

# Die «innere Stimme» anders hören lernen!



Dr. med. Barbara Rost

Eine Anorexiebehandlung ist ein schwer fassbarer Prozess, der von Anfang an interdisziplinär geführt werden muss. Auch wenn es bis heute keine sicher evidenzbasierte Therapie-

methodik gibt, gilt als gesichert, dass ein möglichst kleiner Zeitraum zwischen Symptomentwicklung und Behandlungsbeginn die grösste Heilungschance bietet.

Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden in den beiden international gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 (International Classification of Diseases) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) im Wesentlichen drei diagnostische Kategorien unterschieden: die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN), und die atypischen u. a. Essstörungen (ICD-10) resp. die Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) (DSM-IV). Mit einer Lebenszeitprävalenz bei Frauen von 0,5 bis 1% ist die **Anorexia nervosa** die seltenste Form der Essstörungen. Mit einer Mortalitätsrate von 5 bis 15% und noch immer begrenzten Heilungschancen (40% guter, jeweils 25 bis 30% mittelmässiger oder schlechter Heilungserfolg) ist sie aber die gravierendste Form mit erheblich schädigenden, nicht selten invalidisierenden Auswirkungen auf die körperliche und seelische Entwicklung vorwiegend junger Menschen.

Die Klassifikationssysteme werden derzeit überarbeitet, DSM-5 und ICD-11 sind in Vorbereitung. Einzelne diagnostische Kriterien werden verändert und Begriffe wie die «Weigerung», ein für Alter und Körpergrösse normales Körpergewicht zu halten ... (Kriterium A, DSM-IV) oder das «Leugnen» des Schweregrades ... (Kriterium C, DSM-IV) werden mit hoher Wahrscheinlichkeit eliminiert werden. Darin kommt zum Ausdruck, dass eine Perspektive, aus der Aspekte des Krankheitsausdrucks als willentlich gesteuertes, oppositionelles Fehlverhalten beurteilt und während Jahrzehnten einseitig als non-

compliant disqualifiziert wurden, endgültig überwunden scheint. Zuschreibungen wie «Anorexiekranken lügen, täuschen, manipulieren» u.Ä. gehören definitiv der Vergangenheit an. Auf diese Weise ist der Boden dafür bereitet, dass sich die Erkrankten innerhalb des medizinischen Systems in den für sie immer belastenden diagnostischen und therapeutischen Prozessen ernsthaft wahrgenommen und gehört fühlen können.

## Der diagnostische Prozess

Der diagnostische Prozess ist wenn immer möglich, von Anfang an interdisziplinär zu führen!

## Empfehlungen zum Vorgehen bei Verdacht auf Anorexia nervosa:

- Erste Evaluation in der hausärztlichen Praxis
- Unterstützung des Kontaktes zur diagnostischen Mitbeurteilung in der psychiatrischen Sprechstunde (Einzel- oder Familienerstinterview)
- Umfassende somatische Abklärung (bei Ersterkrankung mit neurologischer Untersuchung inkl. Bildgebung – MRI-Schädel)
- Erarbeiten des Behandlungsvertrages zwischen Patientin, Psychotherapeutin und Hausarzt – der entscheidende Fokus liegt dabei auf dem Ringen um das «Ja» zur Behandlung

Vor allen ärztlichen Bemühungen um Einflussnahme auf das selbstschädigende Verhalten der Erkrankten, z.B. in Form von Empfehlungen betreffend Ernährung, Intensität der sportlichen Aktivitäten, Gewichtsvorgaben u.Ä., muss es in den ersten Kontakten gelingen, die erkrankten jungen Menschen auf der kognitiven und emotionalen Ebene zu erreichen. Das heisst, unsere Gesprächsführung muss ihnen behilflich sein zu erkennen, dass die von ihnen selbst beobachteten körperlichen und seelischen Veränderungen Ausdruck einer progredienten psychosomatischen Symptomentwicklung sind. Gleichzeitig müssen sie im Gespräch mit uns unmittelbar erfahren können, dass wir das Wissen darüber, dass ihr Verhalten einer von innen diktierten zwingenden Notwendigkeit folgt, mit ihnen teilen. «Die innere Stimme» nennen Kinder häufig die-

ses seelische Erleben, die Stimme, die Verzicht fordert, nicht zulässt, dass man sich etwas gönnt, das kleinste Stückchen Schokolade verbietet oder unerbittlich noch mehr Sport verlangt, auch wenn die Erschöpfung nahe ist. Das sind Erklärungsversuche – jugendliche und erwachsene Patienten und Patientinnen fassen dasselbe Erleben in etwas andere Worte – für einen Prozess, der sich selbstständig hat und den man letztlich selbst nicht fassen kann. Aus dem Austausch über dieses seelische Erleben und dessen in der Regel bereits zwei bis drei Monate nach Krankheitsbeginn quälend zwanghafte Qualität kann sich das «Ja» zur Behandlung entwickeln und die Behandlung eingeleitet werden.

