinnerungen und anderem kann sich dann in Zusammenarbeit mit der Patientin entwickeln. Spaltung von nur „guten“ oder nur „schlechten“ Personifizierungen im Team lassen sich im konstanten Kontakt zu den Pflegepersonen in der therapeutischen Arbeit auflösen. Schlechten Körpersensationen werden gute entgegengesetzt, was bewirkt, dass das „Schlechte“ einen vom „Guten“ klar abgegrenzten Ort und Zeitpunkt erhält.

Tab. 9 Aufgaben der Patientinnen

Frühstücks- und Abendbrotdienst; Mittagsdienst (Kaffee kochen); Einkaufsgruppen (wird von einer Pflegekraft begleitet); Brötchendienst; Kuchen (Patientinnen backen zweimal pro Woche); Brot (Patientinnen backen einmal pro Woche selbst); Abendbrotbeilage (Patientinnen haben zweimal in der Woche die Gelegenheit eine Suppe o. ä. zuzubereiten); Blumenpflege; Kühlschranksdienst (Säuberung der Kühlschränke); Wahl des Stationsprechers im vierwöchigen Wechsel

Frühstücksdienst: 6.30 Uhr bis 7.30 Uhr; vorher: Brötchen holen, Tische eindecken mit Teller, Serviette, Besteck etc. Büffet aufbauen (Aufschnitt, Brotaufstriche, Obst, Müsli und Cornflakes, Quark, Kaffee, Teewasser, Säfte und Milch) Mittwoch und Sonntag für jede Patientin ein Ei kochen

nachher: Büffet abräumen; Aufschnitt-, Quark- und Obstreste entsorgen, übrig gebliebene Brötchen wieder einpacken, damit sie nicht austrocknen, Spülmaschine bestücken, anstellen und ausräumen, Küche aufräumen und Müllsäcke verschlossen neben die Küchentür stellen, Tische, Spülbeckenbereich und Arbeitsplatte abwischen

Abendbrotdienst: 17.00 Uhr bis 17.30 Uhr, vorher: Tische eindecken (s. o.), Büffet aufbauen (Aufschnitt, Brotaufstriche, Gemüse, Teewasser und Säfte)

nachher: Büffet abräumen; Aufschnitt-, Brot- und Gemüsereste entsorgen, Spülmaschine bestücken, anstellen und ausräumen, Küche aufräumen und Müllsäcke verschlossen neben die Küchentür stellen, Tische, Spülbeckenbereich und Arbeitsplatte abwischen

Diese im „stationären Alltag“ erlebbaren, verstehbaren und veränderbaren Prozesse ermöglichen es Patientinnen oft erst, sich versuchsweise auf ihre „guten“ Erfahrungen, ihre Fähigkeiten und Ressourcen einzulassen.

Angebote auf der Station

Teamvisiten

Über die normalen Visiten wie in jeder Klinik hinaus findet wöchentlich eine Teamvisite statt, donnerstags in der Zeit von 10.00–12.00 Uhr. Teilnehmer der Visite sind der Oberarzt, der Arzt, der den Patienten körperlich behandelt, eine Pflegeperson und die Patientin. Schwerpunkt ist neben möglichen somatischen Beschwerden vor allem der Gewichtsverlauf, damit verbunden die Möglichkeit zur Einhaltung des Behandlungsvertrages und gegebenenfalls Ermahnung (= grüne Karte), Verwarnung (= gelbe Karte), Entlassung (= rote Karte). Diese Teamvisite hat eine sehr hohe emotionale Dichte, da immer alle wünschen, dass die Patientin das Gewichtsziel erreicht hat und sich an der Vertrag halten kann. Viele Patientinnen erleben hier nicht erstmals nur strukturelle Klarheit und persönliche Zuverlässigkeit, ohne dass es zu Vorwürfen kommt, wenn das Ziel nicht erreicht wird. Manche Patientinnen erleben hier auch zum ersten Mal wirkliche Betroffenheit und Traurigkeit oder Anteilnahme und echte Freude, wenn es „gerade doch noch geklappt hat“. Hat es nicht geklappt, dann besteht eine Woche lang die Chance, das Team vom Gegenteil zu überzeugen, z. B. Gewicht zuzuneh-

men, intensiv an der Symptomatik zu arbeiten und sich an die vereinbarten Regeln zu halten. Die Patienten erhalten hierfür vor allem von der Pflegeperson Unterstützung durch Erarbeiten konstruktiver Lösungsmöglichkeiten ihrer Konflikte.

Stationsversammlung

Sie findet einmal wöchentlich Mittwoch im Tagesraum statt. Es nehmen alle Patientinnen und das anwesende Pflegepersonal teil. Ziel der Stationsversammlung ist es, die Selbständigkeit zu fördern, die Kommunikation untereinander zu aktivieren, die Durchführung von bestimmten Abläufen zu klären, Regeln und Grenzen abzusprechen. Die Patientinnen haben die Möglichkeit, Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge für das tägliche Zusammenleben zu diskutieren und Kritik zu äußern. Ebenfalls werden die Aufgaben der Patientinnen auf der Station vom Stationssprecher besprochen und verteilt (Tab. 9).

Kochgruppe

Die Kochgruppe findet für alle regelmäßig einmal in der Woche statt. Dazu gehört die gemeinsame Planung, der gemeinsame Einkauf, die Vorbereitung, der gemeinsame Verzehr der Mahlzeit und die Nachsorge. Die Gruppen bestehen aus drei bis acht Patientinnen und werden von einer Pflegeperson betreut.

