



Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Anorexia Nervosa und Bulimie

Therapiekonzept



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion und Textverarbeitung

Burkhard Bingel, Prof. Dr. med. Martin Siepmann,
Dr. med. Dagmar Stelz

Gestaltung & Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG, 97618 Wülfershausen
im April 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimie

INHALTSVERZEICHNIS

05 EINLEITUNG

06 DEFINITION

EPIDEMIOLOGIE, PSYCHOPATHOLOGIE UND FOLGEN

08 Prognose

AUFNAHME

09 Kriterien für die Aufnahme von Patienten mit Anorexie

09 Kriterien für die Aufnahme von Patienten mit Bulimie

10 Kontraindikationen

10 Aufnahmemodalitäten

11 THERAPIEPROGRAMM

14 THERAPIEZIEL

15 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Die Anorexia nervosa, im Deutschen Anorexie, ist eine Krankheit mit häufig ungünstiger Prognose. Ihre Symptome sind Ich-synton und oft schwer zu beeinflussen. Bei günstigem Verlauf dauert es bei der Anorexie im Schnitt sechs Jahre bis zur Ausheilung (Zipfel et al. 2005). Eigenmotivation der Patienten und Symptomorientierung der Therapien sind erforderlich. Zwischen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bestehen Übergänge. Entsprechend des ICD-10 befasst sich eine anorektische Patientin mit der Angst vor einem dicken Körper und dem tief verwurzelten Gefühl, übergewichtig zu sein. Die bulimische Patientin beschäftigt sich in übertriebener Weise mit der Kontrolle des Körpergewichts, leidet unter Heißhungerattacken mit Essensanfällen und Erbrechen.

DEFINITION

Bei der **Anorexia nervosa** (ICD-10 F50.0/F50.01) liegt der Body-Maß-Index (BMI) unter 17,5 kg/m². Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt, unter anderem durch:

- Mangelernährung
- aktives Vermeiden einer ausreichend kalorischen Kost
- selbstinduziertes Erbrechen
- Medikamentenmissbrauch (Laxantien, Diuretika, Schilddrüsenhormone)
- exzessive körperliche Aktivität

Im Vordergrund steht eine Körperschemastörung. Der anorektische Patient erlebt sich subjektiv als übergewichtig. Es bestehen massive Ängste vor Gewichtszunahme als überwertige Idee. Körpersignale werden fehlinterpretiert. Beispielsweise kann die Aufnahme kleinster Nahrungsmengen zu Klagen über Völlegefühl und Übelkeit führen. Sekundär kommt es zu endokrinen Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achsen mit Amenorrhoe bei Frauen. Bei Männern führen sie zu Libido- und Potenzverlust. Die Anorexia nervosa tritt in der restriktiven (F50.0) und der bulimischen (binging-purging) Form (F50.01) auf. Hinzuweisen ist auf die atypische Anorexie (F50.1) bei der einzelne Symptome zwar vorhanden, das Vollbild der Störung aber nicht ausgeprägt ist. Hier besteht eine Koinzidenz z. B. mit Zwangsstörungen und Depressionen.

Die **Bulimia nervosa** (ICD-10 F50.2) ist gekennzeichnet durch einen unwiderstehlichen Drang nach Nahrungsmitteln und unkontrollierbaren Essattacken gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen im Wechsel mit Hungerperioden. Zu erwähnen sind die atypische Bulimia nervosa (ICD-10 F50.3), Essattacken (F50.4) und Erbrechen (F50.5) bei sonstigen Störungen. Die Binge-Eating-Disorder (DSM-IV) entspricht

dabei einem regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle.

Bei ein und demselben Patienten können beide Störungen nacheinander auftreten. Oft folgt die Bulimie erst Monate oder Jahre nach der Anorexie. Frauen leiden unter diesen Störungen circa zehnmal häufiger als Männer.

