

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Abteilung Rehabilitation

Behandlungskonzept der Anorexie und Bulimie in der Psychosomatischen Rehabilitation



Träger: Rhön-Klinikum AG
Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com

Einleitung

Jeder von uns isst - manchmal nur eine Kleinigkeit zwischendurch, manchmal mit großem Heißhunger, manchmal nur aus Appetit und einmal schmeckt's auch weniger gut.

In allen Kulturen hat das Essen außer dem Stillen des Hungers und der Nahrungsaufnahme aber auch noch andere Bedeutungen: Man trifft sich zum Essen und freut sich auf Kontakt und Austausch. Mit anderen Leuten zusammen essen stellt den angenehmen Rahmen für eine Begegnung dar und schafft die richtige Atmosphäre. So gibt es Geschäftsessen, Essen zu Feierlichkeiten, Essen zur Pflege der Zweisamkeit. Besonders in der Familie hat es den Wert des „Zusammenkommens“, des „sich Versammelns“ und des „Gemeinsamen“. Und das von den frühesten Entwicklungsstufen an, beim Stillen und Gestilltwerden des Säuglings, wenn Nahrungsaufnahme, Geborgenheit, Lustgefühl und Wärme im Geben und Nehmen zusammenfließen.

Aber schon von klein auf ist es auch so: Nicht jedem schmeckt alles gleich gut und natürlich darf es auch Unterschiede im Essverhalten geben. Der eine isst mehr, der andere weniger, der eine nimmt rascher, der andere langsamer zu. Und es gibt Personen, die ihr Essverhalten dermaßen verändert haben, dass sie sich gesundheitlich beeinträchtigen, weil sie entweder viel zu wenig oder viel zu viel essen. Zum Arzt kommen sie meist erst nach der Schädigung ihrer Gesundheit, wenn sie selbst oder ihre Umgebung ihr Leiden nicht mehr verleugnen können, wenn die Selbstaushungerung nicht mehr zu übersehen ist oder wenn sie ihr Essen mehr oder weniger regelmäßig wieder erbrechen. Zu diesen Essstörungen gehören die Anorexie und die Bulimie.

Definition

Beide Störungen treten auch nacheinander beim gleichen Menschen auf, oft kommt die Bulimie Monate oder Jahre nach der Anorexie. Frauen leiden unter dieser Störung ca. 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 selbstaufgelegtes 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 % 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 der Magersucht, vor allem auch dann,

wenn eine Lungenentzündung oder ein Nierenversagen als zusätzliche Komplikation dazu kommt.

Das Körpergewicht geht über den body mass index (**BMI**) in die verschiedenen Definitionsbereiche des normalen Gewichts und der pathologischen Abweichungen ein.

Definitionen:	Anorexie	BMI <	17,5 kg/m ²
	Normalgewicht	BMI	19,5 bis 25 kg/m ²
	Übergewicht:	BMI >	25 bis 30 kg/m ²
	Adipositas:	BMI >	30 bis 35 kg/m ²
	Adipositas p. m.:	BMI >	35 kg/m ²

Von einer **Anorexie** spricht man, wenn weitere Kriterien erfüllt sind. Dazu gehören:

- ▶ eine quälende Angst zuzunehmen, selbst wenn bereits Untergewicht besteht
- ▶ eine Störung der Wahrnehmung von Gewicht, Maßen und Gestalt des eigenen Körpers: die Betroffenen fühlen sich immer noch „zu dick“, auch wenn ihnen das Untergewicht schon deutlich anzusehen ist
- ▶ das Ausbleiben von mindestens drei zu erwartenden Menstruationszyklen (bleibt die Menstruation ganz aus, bzw. setzt nur nach Hormongabe ein, so spricht man von Amenorrhoe)
- ▶ exzessive körperliche Betätigung und Sport

Bei Magersüchtigen ist oft eine extreme Leistungsorientiertheit zu bemerken. Ihre Fähigkeit zu intensiveren Beziehungskontakten und emotionalem Austausch ist eingeschränkt, sie leben meist in innerer und sozialer Isolation. Das Verlangen nach Sexualität ist gering oder sogar mit Angst besetzt.

Fast immer beginnt die Anorexie mit dem Wunsch abzunehmen. Durch die Medien wird vermittelt, dass, wer schlank auch schön und erfolgreich ist. Diese Auffassung wird besonders bei den heranwachsenden Mädchen und zunehmend auch bei Jungen in ihrem Bedürfnis nach anpassender Orientierung wichtig. Tatsächlich waren ca. 30% der Patienten übergewichtig, bevor sie mit Diätkuren begannen. Im Unterschied zu anderen Menschen können die anorektischen Patienten mit ihrer Diät nicht mehr aufhören, auch wenn sie schon ihr Wunschgewicht erreicht haben. Sie hungern immer weiter und weiter, auch wenn sie schon extrem untergewichtig sind. Die kleine Kalorienmenge, die sie noch zu sich nehmen, wird in Form von Früchten, Salaten, Gemüse oder Yoghurt zugeführt. Dazu kommt, dass die Patienten noch (manchmal Extrem-) Sport treiben, um ja sicher abzunehmen.

Leider kommt es aus dem gleichen Grund nicht selten auch zu einem Missbrauch von Abführmitteln oder sogenannten „Schlankmachern“. Sich-Aushungern und Sich-Bewegen sind schließlich der alleinige Lebensinhalt für Essgestörte.

Magersüchtige demonstrieren oft ein großes Interesse am Essen: Sie kaufen für sich ein, sie kochen und backen, und triumphieren innerlich, nicht das zu essen, was andere essen. Men-

schen, die an Anorexie leiden, verändern oft durch ihr Abmagern ihr ganzes Aussehen. Bei pubertären Mädchen wirkt sich das so aus, dass sich sekundäre Geschlechtsmerkmale rückentwickeln oder sich gar nicht auszuprägen beginnen und dass wichtige physiologische Reifungsschritte unterbleiben und körperliche Anpassungsvorgänge (Knochenentwicklung) gestört werden. So führt die unnatürliche Nahrungsmittelaufnahme zu Veränderungen in der hormonellen Regulation mit weitreichenden Folgen für die körperliche und dann auch soziale Gesundheit. Die Entwicklung der Selbständigkeit und der Persönlichkeit sind verzögert, es kommt bei guter Ausbildung der Intelligenz analog zu der körperlichen Entwicklungsverzögerung zu einer mangelnden emotionalen Reife.

