

## Behandlungsprogramm zur Behandlung von anorektischen Patienten:

### Vor Aufnahme

- Diagnostik und Indikationsstellung in der Ambulanz; meistens müssen AnorexiepatientInnen initial stationär oder teilstationär behandelt werden.
- **Indikation** zur stationären Behandlung:

- BMI < 14,5 (restr. AN; bei aktiver AN auch bei höherem BMI)
- Fehlschlagen ambulanter Therapie
- bei starker Chronifizierung
- bei körperlicher Gefährdung (Hypogykämien, Hypokaliämie etc.)
- bei massiven Familienkonflikten
- bei Komorbidität (Borderlinestörung, Depression, Angststörung etc.)

- **Indikation** zur teilstationären Behandlung:

### Entsprechend stationärer Behandlung mit Ausnahme folgender Patienten:

- BMI < 14,5
- bei massiven Familienkonflikten
- starker körperlicher Gefährdung und notwendiger Überwachung
- z.T. bei schweren bulimischen Anorexien (Einzelfallentscheidung)

- Vorgespräch: Motivationsklärung, Information, Besprechung des Anorexievertrags, Festlegung des Basis- (10er Percentile) und Zielgewichtes (50er Percentile)
- Bedenkzeit von mind. 7 Tagen: Zu- oder Absage der Patientin

### Aufnahme:

- Aufnahmegespräch, körperliche Untersuchung, Wiegen, Blutabnahme, Testdiagnostik
- Patientin gibt Behandlungsvertrag unterschrieben ab (danach ist Ausgang und Teilnahme an den Therapien festgelegt)
- Anlegen einer Gewichtskurve

### Behandlungskonzept:

#### Ziele:

- Erreichen des Basisgewichtes + Stabilisierungsphase von ca. 8 Wochen mit Entlassungsvorbereitung
- Normalisierung des Essverhaltens und der Mahlzeitenstruktur
- Herausarbeiten und ansatzweises Bearbeiten zentraler Konfliktbereiche (z.B. familiärer Konflikte, Selbstwertkonflikte; Konflikte um Autonomie vs Abhängigkeit, Perfektionismus)
- Arbeit am Schlankheitsdruck und gestörten Körperschema
- Klärung und Stabilisierung der sozialen Situation (Kontakte, Ausbildung/Beruf, Wohnsituation)

### Behandlungsbausteine:

Das Grundkonzept ist psychodynamisch und integriert kognitiv-behaviorale, edukative und systemisch-familientherapeutische Elemente.

**Visite** (1x/Woche; Visitenarzt + Bezugspflege): Besprechen des Behandlungsverlaufs, Anschauen der Gewichtskurve, Thematisierung / Konfrontation mit Widerständen und Eindrücken des Gesamtteams, Planung der Behandlung und Besprechen der Rahmenvereinbarungen, Monitoring des körperlichen Zustandes, Planung des Entlaßtermins und der Ziele verschiedener Behandlungsphasen

**Einzeltherapie** (2x/ Woche): Arbeit an den zugrundeliegenden Konfliktbereichen und strukturellen Defiziten sobald dies im Rahmen der Gewichtsentwicklung möglich ist; zu Beginn starke Einbeziehung der konkreten Symptomatik: Angst vor der Gewichtszunahme, Funktion der Symptomatik, Verleugnung der Gefährdung, Körpererleben, etc.).

**Bezugspflege/Essbegleitung** (1-2x/Woche): Arbeit am konkreten Essverhalten, evtl mit Esstagebuch, gemeinsamem Essen, Hausaufgaben, Arbeit an kognitiven Fehlannahmen, Edukation (Gefahr der Erkrankung, physiologische Teufelskreise etc.); gegen Ende der Behandlung „therapeutisches Kochen“ (Planen eines Essens, Kochen mit der Patientin mit Vor- und Nachbesprechung), Vorbereitung des Übergangs (Essen außerhalb, Planen von Wochenenden zu Hause, etc.).

**Essstörungsgruppe** (1x/Woche): Störungsspezifisches Gruppenangebot, in welchem sich die Patienten offen über ihre Problematik austauschen (Erleben von Gemeinsamkeit und Unterstützung) und an zentralen Themen gemeinsam arbeiten (Schlankheitsdruck, Körpererleben, Kontrollverlust, Selbstwerterleben, Funktion der Symptomatik). Interaktionelle Auswirkungen des gestörten Essverhaltens können durch gegenseitige Rückmeldungen thematisiert werden.

**Einzel-KBT** (1-2x/Woche über 20 Sitzungen): Arbeit am Körpererleben und Selbsterleben über einen nonverbalen Zugang, der die PatientInnen bei ihrem starken Bedürfnis nach Regression abholt und in einem sehr geschützten Rahmen Nachreifung ermöglicht. Später Wechsel in die KBT-Gruppe (im Sinne eines wichtigen Entwicklungsschrittes heraus aus einer dyadischen Situation).

**Anorexiebewegungsgruppe** (1x/Woche): Den PatientInnen soll über vorsichtige Bewegung, Gymnastik und Spaß an der Bewegung sowie klare Rückmeldung bei Überforderung (viele PatientInnen haben exzessiv Sport getrieben) geholfen werden, eigene Belastungsgrenzen zu respektieren. Sie sollen unterstützt werden, „physiologisch zuzunehmen“ und auch Muskulatur aufzubauen (d.h. nicht mit einem völligen Verbot von Bewegung).

