

Anorexia Nervosa und ihre Behandlung im stationären Setting

The inpatient psychological treatment of Anorexia Nervosa

Sandra Becker, Ute Martens und Stephan Zipfel

Zusammenfassung

Die Anorexia nervosa gehört zu den folgenreichsten und gefährlichsten Erkrankungen adoleszenter Mädchen und junger Frauen, da meist eine Vielzahl somatischer Komplikationen und Folgeerscheinungen damit einhergehen. Während bei ca. 75% der betroffenen Patienten eine teilweise bis vollständige Remission erzielt werden kann, kommt es bei 25% zu chronischen Verläufen mit schwerwiegenden körperlichen Begleitererscheinungen und mit Todesfällen. Die Patienten benötigen in der Regel eine langfristige – je nach Schweregrad ambulante oder stationäre – psychotherapeutische Behandlung. Es wird ein stationärer multimodaler, integrativer Behandlungsansatz vorgestellt, so wie er in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Tübingen durchgeführt wird.

Abstract

Anorexia nervosa is one of the most severe illnesses of female adolescents and young women because there are a great number of medical complications and consequences. Although about 75% of the patients reach partial or full remission, 25% of the patients become chronic. These individuals often have severe medical problems and may even die. Therefore, patients with anorexia nervosa need a long lasting – inpatient or outpatient, dependent on the severity of the illness – psychological therapy. In the following article we introduce our inpatient, multimodal, integrative therapy approach, that we use at the Department of Psychosomatics and Psychotherapy at the University Clinics Tübingen.

1. Klassifikation und diagnostische Kriterien

Das auffälligste Merkmal und der augenscheinlichste Aspekt der Anorexia nervosa ist der gravierende bis hin lebensbedrohliche Gewichtsverlust der Patienten. Dieser wird durch eine massive Reduktion der Kalorienzufuhr, exzessives Bewegungsverhalten, Einnahme von Abführmit-

teln bzw. Diuretika, Gebrauch von Appetitzüglern oder durch selbstinduziertes Erbrechen willentlich herbeigeführt. Es besteht eine ausgeprägte Angst der Patienten vor einer Gewichtszunahme, selbst minimale Gewichtssteigerungen (z.B. 200 g.) können panikartige Zustände auslösen. Die Körperwahrnehmung ist gestört und verzerrt, trotz Untergewicht sehen sich die Patienten als zu dick. Besonders die Form von Bauch, Hüfte, Po und Oberschenkel wird deutlich überschätzt und als unerträglich voluminös eingeschätzt. Kennzeichnend ist weiterhin die ständige Beschäftigung mit den Themen Essen, Figur und Gewicht. Die Patienten lesen oft stundenlang in Kochbüchern, bereiten umfangreiche Mahlzeiten für andere zu, gleichzeitig wird ein eigenes Hunger- und Appetitgefühl geleugnet (Laessle, Wurmser & Pirke 2003).

Als Folge von restriktiver Ernährung und Gewichtsverlust beschreiben Zipfel, Löwe und Herzog (2005) eine Vielzahl von körperlichen Folgeerscheinungen. Dazu gehören Herzrhythmusstörungen, Hormonstörungen (erniedrigte Östrogene, Amenorrhoe, erhöhtes Kortisol), Veränderungen im Blutbild (Anämie, Leukopenie, Thrombopenie), Osteoporose und Störungen des Elektrolythaushaltes (z.B. Hypokaliämie) sowie Niereninsuffizienz. Auch berichten die Autoren, dass akute Infekte oder chronische Zweiterkrankungen (Diabetes mellitus, entzündliche Darmerkrankungen) das medizinische Komplikationsrisiko erheblich erhöhen. Neben körperlichen Folgeerscheinungen sind auch psychische Begleitererscheinungen wie Stimmungslabilität, Konzentrationsstörungen, zwanghafte Verhaltensweisen, depressive Symptome, Angststörungen und sexueller Appetenzverlust möglich (Fairburn & Harrison 2003). Auch weit reichende soziale Folgen wie Isolation und eine gescheiterte berufliche Entwicklung sowie eine verhinderte eigenständige Lebensführung und Autonomieentwicklung sind nicht selten (Herpertz-Dahlmann 1993; Deter et al. 1997; Hebebrand et al. 1997; Russell et al. 2001).

Trotz des häufig kritischen Zustandes zeigen die Patienten meist ein mangelndes Krankheitsgefühl, verleugnen bzw. verharmlosen die Schwere der Erkrankung und sehen keine Notwendigkeit einer Behandlung oder lehnen diese sogar strikt ab. Das bedeutet eine deutliche Erschwernis für die Behandlung und erfordert den Einsatz von speziellen Motivationsstrategien in der Therapie (Treasure & Bauer 2005). Die Anorexie gehört zu den folgenreichsten und gefährlichsten Erkrankungen adoleszenter Mädchen und junger Frauen (Herzog et al. 2003). So konnten sowohl Fichter