Magersüchtige leiden sehr unter Hunger, auch wenn sie es nicht zugeben können. Verhängnisvoll ist aber, dass sie das Hungergefühl nicht nur leidvoll erleben, es verschafft ihnen auch Befriedigung. Je fortgeschrittener die Magersucht ist, um so mehr wird die Waage zu beherrschenden Instanz. Sie zeigt den Magersüchtigen an, ob sie „versagt“ oder ob sie das Erwünschte „geleistet“ haben. Es gibt Betroffene, die sich zwanzig- bis dreißigmal am Tag wiegen, sogar nachts.

Manchmal befürworten Eltern die Gewichtsabnahme ihrer Tochter zunächst und bewundern sie, haben vielleicht sogar gemeinsam mit einer Schlankeitskur begonnen. Wenn die Eltern aufmerksam werden und auf die Tochter Druck ausüben, erfinden die Patienten immer geschicktere Täuschungen. Sie geben etwa vor, schon gegessen zu haben, berichten von Einladungen bei Freunden, verschmutzten Geschirr und lassen es herumstehen, um die Eltern zu täuschen. Die Betroffenen lassen sich wirklich die merkwürdigsten Tricks einfallen, um den Eltern eine heile Welt vorzugaukeln.

Eine Anorexie kann über viele Jahre andauern, dann entwickeln manche anorektische Frauen auch zusätzliche Symptome einer Bulimie („Bous“ =Stier; „Limos“ =Hunger; Stierhunger; Eß- Brech- Sucht). Sie versuchen zu erbrechen, was sie gegessen haben und missbrauchen Abführmittel. Im Unterschied zu den „echten“ Bulimiepatientinnen sind jene, die die Bulimie aus der Anorexie entwickeln, weiterhin meist untergewichtig.

Im Mittelpunkt der **Bulimie** und auch der Mischformen von Anorexie und Bulimie steht die Störung des Essverhaltens:

- ▶ die Gewichtsabnahme wird zusätzlich durch Einnahme von Abführmitteln (Laxantienabusus), Diuretica etc. oder Erbrechen herbeigeführt
- ▶ es bestehen ausgeprägte Heißhungerattacken mit nachfolgendem Erbrechen
- ▶ das Hungergefühl wird mittels Trinken großer kalorienarmer Flüssigkeitsmengen, u.a. Kaffee unterdrückt
- ▶ Weglassen von Mahlzeiten, rigides Diätverhalten bis hin zur Nulldiät werden praktiziert

Eß-Brech-Süchtige leiden unter regelrechten Fressanfällen. Meist werden zwischen 3.000 und 10.000 kcal pro Tag aufgenommen. In Extremfällen kann ein Betroffener bis zu 30.000

kcal in sich hineinstopfen. Fast immer schämen sich die Betroffenen vor sich selbst und vor den anderen. Die Gier nach Essen und das auf eine Fressorgie erfolgende Brechen werden verheimlicht. Dennoch erkennen die Betroffenen sehr deutlich, dass sie krank sind. Die psychischen Folgen sind Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl und Depressionen sowie akute Selbstmordgedanken. Der persönlich wahrgenommene und von den Betroffenen mitteilbare Leidensdruck durch die Krankheit ist, im Gegensatz zur Anorexie, erheblich. Die Richtlinien zur Diagnosestellung sind auch in den Leitlinien zu Anorexie und Bulimie der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) im Internet – www.awmf-leitlinien.de – nachzulesen.

Körperliche Folgen können u. a. sein:

- ▶ Erbrechen führt zu einem aufgedunsen wirkenden Gesicht durch Vergrößerung und Entzündung der Ohrspeicheldrüsen, unregelmäßigem Herzschlag, Nierenschädigungen durch Salzverlust, epileptischen Anfällen
- ▶ Abführmittelmisbrauch führt zu Magenschmerzen, geschwollenen Fingern, Störung der Darmmuskulatur
- ▶ Zahnschmelzschädigungen durch zu viel Magensäure im Mundraum
- ▶ Risse in der Speiseröhre und in der Magenwand
- ▶ Haarausfall, brüchige Nägel, trockene Haut
- ▶ Niedriger Blutdruck
- ▶ Ödeme
- ▶ Menstruationsstörungen
- ▶ Störungen des Stoffwechsels
- ▶ Herz- Rhythmus- Störungen

Mögliche psychische Hintergründe der Erkrankung

Die Magersucht kann als Ausdruck eines Konfliktes gesehen werden, für den die Betroffenen keine andere Lösung als das Selbstaushungern finden können. Anorexie kann somit existentielle seelische Bedürfnisse ausdrücken, die die Betroffenen nicht ausleben und nicht anders äußern können. Da die Erkrankung vor allem Frauen in bestimmten kulturellen Umgebungen und sozialen Schichten betrifft, kann man davon ausgehen, dass auch bestimmte kulturelle Idealvorstellungen über das Erscheinungsbild der Frau in der Gesellschaft und des weiblichen Körpers eine wichtige Rolle spielen: Mode, Werbung und Medien lassen den Eindruck entstehen, dass Frauen, die dem Schlankheitsideal entsprechen, besonders attraktiv, erfolgreich, unabhängig, leistungsfähig etc. seien.

Bordo (1993) zeigt detailliert, wie der „Konsumkapitalismus“ die Wünsche der Frauen manipuliert. Es besteht Einigkeit über den kulturellen Kontext, in den die Essstörungen zu stellen sind. Die Patienten, die an einer Essstörung erkrankt sind, haben sich den übertriebenen, das körperliche Erscheinungsbild und die Körperform betreffenden kulturellen

Normen unterworfen. Doch reicht diese Sichtweise nicht weit genug. Wenn das Bedürfnis, einer solchen Idealvorstellung zu entsprechen, so groß ist, dass derartige Entsagungen und gesundheitliche Risiken in Kauf genommen werden, wenn zudem die Wahrnehmung des eigenen Körpers derart verzerrt ist und sich das Hungern verselbständigt, dann müssen noch andere Faktoren angenommen werden, die mit dem Einfluss einer Modeströmung allein nicht zu erklären sind.

