

Die stark untergewichtige Jugendliche in der Praxis

Hintergründe der Magersucht und Hinweise für erste Interventionen

Das Krankheitsbild der Magersucht ist dem Arzt in der Praxis zwar bekannt, doch sind betroffene Patientinnen* im Praxisalltag des Hausarztes vergleichbar selten, so dass Routine im Umgang mit ihnen fehlt. Im Folgenden werden die Besonderheiten der Anorexia nervosa erklärt und Anleitungen für den praktischen Umgang damit gegeben. Die Empfehlungen für die ärztliche Beratung lehnen sich an psychotherapeutische Grundsätze an.

DANIEL MÜNGER, STEFANIE EICHENBERGER-STUDER

«Sie isst nicht und will an ihrer Magersucht nichts ändern!». Diese typische Situation fordert den häufig erstkonsultierten Gynäkologen, Pädiater oder Hausarzt: Wie ist das Verhalten der Patientin zu verstehen? Was kann in ersten Schritten getan werden?

Die Anorexia nervosa und ihre Besonderheiten

Die Rolle des Arztes

Bei der Magersucht handelt es sich um eine komplexe psychosomatische Krankheit, deren Ursache noch nicht definitiv bekannt ist. Die definitive Diagnostik sollte in jedem Fall durch eine Fachperson, welche sich sowohl mit dem somatischen als auch mit dem psychosozialen Anteil dieser Krankheit bestens auskennt, erfolgen. Für die Diagnostik der Magersucht bewähren sich die ICD-10- und die DSM-IV-Klassifikationen. Überwiegend sind Jugendliche und Adoleszente (Alter bis 25 Jahre) betroffen.

Im Zusammenhang mit der Krankheit spielen Ängste und Schuldgefühle häufig eine Rolle. Um diese zu mindern, müssen der Patientin und ihren Bezugspersonen neuropsychologische Auffälligkeiten und damit verbundene dysfunktionale familiäre Interaktionen erklärt werden (Tabellen 1 und 4).

Die fachliche Kompetenz und die damit verbundene klare Haltung des behandelnden Arztes spielen für das Vertrauen von Patientin und Familie im Therapieverlauf eine erhebliche Rolle. Ist dieses Vertrauen erreicht, wird die Einleitung erster Schritte auch besser umsetzbar.

Der Hausarzt, Gynäkologe oder Pädiater, welcher von der häufig zutiefst verunsicherten Patientin und

deren Familie/ Bezugsperson konsultiert wird, findet in der Regel dieses Vertrauen. Er hat nach Verdachtsdiagnosestellung und nach Ausschluss von körperlichen Gründen für das geringe Körpergewicht die wichtige Aufgabe, die Patienten davon zu überzeugen, eine gezielte Abklärung bei einer dafür spezialisierten Fachperson im psychosomatischen Bereich durchführen zu lassen. Dieser Schritt ist für Anorexiepatientinnen oft gleichbedeutend mit der Preisgabe von Persönlichem und dem Verlust von Selbstkontrolle und Energie. Aus diesem Grund möchten sie häufig dieser Abklärung ausweichen. Daher ist weitere Überzeugungsarbeit des Arztes unter Einbezug von Bezugspersonen in dieser Situation notwendig. Dabei ist darauf zu achten, solche Gespräche mit den älteren Jugendlichen vorzubesprechen.

Die Haltung der Patientin

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei den meisten Patientinnen, wenn sie den Arzt konsultieren, Krankheitseinsicht vorhanden ist. Gleichzeitig möchten sie «die Krankheit oft nicht verlassen», da sie befürchten, durch die Interventionen den für sie «gewinnbringenden Anteil der Krankheit» zu verlieren. Viele Patientinnen kämpfen deshalb wie Löwinen darum, die Kontrolle über Gewicht und Essen zu behalten. In diesen Fällen ist Überzeugungsarbeit notwendig, die dahin geht, vermehrt Hilfe von aussen zu akzeptieren und Kontrolle abzugeben.

