

Pfalzinstitut

**für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**

Essstörungen und ihre Behandlung

Esstörungen

Beschreibung der Diagnose und Behandlung im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie

“Esstörungen” ist der Obergriff für verschiedene Erkrankungen: Magersucht (Anorexia Nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und Adipositas (krankhaftes Übergewicht) gehören dazu.

Wir möchten Sie im Folgenden über Anorexie- und Bulimieerkrankungen und deren Behandlung im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie informieren.

Esstörungen haben in den letzten zwanzig Jahren stark zugenommen. Dies hat sicherlich mit veränderten gesellschaftlichen Bedingungen, veränderten gesellschaftlichen und persönlichen Figurerwartungen, einem veränderten Nahrungsangebot und einer veränderten Ernährungsweise zu tun.

An Magersucht erkranken hauptsächlich Mädchen und junge Frauen (ca 95 %), an Bulimie erkranken vorwiegend Mädchen und Frauen (ca 90%), unter Übergewicht leiden Frauen und Männer gleichermaßen. Wegen dieser Häufigkeitsverteilung wird im Folgenden bei Magersucht- und Bulimieerkrankungen verkürzt nur von Mädchen und Frauen die Rede sein. Dass Frauen häufiger unter Magersucht und Bulimie leiden, mag an den für Mädchen und Frauen trotz aller Emanzipation sehr strengen Anforderungen in Bezug auf Figur und Essenskontrolle liegen. Viele Frauen haben gelernt, ihre persönliche Bedeutung maßgeblich über ihre äußere Attraktivität zu definieren.

Essen ist nicht nur Nahrungsaufnahme zum Erhalt der körperlichen Gesundheit. Essen kann auch beruhigen, ablenken, kann Ersatz für andere Bedürfnisse sein. Essen kann im Widerstand verweigert werden, im Hungern kann man seine Selbstkontrollstärke spüren, sich als “Hungerkünstlerin” beweisen, Fasten und Diäten erregen - ob man will oder nicht die Sorge und Aufmerksamkeit der Angehörigen und Freunde. Mit Hungern kann man auch Trauer und Verzweiflung zeigen.

Diese individuellen “Funktionen” der Essstörung in Erfahrung zu bringen, ist in der Regel ein wichtiger Einstieg in die Behandlung.

Figurerwartungen begegnen Mädchen, Frauen und zunehmend auch Männern überall. In der Fernsehwerbung und in Zeitschriften wird uns vorgeführt, was uns passiert, wenn wir nicht ausreichend schlank sind. Schlankheit (je dünner desto besser) wird uns als Schlüssel zu Glück und Erfolg verkauft. Die Diätahrungsmittel (light, kalorienreduziert, fettfrei) werden gleich mitangeboten.

Dabei entsteht der Eindruck, als könne man seinen Körper nach Bedarf in Form bringen. Bei einigen Menschen ist eine solche Diät der Einstieg in eine langwierige Essstörung: aufwendige Essenskontrolle, stetige Beschäftigung mit Ernährung, Heißhungerattacken und Stimmungsveränderungen (Verletzbarkeit, Traurigkeit, Gereiztheit, Unsicherheit) sind die “Nebenwirkungen” einer Diät.

Ein freundlicher und liebevoller Umgang mit dem eigenen Körper bleibt oft auf der Strecke und ein Kampf mit der Figur beginnt - oftmals der Einstieg in eine Bulimie- oder Magersuchterkrankung oder in ein höheres Körpergewicht.

Auch Ernährungsgewohnheiten haben sich in den vergangenen 15 Jahren deutlich verändert. Das Nahrungsangebot ist nahezu unbegrenzt, eine Überernährung problemlos finanzierbar. Die Ernährungsstrukturen (überschaubare Mahlzeiten zu festen Zeiten) werden in Richtung einer Ernährung “nebenbei” mit Snacks und Fast Food aufgelöst. Das macht es komplizierter, den Überblick über die Ernährung zu behalten und wer mit keiner intakten Sättigungskontrolle ausgestattet ist, findet sich schnell im Übergewicht.

Gleichzeitig mit dem erhöhten Nahrungsangebot hat sich unser Kalorienverbrauch reduziert. Körperliche Betätigung und körperliche Arbeit haben stark abgenommen, gehören nur noch für wenige Menschen zum täglichen Leben, künstliche körperliche Belastungen treten teilweise an deren Stelle.

Was ist eigentlich ein „normales“ Gewicht?

Um vergleichbare Gewichtsklassifizierungen zu erhalten, brauchen wir einen Vergleichswert, der das Gewicht mit der Körpergröße in Beziehung setzt. Nach allgemeiner Übereinkunft der Fachleute ist das der BODY-MASS-INDEX, kurz BMI. Dieser Wert wird mit der folgenden Formel errechnet:

BMI=Körpergewicht in kg dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern gemessen.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

An dieser Stelle wollen wir Gewicht nur aus dem Blickwinkel der Gesundheit (Lebenserwartung, Erkrankungshäufigkeit) betrachten. Ein gesundes Körpergewicht liegt bei einem Body Mass Index zwischen 20 und 25. Welches Gewicht man in diesem Bereich hat, ist gesundheitlich unerheblich. Was darunter und was darüber ist, ist ungesund, je weiter darunter oder darüber, um so ungesünder.

Mehr Gesundheit kann man in diesem Bereich durch eine Verbesserung der körperlichen Fitness erreichen, nicht durch eine Gewichtsveränderung. Wer einen BMI von 20 hat und will sich mit einer Gewichtsabnahme gesünder machen, ist auf dem Holzweg.