Bei einer psychodynamischen Betrachtung besteht der zentrale Konflikt einer Anorexiepatientin in einer krisenhaften Pubertätsentwicklung (Pubertätsmagersucht). Die Patientin steht im Konflikt zwischen Veränderungserwartungen, wie sie als grundsätzlicher Kernkonflikt des Menschen mit der Pubertät verschärft einhergehen, aber auch in jeder anderen Lebensphase auftreten können, und dem Festhalten am Bisherigen. Die typische Auslösesituation der Anorexie ist daher das Gewahrwerden von Veränderungen in den verschiedenen Varianten: mit dem Eintritt in die Pubertät verändern sich das Körperschema und das Körperbild, nimmt die Heranwachsende sexuelle Impulse wahr, verändern sich die Anforderungen an sie seitens der Familie und muss sie ihre zunehmende Selbstverantwortung akzeptieren. Die Furcht vor dem „Dickwerden“ ist eine Ablehnung der weiblichen Körperformen, stellvertretend für die biologische und soziale Rolle der erwachsenen Frau. In der Anorexie äußert sich das Bedürfnis, die Kontrolle über den eigenen Leib, über die Reifung, Entwicklung und über die sexuellen und autonomen Bedürfnisse zu behalten.

Dabei sind die Familien anorektischer Patienten oft ausgeprägt konventionell. Die Patienten rebellieren mit ihrem Essverhalten auch gegen die Norm, der sie sich andererseits so verpflichtet fühlen. Dieser Ambivalenzkonflikt wird über die Essstörung auf eine pathologische Form gelöst. Bei einer intensiven Ablehnung der durch die Pubertät oder auch in einer späteren Phase der Entwicklung gespürten neuen Anforderungen und Veränderungen und einer mangelnden entsprechenden Identitätsbildung versuchen die Heranwachsenden oder jungen Erwachsenen mit der Kontrolle über ihren Körper im übertragenen Sinne auch die Kontrolle über die biologische und soziale Veränderung zu behalten. Die Ausübung der Kontrolle wird durch eine Spaltung zwischen Körperselbst und übrigen Selbstanteilen ermöglicht. Im abgespaltenen Körperselbst werden dann alle bedrohlichen Anteile der Selbstwerdung getrennt gehalten, sie werden im Körper „behandelt“. Mit dem restriktiven Essen erlangen die Patienten Kontrolle über ihren Körper und damit über die gesamte Entwicklungssituation (Hirsch 1991).

In jedem Fall ist die Autonomieentwicklung im Hinblick auf die Beziehung zur und die Identifikation mit der Mutter, ebenso die Beziehung zum Vater und die durch ihn erlebte Bestätigung, sowie die Beziehung der Eltern untereinander in einer Therapie individuell zu berücksichtigen. Unbewusste Ablehnung der Mutter aufgrund einer ambivalenten Einstellung ist ein starkes Motiv, nämlich: nicht wie die Mutter werden zu wollen. Belastend wirken sich auch Konflikte aus der Vater – Tochter – Beziehung aus, etwa mangelnde Empathie, abwertende Äußerungen seitens des Vaters, Grenzüberschreitungen. Neben der Betonung der Autonomie über das Symptom entlastet die Qual der Askese von Schuldgefühlen und

erlaubt es den Patientinnen und Patienten, die omnipotente Beherrschung des eigenen Körpers zu erleben. Dies gibt ein Gefühl der Sicherheit in der Unsicherheit der Veränderungssituation.

Neben psychischen Faktoren unterhalten sicher auch biologische Gegebenheiten die Magersucht und sind letztendlich für die ernste Prognose mitverantwortlich. So geben Zwillingsstudien Hinweise darauf, dass anorektische Patienten eine genetisch verankerte Neigung zu perfektionistischen Verhaltensweisen zeigen (Treasure, Holland 1995). Umso dringlicher ist es gerade bei solchen kurativ nicht beeinflussbaren genetischen Voraussetzungen notwendig, die Möglichkeiten der psychosomatischen Behandlung zur Veränderung konsequent zu nutzen.

Auch die bulimischen Patienten sind gesellschaftlichen Normen unterworfen. Mit ihrem Essverhalten dokumentieren sie, das „gesellschaftliche Gebot des Konsums“ zu befolgen, betreiben es aber bei der Nahrungsaufnahme so exzessiv und rebellieren so dagegen, dass sie es ad absurdum führen. Das nachfolgende Erbrechen „reinigt“ von innen, mildert subjektiv vorübergehend Scham und Ängste, drückt aber auch den aggressiven Affekt aus, der hinter der vordergründig angepassten Fassade verborgen ist.

Aus psychodynamischer Sicht wird die Essattacke als durchbruchsartige Befriedigung sonst verleugneter Bedürftigkeit verständlich. Die Patientinnen und Patienten können sich bei dieser Bedürfnisbefriedigung autonom fühlen und müssen mithin keine Verlustängste ertragen, die beim Eingehen einer Beziehung, die nur einen Teil dieser aus der Kindheit stammenden Suche nach Geborgenheit und Befriedigung entsprechender Triebbedürfnisse befriedigen würde, aufkommen könnten. Die Patienten erleben sich unbewusst gierig und fürchten, durch ihre Gier die Beziehung zu geliebten Menschen zu zerstören.

Auslösend für Fressattacken sind Enttäuschungen, die subjektiv mit Ängsten vor Liebesverlust verbunden sind. Die Erlebnisse bewirken eine plötzliche Regression, durch die frühkindliche Impulse aus den verschiedenen Entwicklungsstadien auftauchen. Das Essen hat einen selbsttröstenden Aspekt und bündelt die Entlastung von oralen, aggressiven sexuellen Impulsen. Die Patienten erleben sich auch getröstet, nicht mehr allein und gut versorgt. Berücksichtigt man das selbstschädigende Verhalten in der durchbruchsartigen Impulsbefriedigung, dann wird verständlich, wie über die Essattacke auch Selbsthass ausgedrückt und mit Schuldgefühlen beantwortet wird. Bulimikerinnen erleben vor diesem Hintergrund intensive Schamgefühle, die sie dazu veranlassen, sich intensiv und anhaltend mit ihrer Wirkung auf die Umwelt zu befassen. In diesem Sinne dient das Beachten der äußeren Fassade und des Gewichtes der Reduktion der Schamgefühle.