Bei jungen Patientinnen und Patienten mit häufig rasch progredienter Symptomentwicklung empfiehlt es sich, die somatische Abklärung im Rahmen einer Kurzhospitalisation durchzuführen. Das setzt eine klare Zäsur für Eltern und Kinder/Jugendliche, mit der die Ernsthaftigkeit der Situation unterstrichen und ermöglicht wird, gemeinsam, noch während der Hospitalisation, den genauen Behandlungsplan zu erarbeiten. Bei höherem Erkrankungsalter und ambulanter Durchführung der Diagnostik kann eine vertraute, routinierte Zusammenarbeit zwischen einzelnen medizinischen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachleuten sehr dazu beitragen, den in diesem Kontext immer unter massiven Ängsten leidenden Patientinnen und Patienten grösstmögliche Sicherheit zu geben.

Die Qualität des Dialogs zwischen Patienten, ihren Familien und den Fachleuten in dieser Anfangsphase des diagnostischen/therapeutischen Prozesses scheint von hoher Relevanz für die Entwicklung einer sicheren therapeutischen Allianz. «Ja» sagen zur Behandlung heisst für die Patientin: Vertrauen in einzelne Fachleute zu wagen, welche Schritte einfordern, die gegen die «innere Stimme», das Diktat des Gewissens, vergleichbar mit dem eines Zwangskranken, verstossen. Jedem Zuwiderhandeln gegen die inneren Forderungen nach Verzicht, Askese u.a. folgen Angst und nicht selten schwerste Schuld- und Schamgefühle. Simplifizierende, plausibel erscheinende, gesellschaftlich breitverankerte Erklä-

rungsversuche für einen schwer fassbaren Krankheitsprozess, wie «Wegen des vorherrschenden Schönheitsideals werden junge Frauen magersüchtig» u.Ä. – verletzen und belasten Anorexiikerinnen immer wieder von neuem. «Wegen all dieser schrecklichen Vorurteile schämt man sich so, wenn man diese Krankheit hat!», hiess es bei einer Patientin.

### Der therapeutische Prozess

Vorangestellt sei wiederum eine Empfehlung aus psychiatrischer Perspektive: Nicht erst bei deutlichem oder gar dramatischem Gewichtsverlust den oben skizzierten diagnostisch/therapeutischen Prozess in Gang setzen! Zyklusunregelmässigkeiten, sekundäre Amenorrhoe, insbesondere aber ein zunehmend zwanghaftes Denken (im Sinne von – von früh bis spät ans Essen denken müssen) können erste Indikatoren für die **Anorexia nervosa in statu nascendi** sein, die zu dem Zeitpunkt noch nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt. In vielen Fällen schreitet der angestossene psychosomatische Krankheitsprozess unentrinnbar voran. Hormonelle Behandlung einer sekundären Amenorrhoe in dieser ersten Krankheitsphase kann verschleiern, verdecken, Eltern zu Unrecht beruhigen und so zum Verlust wertvoller Zeit für erste therapeutische Interventionen beitragen. Immer im Wissen, dass wir bis heute keine sicher evidenzbasierte Therapiemethodik zur Verfügung haben (no grade A recommendations, NICE guidelines, National Institute for Health and Clinical Excellence), wissen wir doch mit ausreichender Sicherheit, dass ein möglichst kurzes Intervall zwischen Symptomentwicklung und Behandlungsbeginn mit Gewichtsrehabilitation entscheidend ist für Prognose und Heilungschancen. Und dass trotz der Ernsthaftigkeit der Erkrankung mit hohem Mortalitäts- und Chronifizierungsrisiko bei frühem Krankheitsbeginn und früh einsetzender Behandlung unter Einbezug der Familien gute Heilungschancen bestehen (1, 2). Ob es uns Fachleuten möglichst früh gelingt, eine tragende therapeutische Allianz mit den Patientinnen und Patienten aufzubauen oder ob wir scheitern, hat Einfluss auf Behandlungsverläufe und Heilungschancen – dafür sprechen klinische Studien (1).