Die Anorexie beginnt meist im Jugendalter und tritt nur selten nach der Lebensmitte auf. Es ist eine Besonderheit der Anorexie, dass körperlich gesunde, junge Menschen allein durch selbstauferlegtes Hungern bis in den Bereich bedrohlicher Funktionsstörungen gelangen oder sogar sterben, obwohl der Tod keineswegs angestrebt und das Risiko des Todes zumindest nicht bewusst in Kauf genommen wird. Die Patienten verleugnen ihren körperlichen Mangelzustand und dessen Folgen vor sich und der Umwelt.

Magersüchtige haben durch extremes Hungern deutliches Untergewicht, oft liegt ihr Gewicht 25 Prozent oder mehr unter dem Normalgewicht (BMI < 17,5). Sie hungern bis zur völligen Auszehrung (Kachexie), was nicht nur in der skelettartigen Erscheinung der Erkrankten sichtbar wird, sondern auch weitere, schwere gesundheitliche Komplikationen zur Folge haben kann. Ungefähr fünf Prozent sterben an ihrer Magersucht, vor allem dann, wenn eine Lungenentzündung oder ein Nierenversagen als zusätzliche Komplikation hinzukommt.

EPIDEMIOLOGIE, PSYCHO- PATHOLOGIE UND FOLGEN



Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei der Anorexia nervosa zwischen 14 und 18 Jahren, bei der Bulimie zwischen 17 und 35 Jahren. Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt für beide Erkrankungen bei 12:1. 21,9 Prozent der 11- bis 17-Jährigen leiden in Deutschland unter Anorexie oder Bulimie. Risikofaktoren sind u. a. Leistungssport, Ballett, Bodybuilding, ein Überangebot an Nahrung. Ein weiterer Risikofaktor ist besonders bei Mädchen eine sexuelle Belästigung und Traumatisierung. Auch ist von einer genetischen Disposition auszugehen.

Familiäre Faktoren sind:

- eine überprotektive Haltung der Eltern
- emotionale oder reale Vernachlässigung
- ein Familiensystem mit hohen Ansprüchen, Rigidität, Konfliktvermeidung und emotional kargem Klima

Psychodynamisch relevant sind:

- die unbewusste Vermeidung sexueller Wünsche und Beziehungen
- das Ringen um Autonomie, Selbstkontrolle und Selbstwert, um narzisstischen Gewinn,

Perfektion des Körpers, Autarkie, das Gefühl der Überlegenheit

- Angstvermeidung
- Vermeidung von Weiterentwicklung in einer Schwellensituation
- Beziehungslosigkeit
- soziale Isolation
- Abgrenzung und Suche nach Identität
- Autonomiebestrebungen, ohne sich von der Primärfamilie trennen zu müssen

Aggressionen werden abgewehrt, verschoben, Aufmerksamkeit wird gewonnen, es wird rivalisiert.

Patienten mit **Bulimia nervosa** leiden unter mangelnder Impulskontrolle, sind häufiger emotional instabil, neigen zu Substanzmissbrauch. Patienten mit restriktiver **Anorexia nervosa** zeichnen sich durch Perfektionismus, Zwanghaftigkeit, Neurotizismus, negative Emotionalität, Affekteinengung, Anhedonie und Askese aus.

Beide Persönlichkeiten sind ängstlich, gehemmt, sozial distanziert, intolerant und

kritisch anderen gegenüber, unreif sowie sozial angepasst (Beutel 2013).

Auch bei der Bulimie ist eine genetische Disposition anzunehmen, Komorbiditäten sind u. a. depressive Erkrankungen. Essen hat die Funktion von Affekt- und Selbstregulation. Hauptmerkmale auf der Konflikt-Beziehungs-Strukturachse (OPD) sind u. a. ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt und ein Kontroll-Unterwerfungskonflikt.

