

Stationäre Therapie von Anorexie und Bulimie und ihre Ergebnisse
Dr. K.-H. Ruckgaber, Filderklinik

Entgegen früherer Auffassungen erweisen sich Anorexia und Bulimia nervosa nicht nur als vorübergehende Pubertätskrisen, sondern als schwerwiegende psycho-somatische Erkrankungen vorwiegend des Jugendalters. Zwar kann zu einem großen Teil die Essstörung überwunden werden, jedoch besteht die Gefahr von Rückfällen und es bleiben oft psychische Auffälligkeiten in Form von zwanghaften oder ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstörungen bestehen. Durch neuere Befunde wird die Nähe dieser Essstörung zu den Suchterkrankungen gestützt. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung von frühen, integrierten Behandlungsformen, die sowohl die körperliche wie auch die seelisch-geistige Dimension der Betroffenen erfasst. Unter den Voraussetzungen einer integrierten stationären Psychotherapie, wie wir sie auf der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik durchführen, können bei beiden großen Essstörungen über 80 % Heilungen und Besserungen erreicht werden. Hierzu werden 2 eigene wissenschaftlich anerkannte Nachuntersuchungen durchschnittlich nach 4-5 Jahren vorgestellt. Die Behandlungsdauer beträgt stationär zwischen 2 und 4 Monaten. Die unterschiedliche Psychodynamik von Anorexia und Bulimia nervosa erfordert auch jeweils eigene Behandlungsstrategien.

Eingesetzt wird im Rahmen einer überschaubaren therapeutischen Gemeinschaft eine kombinierte individuell-biographisch und systemisch-familientherapeutisch ausgerichtete Psychotherapie. Diese beinhaltet einen heilpädagogisch strukturierten Tagesablauf mit Training der sozialen Kompetenz, Alltagsbewältigung, Einzel- und Gruppentherapie. Unter den erweiterten Gesichtspunkten der anthroposophischen Medizin spielen außerdem s.g. äußere Anwendungen wie Ganzkörperöleinreibungen, Leibwickel, medizinische Bäder und Massagen eine große Rolle und dienen der Wiederherstellung eines gesunden Körperbildes. Nach den Krankheitsbildern unterschieden werden weiter künstlerische Therapien eingesetzt wie z.B. bei der Anorexie Heileurythmie, Mal- und Musiktherapie und bei der Bulimie vorzugsweise Bothmer-Gymnastik und Sprachgestaltung als formende und dramatisierende Therapie. Die Jugendlichen können stundenweise die Schule für Kranke besuchen.

Als Behandlungsziele können formuliert werden:

1. Veränderung der pathologischen Essgewohnheiten
2. Herstellung eines gesunden Körperbildes
3. Stärkung und Beweglichkeit der Lebens- bzw. Formkräfte
4. Aufbau von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz
5. Aufgreifen von Interessen und Ideen
6. Bearbeiten von Konflikten
7. Entwickeln von Perspektiven und Bewährung

Bei der Bulimie empfehlen wir nach ambulant vorbereiteter Motivationsphase ein 2-wöchiges Entzugsprogramm unter strengsten stationären Voraussetzungen, denen sich bis zu 6 Wochen der stationären Stabilisierung und Übergang zu selbständigem Essen unter zunehmender Belastung anschließen. Die Bewährung erfolgt draußen unter ambulanter Psychotherapie. Die bulimische Essstörung erscheint gegenüber der Anorexie in allen Aspekten impulsiver. Der therapeutische Zugang wird zunächst erschwert durch eine Neigung zur Heimlichkeit und Unverbindlichkeit. Das Ausmaß des Heißhungers stellte eine Patientin in der Zeichnung „der Dämon - der große Hunger überwältigt mich“ dar.

Die Magersüchtigen streben dagegen einen reinen, engelhaften, leichten physischen Leib idealerweise an, wie die Abbildung „Streben nach dem Ideal?“ zeigt. Die beiden Essstörungen gemeinsame Veränderung des Körperschemas wird aus der Abbildung „Zu dick, zu dünn...“ oder „Total ideal?“ ersichtlich. Prognostisch günstig ist es, wenn während der Behandlung hinter der Oberfläche der Essstörung Qualitäten der Ich-Begegnung fassbar

werden. Als ungünstig für die Prognose werden angesehen: eine bereits lange Krankheitsdauer und später Behandlungsbeginn sowie starke Gewichtsschwankungen während der Behandlung, ungenügende Distanzierung von der Krankheit bzw. Änderung des Essverhaltens, mangelnde soziale Bezüge, insbesondere Freundschaften sowie weitergehende psychopathologische Auffälligkeiten (Zwänge, Schizoidität).