Gewicht ist nicht frei manipulierbar. Unser Gewicht ist teilweise genetisch definiert (Erbanlagen) und zum anderen Teil über unsere Gewichts-Lebensgeschichte festgeschrieben. Dieses individuelle Gewicht nennen wir SETPOINT. Von diesem Gewicht kommen wir nur schlecht weg, unser Körper wehrt sich gegen ein Abweichen von diesem SETPOINTGEWICHT.

Magersucht

oder Anorexia Nervosa

Von Magersucht sprechen wir, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind (Symptomliste):

- Das Körpergewicht liegt unter einem BMI von 17,5 (nach Gewichtsabnahme oder nach Wachstum ohne entsprechende Gewichtszunahme).
- Der Gewichtsverlust ist absichtlich herbeigeführt (Ernährung, Sport etc).
- Die Patientin kann ihr Körpergewicht nicht adäquat einschätzen (fühlt sich trotz Untergewichts normalgewichtig oder zu dick)
- Es besteht eine Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung - dieses Merkmal ist nur zu sehen, wenn die Patientin keine Hormone (z.B. Pille) einnimmt).

Die betroffenen Mädchen und Frauen fühlen sich in der Regel gesund.

Manche der betroffenen Mädchen und Frauen reduzieren ihr Körpergewicht ausschließlich über eine Nahrungseinschränkung, andere machen Sport und Gymnastik zur Gewichtsreduktion, andere nehmen Abführmittel (Laxantien), Entwässerungsmittel (Diuretika) oder Appetitzügler zu Hilfe.

Psychische und psychosoziale Veränderungen:

Trotz anfänglicher Stimmungsverbesserung (es geschafft zu haben Gewicht zu reduzieren, sich in Kontrolle haben, bewundert werden und sich selbst für diese "Leistung" bewundern) kommt es bald zu Stimmungsverschlechterungen. Die Betroffenen berichten über verstärkte Verletzbarkeit, Empfindsamkeit, häufigeres Weinen.

Essen und Ernährung nehmen immer mehr Raum im Denken ein.

Mit der Gewichtsabnahme kommt es häufig zu einer Einschränkung des Kontakts zu Freunden, die betroffenen Mädchen und Frauen schränken ihre Freizeitaktivitäten ein, wenden sich wieder mehr ihrer Familie zu.

Körperliche Folgen der Magersucht

Ein solcher Unterernährungszustand führt kurz-, mittel- und langfristig zu einer erheblichen Beeinträchtigung in den verschiedensten Bereichen (Kreislauf, Hormonstoffwechsel mit der langfristigen Gefahr unfruchtbar zu werden, Knochendichteveränderungen, Verzögerung des

Wachstums, usw.). Bei einem BMI unter 14 kommt es in der Regel zu einer Gehirnatrophie (Abbau hauptsächlich der kortikalen Hirnsubstanz), die nach einiger Zeit nicht mehr reversibel ist.

Die körperliche Seite der Erkrankung sollte nicht unterschätzt werden. Immerhin sterben nach neueren Untersuchungen über 15% der erkrankten Person an den langfristigen Folgen der Magersucht.

Ursachen und Behandlung:

Auch wenn einige Bedingungen gefunden wurden, die das Auftreten einer Magersucherkrankung erleichtern können, müssen wir davon ausgehen, dass es unendlich viele Wege in die Magersucht gibt. Nur eins ist wirklich ein gemeinsamer Schritt: In einer Situation hoher psychischer Belastung (selten durch ein gravierendes Ereignis, meist durch ein Zusammentreffen mehrerer Belastungsbedingungen) suchen die Betroffenen eine Lösung in einer Gewichtsreduktion (wenn ich schlanker wäre, wenn ich meinen Körper besser kontrollieren könnte, ginge es mir besser, könnte ich mich, könnten die anderen mich besser akzeptieren....).

Richtig krank fühlen sich die betroffenen Mädchen und Frauen nicht. Körperinterne Stoffwechselveränderungen verschleiern den Betroffenen den Ernst ihrer Erkrankung.

Wie kann man jemand in dieser vertrackten Situation helfen, aus der Erkrankung auszusteigen?

Das Wichtigste wird erst einmal sein, dass wir die Patientin und die Patientin sich selbst in ihrem anorektischen Problemlöseversuch akzeptieren. Wir müssen lernen zu verstehen und hinzunehmen, dass die Magersucherkrankung aus der subjektiven Situation der Patientin heraus, aus ihren Möglichkeiten und Begrenzungen eine adäquate Antwort auf ihre Konfliktlage dargestellt hat. Das heißt, aus ihrer damaligen Situation vor der Erkrankung hat die Patientin das für sie einzig Mögliche gemacht (Essen kontrollieren, abnehmen) und es war gut so.

Dass dieser anorektische Weg auf Dauer so nicht gangbar ist, hat sich inzwischen herausgestellt, weil die Kosten für die Patientin zu groß geworden sind.

Die Kosten - das heißt, es besteht zwar weiterhin noch die Möglichkeit zu anorektischem Leben, aber dieses anorektische Leben wird karg aussehen. Es ist voller Angst, Bedrohtheit, Verzweiflung und Traurigkeit. Die zwischenmenschlichen Beziehungen in diesem anorektischen Leben sind tragisch, pendeln zwischen Zuwendung und Ablehnung, zwischen Kontrolle und Kontrolliertwerden. Und ein anorektisches Leben ist oft nicht sehr lang.

Ambulant oder stationär?

Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung bei einer Anorexie- oder Bulimieerkrankung angesagt ist, ist eine komplizierte Entscheidung, die man mit einer Fachfrau/mann in Sachen Essstörungen (Psychotherapeut/in oder Arzt/in) erörtern sollte. Dabei spielen nicht nur Gewicht, Erbrechenshäufigkeit, der allgemeine körperliche Zustand eine Rolle, wichtig ist auch, wie die notwendige Behandlung im speziellen Fall aussehen müsste, in welchem Setting (ambulant oder stationär) sie am besten zu gewährleisten ist.

Qualitätsbewusstsein kann bei einer ambulanten und einer stationären Behandlung nicht schaden. Für die Behandlung von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen gibt es Leitlinien, das heißt Standards, die in einer Behandlung gewährleistet sein sollten. Diese Standards sind von jedermann im Internet einzusehen (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften; Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie unter www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_Kipp.htm).

Kinder und Jugendliche brauchen bei einer stationären Behandlung spezielle altersangemessene Betreuungsbedingungen (Sozialpädagogisch betreute Gruppen und Freizeitangebote, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendpsychiater/innen, Einbeziehung der Familie in die Behandlung, Krankenhausschule etc). Deshalb ist eine gute Adresse für erwachsene Patienten nicht auch gut für Jugendliche und Kinder. Eine gute Behandlungsstelle wird Ihrer kritischen Nachfrage in

Sachen Leitlinien und altersangemessener Behandlung und Betreuung mit freundlicher Offenheit begegnen und wird auch eine Besichtigung der Station vor Aufnahme ermöglichen.

Stationäre Behandlung

Im folgenden wird die Behandlung der Magersüchterkrankung im Pfalzinstitut für Kinder und Jugendpsychiatrie beschrieben:

Belastungseinschränkung/ Belastungsplan

Da die betroffenen Patientinnen sich nicht krank fühlen und ihre körperliche Leistungsfähigkeit aufgrund von psychoendokrinen Veränderungen überschätzen, ist es sehr wichtig, die Patientinnen in der ersten Behandlungsphase durch eine Belastungsbegrenzung zu schützen.

Es ist selbstverständlich, dass die Patientinnen je nach ihrem Körperzustand und ihrer Kreislaufsituation an den Aktivitäten des Hauses nur teilweise teilnehmen können. Es ist auch selbstverständlich, dass die Teilnahme an Sport oder an körperlich belastenden Gruppenaktivitäten erst einmal nicht möglich ist, dass insgesamt die motorische Aktivität samt Schwimmen, Sauna und anderen körperlichen Vergnügungen zu Beginn der Behandlung zu gefährlich ist und erst bei einem gewissen Gewichtszuwachs aus medizinischer Verantwortung heraus erlaubt werden kann. Im Extrem heißt das, dass Patientinnen, die von ihrem körperlichen Zustand her ins Bett gehören (BMI unter 13,5), das Bett auch hüten. Dies sind keine Bestrafungen oder Verstärkungen, eingesetzt vom Therapeuten, sondern dies sind natürliche Konsequenzen eines problematischen körperlichen Zustands.

Gewichtsveränderung

Ohne eine Normalisierung des Körpergewichts (die Untergrenze des "Normalen" = "funktionalen" Gewichts liegt bei BMI 18) ist eine Heilung nicht denkbar. Eine Reihe von psychischen Störungen steht in direktem Zusammenhang mit dem Untergewicht und verschwindet mit einem Gewichtsanstieg (dazu

gehören auch Traurigkeit, Freudlosigkeit, figurbezogene Fehlwahrnehmungen und Ängste). Diese Gewichtsveränderung ist für die Betroffenen außerordentlich schwierig und angstbesetzt (verliere ich dann nicht die Kontrolle?) aber ein schneller Gewichtszuwachs ist die Grundlage der Psychotherapie. Wir gehen von einer Zunahme von mindestens 700g/Woche bis maximal 2000g/Woche aus.

Wir bieten ein überschaubares Nahrungsangebot von 2400 kcal, das bei Bedarf in der Phase der Gewichtszunahme gesteigert werden kann. Zuerst wird das Essen im Tablettsystem mit vorgerichteten Mengen angeboten, in einer zweiten Phase wird das Essen selbst geschöpft.

In dieser Phase wird die Auswahl der Nahrungsmengen durch einen „Musterteller“ als Orientierungshilfe erleichtert.

Selbst- und Fremdbeobachtung, Rückmeldungen von Mitpatientinnen in der themenzentrierten Gruppe helfen gestörtes Essverhalten zu korrigieren. Immer wieder gilt es, die heimliche Angst am Ende zu dick zu werden, zu überwinden.

In der Erkrankung werden bestimmte Nahrungsmittel (z.B. fette, kohlenhydratreiche, insgesamt kalorienreiche Nahrungsmittel) gemieden. Unser Ziel ist es diese Nahrungsmittel wieder in die alltägliche Ernährung zu integrieren. Ohne Mut und Angstüberwindung geht das nicht.

Mit dem veränderten Essverhalten leiden viele Patientinnen an Völlegefühl und Magenbeschwerden. Spezielle Entspannungstechniken und andere Strategien helfen gegen

Was so selbstverständlich erscheint muss in der Anorexielerkrankung mühsam erlernt werden: sich wieder regelmässig ausreichend ernähren, die angemessenen Mengen finden, die extreme Selektion der Nahrungsmittel reduzieren, Variationen ertragen. Dabei muss sehr viel Angst ausgehalten und überwunden werden. Die Betroffenen lernen mühsam ihr Gewicht wiederherzustellen, lernen sich an Mustertellern zu orientieren, setzen sich Übungsziele, besprechen diese in der Gruppe gemeinsam mit den Therapeuten/innen. Sie diskutieren untereinander und mit den Therapeuten/innen die Denkgewohnheiten aus denen sie handeln, können ihre anorektischen Konzepte zur Diskussion stellen.

diese Beschwerden, können sie aber nur mildern, nicht zum Verschwinden bringen. Erst wenn der Verdauungstrakt sich nach einiger Zeit an die neuen Verhältnisse angepasst hat und das Zielgewicht erreicht ist, verschwinden die Beschwerden.