Denkverzerrungen (z. B. „man muss immer perfekt sein“) und irrationale Annahmen (z. B. „nur wenn ich schlank bin, bin ich perfekt“) können dem nahrungsbezogenen Verhalten essgestörter Patienten zugrunde liegen. Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Bulimie kommt es durch das veränderte Essverhalten zu psychologischen und biologischen Veränderungen, die zur Aufrechterhaltung des gestörten Essverhaltens im Sinne eines Circulus vitiosus beitragen, auch wenn die ursprünglich auslösenden Bedingungen nicht mehr bestehen (Margraf und Schneider 2009). Beispielsweise kann Mangelernährung zu ständiger gedanklicher Beschäftigung und bizarrem Verhalten im Umgang mit Nahrungsmitteln (z. B. Essen verstecken) führen. Verminderung des Energieverbrauchs durch Mangelernährung ist eine biologische Anpassung, die auch nach normaler Kalorienzufuhr lange fortbestehen kann.

Körperliche Folgen der Anorexia und Bulimia nervosa:

- Parotitis
- Ödeme
- Herzrhythmusstörungen
- Niereninsuffizienz
- Elektrolytstörungen
- Parodontitis
- Oesophagitis
- Mallory-Weiss-Läsion
- Hypotonie

Prognose

Eine 21-Jahres-Katamnese zur **Anorexie** (Zipfel et al. 2005) ergab, dass circa 51 Prozent der Patienten geheilt werden konnten. Etwa 21 Prozent profitierten teilweise, circa 10 Prozent wiesen ein schlechtes Ergebnis auf und 9,8 Prozent verstarben. Anorektische Patienten haben langfristig ein vierfaches Sterberisiko. Bei einer Krankheitsdauer von über fünf Jahren ist die Prognose zunehmend ungünstig. Höheres Ersterkrankungsalter und zwanghafte Persönlichkeitsstörung sind ebenfalls prognostisch ungünstig (Steinhausen 2002). Die **Bulimie** zeichnet sich durch ein besseres Ansprechen auf Psychotherapie sowie eine geringere Sterblichkeit aus, wobei die Gefahr des Sekundenerztodes als Folge von Hypokaliämie-induzierten Herzrhythmusstörungen zu erwähnen ist.



Kriterien für die Aufnahme

Kriterien für die Aufnahme in die stationäre psychosomatische Behandlung von Patienten mit **Anorexie** sind:

- rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 Prozent über sechs Monate), gravierendes Untergewicht ($BMI < 15 \text{ kg/m}^2$), erfolglose ambulante/tagesklinische Behandlung über circa drei Monate sowie pathogenetisch relevante familiäre bzw. soziale Verhältnisse, die die Krankheit unterhalten bzw. eine Genesung verhindern
- relevante psychische Komorbiditäten, wie eine schwere bulimische Symptomatik mit Hypokaliämie, Laxantien- bzw. Diuretikaabusus
- exzessives Ausüben sportlicher Aktivitäten
- somatische Instabilitäten, Komplikationsneigungen, geringe Krankheitseinsicht
- die Überforderung im ambulanten Setting, z. B. durch zu wenig strukturierte Vorgaben
- die Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Rahmen eines strukturierten multimodalen Krankenhaussettings

Kriterien zur stationären Behandlung

Auch für die **Bulimie** besteht ein frühzeitiges Behandlungsangebot. Kriterien zur stationären Behandlung sind:

- psychische bzw. physische Komorbiditäten (Selbstverletzung, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, Diabetes mellitus Typ I, wenn engmaschige ärztliche Kontrollen erforderlich sind)
- hoher Krankheitsschweregrad
- Versagen oder fehlende Möglichkeit ambulanter Therapie
- Therapie verhindernde Umstände im Umfeld der Patienten

Zu Beginn der Behandlung liegt der Fokus auf der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz und gemeinsamen Zielabsprachen. Es wird auf die Besserung der Symptome des gestörten Essverhaltens hingearbeitet. Dies geschieht mittels eines strukturierten Essensplans, der Reduktion des restriktiven Essverhaltens und der selektiven Nahrungsauswahl, der Veränderung von Essritualen, regelmäßigen Wiegens und der Diskussion der Gewichtskurve.