Ein gemeinsamer Aspekt für die Anorexie und die Bulimie ist die Bindung an äußere Normen. Beide Patientengruppen werden von einem übersteigerten Sinn für das Selbst, so wie es von außen gesehen werden könnte, begleitet. Die Anorektikerin befasst sich mit der Frage, wie der Körper zu diesem speziellen Zeitpunkt von anderen Menschen gesehen werden könnte. Die Bulimikerin leidet unter dem unerbittlichen Schamgefühl.

Häufigkeit und Vorkommen

Das höchste Erkrankungsrisiko für die **Anorexie** haben junge Frauen zwischen 15 und 25 Jahren. In dieser Risikogruppe erkranken von 100 000 Frauen zwischen 50 und 75 pro Jahr. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen gibt es 0,1 bis 0,6 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner und Jahr (Inzidenz). Das Erkrankungsrisiko während des ganzen Lebens (Lebenszeit-Prävalenz) beträgt für Frauen ca. 1 %.

85 Prozent der an einer **Bulimie** Erkrankten sind Frauen. Die Zahl der Neuerkrankungen nimmt ständig zu und ist mit 3 Prozent bei den 15 bis 35jährigen höher, als die Neuerkrankungen bei der Magersucht. Häufig tritt die Bulimie als Folge bzw. nach einer Anorexia nervosa auf. Dabei kann es möglicherweise zu Übergangsstadien und Mischformen kommen.

Behandlungsmodule

Die Behandlung der Magersucht kann man in zwei übergeordnete Phasen unterteilen: Gewichtszunahme und Behandlung der psychischen Probleme. Zunächst steht die Gewichtszunahme im Vordergrund. Eine Therapie, die auch die seelischen Probleme der Erkrankten behandelt, kann erst erfolgreich sein, wenn der körperliche Zustand stabilisiert bzw. nicht mehr lebensbedrohlich ist. Da magersüchtige Patientinnen ausgeprägte Verleugnungstendenzen und große Schwierigkeiten in Hinblick auf die Normalisierung ihres Essverhaltens haben, steht zunächst in einem ambulanten Vorgespräch oder in einem Aufnahmegespräch am ersten Tag in der Klinik die Beziehungsaufnahme mit einem ersten Kennenlernen und die Absprache von Rahmenbedingungen (s.u.) im Mittelpunkt.

Therapeutisch verstandene Rahmenvereinbarungen können die Fähigkeit und Bereitschaft der Patienten, sich auf Beziehungsangebote und Behandlung, und auf unser Motivationsangebot einzulassen immer nur ergänzen!

Therapeutische Behandlungsvorgaben richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit, müssen aber auch die im Anreisesgespräch feststellbare Motivation und damit die Anstrengungsbereitschaft der Patienten berücksichtigen. Wenn diesbezüglich keine Verständigung zu erzielen ist, bleibt als Ziel der ersten ein bis zwei Behandlungs(probe)woche(n) dann zunächst die Klärung und Förderung der Motivation, gegebenenfalls auch die Klärung überhaupt realistischer Zielsetzungen. Die Patienten erfahren im Anreisesgespräch, dass wir sie nach ein bis zwei Wochen entlassen werden, wenn wir diesbezüglich keine Einigung beziehungsweise Verbesserung der Motivation erreichen.

Für anorektische Patienten in unserer psychosomatischen Rehabilitation kann die Vereinbarung eines **Zielgewichts** in einem Behandlungsvertrag eine Voraussetzung für die

erfolgreiche Psychotherapie sein, wobei ein Normalgewicht (z.B. BMI 19 - 25 kg/m²) während der stationären Therapie noch nicht unbedingt erreicht wird, sondern gegebenenfalls erst in der ambulanten Fortsetzung der Therapie erzielt werden kann. Magersüchtige Patienten sollten aber während der stationären Behandlung zumindest in eine körperliche Situation gebracht werden, die sie akzeptieren und mit der sie relativ ungefährdet leben können.

In der Behandlung von magersüchtigen Patienten kann es aber auch vorkommen, dass die ständige Diskussion über das Körpergewicht die psychotherapeutische Behandlung zunehmend lähmt. Insbesondere bei fortschreitender Gewichtsabnahme und der damit verbundenen vitalen Gefährdung kann „Gewicht“ zu einem alles beherrschenden Thema werden, durch das letztendlich der Behandlungsprozess in Frage gestellt wird. Deshalb kann es auch sinnvoll sein, in der Behandlung die Diskussionen um das Gewicht unter anderem dadurch zu unterbinden, dass wir die Patienten mit dem Rücken zur Skala der Waage wiegen und ihnen das Gewicht nicht bekannt geben. Natürlich bleibt den Patienten aber eine Gewichtszunahme nicht verborgen, wenn die Kleidung enger wird. Wir wollen kein fruchtloses Diskutieren um 100-Gramm Schritte, nehmen aber die Ängste ernst, die der Prozess der Gewichtszunahme hervorrufen kann. Es besteht ein Wechselprozess von Gewichtszunahme, Auseinandersetzung mit dem Körperbild, körperlichen Veränderungen, Provokation der Ängste und Widerstände durch Konfliktaktualisierung. Diese Entwicklungsschritte möchten wir psychotherapeutisch begleiten.