Später, wenn die Patientinnen wieder stabilisiert oder gar gesund sind, berichten sie über die Erfahrungen mit den Helfern oft positiv: Einerseits hätten sie das Einfordern einer strikten Gewichtszunahme als Angriff und Bedrohung angesehen, andererseits habe ihnen das Vermitteln eines klaren »Gewichtszunahmefahrplanes« Hoffnung vermittelt, dass man etwas

*Sowohl bei Patienten/-innen als auch bei den Fachpersonen sind immer beide Geschlechter gemeint.

gegen den Gewichtsverlust tun kann. Zudem hätten sie sich durch die konsequente therapeutische Unterstützung nicht mit der Krankheit allein gelassen gefühlt.

Tabelle 1:

Typische Eigenheiten von Patientinnen mit Anorexia nervosa

- Störung im Bereich der Hunger-Sättigungsregulation und der Körperwahrnehmung, Verhaltensprobleme mit meist massiver Beeinträchtigung der Selbstkompetenz, des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung
- Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Ambivalenz, Kontrollbedürfnis, Unflexibilität
- Angst vor Entwicklungsschritten (kompromittierter Wunsch nach Autonomie)
- Angst vor sozialen Veränderungen
- Scheinbar verminderte Introspektion zur eigenen Gefühlswelt
- Vermeintlich fehlende Krankheitseinsicht
- Verborgene emotionale, soziale und kognitive Ressourcen
- Anorexie als vermeintlicher Lösungsversuch von Problemen
- Gleichzeitige Bewegung und Blockierung des Umfeldes
- Konfliktvermeidung, Harmoniebedürfnis (Patientin, Familie)

Therapieziele und Vorgehen

Die zentralen Therapieziele bei der Behandlung der Anorexie sind:

- das Erreichen eines Zielgewichtes,
- die Behandlung des gestörten Essverhaltens,
- die Therapie einer allfälligen Komorbidität und
- der Einbezug von nahen Bezugspersonen zur Bearbeitung von dysfunktionalen Mustern.

Vergleiche hierzu die *Tabellen 2 und 3*.

Information, Gewichtzielvereinbarungen

Als erster Schritt erfolgt eine sorgfältige und im Therapieverlauf zu wiederholende *Information über die Erkrankung*, und zwar möglichst durch eine dafür geschulte Fachperson. Dabei macht es bereits in der Anfangsphase Sinn, für diese Gespräche die Bezugspersonen einzubeziehen.

Tabelle 2:

Häufige Komorbiditäten

- depressive Verstimmungen; Depressionen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen

Tabelle 3:

Therapieziele

- Gewichtszunahme mit Bestimmung des Zielgewichtes
- Verbesserung des Essverhaltens
- Behandlung von Komorbiditäten
- Anleitung zu positiven Veränderungen in der Familie
- Berücksichtigung von unterhaltenden Faktoren im Verlauf

Bezüglich der *Gewichtszunahme* sollte ein Gewicht angestrebt werden, das über der 10. BMI-Perzentile oder das auf derjenigen Gewichtsperzentile liegt, die vor der Erkrankung registriert wurde. Zudem soll ein Gewichtsanstieg von 250 bis 500 Gramm pro Woche, individuell abgestimmt, vereinbart werden. Dabei sind die Umstände, die bei Erkrankungsbeginn zum Gewichtsabfall geführt haben, zu berücksichtigen und mit der Patientin in die gemeinsame Gewichtszielbestimmung einzubeziehen. Zu beachten ist, dass die Gefahr gross ist, bei tiefem Gewicht mit zu wenig klaren Zielfestlegungen wichtige Zeit und damit prognostische Chancen zu vergeben.

Einbezug von Ängsten, Komorbiditäten, Wünschen und Bezugspersonen

Auf *allfällige Ängste und den Umgang mit sozialer Verunsicherung* wird in den Gesprächen eingegangen.

Komorbiditäten werden diagnostisch abgeklärt und entsprechend behandelt. *Medikamente* sind gelegentlich notwendig; erwiesenermassen sind sie meistens lediglich von supportivem Nutzen, ihr Einsatz soll deshalb gut überlegt und besprochen werden.

Die Bezugspersonen spielen bei der Magersuchtsbehandlung im Jugendalter eine zentrale Rolle. Für alle Beteiligten kann es sehr anstrengend sein, die oft kaum mehr sichtbaren Signale für Entwicklungsschritte zu registrieren, die Magersüchtige zu unterstützen und gleichzeitig auf Ängste und Verunsicherungen der Familienangehörigen einzugehen. Diese therapeutischen Schritte sind aber lohnend.