Am Wochenende findet eine gemeinsame Kochgruppe aller – also auch der anderen essgestörten – Patientinnen statt, die am Wochenende in der Klinik

sind. Das Prozedere ist ähnlich dem in der Woche. Der Einkauf wird am Samstagvormittag für beide Tage erledigt, alles in Begleitung einer Krankenschwester.

Einkaufsgruppe

Täglich findet eine Einkaufsgruppe statt. Diese wird von zwei Patientinnen und einer Krankenschwester durchgeführt. Nach dem Erstellen der Einkaufsliste, für das Frühstück, das Abendessen und die Kochgruppen, wird der Einkauf in den Geschäften der näheren Umgebung zu Fuß erledigt. Die Patientinnen trainieren dabei zu planen und sich wirtschaftlich mit Preisen und Mengen auseinander zu setzen. Des Weiteren können Ängste im Umgang mit Lebensmitteln abgebaut werden.

Qi-Gong

Dienstags, mittwochs und freitags findet für alle Patientinnen, in der Zeit von 7.00 bis 7.30 Uhr, Qi-Gong statt. Dazu gehen die Patientinnen begleitet von der Krankenschwester im Frühdienst hinaus in den Garten der Gestaltungstherapie. Die Station wird zugeschlossen und das Telefon wird in dieser Zeit auf die andere Station verlegt. An der frischen Luft werden die Übungen gemeinsam mit der Krankenschwester durchgeführt. Bei schlechtem Wetter werden die Übungen im Aufenthaltsraum der Station durchgeführt.

Lesekreis

Im Lesekreis haben die Patientinnen begleitet von einer Krankenschwester die Gelegenheit ihr Freizeitverhalten, ihre Konzentration, Selbstsicherheit und Ausdauer zu trainieren. Die Auswahl der Bücher wird von den Patientinnen vorgenommen. Sie lernen sich zu entspannen, laut vor anderen zu lesen, zuzuhören und ihre Interessen zu vertreten bei der Mitbestimmung, was gelesen werden soll und was nicht, unter Berücksichtigung des Literaturniveaus. Die Ziele des Lesekreises bestehen darin, dass die Wahrscheinlichkeit einer positiven kognitiven und emotionalen Veränderung beim Lesen erhöht wird.

Kaffeetafel

In dieser „Runde“ entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre. In Anwesenheit mindestens einer Krankenschwester essen alle Patientinnen ein Stück Kuchen



und trinken Kaffee oder Tee. Der Kuchen wird meistens von mindestens einer Pflegekraft probiert und die Gruppe erhält eine Rückmeldung über den Kuchen.

Fazit

Unsere Behandlungspraxis, die wir hier nur in einigen Aspekten darstellen konnten, ist nicht nur für unsere Patientinnen hilfreich, sondern auch für uns als Behandlungsteam. Die Patientinnen wie das Team profitieren von der Klarheit, Transparenz und Zuverlässigkeit der Struktur, was das Essprogramm und die dadurch angestrebte Gewichtszunahme betrifft. Es „darf“ auch ein „Scheitern“ geben, aber es ist nicht mehr wie vor diesem Programm durch Verbergen und Scham, Vorwurf und Aggression belastet. Die Gefahr der „roten Karte“ wird zur gemeinsamen Sorge, die es zu überwinden gilt. Und wenn es „geschafft“ ist, dann wurde es nicht erzwungen, sondern es ist dann ein Schritt, der gemeinsam gewagt und getragen wird. Aus unserer Erfahrung führt das zur Motivierung der Patientinnen und zu einem tragfähigen Arbeitsbündnis, das „Psychotherapie“ als ein Sich-einlassen auf der Basis wachsenden Vertrauens überhaupt erst möglich macht. In ihrem Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit kann sich die Magersüchtige einlassen und auch überlassen, hat es zugleich jederzeit in der Hand gegenzusteuern, ohne Gefahr zu laufen, entwertet und „verstoßen“ zu werden. Die früher häufigen „aggressiven“ Entlassungen können dadurch vermieden werden.

Wichtig bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen ist, dass alle therapeutischen Bereiche gut aufeinander bezogen und abgestimmt sind, dass alle Beteiligten gemeinsam an einem Strang ziehen. Mit unserem Beitrag wollten wir aber auch einmal die besonderen Aufgaben des Pflegepersonals hervorheben, die neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Notwendigkeiten

sonst wenig zur Darstellung kommen. Wir würden uns sehr wünschen, dass unser Beitrag zur Diskussion anregt, und wir freuen uns über jede Rückmeldung und über jeden Kommentar, der für unsere Arbeit hilfreich ist.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfgang Senf

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Rheinische Kliniken, Universitätsklinikum Essen

Virchowstraße 174

45147 Essen

Literatur

- ¹ Hänsel D. Ein Versuch zur Untergruppenbildung bei Anorexie. *Syndrom Krankenhauspsychiatrie* 1991; 2: 147 – 153
- ² Herpertz S, Kochhäuser W, Senf W. Stationäre psychodynamische multimodale Psychotherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H: *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart Schattauer, 2004
- ³ Herpertz S, Zwaan M de. *Essstörungen*. In: Senf W, Broda M: *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart Thieme, 2004
- ⁴ Herzog W, Nikendai C, Friederich H-C, Zipfel S. Der Gesamtbehandlungsplan. In: Herzog W, Munz D, Kächele H: *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart Schattauer, 2004
- ⁵ Nestmann F. Verhältnis von Beratung und Therapie. *Psychotherapie im Dialog* 2002; 3 (4): 402 – 409