Kontraindikationen

Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten und können bei uns nicht behandelt werden. Das Gleiche gilt für Patienten, deren BMI unter 13 liegt und die somatisch instabil sind. Ebenso können wir Patienten unter 18 Jahren nicht aufnehmen.

Aufnahmemodalitäten

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder als Verlegungen aus Krankenhäusern und Tageskliniken. Voraussetzung für die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die somatische Stabilität der Patienten, ebenso deren Bereitschaft, selbständig zu essen und zu trinken. Patienten, die abhängig von Infusionsbehandlungen oder von der Zufuhr hochkalorischer Kost über Magensonden sind, liegen außerhalb unseres Behandlungsspektrums. Die Patienten werden **direkt am Aufnahmetag**, möglichst gemeinsam mit ihren angereisten Angehörigen, in einem oberärztlich-fachärztlich geführten, explorativen Gespräch psychosomatisch eingeschätzt und auf die Behandlung eingestimmt. Die Aufnahmeindikation und die Behandelbarkeit in unserem Haus werden geprüft, das Therapieprogramm für Magersuchtpatienten wird erläutert.

THERAPIEPROGRAMM

Die **leitliniengerechte Behandlung der Anorexia nervosa** (Anorexie), gemäß AWMF, Registernummer 051/026, Klasse: S3, Dezember 2011, in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst eine multimodale störungsorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der Psychodynamik und der körperlichen Aspekte der Erkrankung. Es wird den Patienten eine frühzeitige Behandlung angeboten. Die Therapie benötigt in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wobei ein Wechsel von ambulant, teilstationär und stationär sinnvoll ist. Dieser wird bereits während des Aufenthaltes geplant, um therapeutische Kontinuität zu erzielen.

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, psychosomatischen Instabilitäten, niedrigem BMI oder von drohenden Elektrolytentgleisungen bei bulimischer Symptomatik ist gegebenenfalls eine direkte Aufnahme auf unserer **Kriseninterventionsstation** erforderlich. Zu Beginn der Behandlung wird mit den Patienten vereinbart, dass sie die Klinik zunächst nicht verlassen (Hausgebot). Sehr kranke Patienten bleiben anfangs auf der Kriseninterventionsstation. Der Abstand vom heimatlichen Umfeld ist ein Wirkfaktor der stationären psychosomatischen Behandlung. Angehörige und Patienten werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert. Kontakte nach außen (telefonisch, als Besuch, per Post oder per moderner Medien) sollen unterbleiben. Dies ist notwendig, da psychosomatische Krankheiten, insbesondere Essstörungen, in einem Beziehungsgefüge entstehen, in dem die Genesung zuletzt nicht mehr möglich war. Die Patienten können sich nun in Distanz zum gewohnten Umfeld und in den stützenden und strukturierenden therapeutischen Rahmenbedingungen des Akutkrankenhauses erste Schritte in Richtung psychosomatischer Stabilität erarbeiten. Der Aufbau einer therapeutischen Allianz nach der

komplexen Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu Therapeuten, Ärzten, Schwestern, Patienten, besonders auch in der sogenannten Anorexiegruppe, gibt zunehmend Stütze und Halt.

Die Patienten werden in Anorexietherapiegruppen integriert, die von dafür speziell ausgebildeten Therapeuten geleitet werden. Sie erhalten Einzeltherapien. Notwendige medizinische Kontakte und Visiten, Diagnostik und Überwachung von Labor- und Vitalwerten werden durchgeführt.

Eine Körperwahrnehmungsschulung für Patienten mit Essstörungen, Physiotherapie in der Anorexiegruppe sowie ein angepasstes Bewegungsprogramm durch Sporttherapeuten ergänzen die Therapien. Zusätzlich nehmen untergewichtige Patienten zu hochkalorischen Mahlzeiten regelmäßig ein hochkalorisches Getränk zu sich und verbleiben anschließend gemeinsam mit anderen Anorexiepatienten in einem Raum in Ruhe und unter Aufsicht des Pflegepersonals. Dies geschieht zum einen, um das Gefühl auf sich wirken zu lassen, Nahrung zu sich genommen zu haben, und zum anderen, um diese bei sich zu behalten und nicht wieder zu erbrechen.