Im Hinblick auf den Autonomie-Abhängigkeitskonflikt der magersüchtigen Patienten besteht der Sinn eines Behandlungsvertrages darin, das Autonomieproblem zu akzeptieren und gleichzeitig therapeutisch anzugehen. Eine Annäherung an das Zielgewicht ist nicht nur eine wichtige Voraussetzung für die weitere körperliche Gesundung und dient der Begegnung schwerwiegender körperlicher Folgeerscheinungen, zum Beispiel der Osteoporose. Gleichzeitig bietet die mittels des Zielgewichts angestrebte Normalisierung der endokrinen Funktionen (dazu gehört, dass die Menstruation wieder einsetzt) für die Patienten die Anforderung einer Beschäftigung mit ihrer weiblichen Identität. Auch dies ist einer der psychotherapeutischen Entwicklungsschritte, die in einer späteren ambulanten Psychotherapie fortgesetzt werden. Unter psychodynamischen Aspekten wird die Patientin so in der Ausbildung ihrer Selbstidentität unterstützt und ermutigt, sich ihre Ängste, ihre Abhängigkeitswünsche und Ambivalenzen zuzugestehen.

Wie in allen modernen psychotherapeutischen Ansätzen ist auch in der Behandlung der Bulimie im stationären Rahmen die integrative Verknüpfung verhaltenstherapeutischer mit psychodynamischen Ansätzen sinnvoll. Auf der Verhaltensebene werden die Erbrechen auslösenden Situationen analysiert und Alternativverhaltensweisen erarbeitet. In der tiefenpsychologischen Gruppenbehandlung wird der Umgang mit Kränkungen und Verlustängsten und mit Identifikationsproblemen behandelt.

In der Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik werden alle Patienten mit einer Anorexie oder Bulimie oder sonstiger Essstörung aufgenommen.

Wenn aus den Vorunterlagen, bzw. dem Motivationsbrief hervorgeht, dass der BMI unter 15 kg/m^2 liegt, wenn keine zuverlässige Mitwirkungsbereitschaft vorhanden ist, oder wenn eine gesetzliche Vertretung besteht oder notwendig ist, sollte unter Einbeziehung des Hausarztes mit dem Kostenträger und mit der Krankenkasse über die Möglichkeit der Anfangsbehandlung im Krankenhausbereich der Klinik zur Akutbehandlung gesprochen werden.

Methodisches Vorgehen

Die Anreise erfolgt Dienstag und Mittwoch. Wenn nicht in einem ambulanten Vorgespräch über die Behandlungsmodalitäten gesprochen wurde, erfolgt ein Indikationsgespräch mit der für die Behandlung zuständigen Oberärztin. Das Vorgehen in der stationären Psychotherapie wird den Patienten erläutert, wobei neben einer ersten diagnostischen Einschätzung die Patienten mit den Rahmenbedingungen der stationären Behandlung bekannt gemacht werden.

Anreisegespräch

Beziehungsaufbau
Zentrierung auf
Körperwahrnehmung,
Körperbild,
Selbstakzeptanz
Abschätzung: Suizidalität
Selbstverletzung

Es wird eventuell ein Zielgewicht (BMI 19) festgelegt und gemeinsam mit den Patienten abgeschätzt, wie viel Unterstützung, Schutz und Hilfe sie in den ersten Wochen brauchen. Hilfestellungen können sich auf eine medikamentöse Unterstützung und auf die Absprache einer Distanz von dem privaten und beruflichen Umfeld beziehen, es werden aber auch Verhaltensweisen für den Fall selbstverletzender oder suizidaler Impulse besprochen, bzw. entsprechende Patientenverträge abgeschlossen.

Wenn an der Motivation ein Zweifel besteht oder die Patienten sich nur schwer auf die Psychotherapie einlassen können, wird eine für beide Seiten verbindliche Probezeit von ein oder zwei Wochen abgesprochen, in der seitens der Therapeuten die Motivation zur Behandlung durch Information und Beziehungsaufbau gefördert werden soll und die Patienten sich durch ihre Teilnahme mit den therapeutischen Behandlungsangeboten auseinandersetzen können.

Weitere Suchtgefährdungen werden unter dem Aspekt des achtlosen Umgangs mit sich thematisiert und den Patienten ein Gefühl für die selbstschädigende Haltung bei der Einnahme von Alkohol, Nikotin oder Drogen vermittelt, wobei die Absprache der Karenz von Alkohol und Drogen verlässlich eingehalten werden muss und von uns kontrolliert wird.

Umgang mit Selbstverletzung

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 zunächst versucht, die ambivalente Einstellung zur eigenen Person und dem eigenen Körper unter psychodynamischen Gesichtspunkten auszuloten. Wie weit in die Vergangenheit lässt sich dies Verhalten zurückverfolgen? Welche Affekte und Kognitionen führen in das selbstverletzende Verhalten? Nach einem vertieften Verständnis wird mit den gefährdeten Patienten ein Vertrag geschlossen, der zuvor erarbeitete Alternativverhaltensweisen aufzeigt, die einzusetzen sich die Patienten verpflichten.

Therapeutischerseits wird die durchgängige Ansprechbarkeit von Bezugstherapeut, diensthabenden Therapeuten und Krankenpflegepersonal thematisiert und feste Meldezeiten mit den Patienten vereinbart. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend gewesen und konnte sich ein Patient/eine Patientin nicht an die Abmachung halten, wird unter Berücksichtigung der Introspektionsfähigkeit und der aktuellen Therapeut-Patienten-Beziehung über einen Deutungsversuch der zu Grunde liegende Konflikt vom Therapeuten in die Bearbeitung einbezogen. Mögliche Deutungen sind:

- ▶ Sie verletzen sich, um sich zu vergewissern, dass Sie nichts wert sind (masochistischer Krankheitsgewinn)
- ▶ Sie verletzen sich, um das Therapeutenteam bzw. mich (den Therapeuten) zu quälen, so wie Ihre Mutter Sie gequält hat (projektive Prozesse)
- ▶ Sie verletzen sich, weil Sie sich beweisen wollen, dass ich wie ein Elternteil teilnahmslos bin „Schau, was deine fehlende Liebe aus mir gemacht hat“ (phantasierte Rache, Induktion von Schuldgefühlen)
- ▶ Sie verletzen sich, um das Werk der Mutter, Sie zu zerstören, zu vollenden. (Identifikation mit einer sadistischen Objektrepräsentanz)
- ▶ Ein Teil in Ihnen will sich zerstören, ein anderer Teil aber will leben und sich weiterentwickeln. So haben Sie Ihre Selbstverletzung dosiert, Sie melden sich und nehmen aktiv an der Therapie teil. Wir müssen weiter untersuchen, warum Sie nicht die Oberhand über den destruktiven Teil in Ihnen erlangt haben (Ressourcenaktivierung, Verstärkung des Therapieprozesses)
- ▶ Sie haben sich wieder verletzt. Kann es sein, dass Sie sich aggressiv und destruktiv erleben und den Therapeuten als jemanden, der Sie bestrafen wird, wie Sie früher als „böses Kind“ bestraft wurden? Sie sind jetzt aber erwachsen und nehmen ihre Situation verzerrt wahr, wenn Sie diese nur nach ihren früheren negativen Erwartungen mit ihren Eltern einschätzen (Diagnostik einer dominanten Objektbeziehungsdyade, Erleben einer korrigierenden emotionalen Erfahrung)

Sind die Selbstverletzungen zu tief oder verstümmelnd, wird im Einzelfall eine Verlegung in die Psychiatrie erwogen werden müssen.

Ablaufschema der Behandlung von essgestörten Patienten

Medizinische/„somatische“ Maßnahmen

Ärztliches Anreisesgespräch
 Körperliche Untersuchung
 Zunächst Fortsetzung der Medikation
 Absprache von Rahmenbedingungen oder Probewochen

Visiten
 Festsetzung von Konsiliar-Untersuchungen
 Überwachung des Gewichts

Rückkopplung der erhobenen Befunde an Patienten, Bezugstherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten in Visiten, Teamgesprächen, Supervisionen

Psychotherapeutische Maßnahmen

Vorstellung des Patienten in der Stationsgemeinschaft „Patenpatient“

Erstinterview durch Bezugs-Therapeuten

Eingliederung in therapeutische Gruppen
 Verbale Gruppe
 Körpergruppe
 Essstörungsgruppe
 Körperwahrnehmungsschulung
 Symptomorientiertes Malen
 Erstellung des vollständigen Therapieplans
 Gemeinsames Essen
 1 x pro Woche mit Therapeut

verordnete Teilnahme an: Sporttherapien individuell nach Belastungsfähigkeit und BMI, medizinischer Trainingstherapie, Schwimmen, balneologischen Anwendungen, Ergotherapie, indikativen Gruppen

I. Tag

I. Woche

Letzte Woche

Zielgewicht

Ein Zielgewicht zu definieren eröffnet einen für die Patienten mitverantwortenden hilfreichen Rahmen zur Gestaltung der Therapie. Die Patienten erhalten eine regelmäßige gesunde Kost und Informationen zur Nahrungsaufnahme. Die vielfältigen Wirkungen der

Gewichtsabnahme auf die Physiologie ihres Körpers und die hormonellen Veränderungen werden besprochen. Es wird ihnen die Wirkung der Endorphine im Zusammenhang mit der Gewichtsreduktion und die zunehmende Verzerrung der eigenen Körperwahrnehmung erklärt. So erfahren sie oft zum ersten Mal die Hintergründe für die euphorisierende Wirkung der Gewichtsreduktion und für die eigene Wahrnehmung, sich bei drastisch sinkendem Gewicht immer noch zu dick zu fühlen.

Die Zielgewichtsbestimmung definiert auch das Ende der Therapie. Angestrebt wird für das Ende der stationären Rehabilitationsbehandlung zumindest ein Zielgewicht im unteren Bereich des Normalgewichts. Die Patienten sollen diese Gewichtszunahme möglichst über drei Mahlzeiten und bei Notwendigkeit zwei verordnete Zwischenmahlzeiten erreichen und halten. Bei besonders untergewichtigen Patienten (BMI 15) oder unzureichender Gewichtszunahme bieten wir eine Sondennahrung an, die die Patienten bis zu dreimal täglich gemeinsam mit anderen essgestörten Patienten einnehmen. Nach dem Trinken der Sondennahrung werden oft Ängste mobilisiert. Die Patienten können sich aufgebläht fühlen, in katastrophisierenden Gedanken befassen sie sich mit dem Gefühl der körperlichen Unförmigkeit und eine gefürchtete Gewichtszunahme. In der Gruppe gelingt es leichter, sich mit diesen oder ähnlichen Gedanken und Ängsten zu konfrontieren und auch die Diskrepanz zwischen dem eigenen Körpergefühl und den Aussagen der anderen Patienten zur eigenen Erscheinung zu erleben.

Gelingt auf diese Weise die zuvor vereinbarte Gewichtszunahme nicht, so setzt nach zwei Wochen ein zuvor beschriebener „Rahmen“ als abgestufte Hilfestellung ein.

Rahmen:

Bei Aufnahme wiegen,
dann dreimal wöchentlich Gewichtsuntergrenze definieren
Gewichtszunahme 700 g pro Woche
Zwischenmahlzeiten, Sondenmahlzeit „Absitzen“

Stufenweise Einschränkungen:

Stufe 1

Zimmerbesichtigung zum Auffinden von Nahrungsmitteln mit Schwester
Eingeschränktes Hausgebot, z.B.: 2 Stunden Ausgang pro Tag
Einschränkung von Sport und Gymnastik

Stufe 2

Hausgebot
Kommunikationsbeschränkung nach außen
Kein Sport

Körpertherapie

Die beschriebenen psychotherapeutischen Maßnahmen werden durch eine intensive Schulung der Körperwahrnehmung und die Verbesserung der Körperakzeptanz ergänzt. In den ersten Lebensjahren interagiert das Kleinkind mit seinen Bezugspersonen zunächst auf einer körperlich- emotionalen Ebene. Dabei bedient es sich angeborener affektmotorischer Schemata (Piaget), die individuell durch die Interaktion zu individuellen „motorischen Überzeugungen“ ausgestaltet werden, die um die emotionale Dimension erweitert sind. An Körperhaltungen und Körperempfindungen sind emotionale Inhalte gekoppelt, die oftmals unbewusst sind, doch über die Einnahme einer Körperhaltung plötzlich im Erwachsenenalter wieder abrufbar werden. Damasio (1997) spricht in diesem Zusammenhang von „somatischen Markern“ und definiert diese aus neurophysiologischer Sicht vor dem Primat des Körpers wie folgt:

- ▶ Der Vorgang der Entscheidungsfindung ist wesentlich von Emotionen abhängig
- ▶ Der präfrontale Kortex ist notwendig, um exterozeptive Informationen von verschiedenen komplexen Stimuli mit interozeptiven Informationen (emotionaler/somatischer Zustand) zu verknüpfen, die normalerweise zusammen mit den komplexen Stimuli erlebt werden
- ▶ Bei Wiederholung einer komplexen Situation reaktivieren Systeme im ventromedialen präfrontalen Kortex den früher abgespeicherten emotional/somatischen Zustand mit Hilfe von Anteilen des limbischen Systems
- ▶ Diese Aktivierung stellt Signale dar, die eine Handlungstendenz bewirken, indem Handlungsentwürfe mit einer Bewertung versehen werden
- ▶ Ohne somatische Marker werden Handlungsoptionen gleichwertig erlebt

So lässt sich in der Körpertherapie erleben, dass die Einnahme einer Körperhaltung über die Körperregression einen unerwarteten emotionalen Zustand auslöst. Dieser bezieht sich nicht auf die aktuelle Situation, sondern ruft ein frühes emotionales Schema ab, das unerwartete Erfahrungen ermöglicht. Aus der Forschung ist bekannt, dass Angehörige essgestörter Patientinnen einen eindeutig ungeschickteren körperlichen Umgang mit ihren Kindern haben. Dazu gehört, dass die Eltern nicht so einfühlsam mit den vom Kind ausgehenden körperlichen und emotionalen Signalen umgehen können. Dem Kind fällt es dann schwerer, die eigenen körperlichen Empfindungen mit einem Gefühl zu verbinden und die Körpersignale der Eltern als Kommunikationssignale emotional zuzuordnen.

Über die Körpertherapie lassen sich zwei Bereiche psychischen Selbsterlebens beeinflussen: Zunächst ist die Ausbildung oder Ausdifferenzierung eines autonomen Selbstbildes zu nennen. Es entsteht eine differenziertere Umgangsweise mit dem eigenen Körper. Die Sensibilität für Körpersignale und damit verbundene Emotionen steigt durch die übende Hin-

lenkung der Aufmerksamkeit. Damit ist als zweites der konsistente Ausdruck von Affekten verbunden. Die bislang unscharf zu benennenden Affekte werden über die Vermittlung des Körpers klarer spürbar und eigenes Affekterleben kann eindeutiger und für das Gegenüber eindrücklicher über die Körpersprache in Form von Haltung, Bewegung und Mimik ausgedrückt werden (Downing 2002).

Tiefenpsychologische Gruppentherapie

3 x wöchentlich findet eine stationsbezogene **verbale Gruppenpsychotherapie** statt.

Ziel dieses Therapieangebotes ist, die Erfahrungen mit persönlicher Beziehungsgestaltung und Beziehungsangeboten, die die Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer individuellen Entwicklungs- und Erfahrungsbedingungen im annehmenden und anerkennden Milieu der Stationsgemeinschaft und der Therapiegruppe miteinander haben, für sie erkennbar und nutzbar zu machen. Damit können solche Erfahrungen korrigierend wirken und als Instrumente zur Konfliktklärung und Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten verfügbar gemacht werden. Hilfreich sind die Beobachtung und Analyse der Übertragungsdynamik im Gruppenprozess, um intrapsychische und interpersonelle Störungen zu erkennen, zu verstehen und Veränderungen einzuleiten. Das therapeutische Vorgehen ist in dieser Arbeit an der Realität des "Hier und Jetzt" Ich-stärkend und nicht regressionsfördernd ausgerichtet. Es unterstützt die Patientinnen und Patienten in ihrer Fähigkeit, allgemeine soziale Lebensanforderungen selbstverantwortlich und kreativ zu bewältigen.

Der Therapeut versucht so, die emotionalen Äußerungen im Hier und Jetzt der Gruppe aufzunehmen, in einer für den Patienten verträglichen Art zu formulieren und die Interaktionen der Patienten untereinander zu verdeutlichen. Auch kann der Therapeut im Rahmen der Problemvorstellung der Patienten einzelne in der Gruppe behandeln. Die anderen Mitglieder der Gruppe lernen aus diesen Interaktionen, zur Problemlösung etwas beizutragen und übertragen die Überlegungen zur Problemlösung auch auf ihre eigene Situation.

Wöchentlich ein Einzelgespräch dient dazu, die Gruppentherapie vor- und nachzubesprechen bzw. sehr belastende Themen zu behandeln.

Der Therapeut versucht dem Patienten Übertragungen als eine Reaktion zu verdeutlichen, die in vorgefassten und unangemessenen Reaktionen der Patienten auf Mitpatienten oder Therapeuten bestehen, die dysfunktional oder inadäquat erscheinen und aus eigenen konflikthaften Erfahrungen der Patienten aus ihrer Biographie resultieren können.

Zusammenfassend lässt sich sagen:

- ▶ Wir helfen dabei, ein annehmendes und anerkennendes Stationsmilieu herzustellen
- ▶ Die individuellen Entwicklungs- und Erfahrungsbedingungen werden berücksichtigt
- ▶ In diesem Stationsmilieu können die Patienten korrigierende Erfahrungen mit Beziehungsangeboten und Beziehungsgestaltung machen
- ▶ Wir beobachten die Übertragungsdynamik und greifen mit Hinweisen und Deutungen ein.
- ▶ Wir bleiben in unserer Haltung und bei unseren Interventionen Ich-stärkend und weniger regressionsfördernd

Die Erkenntnisse und Verständnisse unserer Arbeit müssen konkreten Bezug auf die Lebensumstände unserer Patientinnen und Patienten und die gemeinsam festgelegten Ziele haben.

Dazu dient auch das gemeinsame Kochen in unserer Lehrküche, um den freieren Umgang mit Nahrungsmitteln und dem Zubereiten von Mahlzeiten zu üben.