Wenn eine selbstgesteuerte Gewichtszunahme von mindestens 700g/ Woche nicht innerhalb der ersten 14 Tage erreicht wird, kommt es zu einer Reihe von Unterstützungsmaßnahmen, die die Gewichtszunahme erleichtern. Dazu gehören z. B. "Verstärkerpläne":

Die Patientinnen belohnen sich mit wichtigen Dingen des Lebens für ihre Mühe der Gewichtsveränderung. In der Regel sind diese Belohnungen Besuche und Telefonkontakte, die nur bei erfolgreicher Gewichtszunahme möglich werden. Zum Unterstützungsplan gehören auch Ruhezeiten nach dem Essen, Einschränkungen des Bewegungsradius usw..

In dieser sehr schwierigen Behandlungsphase unterstützen wir die Patientinnen in besonderer Weise, sich mit ihren Ängsten vor dem Zunehmen auseinanderzusetzen und diese Ängste auszuhalten. Bei einer konsequenten Veränderung des Essverhaltens und des Gewichts nehmen die Ängste nach einer Zeit des Stillstands kontinuierlich ab.

Wir wollen nicht unerwähnt lassen, dass ein solcher Verstärkerplan auch für die Angehörigen schwer durchzuhalten ist.

Soziale Kompetenz, Assertivität

(Unter sozialer Kompetenz und Assertivität verstehen wir die Fähigkeit mit anderen Personen umzugehen, sich selbstsicher und selbstbewußt zu verhalten, die eigenen Interessen erfolgreich vertreten zu können, erfolgreich Streiten zu können und soziale Konflikte aushalten zu können)

Zum Aufbau und zur Erweiterung der Fähigkeiten mit anderen Menschen auch in schwierigen Situationen umgehen zu können, zur Verbesserung der Durchsetzungsfähigkeit (Assertivität), bieten wir den Patientinnen Trainingsmöglichkeiten in sozialpädagogisch geleiteten Gruppen an. In Musiktherapie, Maltherapie, Plastizieren, anderen Einzeltherapien und in den von Sozialpädagogen durchgeführten Aktivitätsgruppen lernen die Patientinnen ihre emotionale Ausdrucksfähigkeit zu erweitern und einzuüben.

Petra stellt fest, dass sie bei den Planungsbesprechungen der Projektgruppe immer zu kurz kommt und am Ende der Planungsbesprechung unzufrieden ist mit dem, was dank ihrer fehlenden Mitwirkung herausgekommen ist. Mit therapeutischer Unterstützung lernt Petra herauszufinden, was sie einbringen möchte und lernt, ihre Ziele in der Gruppe durchzusetzen. Hilfreich sind dabei bestimmte Lerntechniken wie Rollenspiele, Videorückmeldungen und Selbststeuerungsstrategien.

Frauenrollen und Männerrollen

Wir gehen davon aus, dass Mädchen und Jungen mit Essstörungen sich in der Rollenerwartung oft überfordert fühlen. In der Frauen- oder Männergruppe haben die Patienten/innen Gelegenheit, sich mit ihren eigenen Rollenvorstellungen und den vermuteten und bestehenden fremden Erwartungen auseinanderzusetzen. Wie sollen im Leben erfolgreiche Frauen und Männer sein? Was ist mir beigebracht worden - will ich das so? Was sind meine eigenen Vorstellungen, wie sehen meine Wunschträume aus, wie kann ich sie in die Realität umsetzen?

Mit dem eigenen Körper umgehen lernen

Als nächster wichtiger Zielbereich ist die Versöhnung mit dem Körper, wie wir es genannt haben, zu beschreiben.

Im Verlauf des Abnehmens haben die betroffenen jungen Frauen und Mädchen gelernt, ihren Körper mit all seinen Bedürfnissen als bedrohlich gierig zu erleben. Die Essensgedanken, die sich zwangsläufig in Zusammenhang mit jeder Nahrungseinschränkung einstellen, wurden in der Regel als weiterer Hinweis auf die Gefahr von Gier und Kontrollverlust interpretiert (Weil ich dauernd an Essen denke, muss ich besonders streng mit mir in Sachen Essen umgehen.).

Der Körper wird so zum bedrohlichen Tier, das stetig beherrscht werden muß. Positive Körpererfahrungen werden im Verlauf der Magersüchterkrankung immer seltener. Solche positiven Körpererfahrungen fördern wir in der **Bewegungstherapie**. Die Patientin hat Gelegenheit, sich außerhalb des Leistungsbereiches mit ihrem Körper wieder

anzufreunden. Zur Bewegungstherapie gehören taktile Übungen, der spielerischer Umgang mit Bewegung und Belastung, Übungen zur besseren Wahrnehmung von Belastung und Entlastung, Spannung und Entspannung, Das geschieht in der Einzeltherapie und in der Gruppe. In der Gruppe kann man auch körperlich Beziehungen aufnehmen, kann halten und tragen und gehalten und getragen werden. Das Vertrauen in den eigenen Körper, in die eigene Kraft wird gestärkt.

Auch der Spass an der Bewegung soll unterstützt werden. Dass Bewegen Freude macht und nicht nur dazu dient, Kalorien abzutrainieren ist für viele der Jugendlichen eine neue, am Anfang irritierende, aber auch bereichernde Erfahrung.