Rauchen sollte unterlassen werden, ebenso Sport außerhalb der vorgegebenen Zeiten und Therapien. Im Hinblick auf die komplexen therapeutischen Angebote sollten Fingernägel auf Fingerkuppenniveau gekürzt werden, um Selbst- und Fremdverletzungen in körperbezogenen Angeboten zu vermeiden.

Piercings sollten entfernt werden, insofern sie ein Verletzungsrisiko darstellen. Zwar sind Piercings einerseits eine Modeströmung, andererseits kann exzessives Piercing bis zur Entstellung des eigenen Körpers gehen und befindet sich in der Nähe der Selbstverletzung.

Für diese Fälle sollte es Therapieinhalt sein, sich mit den darunter liegenden Konflikten und Selbstabwertungen auseinanderzusetzen.

Die Patienten sollten mit einer Gewichtszunahme von wöchentlich 500 bis 1000 g verbindlich einverstanden sein. Als Zielgewicht wird ein BMI von 18 bis 20 kg/m² angestrebt. Die Patienten werden dreimal wöchentlich gewogen. Der Verlauf wird diskutiert und in Bezug zu therapeutischen Themen gesetzt. Übermäßiges Wassertrinken sollte unterlassen werden. Vielmehr sollten die Patienten angehalten werden, überwiegend süßen Tee oder Saft zu trinken.

Suchtmittelabstinenz ist unbedingte Voraussetzung zur Behandlung in unserem Haus.

Eine intensive Vorbereitung auf eine ambulante Weiterbehandlung erfolgt zeitnah, es wird eine zunehmende Eigenständigkeit bei der Einnahme und dem Planen von Mahlzeiten angestrebt. Die Patienten und ihre Angehörigen werden über Rückfallrisiko und Krankheitsverlauf aufgeklärt.

Ein abgestuftes und an den körperlichen Zustand der Patienten angepasstes Bewegungsprogramm wird durchgeführt. Sie werden auf mögliche Komplikationen, die bei exzessivem Sport auftreten können, hingewiesen. Gegebenenfalls werden zwischen Therapeut und Patient Vereinbarungen getroffen, sollte es an einer Selbststeuerung bei körperlicher Aktivität mangeln.

Die medikamentöse Behandlung der Anorexia nervosa wird bei nicht zu beherrschender Hyperaktivität sowie starker Einschränkung des Denkens auf Gewicht und Essen angewandt. Leitliniengemäß können Neuroleptika mit gering ausgeprägten extrapyramidal motorischen Nebenwirkungen (z. B. Olanzapin) in niedrigen Dosierungen im Einzelfall eingesetzt werden. Antidepressiva werden gegebenenfalls zur Behandlung einer komorbiden depressiven Störung verabreicht. Über mögliche uner-

wünschte Effekte verordneter Psychopharmaka wird mündlich und schriftlich aufgeklärt.

Zu Beginn der Therapie finden neben der speziellen, täglichen Anorexie-Körperwahrnehmungsschulung (à 50 Minuten) und der Anorexiegruppe (zweimal pro Woche à 50 Minuten) sowie den Stationsrunden (zweimal wöchentlich) zunächst keine weiteren aufdeckenden Gruppenpsychotherapien statt. Schließlich sind die Patienten anfangs sehr durch den Versuch der psychosomatischen Stabilisierung und der Teilnahme an den speziellen Therapiegruppen beansprucht. Mit zunehmender psychosomatischer Stabilisierung werden die Patienten in weitere tiefenpsychologisch aufdeckende Therapien integriert (dreimal pro Woche à 50 Minuten verbale Gruppentherapien, zweimal pro Woche à 50 Minuten körperorientierte Gruppenpsychotherapie, tägliche Anorexieschiene mit je 50 Minuten dauernden kreativen Angeboten sowie therapeutischem Boxen). In gegebenen Fällen werden Paar- und Familiengespräche eingeplant. Die kontaktingrenzenden Vereinbarungen werden verändert und das Hausgebot aufgehoben.