Wichtig ist, den Wunsch der Patientin zu respektieren, gewisse Themen nicht im familiären Rahmen zu besprechen. Andererseits: Will eine Patientin ein Thema, das für die Therapie bedeutsam ist, verheimlichen, muss mitunter hartnäckig verhandelt werden, um dieses den Bezugspersonen kommunizieren zu dürfen. Zum Beispiel kann in den meisten Fällen nicht akzeptiert werden, dass die Gewichtsfortschritte nicht auch den Eltern mitgeteilt werden. Lässt sich die Fachperson zu sehr auf die verborgenen Wünsche der Patientin, dünn zu bleiben, ein, besteht die Gefahr, dass sich die Patientin in ihren «anorektischen Wünschen» bestätigt fühlt.

Übernahme von Verantwortung und Autonomiebestrebungen

Autonomie bedeutet für die sich entwickelnde Jugendliche ein Entdecken von Neuland, aber auch ein Verlassen von Erlebtem. Ängste vor Veränderungen, verbunden mit der oft ausgeprägten Unflexibilität mit starrem Festhalten am Bisherigen, können gesunde Autonomieschritte blockieren. Tendenzen der Patientin, Ziele zu formulieren, die zu hoch gesteckt sind, oder umgekehrt, den «Kopf in den Sand

zu stecken» und nichts zu machen und dabei in einem Schwarz-Weiss-Denken zu verharren, sind gross.

Auch der geübte Therapeut neigt dazu, sich von diesen Haltungen «anstecken» zu lassen. Stattdessen sollte mit den Patientinnen und deren Bezugspersonen mehr im «Sowohl-als-Auch» statt im «Entweder-Oder» kommuniziert werden. Im Gespräch wird dabei der Boden für reale Erfolge auf Handlungsebene gelegt, was wiederum zu mehr Selbstvertrauen und gesteigerter Ressourcenmobilisierung führt. Die Festlegung von am Gesunden sich orientierenden, realisierbaren Zwischenzielen ist wesentlich. Damit werden neue Entwicklungsschritte erlebbar.

Umgang mit schwierigen Situationen

Bei sogenannten oppositionellen, rebellischen und unkonventionellen Verhaltensweisen der Patientinnen, die primär oft jeglicher Logik widersprechen, handelt es sich nicht selten um wichtige Versuche, eigene Ideen als Lösungsvorschläge ins Spiel zu bringen. Es handelt sich um Zeichen gesunder Individuation. Die in den Ideen verborgenen Autonomiesignale sind therapeutisch sehr begrüßenswert und können im Gespräch thematisiert werden. Daraus lassen sich klare Ziele entwickeln.

Es kann sein, dass die Patientin aufgrund des enormen Krankheitsdruckes solche Autonomiesignale nur sehr vorsichtig zeigt, sei es am Rand eines Gespräches oder durch eine flüchtige Bemerkung.

Aufdeckung psychosozialer Fähigkeiten

Patientinnen mit Anorexia nervosa entpuppen sich im Verlauf des Heilungsprozesses als hochkompetente, sensible Menschen, die durch die Erkrankung an der Umsetzung ihrer Fähigkeiten gehindert werden. Die Erkenntnis, dass diese Fähigkeiten als Ressourcen im Heilungsprozess genutzt werden können, hilft in der Kommunikation zwischen Therapeut und Patientin erheblich.

Die Patientin und ihre Familie zu Hause

Patientinnen mit Anorexia nervosa und vor allem deren Familien leiden oft unter Schuldgefühlen, was durch die negativen und vorwurfsvollen Bemerkungen im sozialen Umfeld noch verstärkt wird. Psychoedukation und Unterstützung der Familien und Patientinnen im Umgang mit der Krankheit wirken dem entgegen.

Aufrechterhaltende Faktoren

Die durch die Krankheit verursachten psychosozialen Wechselwirkungen spielen als stabilisierende Elemente eine wichtige Rolle. Beispiele sind sozialer Rückzug als Konfliktvermeidung nach Mobbing, vermehrte Aufmerksamkeit durch «erfolgreiche» Ge-

wichtsabnahme und vermeintliche Stabilisierung von Beziehungen.