Wir bieten eine **kleine Schule des Genießens**

an, wie sie Frau Koppenhöfer und Herr Lutz entwickelt haben. Die Patientinnen können in diesem Programm lernen, ihre Sinne zu nutzen, mit ihren subjektiven Wahrnehmungsorganen ihre Welt zu riechen, zu ertasten zu hören zu sehen, zu schmecken. Die Patientinnen können das Programm modifizieren, werden dazu ermuntert, kreativ in Sachen Körpererfahrung tätig zu werden, selbst zu lernen, was Angst macht und was Angst im Körper nimmt. Häufig brauchen die Patientinnen Unterstützung, sich in ihrem gewohnten Leistungseifer zu bremsen.

Kunsttherapie gehört zum regelmäßigen Angebot. Wir empfehlen den Mädchen und jungen Frauen beim Plastizieren mit Ton mitzumachen. Hier werden keine Gegenstände produziert. Die Patientinnen lernen viel mehr, materialgerecht mit Ton umzugehen, Ton zu

formen, sind zu stetigem sensiblen Hautkontakt angeregt, verändern mit ihrer Haut und ihrer Kraft nach ihren Vorstellungen Material. Manchmal bilden sich die Patientinnen auch selber ab - so wie sie sind, wie sie sein wollen, wie sie auf keinen Fall sein wollen. Wir glauben, dass neben dem sehr wichtigen sensorischen Training in einer Kunsttherapie dieser Art den Mädchen viel geholfen ist, wenn sie statt dem bisherigen stetigen Reproduzieren und Leistungserfüllen lernen, mit Aufgaben kreativ umzugehen, lernen, eigene Konzepte zu bilden. Dieser Art von Körperarbeit im weitesten Sinne messen die Patientinnen selbst in Nachbesprechungen eine hohe Bedeutung in ihrer Behandlung bei.

KleineSchule des Genießens:

Dem Ideenreichtum sind hier keine Grenzen gesetzt. Die ausgetrocknete, schuppige Haut der Patientin ist Einstieg zur speziellen Körperpflege, sich lernen einzucremen, die spezielle Creme zu finden, die der Hand und der Haut am wohlsten tut, am besten riecht. Später die Möglichkeit, über Baden und Duschen den Kreislauf zu aktivieren, das Wasser der Dusche kalt und warm auf der Haut zu spüren, pulsierend, prickelnd, fließend. Zu dieser Förderung in Sachen Körpererfahrung und Genuss gehören auch eine Reihe von Entspannungstechniken, die wir den Patientinnen ganz gezielt anbieten. Wichtig dabei ist immer, daß die Jugendlichen sich selbst auszusuchen, was ihnen gut tut. Wir geben nur Anregungen und fördern die Eigeninitiative.

Pädagogische Projektarbeit

Wir im Pi halten mehr von Handeln als vom Reden. Die pädagogische Gruppe ist ein zentraler Ort, an dem das immer wieder deutlich wird. Mit Gleichaltrigen wieder klar zu kommen, sich im Freundeskreis wieder zurecht zu finden, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit verbessern kann man am besten lernen, wenn man mit anderen Jugendlichen zusammenarbeitet, Erfahrungen macht, diskutiert und streitet.

Zum Beispiel bei einem Projekt :

Die Jugendlichen entwickeln mit den Pädagogen zusammen die Idee, ein Marionettentheater aufzuführen. „Aschenputtel“ ein altes Märchen sollte neu geschrieben und aufgeführt werden. Ein Textbuch wird verfaßt, große Marionetten werden entworfen hergestellt und bekleidet, die Kulissen gebaut und bemalt, die Rollen verteilt und gelernt, das Stück wird geprobt, Leute werden eingeladen und das Stück schliesslich aufgeführt.

Und was ist im Hintergrund passiert? Die Jugendlichen haben wieder ihre Kreativität spielen lassen, sie haben Ideen entwickelt, haben sich für ihre Ideen eingesetzt, für sich und ihre Sache gestritten, sich zusammengerauft und Kompromisse geschlossen, einige hatten Angst zu überwinden, auf der Bühne zu stehen und laut und vernehmlich ihre Rolle zu sprechen,

Freude und Trauer auszudrücken. Manchen Jugendlichen fiel es auch nicht leicht, danach auf die Bühne zu gehen und sich dem Beifall des Publikums auszusetzen. Und natürlich wurde der Erfolg auch gefeiert. Projekte sind ideale Übungsfelder und meistens machen sie auch noch Spass.

Unterstützung der Behandlung durch die Familie und Unterstützung der Familie in der Behandlung

Ohne die Unterstützung der Familie haben es die Patientinnen mit Magersucht ungleich schwerer, ihre Erkrankung zu bekämpfen. Diese Unterstützung kann sehr unkonventionell aussehen:

Manchmal ist es wichtig, daß die Familie sich weniger um die Tochter kümmert, sie damit auch unterstützt ihren eigenen Weg zu finden, weil zu viel Hilfe die Fähigkeit zur Selbsthilfe verschütten kann. Das ist wohl die schwierigste Aufgabe, vor die wir Eltern stellen können. Untätig zuzusehen, ohne einzugreifen, kann für Eltern sehr schmerzhaft sein.

Schwere Erkrankungen von Kindern verändern auch deren Familien, machen sie ängstlich und hilflos. Wir bieten den Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen Unterstützung in gemeinsamen Familiensitzungen und Beratungsterminen, um mit der schwierigen Situation zurechtzukommen.