Immer wieder kommt es bei essgestörten Patienten zu Selbstverletzungen durch Ritzen, Schlagen und anderen Handlungen, mit denen sie sich Schmerz zufügen. Mit den Patienten wird daher zunächst versucht, die ambivalente Einstellung zur eigenen Person und dem eigenen Körper unter psychodynamischen Gesichtspunkten auszuloten. Wie weit lässt sich dieses Verhalten in die Vergangenheit zurückverfolgen? Welche Affekte und Kognitionen führen zum selbstverletzenden Verhalten? Nach einem vertieften Verständnis wird mit den gefährdeten Patienten ein Vertrag geschlossen, der zuvor erarbeitete Alternativverhaltensweisen (Stresstoleranzskills) aufzeigt. Die Patienten verpflichten sich, diese einzusetzen. Von Seiten der Therapeuten wird die durchgängige Ansprechbarkeit von Bezugstherapeut, diensthabenden Therapeuten und Krankenpflegepersonal thematisiert. Es werden feste Meldezeiten mit den Patienten vereinbart.

Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend und ein Patient konnte sich nicht an die Abmachung halten, wird über einen Deutungsversuch der zugrunde liegende Konflikt durch den Therapeuten in die Bearbeitung einbezogen. Dabei werden die Introspektionsfähigkeit des Patienten und die aktuelle Therapeut-Patienten-Beziehung berücksichtigt.

Durch die Anwendung kognitiver Techniken können die Patienten erlernen, verzerrte Einstellungen zum Körper und Gewicht aber auch zu anderen Themen wie Leistungsdenken und Partnerschaften oder Familie zu identifizieren und durch weniger dysfunktionale Einstellungen zu ersetzen (Margraf und Schneider 2009). In ergotherapeutischen Maßnahmen können die Patienten weitere Erfahrungen mit sich selbst und anderen in für sie leicht verständlichen und übersichtlichen realen Anforderungssituationen machen und ihre Ausdauer fördern. Die Ergotherapie ist ein wichtiger Schritt für die Selbstwahrnehmung der Patienten. Hier können sie ihren Emotionen über Medien wie Ton oder Farbe Ausdruck verleihen. Bei der Bearbeitung einer Gemeinschaftsaufgabe kann im entstehenden Gruppenprozess die individuelle Art, wie die Patienten zu einer Problemlösung beitragen, verdeutlicht und reflektiert werden. Die Verwendung unterschiedlicher Werkstoffe beeinflusst die Stimmung der Patienten und verlangt diesen unterschiedliche Fertigkeiten ab. Die Patienten entwickeln im Umgang mit einem schwer zu bearbeitenden Material mehr Durchhaltevermögen und eine höhere Frustrationstoleranz. So wird mit verfließenden Farben die Kreativität angesprochen, jedoch kann mit ihnen die Arbeit nicht „akkurat“ ausgeführt werden, was von manchen Patienten zunächst kaum toleriert werden kann. Die dabei angestrebte motivationale Reaktion kann im weiteren therapeutischen Verlauf verstehbar gemacht werden und Veränderungsschritte einleiten. Die Verwendung verschiedener Werkstoffe ist auch ein guter Ansatzpunkt für berufsbezogene Fragestellungen.

In den sporttherapeutischen Angeboten wird die Körperwahrnehmung der Patienten weiter geschult und die Körperakzeptanz gefördert. Dabei hilft die Sporttherapie den Patienten besonders beim Erkennen der eigenen körperlichen Leistungsgrenzen.

