

piephase genau festgelegt. Täglich findet ein therapeutisches Einzelgespräch statt, andere Bereiche wie Spaziergänge, Besuche, Teilnahme an Veranstaltungen kommen schrittweise dazu.

Familiengespräche

Bei jugendlichen Magerstichtigen, die noch im Elternhaus leben, ist die Bereitschaft der Familie, an Familiengesprächen teilzunehmen, Teil einer guten Prognose. In der Klinik besteht die Möglichkeit zur ergänzenden Familientherapie auf systemischer Grundlage. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, die Gespräche nach der Entlassung im Rahmen unserer Ambulanz weiterzuführen.

Essbrechsucht

In der ersten Phase nach der Aufnahme unterstützt ein stark strukturierendes, auf den Umgang mit dem Essen bezogenes Konzept die Entwicklung der Symptomfreiheit. Durch das **'abstinente Essen'** und eine tägliche **Essbegleitung** beim Mittagessen durch eine Krankenschwester wird die Nahrungsaufnahme genau geregelt.

Im Anschluss an das Mittagessen erfolgt in der ersten Therapiephase eine sogenannte „**Nachruhe-Phase**“, in der die Patienten zusammen mit einer Krankenschwester ca. 30 Minuten ausruhen, entspannen und auf diese Weise bewusst erleben können, welche Gefühle das bewusste „Behalten“ der Nahrung auslöst.

In einem **Rahmen-Therapievertrag**, der allen bulimischen Patienten vorgelegt wird, werden die einzelnen Schritte genau festgelegt und individuelle Absprachen fixiert. Dazu zählt z.B. die Festlegung eines **Basisgewichts**, das die untere Grenze des Körpergewichtes für die stationäre Zeit anzeigt. Des Weiteren werden Regelungen für einen möglichen Krisenfall vorsorglich fixiert.

Viele Bulimikerinnen sind freudig überrascht, wie leicht es ihnen unter diesen strukturierenden stationären Bedingungen fällt, auf Ess- und Brechanfälle zu verzichten und verwechseln dann nicht selten diesen ersten Schritt mit ihrer Gesundung. Daher ist es sehr wichtig, diese hilfreiche Strukturierung nach einigen Wochen schrittweise wieder abzubauen.

Das **'freie Essen'** und der Umgang mit den gefürchteten **'Dickmachern'** und Essanfall-induzierenden Nahrungsmitteln stehen nun auf dem Programm. Diese Phase ist oft mit vermehrten Rückfällen verbunden, was bei den Patientinnen dann

die Angst auslösen kann, die Therapie sei nutzlos gewesen, da sie sich wieder in der gleichen Dynamik wie vor der Therapie erleben. Das Erlernen eines sinnvollen Umgehens mit den **Rückfällen** ist daher nun das Hauptthema und hat insgesamt eine zentrale Bedeutung für die Prognose nach Beendigung des stationären Aufenthaltes. Auch hier gibt es neben der Bearbeitung in der Gruppentherapie strukturierte Hilfsangebote.

In der **Entlassphase** wird die Therapiestruktur weiter aufgelockert, Selbstbestimmung steht nun im Vordergrund. Hauptthemen sind nun die Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung, Regelung von Problemen am Heimatort, Familien- oder Partnergespräche, Heimfahrten, Abschied von der Klinik und den hier wichtig gewordenen Menschen, Suchen von ambulanten Unterstützungsangeboten.

Gemeinsame Therapieelemente

Unser Therapieangebot ist eine Kombination aus Einzel- und gruppentherapeutischen Elementen.

Dabei hat sich gerade im Essstörungsbereich die sinnvolle Verbindung von verhaltenstherapeutischen (Esstagebuch, Essbegleitung, Kochgruppe, strukturierte Mahlzeiten) und tiefenpsychologischen Interventionen (aufdeckend, konfliktzentriert) bewährt.

Die Therapeutische Gemeinschaft spielt eine wichtige Rolle als soziales Übungs- und Unterstützungsfeld.