In dem Lebensabschnitt, in dem Essstörungen gewöhnlich auftreten, sollte bei einer gesunden Entwicklung auch eine Ablösung von der Familie und eine Verselbständigung stattfinden. In der Regel sind Eltern davon wenig begeistert, weil das auch heißt, die Kinder zum Teil zu verlieren. Für diese Ziele ist in der Familie kein Terrain ohne Kampf zu gewinnen. Wir möchten den betroffenen Frauen und Mädchen nichts vormachen: Selbständigkeit und Autonomie sind nichts, was man geschenkt bekommt, Selbständigkeit muß mühevoll in einem langen Leben erkämpft werden.

Transfer

Im letzten Drittel der Therapie (die in der Regel mindestens zwölf Wochen dauert) gehen die Patientinnen, soweit es möglich ist, über das Wochenende nach Hause, damit sie das, was sie neu gelernt haben, ins tägliche Leben übertragen können, und damit sie ihre Kontakte zu Gleichaltrigen nicht verlieren. Diese Wochenendbesuche zu Hause werden mit der Patientin vor- und nachbesprochen. Immer wieder machen die Patientinnen an diesen Wochenenden neue Beobachtungen, die zur Bewältigung ihrer Schwierigkeiten beitragen. Diese Wochenendbesuche sind also in erster Linie Arbeitsbesuche, in denen die Patientin eine Reihe von Hausaufgaben zu bewältigen hat, Strategien ausprobiert, sich neuen Situationen und Belastungen aussetzt. Am Wochenende darf vieles schiefgehen. Was danebengeht bringt neue Erkenntnisse darüber, was versäumt wurde anzupacken.

Nach der stationären Behandlung

Selbstverständlich reicht üblicherweise die Zeit der stationären Behandlung und das Setting der stationären Behandlung zu einer stabilen und dauerhaften Gesundung der Patientin nicht aus. Eine ambulante Weiterbehandlung ist bei den meisten Patientinnen mit einer Magersuchterkrankung unumgänglich. Wir helfen den Patientinnen rechtzeitig, sich einen ambulanten Therapieplatz zu suchen.

Bulimie

Eine bulimische Erkrankung diagnostizieren wir,

- wenn eine Person in einer "Heißhungerattacke" ("Fressanfall" sagen die Betroffenen selbst dazu) in einem bestimmten Zeitraum erhebliche Nahrungsmengen (meist mehr als die doppelte übliche Menge) zu sich nimmt und dabei das Gefühl hat, in dieser Situation die Kontrolle über das Essen verloren zu haben.
- wenn wiederkehrende, unangemessene Gewichtssteuerungsstrategien vorliegen, wie selbstinduziertes Erbrechen, übermäßige körperliche Betätigung, Benutzung von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln, Appetitzüglern, Klistieren u.ä.
- wenn Essattacken und die unangemessenen Gewichtssteuerungsstrategien drei Monate lang mindestens zwei mal pro Woche auftreten.

Diese Symptomatik führt zu Störungen des Elektrolythaushalts, zu Menstruationsstörungen. Durch das häufige Erbrechen kommt es auch zu Entzündungen der Speiseröhre, der Speicheldrüsen, zu Schädigungen des Zahnschmelzes. Extreme Essmengen können eine Magenruptur (Riss der Magenwand) hervorrufen, - eine lebensgefährliche Komplikation. Unzufriedenheit mit der Figur, mehrere Diätversuche und deutliche Gewichtsschwankungen finden sich häufig in der Vorgeschichte an Bulimie erkrankter Personen.

Das eingeschränkte (gezügelter) Essverhalten mit Diäten, Fastenzeiten bringt den Körper immer wieder in zeitweilige Mangelzustände. Die empfindliche Steuerung von Hunger und Sättigung wird aus dem Gleichgewicht gebracht und Heißhungerzustände und ein Verlust der Kontrolle beim Essen sind die Folge.

Mädchen und Frauen mit einer Bulimieerkrankung

- nehmen die gesellschaftlichen Erwartungen bezüglich Figur und Kontrolliertheit beim Essen besonders ernst.
- Sie nehmen wenig Rücksicht auf ihre körperlichen Gegebenheiten und versuchen ihre Gewichtsvorstellungen ihrem Körper gegenüber zu erzwingen.
- Sie achten zu sehr auf ihre äußere Attraktivität und vergessen darüber hinaus, was an ihnen beachtenswert und liebenswert ist, was ihren persönlichen Charme ausmacht.

Ursachen

Im Vorfeld der Erkrankung finden sich häufig eine tiefe Unzufriedenheit mit der Figur, Unsicherheit und Angst nicht ausreichend attraktiv zu sein. Viele der betroffenen Frauen und

Laura: Da hatte ich plötzlich die Möglichkeit richtig zu fressen, von alledem was sonst nie sein durfte: Schokolade, Kekse, süsse Nudeln, Puddings, Quarkstückchen vom Bäcker ohne Ende.

Nur die Angst war da, doch nicht erbrechen zu können. Am Anfang eines Fressanfalls ging's mir prächtig. So richtig essen, nein fressen und stopfen und schlingen zu können, das hat mich alle Sorgen vergessen lassen und brachte mir ein ganz warmes und friedliches Gefühl. Aber dann kroch langsam die Angst in mir hoch. Kann ich erbrechen, und was, wenn ich's nicht kann und mir bleibt dieser vollgefressene Bauch. Was für eine Erleichterung im Klo, wenn ich mir erfolgreich den Finger in den Hals gesteckt hatte. Aber dann hing ich über der Kloschüssel und sah und roch das Erbrochene. Mir wurde ganz eklig vor mir selbst. Ich habe mich sehr geschämt und mir geschworen, nie mehr zu fressen und zu kotzen, nur noch hungern wollte ich. Gut, am nächsten Morgen habe ich mir erstmal das Frühstück versagt, dann war Schule und die Pause habe ich auch noch rumgekriegt, ein bisschen neidisch hab ich den Freundinnen schon aufs Pausenbrot geschielt.