Viele Patienten sind es nicht gewohnt, sich mit körperlicher Erschöpfung und Müdigkeit realitätsgerecht auseinanderzusetzen. Zum pathologischen Verhalten gehört das hemmungslose Überschreiten der körperlichen Leistungsfähigkeit. Grenzen der Leistungsfähigkeit sind kränkend und werden nur ungern akzeptiert. Im Spiel werden neben der Leistungsbereitschaft, durch die die Lebensführung vieler dieser Patienten geprägt ist, leicht ein ausgeprägter Ehrgeiz sowie ein konkurrierendes Verhalten offenbart. Wenn „Spiel“ zu Ernst wird und eine „Niederlage“ kaum verwunden werden kann, ist dieses Erleben während der Sporttherapie gut zu verdeutlichen und kann in der Gruppentherapie besprochen werden.

Besondere Angebote wie das Boxen in der Sporttherapie oder die Beschäftigung mit Holz oder Speckstein in der Ergotherapie eröffnen Möglichkeiten, eigene Aggressionen innerlich wahrzunehmen, zuzulassen, auszudrücken und angemessen zu kanalisieren. In den soziotherapeutischen Beratungsgesprächen geht es darum, mit den Patienten in enger Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans auf der realitätsbezogenen Ebene Vorstellungen zu beruflicher bzw. schulischer Veränderung zu problematisieren und sie in die therapeutische Arbeit zu integrieren.

Für jüngere Patienten sind die Beratungsgespräche eine Möglichkeit, sich mit Fragen der Ausbildung oder schulischen Problemen zu befassen. (Unsere jüngeren Patienten, die sich in der Schule oder Ausbildung befinden, nehmen regelmäßig am Unterricht der „Schule für Kranke“ in unserem Hause teil.) Weitere Aufgabe ist die Unterstützung bei Fragen zu

anderen sozialtherapeutischen Themen, wie zur Schuldenberatung, zu Mietfragen, zum Taschen- und Übergangsgeld oder zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung. Vor ihrer Entlassung sollten die Patienten konkrete Pläne entwickelt haben, welche Strukturen im poststationären Bereich hilfreich zur Verfügung stehen, um weitere Stabilität zu erreichen.

THERAPIEZIEL



Ziel der Therapie ist es, eine Gewichtszunahme und eine solche Gewichtsstabilisierung vor der Entlassung zu erreichen, sodass die Restitution im ambulanten Bereich möglichst dauerhaft anhält. Dies soll durch strukturierte symptomorientierte Behandlungsbausteine, wie Gewichtsvorgaben und Definition eines Zielgewichts sowie durch die Gabe von hochkalorischer Flüssigkeit zusätzlich zur hochkalorischen Vollkost, ermöglicht werden. Das anzustrebende Gewicht liegt bei Erwachsenen bei einem BMI zwischen 18 und 20 kg/m². Eine Gewichtszunahme von 500 bis maximal 1000 g pro Woche sollte erzielt werden.

Patient und Behandlungsteam sollten hinsichtlich Zielgewicht und wöchentlicher Gewichtszunahme klare Vereinbarungen treffen.

Ziel ist es weiterhin, dass somatisch und psychisch eine solche Stabilität erreicht wird, dass die Therapie auf ambulanter Ebene fortgeführt werden kann. Sollte eine weiterführende ambulante Therapie vorhersehbar nicht ausreichen, werden durch unseren sozialpädagogischen Dienst Kontakte zu Tageskliniken oder therapeutischen Wohngemeinschaften vermittelt.

LITERATURVERZEICHNIS

Beutel M. E. Essstörungen: Anorexie und Bulimie; up-date, Bad Neustadt, 2013

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg). S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Stand 2011. <http://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

Legenbauer T, Vocks S. Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Psychotherapeut 2009; 54: 270–280

Margraf J, Schneider S (Hrsg). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Springer, Heidelberg, 2009

Steinhausen H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. American Journal of Psychiatry 2002, 159, 1248 - 1293

Zipfel S, Groß G. Epidemiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von Essstörungen. Psychotherapie 2005; 1: 54 – 60



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 67 79001
anmeldung@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

04.2016 / 2000