Leitender Arzt der Abteilung

Dr. Univ. Rom Mathias Engel

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie &

FA für Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztlicher Leiter und Chefarzt der Klinik

Dr. med. Dipl.-Psych. Thomas Falbesaner

FA für Psychotherapeutische Medizin &

FA für Neurologie und Psychiatrie



Abteilung für Kinder- und Jugendpsychotherapie

Gunzenbachstr. 8
76530 Baden-Baden
Tel.: 07221/39393-0
Fax: 07221/39393-50
Email: jugendklinik@web.de

Bulimie (Essbrechsucht) & Anorexie (Magersucht)

Unser Behandlungsangebot

PatientInnen mit Essstörungen finden in der Klinik am Leisberg einen **auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierten therapeutischen Bereich**. Dies scheint eine wichtige Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg zu sein. So ist bei der Magersucht die stationäre **Erstbehandlung in einer Spezialklinik** mit Abstand die erfolgreichste Behandlung.

Bei der Bulimie (Essbrechsucht) können auch ambulante Therapien den Kurswechsel in Richtung Gesundheit bewirken, wenn sie frühzeitig und spezifisch erfolgen. Sofern sie jedoch nicht erfolgreich sind oder nicht auffangbare Krisen entstehen, so ist auch hier die schnelle und konsequente stationäre Aufnahme die Weiterbehandlung der Wahl, die in der Regel eine gute Erfolgsaussicht hat.

Die Kennzeichen

Zur Anorexie=Magersucht gehört eine erhebliche Abweichung vom Normalgewichtsbereich. Man verwendet zur Kennzeichnung den sogenannten **BMI** (Body-Mass-Index), Berechnung: Gewicht in kg geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat: kg/m^2 . Der Normalbereich ist altersabhängig und liegt bei Mädchen etwa zwischen 18 bis 23, bei Jungen zwischen 19 und 24.

Anorexie (Magersucht)

Die Magersucht ist gekennzeichnet durch eine willentlich herbeigeführte (*durch Hungern, Erbrechen, Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten etc.*) **extreme Abmagerung** (BMI unter 17 kg/m^2). Die Betroffenen sehen zwar bei anderen die Magerkeit, erleben sich selbst trotz massiver Abmagerung aber fast immer als zu dick. Die Erkrankung tritt hauptsächlich im Alter von 12 bis 24 Jahren auf und betrifft überwiegend Mädchen bzw. Frauen, der Anteil männlich Betroffener liegt derzeit um 10%, nimmt jedoch ständig zu.

Die Erkrankung ist gefährlich, etwa 17 % der PatientInnen sterben direkt an ihrer Erkrankung, die außerdem durch die extreme Abmagerung mit erheblichen Spätfolgeschäden belastet ist.

Die Behandlung sollte bei ernststen Verlaufsformen mit starker Abmagerung möglichst sofort in einer Fachklinik erfolgen, da jede erfolglose Behandlung die Prognose erheblich verschlechtert. Ambulante Strategien sind durch die gesundheitliche Bedrohlichkeit bei stärkerer Abmagerung (die von den PatientInnen selbst und mitunter auch den Familienangehörigen oft vollständig verleugnet wird) als riskant einzustufen.

Bulimie (Essbrechsucht)

Die Bulimie ist gekennzeichnet durch **äußere Normalgewichtigkeit** bei heftigen *Essattacken mit anschließendem Erbrechen*. Neben dem Erbrechen werden *Hungerperioden, Medikamente wie z.B. Abführmittel oder Appetitzügler und Sport zur Korrektur des Gewichtes ein-*

gesetzt. Kennzeichnend ist auch die andauernde Beschäftigung mit dem Essen und die panische Furcht, zu dick zu werden.

Die Bulimie ist ebenfalls eine Krankheit, die überwiegend des weiblichen Geschlecht betrifft (Anteil um 90 %), es erkranken am häufigsten junge Frauen im Alter von ca. 14 bis 28 Jahren.