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. Sie können 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 andere Fertigkeiten ab. Die Patienten entwickeln im Umgang mit einem schwer zu bearbeitenden Material mehr Durchhaltevermögen oder Frustrationstoleranz. Mit verfließenden Farben wird die Kreativität angesprochen, die Arbeit kann aber nicht „akkurat“ ausgeführt werden, was von manchem Patienten zunächst kaum toleriert werden kann. Die Verwendung verschiedener Werkstoffe ist auch ein guter Ansatzpunkt für berufsbezogene Fragestellungen. Ergotherapie stellt in der medizinischen Rehabilitation einen wichtigen Schritt zur differenzierten Leistungsbeurteilung und für die Selbstwahrnehmung der Patienten dar.

In der Gruppe „Körperzentriertes Gestalten“ werden die Patienten über unterschiedliche Materialien an die Beschäftigung mit den eigenen Gefühlen, die Selbstwahrnehmung und das eigene Körperbild herangeführt.

In den **sporttherapeutischen Angeboten** wird die Körperwahrnehmung der Patienten weiter geschult und die Körperakzeptanz gefördert. Dabei hilft die Sporttherapie den Patienten besonders bei dem Erkennen der eigenen körperlichen Leistungsgrenzen. Viele Patienten sind es nicht gewohnt, sich mit körperlicher Erschöpfung und Müdigkeit realitätsgerecht auseinander zu setzen. Zum pathologischen Verhalten gehört das hemmungslose Überschreiten der körperlichen Leistungsfähigkeit. Grenzen der Leistungsfähigkeit sind kränkend und werden nur ungern akzeptiert. Im Spiel wird neben der Leistungsbereitschaft leicht ein ausgeprägter Ehrgeiz und ein konkurrierendes Verhalten gezeigt, durch das die Lebensführung vieler dieser Patienten geprägt ist. Wenn „Spiel“ zu ernst wird und eine „Niederlage“ kaum verwunden werden kann, ist dies 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 Veränderung, zu Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Berentung zu problematisieren und sie in berufsbezogene Gruppen und berufliche Belastungserprobungen zu integrieren. Für jüngere Patienten sind die Beratungsgespräche eine Möglichkeit, sich mit Fragen des beruflichen Werdegangs oder schulischer Probleme zu befassen. 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. Über die Sozialtherapeuten wird auch der Kontakt zum Rehabilitationsbetrieblingen gebahnt.

Gesamtbehandlungsplan

Nach Aktensichtung gegebenenfalls Anschreiben an den Patienten mit Bitte um die Darstellung des Krankheitsverlaufes und Benennung eigener Therapieziele (Motivationsbrief)

Aufnahmetage Dienstag und Mittwoch

Allgemein körperliche, laborchemische und elektrokardiografische Untersuchung
Psychotherapeutisches Anreisesgespräch mit Vorschlag der Probebehandlung und sinnvoll erscheinenden gestuft einsetzbaren Rahmenbedingungen:

- Eigenes Protokoll der Nahrungsaufnahme
- Wiegen
- Gerichtetes Tablett
- Zwischenmahlzeiten
- Zusätzliche hochkalorische Nahrungsbeigabe
- Alkoholverzicht
- Medikamentenabgabe

Therapeutisches Angebot

- Teilnahme an verbaler Gruppentherapie 3x/ Woche
- Teilnahme an der Körpergruppe 2x/ Woche
- Teilnahme an einer speziellen Gruppentherapie für Essgestörte 1x/ Woche
- Gemeinsames Essen, Stationsrunde, Einzelsprechstunde
- Sport- und Bewegungsangebot mit Anregung zum genussvolleren Erleben
- Angehörigen- /Partnergespräche

Donnerstag und Freitag

- Integration in die Körpergruppe
- Zweites Motivationsgespräch

Montag

- Wiegen wöchentlich bis zu dreimal
- Weitere therapeutische Bausteine:
 - Verbale Therapie
 - Körpergruppe
 - Ergotherapie
 - Teilnahme an Essstörungsgruppe

Rahmen

Gewichtsuntergrenze

Gegebenenfalls hochkalorische Zwischenmahlzeiten, „Absitzen“

Stufenweise Einschränkungen

Stufe 1

Zimmerbesichtigung mit Schwester zur Kontrolle
auf Nahrungsmittel und Medikamente

Eingeschränktes Hausgebot, z.B.: 2 Stunden Ausgang pro Tag

Einschränkung des Sporttherapieangebots

Stufe 2

Vollständiges Hausgebot

Kommunikationsbeschränkung mit Angehörigen

Kein Sport

Wiegen täglich

Stufenweise Rückführung bei weiterer Gewichtszunahme in Wochenschritten

Lockerung (BMI 17)

1x Sonde

Gerichte selber wählen

Therapieende

Nach Zielgewicht

Wenn Behandlungsangebot oder weitere Gewichtszunahme abgelehnt wird

Literatur:

Bordo, S. (1993): Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body. U. of California press, Berkely

Damasio, A.R. (1997): Descartes` Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. dtv, München

Downing, G. (2000): Emotion theory reconsidered. In: Wrathall, M. Malpas, J.(eds.): Heidegger, Coping and Cognitive science, Vol. 2: Essays in Honour of Hubert L. Dreyfus. MIT Press, Cambridge- Massachusetts, 245-270

Downing, G. (2002): Die Behandlung von Essstörungen. Psychoanalyse und Körper, 1,1, 9-35

Heigl-Evers, A. Heigl, F. (1988): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Zsch. psychosom. Med., 29, 1-14

Hirsch, M. (1991): Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. In: Hirsch, M.: Der eigene Körper als Objekt. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Jacobi, C., Paul, T. (1991): Bulimia und Anorexia nervosa. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften – AWMF - www.awmf-leitlinien.de

Newton, N., Newton, M. (1972): Lactation- its psychological components. In: Modern perspectives in psycho – obstetrics. Oliver and Boyd, Edinburgh, 385-405

Treasure, J., Holland, A. (1995): Genetic factors in eating disorders. In: Tangney, J., Fischer, H. (eds.): Handbook of eating disorders: Theory, Treatment and Research. John Wiley, New York