Auch das Mittagessen klappte am Anfang noch, nur ein bisschen Gemüse, keine Soße, keine Nudeln. Aber immer mehr kamen die Gedanken ans Essen. Während ich französische Vokabeln paukte, war ich mit meinen Gedanken im Kühlschrank und im Vorratskeller, mir war ganz flau in Magen und Kopf. Und als ich merkte, dass ich immer unkonzentrierter lernte und kaum noch vorankam, klappte ich das Buch zu und machte mich auf den Weg in die Küche.

Wieder mal verloren.

Mädchen berichten von misslungenen Diätversuchen, die am Ende nicht mehr einbrachten, als kurzzeitige geringe Gewichtsverminderung mit Heißhungerattacken und anschließender Gewichtszunahme.

Die Erfahrung, Heißhungerattacken über anschließendes Erbrechen unschädlich machen zu können, bringt den ersten Schritt in die Erkrankung. Diese Gewichtskontrollmöglichkeit erlaubt erst einmal ein weniger kontrolliertes Essen und eröffnet die Chance einer Gewichtsreduktion ohne besondere Ernährungseinschränkung. Mehr noch, man kann sich erlauben, wenn man schon zu erbrechen beabsichtigt, 'folgenlos' besonders viel zu essen, was man sich sonst versagt.

Ein schlechtes Gewissen, Schamgefühle, die stete Angst, die andern könnten von Essattacken und Erbrechen erfahren und die Achtung verlieren, sind kaum zu umgehen. Sie führen zu einer Selbstabwertung und einer Verringerung der Selbstachtung.

Versuche über eine besonders rigorose Diät Essattacken und Erbrechen in den Griff zu bekommen, scheitern und verschlimmern über den immer weniger kontrollierbaren Hunger die Essstörung.

Die rigorose Nahrungseinschränkung nach einer Essattacke führt zu verstärkten Hungergefühlen, über häufig beobachtbare diätbedingte Hypoglykämien (Unterzuckerungen) zu einer Verringerung der Selbstkontrollfähigkeit. Ein Teufelskreis von Heißhunger, Erbrechen, Diät, Unterzuckerung und dem nächsten Heißhungeranfall kommt in Gang.

Essanfälle haben auch oft eine Funktion im Stressmanagement. Essen entspannt, lenkt von unangenehmen Ereignissen und Gefühlen ab und ist ein universelles „Medikament“ zur Spannungsabfuhr. So lassen sich in der Regel von den betroffenen Frauen und Mädchen Stresssituationen identifizieren, in denen es zum Heißhunger kommt.

Stress kann Überforderung (zu hohe Leistungserwartungen, nicht zu bewältigender Ärger mit anderen Menschen, Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen, Eltern oder Lehrern usw) oder Unterforderung (Langeweile, nichts mit sich anfangen können) sein, Stress entsteht auch, wenn die Erwartungen, die man an sich stellt, nicht seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechen. Wer mehr von sich erwartet, als er leisten kann (Schule, Beruf, Aussehen, Attraktivität etc.) und seine Stärken nicht kennt und einsetzt, enttäuscht sich stetig.

Viele betroffene Frauen und Mädchen haben im Verlauf ihrer Bulimieerkrankung ihre Ansprechbarkeit und Verführbarkeit für Gerüche von Nahrungsmitteln in extremer Weise gesteigert. Der Körper hat in vielen Diätsituationen seine Wahrnehmung für alles Essbare geschärft. Das macht es schwer, den visuellen und sensorischen Verführungen einer Bäckerei oder einer Süßwarenabteilung im Kaufhaus zu widerstehen.

Behandlung

Behandlung muss an verschiedenen Punkten ansetzen.

Aus dem Teufelskreis befreien kann sich nur, wer wieder zu einer regelmäßigen, über den Tag angemessen verteilten maßvollen Ernährung findet, die unkontrollierbaren Hunger nicht aufkommen läßt. Ohne diese Hilfe über das Essensmanagement ist nichts zu erreichen. Die Behandlung einer Bulimie bei gleichzeitiger Gewichtsreduktion ist nicht möglich. Es ist eher von einem leichten Gewichtsanstieg zum Behandlungsbeginn auszugehen, da der stetige Flüssigkeitsverlust beim Erbrechen entfällt und die Flüssigkeitsbindungsfähigkeit des Körpers erhöht wird. Zu Beginn der Behandlung wird deshalb ein Gewichtskorridor vereinbart, der weder über- noch unterschritten werden soll.

Einerseits regelmäßig ernähren, andererseits sich vor Essattacken schützen ist nicht leicht. Das beginnt schon bei Einkaufsstrategien: Lernen für kleine Mahlzeiten einzukaufen, sich mit Hilfe eines Einkaufszettels an Masseneinkäufen, die dann doch zur Essattacke führen zu hindern, insgesamt die verführerischsten Ecken der Supermärkte zu meiden- das alles können wirksame Hilfen sein.

Eine systematische Selbstbeobachtung hilft, die Situationen ausfindig zu machen in denen Hunger zum Stressmanagement eingesetzt wird. Hier gilt es zur Stresskontrolle über das Essen Alternativen zu erarbeiten und einzuüben.

