

## Behandlungskonzept für Jugendliche mit Essstörungen

### Ziele:

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 Idealen
6. Bearbeiten von Konflikten
7. Entwickeln von Perspektiven und Bewährung

### Prozess:

Seit über 30 Jahren behandeln wir auf der psychosomatischen Jugendstation „Kuckucksnest“ der Filderklinik ca. 65 Jugendliche mit Essstörungen im Jahr nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Im Durchschnitt sind die Jugendlichen bereits ein Jahr lang krank und liegen bei Aufnahme mit einem BMI von 13 kg/m<sup>2</sup> unter der 3. Perzentile, weit im klinikpflichtigen Bereich.

Zur Aufnahme gibt es keine untere Gewichtsgrenze, da sämtliche klinischen Hilfsmaßnahmen wie Infusion, Sondierung und Medikation durchgeführt werden können. Zunehmend werden auch Kinder mit präpubertären Essstörungen aufgenommen, darunter ein guter Anteil Jungen.

Die Behandlungsergebnisse sind gut dokumentiert und evaluiert durch zwei medizinische und eine psychologische Dissertation an der Universität Tübingen. Die Arbeiten sind unter anderem auch auf unserer [Homepage](http://www.filderklinik.de/informationen/publikationen.html) <http://www.filderklinik.de/informationen/publikationen.html> veröffentlicht.

Nach den gängigen wissenschaftlichen Kriterien sind demnach rund 80% der Jugendlichen mit Anorexie oder Bulimie in der 4-Jahres-Nachuntersuchung gesundet. Dabei interessiert nicht nur die Gewichtsrehabilitation sondern darüber hinausgehend die Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit sowie, als besondere Forschungsschwerpunkte, die Körperschemastörung, die Wärmeverteilung mittels Wärmebildkamera sowie das vegetative Stressniveau mittels Herzratenvariabilität (HRV).

Schon früh fiel uns unter anthroposophisch-menschenkundlichen Gesichtspunkten eine Polarität zwischen der Anorexie und der Bulimie auf, die neben der Behandlung der Körperschemastörung unterschiedliche Behandlungspfade erforderte.

Im Zentrum der Essstörungen steht die Dysregulation des Appetits, die durch vielerlei psychosomatische Faktoren beeinflusst wird. Dabei zeigt die Adipositas eine ganz andere Psychodynamik und soll hier nicht berücksichtigt werden, wobei die „Binge-Eating-Störung“ noch in der Nähe der Bulimie steht. Bereits durch die Bewegungsbeobachtung in der Heileurythmie konnten Magersüchtige vom bulimischen Typ durch ihre Impulsivität deutlich vom restriktiven Typ unterschieden werden. Ebenfalls konnten diagnostische Übungen in der Bothmer-Gymnastik eine deutliche Unterscheidung, im Sinne der anthroposophischen Dreigliederung, zwischen Anorexie und Bulimie erlauben.

Während bei der Anorexie ein starkes Überwiegen der aus der Vorstellung heraus formenden Kräfte zu beobachten war, stand im Gegensatz dazu bei der Bulimie ein impulsives Durchbrechen der aufbauenden Stoffkräfte im Vordergrund. Somit konnte bei der Anorexie der Perfektionismus und bei der Bulimie die überwältigende Gierkomponente mit anschließendem, reuevollem Erbrechen

identifiziert werden. Bei beiden Krankheitsbildern fehlte es an einer rhythmisch-vermittelnden „Mitte“.

Entsprechend eines Schemas zur anthroposophischen Viergliederung des Menschen (nach Lievegoed,) schauen wir einerseits auf den Übergangsbereich des Seelischen zu körperlichen Vorgängen (Gewohnheitsbildung) und berücksichtigen andererseits den Übergangsbereich des Seelischen zum (Zeit-)Geistigen (Jugendideale).

Therapeutisch unterscheiden wir eine ambulante Motivationsphase von einer stationären Eingangsphase mit Entwöhnung von pathologischen Essgewohnheiten.