Die Anorexie wird von der Patientin als unbewusster Lösungsversuch anstehender Probleme gesehen.

Tabelle 4:

Empfehlungen im Umgang mit den anorektischen Patientinnen

- über Krankheit, Prognose, Behandlung (Psychoedukation) informieren
- somatische Abklärung erklären
- verbindliche Abmachungen treffen
- gesunde Seite stützen, fördern und kranke anorektische Seite würdigen und als Ressource nutzen
- Vor- und Nachteile diskutieren, die der gesunde Zustand, aber auch der anorektische Zustand mit sich bringt.
- Verständnis und Raum geben für klinische Symptome wie Ängste vor Gewichtszunahme, Verunsicherungen, fehlender Wunsch für Entwicklung bei gleichzeitigem Festhalten von verbindlichen Therapiezielen.
- Kontakt aufrechterhalten zwischen Hausarzt und Therapeuten mit Absprachen
- Unterhaltende Faktoren wie psychosoziale Auswirkungen und Sozialphobien im Verlauf berücksichtigen.

Lösungen

Um Veränderungen möglich zu machen, müssen solche irritierenden Verhaltensmuster vom sozialen Umfeld aber erst einmal als dysfunktional erkannt werden. Beispiele: Die Familie möchte die Belastung am Mittagstisch nicht mehr akzeptieren und beginnt sich dagegen zu wehren. Der Lehrmeister fordert für das Weiterführen der Lehrstelle, dass die Patientin eine Therapie beginnt und an Gewicht zunimmt.

Behandelnde Hausärzte, Pädiater oder Gynäkologen, die im Rahmen einer Konsultation Gewichtskon-

Empfohlene Literatur zum Thema:

- **Weber, G., Stierlin, H.: In Liebe entzweit.**
Beschreibt die Psychodynamik der Anorexie und die systemischen Aspekte in für Therapeuten sehr nützlicher Weise.
- **Reich G., Cierpka M.: Familientherapie der Essstörungen.**
Übersichtlich strukturiertes Buch mit zahlreichen Hinweisen und Beschreibungen für die klinische Arbeit. Gutes Kapitel zu den familientherapeutischen Aspekten.
- **Steinhausen, H.-Ch.: Anorexia nervosa. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie.**
Gut strukturierte Übersicht zum Nachschlagen.
- **Lock, J., Le Grange, D. et al.: Treatment Manual for Anorexia nervosa. A Family-Based Approach.**
Übersichtliches Buch von den Autoren, die sich seit Jahren mit dem Einbezug der Familie in die Therapie befassen und in der Maudsey-Klinik das gleichnamige Programm entwickelt haben.
- **Treasure, J.: Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige**
Sehr praktisches Handbuch für Eltern und Patientinnen, geschrieben von einer guten klinischen Praktikerin.

trollen durchführen, können diese Veränderungsprozesse bei Magersucht aktiv unterstützen. Dazu benötigen sie wie alle involvierten Fachpersonen Zeit und ein echtes Interesse an dieser Erkrankung.

Fazit

Die magersüchtige Jugendliche in der Praxis, die nicht isst und nichts gegen ihre Magersucht tun will, erwartet von der Fachperson in Wirklichkeit eine fachlich kompetente Abklärung mit realisierbaren Empfehlungen, wie sie den anorektischen Zustand wieder verlassen kann. Zum Gelingen der therapeutischen Interventionen gehören:

- eine vertrauensvolle Arzt-Patientin-Beziehung
- Transparenz und Klarheit bei der Festlegung verbindlicher Ziele
- Einbezug der Bezugspersonen. ■



Dr. med. Daniel Münger
Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater
Leitender Oberarzt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
Kinderklinik Kantonsspital Aarau
E-Mail: daniel.muenger@pdag.ch

Dr. med. Stefanie Eichenberger-Studer
Kinder- und Jugendärztin
Konsiliarärztin für Kinder- und Jugendgynäkologie
Kinderklinik Kantonsspital Aarau
E-Mail: stefanie.eichenberger-studer@ksa.ch

Dieser Artikel entstand in Anlehnung an einen Workshop am 11. GYNEA-Symposium, Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie am 17.9.2011 im Inselfspital Bern.