Die Behandlungsergebnisse unserer Klinik wurden im Rahmen zweier medizinischer Dissertationen nach offiziellen wissenschaftlichen Kriterien sowohl für die Anorexie als auch die Bulimie nachgewiesen:

Bei der Anorexie wurden 79 ehemalige Patienten mit einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 4 Jahren nachuntersucht. Auf 57 konnte der General Outcome-Score angewandt werden, der die Gewichtsnormalisierung und den Eintritt der Periode misst. Der Rest nahm die Pille oder war noch präpubertär und einer war männlich, so dass der Menstruationszyklus als Kriterium nicht bewertet werden konnte. Im Durchschnitt lag bei einer Behandlungsdauer von 3-4 Monaten seiner Zeit das Aufnahmegewicht bei 33,5 kg (BMI 13,6 kg/m²), das Entlassgewicht bei 42 (BMI 15,7 kg/m²) und bei der Nachuntersuchung bei 53,2 kg (BMI 19,1 kg/m², normal ab 17,5 im Jugendalter), darüber hinaus wurden insbesondere die soziale und familiäre Integration sowie Symptomverschiebungen wie z.B. der Übergang in eine Bulimie und die aktuelle Psychopathologie untersucht. Als besonders aussagekräftig für einen Heilungserfolg erwies sich das Kontaktverhalten in Freundschaftsbeziehungen. Die Essstörung konnte bei rund 80 % der Patientinnen als geheilt oder gebessert eingestuft werden. Verstorben waren 2 Patientinnen (3,5 %), in 10 Fällen wurden Übergänge in eine Bulimie sowie in 2 Fällen in eine ängstlich-zwanghafte bzw. Persönlichkeitsstörung vom abhängigen Typus festgestellt (siehe Tabelle Vergleich der globalen Ergebnisse mit dem General Outcome-Score).

Outcome-Studien an Jugendlichen mit Bulimie sind sehr rar. Eine Vergleichsstudie von Fichter und Quadflieg 1997, die als Instrument ebenfalls das standardisierte Interview SIAB anlegten, untersuchte in der Klinik Roseneck erwachsene Bulimikerinnen mit längerer Erkrankungsdauer und höherem Alter bei Therapiebeginn mit folgendem Ergebnis nach dem Global Outcome-Score: gut 59,9 %, mittel 29,4 %, schlecht 9,6 %, verstorben 1,1 %. Die Kriterien des Global Outcome-Score gehen aus den beigelegten 10 Scalen hervor. Die Ergebnisse der Filderklinik sind in der Folie „Katamnestiche Untersuchung“ zusammengefasst: danach wurden nach einer mittleren Katamnesezeit von 5 Jahren und 10 Monaten ! 58 von 84 ehemaligen Patienten nachuntersucht (69 % Rücklauf). Davon waren 42 Patientinnen ohne Essstörung (72,4 %), 8 Patientinnen hatten noch oder wieder eine Bulimie (13,7 %), keine Patientin hatte eine Anorexie und 4 Patientinnen mit EDNOS erfüllten nicht alle Kriterien einer bezeichneten Essstörung ganz (6,8 %). Die Ergebnisse nach dem Global Outcome-Score des SIAB waren: gut 77,6 % (n=45), mittel 17,2 % (n=10), schlecht 5,2 % (n=3). Bei der Frage nach der beruflichen Integration stellte sich heraus, dass nur 1 Patientin noch so mit der Symptomatik zu kämpfen hatte, dass ihr keine Ausbildung möglich war.

Somit ermutigen und bestärken uns die Ergebnisse mit dem bisherigen Konzept der integrierten, anthroposophisch erweiterten, stationären Psychotherapie fortzufahren.

Nach einer Stabilisierung in der Klinik ist jedenfalls noch eine langfristige ambulante Psychotherapie (1-2 Jahre) erforderlich, um Rückfälle zu vermeiden und eine Verbesserung der Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse bzw. deren soziale Vermittlung zu erreichen. Eine Nachreifung hinsichtlich einer Stärkung des Körper- bzw. Selbstvertrauens, die geeignet ist, die Angst vor Gewichtszunahme zu vermindern und die überwertige Idee, zu dick zu werden, aufzugeben, scheint die beste Gewähr für eine Heilung zu bieten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. K.-H. Ruckgaber, Kinder- und Jugendpsychiater-Psychotherapie, Filderklinik, 70794 Filderstadt bei Stuttgart, E-mail: ruckgaber@filderklinik.de

Literatur:

Die Behandlung von Magersucht, Verlag freies Geistesleben, Stuttgart, 1998