Auch diese Erkrankung ist insbesondere bei längerer Dauer und häufigen Ess-/Brechattacken gefährlich, etwa 8 % der Betroffenen sterben an ihrer Erkrankung. Bei längerfristigem Erbrechen kommt es regelmäßig zu körperlichen Folgeerscheinungen: Schlechte Zähne (durch Magensäure), Schädigungen im Rachen und Speiseröhrenbereich, Magenprobleme, Störungen im Elektrolythaushalt.

Therapie-Prinzipien

Die klinischen Merkmale der Essstörungen zeigen sehr unterschiedliche Verlaufscharakteristika. Sie gehen von leichten, ambulant-psychotherapeutisch gut beeinflussbaren Formen bis hin zu komplizierteren und lebensbedrohlichen Formen, die für eine erfolgreiche Beeinflussung unbedingt den stationären Behandlungsrahmen brauchen. Dabei ist für die Esssucht eher eine Tendenz zur chronischen Verlaufsform kennzeichnend, während Bulimie und Anorexie häufiger nach einiger Zeit relativer Stabilität (zumindest nach außen) in krisenhafte Abläufe einmünden, die dann aufgrund des extremen Ess- bzw. Magerverhaltens, der erheblichen Labilisierung und einer oft bestehenden akuten Suizidgefährdung eine stationäre Einweisung dringlich notwendig machen. Diese schwereren Verlaufsformen sind oft dadurch gekennzeichnet, dass der Essstörung eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt und dass das symptomorientierte Essverhalten Suchtcharakter hat.

Die wichtigsten Therapieziele

1. Heraustreten aus der Polarität von Überanpassung und Rebellion in Richtung auf eine **gesunde und beziehungsförderliche Autonomie** (d.h. sie wird nicht auf Kosten anderer durchgesetzt).
2. **Normalisierung des Essverhaltens** innerhalb eines Zeitraumes von etwa zwei Jahren. Das **Gewicht bewegt sich in den Normalbereich** und verliert die überwertige Bedeutung. Magersüchtige erreichen den Normalgewichtsbebereich möglichst während der stationären Behandlung.
3. **Heraustreten aus den Extremen** (z.B. Schwanken zwischen Größen- und Minderwertigkeitswahn), Mut zur Mitte.
4. Erfahrung von **Beziehung** als sinnvoll, freudegebend und entlastend. Heraustreten aus dem Stress, anderen ein falsches Bild von sich selbst vorzuspielen, um zu gefallen.
5. **Sinnbezogenes Verständnis** für die Hintergründe der eigenen Erkrankung. D.h. die Fragerichtung wechselt von: „*Warum musste ich diese unangenehme Erkrankung bekommen*“, in Richtung auf: „*Wozu könnte es gut sein, dass ich diese Erkrankung entwickelt habe, und wie kann ich auf die zugrundeliegenden Themen sinnvoller reagieren*“.
6. Klärungen der Beziehungen und Konfliktlösungen in Bezug auf **Eltern bzw. Partner**.

Magersucht

Nach Möglichkeit sollte ein **ambulantes Vorgespräch** stattfinden, bei dem die Therapiebedingungen, die Unterstützungsangebote, die Gewichtsvereinbarungen und andere wichtige Grundlagen besprochen werden, so dass die Betroffenen im Vorfeld schon „Ja“ zu der Therapie sagen können. Bei einem sehr niedrigen Gewicht (BMI unter 16 kg/m^2) steht zu Beginn der Behandlung ein Zunehmen in den gesunden Bereich hinein im Vordergrund. Dies empfinden die Betroffenen zunächst oft „schrecklich“, da sie in ihrer „Mager-Identität“ stark verunsichert werden, es ist jedoch wegen der Gesundheitsgefährdung unerlässlich. In einem Therapievertrag werden die Bedingungen und Grenzen der ersten Thera-