Wer zum Beispiel Spannungen und Auseinandersetzungen mit Freunden und Mitschülern

nicht ertragen und nicht mit Disharmonien umgehen kann, sollte lernen streitfähiger und gelassener in sozialen Konfliktsituationen zu werden. Solche neuen Fertigkeiten können in Therapiegruppen (Selbstsicherheit) erarbeitet und im täglichen Leben eingeübt und angewandt werden. Wichtig: Einsicht und Wissen nutzen nur, wenn wir Wissen und Einsichten in praktisches Handeln umsetzen und einüben. Das Wochenende zu Hause gibt Gelegenheit, die in der Klinik erarbeiteten Fertigkeiten in der Familie und im Freundeskreis zu erproben.

Ein völlig stressfreies Leben ist kaum möglich und wäre vielleicht sogar ein wenig langweilig. Verhindern sollten wir aber, dass der Stress Besitz von uns nimmt, und uns am überlegten und sinnvollen Handeln hindert. Wir brauchen also Strategien, unsere Aktivierung (Aufregung, Spannung, Angst) zu begrenzen und auf ein handhabbares Maß herunter zu regeln. Das ist zum Beispiel über Entspannungsstrategien oder unterstützende Selbstanleitungen (aktivierungsreduzierende Selbstgespräche) möglich. All das wird in der Psychotherapiesitzung einzeln oder in der Gruppe erarbeitet. Ein erfolgreiches Management von sozialen Konflikten, Sorgen und Ängsten, von Leistungssituationen in Schule oder Beruf ist ein wichtiger Baustein in der Bewältigung der Bulimie. Dazu gehört es auch, die alltäglichen Enttäuschungen und Schmerzen des Lebens aushalten zu lernen.

Die Klinikschule bietet für das Management von Leistungsängsten und Leistungsproblemen ein gutes Übungsfeld.

Lernen wir, etwas fürsorglicher und freundlicher mit uns umzugehen, unsere Fähigkeiten mehr zum Maß der Dinge zu machen und kümmern wir uns weniger um die wirklichen oder vermuteten Erwartungen der Anderen. So können wir uns vielleicht ein wenig mehr vor der Bulimie schützen.

Bei der Behandlung der Bulimie finden Sie also eine Menge gleicher Bausteine wie bei der Behandlung der Magersucht: Selbstsicherheitstraining, Entspannungsübungen, genießen lernen, Kunst und Musiktherapie und natürlich nicht zuletzt Körpertherapie und Bewegungstherapie, um wieder zu einem positiven Körpererleben zu kommen, einer Art von körperlicher Selbstsicherheit.

Wahrscheinlich gehört zu einer erfolgreichen Bewältigung der Bulimie auch eine ganzheitlichere Selbstbewertung, so dass wir wieder Abstand davon nehmen, unsere Bedeutung als Person an der normgerechten Form unserer Oberschenkel oder des Pos zu messen. Unsere Unverwechselbarkeit, unsere persönliche Attraktivität, unseren individuellen Charme, der nicht nur aus dem Aussehen besteht, zu entdecken, kann ein längst vergessenes Lebensgefühl zurückbringen.

Anders als bei der Behandlung der Magersucht gibt es bei der Bulimie auch die Möglichkeit einer medikamentösen Unterstützung. Serotonin-Reuptake-Hemmer (Fluvoxamin, Fluoxetin und Setralin sind die bekanntesten Wirkstoffe dieser Medikamentengruppe) können bei einem Teil der Betroffenen (nicht bei allen) helfen, die Häufigkeit und das Ausmaß von Heißhungerattacken zu reduzieren und begleitende depressive Verstimmungen abzuschwächen. Eine medikamentöse Behandlung allein ist allerdings wenig erfolgversprechend und hat ein hohes Rückfallrisiko.

Sonja:

“Ich hab ja beim Verlieben auch keine Waage gebraucht und wenn einer mich nicht mag, weil mein Po ein Pfund zuviel oder zuwenig hat, soll er mir sowieso gestohlen bleiben und sich eine auswiegen lassen, die zu ihm passt!“

Eines soll nicht vergessen werden:

Magersucht und Bulimie zu überwinden kostet Zeit und erfordert den Einsatz alle Kräfte, ist harte Arbeit. Wir haben großen Respekt vor den Mädchen, Jungen, jungen Frauen und Männern, die sich daranmachen, sich aus den Fesseln ihrer Essstörung zu befreien.

Zur Literatur über Essstörungen

Es kann sehr hilfreich sein, von anderen Menschen zu lesen die die gleiche Erkrankung wie man selbst hatten. Es kann Hoffnung und Mut machen, wenn man lesen kann, wie andere es geschafft haben, die Krankheit zu überwinden.

Wenn wir von der Mühe erfahren, die andere hatten, gesund zu werden, können wir mit uns selbst und unseren Angehörigen oder Freunden vielleicht etwas geduldiger sein.

Es lohnt sich also durchaus, ein Buch über Essstörungen in die Hand zu nehmen, wenn man selbst davon betroffen ist.

Eine aktuelle Liste ist in der Homepage des Pfalzinstituts zu finden (www.pfalzinstitut.de).

Auch im Stationszimmer der Abteilung liegt eine aktuelle Literaturliste.

Bei Fragen zu Essstörungen:

HOTLINE ESSSTÖRUNGEN: 06349 900 3333

Montags bis Donnerstags von 15-16 Uhr oder über Rückruf

Klinikanschrift:

Pfalzinstitut

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie

Weinstraße 100

76899 Klingenmünster

☎ 06349 - 900 3001

Fax: 06349 - 900 3099

eMail: pfalzinstitut@t-online.de

Weitere Informationen aus dem Internet: www.pfalzinstitut.de

Text: Werner Becht , Leitender Dipl. Psychologe

☎ 06349 - 900 33303