Die dann folgende Behandlung ist immer eine multimodale und umfasst:

- die Ernährungsrehabilitation mit Restitution des Körpergewichts( i. d. R. mit Bezug der Ernährungsberatung);
- die individuelle Psychotherapie;
- den Einbezug der Familie/Angehörigen und
- gegebenenfalls die Behandlung somatischer und psychiatrischer komorbider Erkrankungen.

Wie bei allen anderen Formen von Essstörungen wird sie wenn immer möglich ambulant durchgeführt. Eine stationäre Behandlungsphase muss dann einsetzen,

- wenn im ambulanten Behandlungsetting die Vereinbarungen z. B. bezüglich Gewichtszunahme nicht eingehalten werden können;
- wenn medizinische Komplikationen sie erfordern;
- wenn eine psychiatrische komorbide Erkrankung stationär behandelt werden muss;
- wenn aus besonderen lebenskontextuellen Gründen Distanz zur bisherigen Lebens- und Wohnsituation notwendig ist, unter anderen bei einer früheren oder anhaltenden körperlichen oder sexuellen Misshandlung, die als Möglichkeit im Ursachengefüge niemals ausser Acht gelassen werden darf.

### Regionale Behandlungsstrukturen

Zwei Aspekte seien – im Hinblick auf regionale Behandlungsstrukturen – hervorgehoben:

«Mind the gap» überschreibt Janet Treasure ihre Arbeit, in der sie auf das erhöhte Risiko für Patientinnen und Patienten bei allen Übergängen zwischen Behandlungsstrukturen hinweist (ambulant/stationär; Medizin/Psychiatrie; Kinder- und Jugend-/Erwachsenenmedizin) (1).

Interinstitutionelle Arbeitsgruppen helfen, Brücken über die «gaps» zu schlagen. Mitarbeitende in Institutionen und privat praktizierende Kolleginnen und Kollegen, die sich persönlich kennen und Übergänge vorausschauend planen, können diese Patientengruppe besser vor unvorhersehbaren, plötzlichen Entscheidungen oder Strategiewechseln in Behandlungsabläufen schützen.

Die Funktion der Hausärztin, des Pädiaters, der Gynäkologin im interdisziplinären Behandlungsteam mag manch-

mal fast nebensächlich erscheinen – es geht ja «nur» um Gewichts- und allenfalls Laborkontrollen. Sie ist von eminenter Bedeutung im Sinne einer verbindlichen, absolut verlässlichen ärztlichen Autorität und wird, oft noch Jahre nach Abschluss der Anorexiabehandlung, in Anspruch genommen. Bei den Patientinnen und Patienten, die keine Auswege aus der anorektischen Dynamik finden und bei denen, die chronisch rezidivierenden Krankheitsverläufen unterliegen und schliesslich das Bild einer schwerst chronifizierten Anorexia nervosa zeigen, werden die Beziehungen zur Hausärztin oder zum Hausarzt unter Umständen existenziell notwendig.

### Fragen an die Medizinethik

Mit den Fragen «FFE, ja oder nein?» haben wir in seltenen Behandlungssituationen in den vergangenen Jahren ethische Konferenzen zur Unterstützung und Beratung einberufen und werden es weiterhin tun. Mit dem Wissenszuwachs dank neurobiologischer und neuropsychologischer Forschung werden wir uns (zusammen mit unseren Kolleginnen und Kollegen der Medizinethik) vermehrt den Fragen zuwenden, wann ein offenes Gespräch mit den schwer chronisch Kranken und ihren Angehörigen über «nur» palliativ medizinische Behandlung dazu beitragen kann, den Zugang zu medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungseinheiten zu erleichtern.

Damit könnten einzelnen Patientinnen die Erfahrungen von immer wieder neuem, beschämendem Versagen (mit konsekutiver Flucht aus frustriert, manchmal zornig zurückbleibenden Behandlungsequipen) erspart werden.

*Dr. med. Barbara Rost, FMH Psychiatrie und Psychotherapie*

### Bemerkungen

- 1) Treasure J, Schmidt U, Hugo P. Mind the gap: service transition and interface problems for patients with eating disorders. Br J Psychiatry. 2005 Nov;187:398-400.
- 2) Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010 Feb;375(9714):583-93.