In der ambulanten Motivationsphase erwarten wir, unter systemisch-familientherapeutischen Gesichtspunkten, eine schriftliche Familienbiographie und ein Motivationsschreiben der Jugendlichen, am besten per Email. Bereits der Sprachgenius lässt darin schon oftmals die Krankheitsdynamik erkennen und gibt auch Einblicke in ein generationenübergreifendes familiäres Schicksalsgeschehen.

Bei der stationären Aufnahme werden die Jugendlichen mit ihren Familien nochmals über das zu erwartende Procedere, einschließlich möglicher Sondenernährung und Medikation, aufgeklärt. Neben anthroposophisch-homöopathischen Mitteln setzen wir bei starker Zwanghaftigkeit bzw. Depressivität in begrenztem Maße auch Psychopharmaka ein.

Bei der Schwere der Erkrankungen war in ca. der Hälfte der Fälle eine Sondenernährung notwendig, die wir jedoch lediglich als künstliche Grundlage der Ernährung zur Verhinderung weiterer Gewichtsabnahme verstehen. Die Kontrolle über die Gewichtszunahme liegt bei den magersüchtigen Jugendlichen selbst. Sie erfahren gleichzeitig, dass die Gewichtsrehabilitation lediglich ein notwendiges Therapieziel darstellt, wobei wir Wert auf das eigenständige Empfinden von Appetit und Sättigkeit legen: Im Unterschied zu vielen aktuellen verhaltenstherapeutischen Programmen greifen wir deshalb nicht direkt in die Nahrungsaufnahme ein. Beim begleiteten Essen in der Gruppe wird bei Tisch auf eine angenehme Atmosphäre und Unterhaltung geachtet. Selbstverständlich können verhaltenstherapeutische Elemente in der Konsequenz nicht unberücksichtigt bleiben, die den Jugendlichen bei einer Zunahme an Kraft auch mehr Freiheiten erfahrbar machen. Man könnte sagen, dass die Jugendlichen durch eine allgemeine Persönlichkeitsnachreifung wieder Appetit auf das Essen und das Leben überhaupt gewinnen sollen. Dabei spielt die therapeutische Gemeinschaft eine große Rolle, in der an der Stärkung des Selbstwertgefühls gearbeitet wird. Einen besonderen Zugang erfordert die beiden Essstörungen zugrunde liegende Körperschemastörung, der wir mittels Heileurythmie, als Bewegungstherapie, oder Bothmer-Gymnastik sowie mittäglichen Bauchwickeln, Ganzkörpereinreibungen und eventuell Öl-Dispensionsbädern begegnen.

Mit einer speziellen Bulimie-Kost, die in mehreren kleinen Mahlzeiten ohne freien Zucker gegeben wird, gelingt es bulimischen Jugendlichen zumeist innerhalb von 14 Tagen ihre Heißhungerphasen zu überwinden. Oftmals wird diese Entwöhnungsphase von regelrechten Entzugssymptomen, wie Schwitzen, Zittern, Schlaflosigkeit und Alpträumen, begleitet.

Alle 14 Tage verpflichten sich die Familien zu systemisch-familientherapeutischen Sitzungen, um dysfunktionale Familienstrukturen anzusprechen und aufzulösen.

Entsprechend der eingangs erwähnten Psychodynamik von Anorexie und Bulimie werden unterschiedliche künstlerische Therapien gewählt. So erhalten Magersüchtige in der Regel Heileurythmie mit Musik- oder Maltherapie, um die innere Beweglichkeit zu fördern. Bei der Bulimie hingegen versuchen wir strukturierende Elemente zu stärken durch Sprachgestaltung bzw. Psychodrama, Plastizieren und Bothmer-Gymnastik.

Die Einzelpsychotherapie reflektiert zumeist während des stationären Aufenthaltes Ereignisse und Beobachtungen im Stationsalltag, wo den Jugendlichen Bezugspersonen zugeordnet werden.

Die Entlassung erfolgt bei Erreichen der 5. BMI-Perzentile, was nach der neueren DSM-Definition die krankhafte Gewichtsgrenze darstellt.

Wie bei allen suchthaften Erkrankungen ist eine intensive psychotherapeutische Nachbehandlung, einschließlich regelmäßiger Gewichtskontrollen, über mindestens ein Jahr erforderlich.