**Ruhezeiten:** Der Behandlungsvertrag beinhaltet nach den Hauptmahlzeiten Ruhezeiten, da PatientInnen häufig dazu neigen, sich nach dem Essen die Kalorien „wieder abzutrainieren“ oder sich dem Erleben des „Sattseins“ nicht auszusetzen. Die Ruhezeiten fördern die Auseinandersetzung mit der postprandialen Phase.

**Ausgangsbeschränkungen:** Die Ausgangsregelungen unterstreichen symbolisch die meist verleugnete körperliche Gefährdung der PatientInnen. Ferner bieten sie einen Anreiz (positiver Verstärker) für eine Gewichtszunahme.

**Konsile:** Bei einem extremen Untergewicht werden AnorexiepatientInnen internistisch vorgestellt – ist ein kontinuierliches Monitoring (z.B. von kardialer Seite) erforderlich, wird zunächst bis zu einer ausreichenden Stabilisierung auf einer internistischen Station vorbehandelt. Bei chronischer oder auch primärer Amenorrhoe erfolgt eine gynäkologische Vorstellung. Andere Konsile bei Bedarf: bei extremem Haarausfall oder Hautveränderungen Dermatologie, bei neurologischen Auffälligkeiten Neurologie und MRI.

**„Auffütterung“:** Es erfolgt ausschließlich eine orale Auffütterung. Bei extremem Untergewicht oder massiven Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme wird initial ein Teil der Kost (1000-1500kcal) als hochkalorische Flüssigkost unter Aufsicht des Pflegepersonals nach einem strengen Regime (bestimmte Trinkzeit, danach nach 20min Aufenthalt im Stationszimmer um Erbrechen zu vermeiden) gegeben. Die Zunahme soll 1-1,5kg pro Woche nicht überschreiten. Da der Kalorienbedarf bei Zunahme ansteigt, wird die Kalorienzahl je nach Gewichtsentwicklung adaptiert/erhöht. (höherer Kalorienbedarf bei restriktiver Anorexie!)

**körperliche Überwachung:** Bei Aufnahme erfolgt eine Laborkontrolle (Blutbild, Elektrolyte, Magnesium, Phosphat, Leberwerte, Kreatinin, Glukose, Schilddrüsenparameter). Je nach Gefährdung und Gewichtsstatus werden Kontrollen (vor allem der Elektrolyte und des Phosphat) durchgeführt. Überwachung in Hinblick auf: Kreislauf (Puls, Blutdruck), rez. Hypoglykämien?, Ödeme?.

**Weitere symptombezogene Maßnahmen:** Je nach Bedarf im und im Einzelfall abgesprochen: Zimmerkontrollen bei BulimikerInnen, Anschauen des Essenstabletts, gemeinsames Essen in einer Gruppe mit Vor- und Nachbesprechung, Kurzkontakte nach dem Essen, etc.

**Weitere Therapieelemente:** Diese entsprechen dem Programm für alle Patienten der Station bzw. Tagesklinik und werden hier nicht nochmals gesondert beschrieben: Familiengespräche, Arbeitsversuche am Ende der Behandlungszeit, Teamvisite, Gestaltungstherapie, Chefvisite, KBT-Gruppe, Entspannungstherapie, Sportangebote; auf Station zusätzlich nach Indikation Rollenspiel, Musiktherapie sowie Familienrekonstruktionsgruppe und in der Tagesklinik „soziales Lernen“ und sozialtherapeutische Gruppe“.

### **Abschluß der Therapie:**

Da Magersucht eine chronisch verlaufende Erkrankung ist mit häufigen Rückfällen nach Entlassung ist die weiterführende Therapie und die Vorbereitung auf die Entlassung von entscheidender Bedeutung:

- Planung der ambulanten Weiterbehandlung (möglichst bei einem erfahrenen Therapeuten)
- Angebot der Wiederaufnahme falls erforderlich
- Koordination der zuständigen Behandler (Hausarzt, Psychotherapeut, evtl. Familientherapeut)
- gute Vorbereitung auf die Entlassung durch Wochenenden zu Hause, Essen außerhalb, evtl. Arbeitsversuche, Durchsprechen von erforderlichen Essensmengen, Planen von Wiegeterminen (z.B. beim Hausarzt)

### **Dokumentation:**

#### **Diagnostische Interviews: SIAB (Strukturiertes Interview für Anorexie und Bulimie), SKID-II**

Testdiagnostik: (u.a. SCL-90R, IIP-C, EDI) zu Beginn, alle 4 Wochen, zum Abschluss

Gewichtswerte 2x/Woche (bei extremem Untergewicht zu Beginn täglich)

Essverhalten, Abusus, Regelblutung etc.: dokumentiert über Monatspläne

### **Verhalten bei mangelnder Motivation / Gewichtszunahme:**

Bei mangelnder Gewichtszunahme (die zum Prozess dazugehört!!) wird dies deutlich thematisiert, die zugrundeliegenden Themen herausgearbeitet: Ziel ist Gewichtsentwicklung/Essen und die Lösung von Schwierigkeiten zu trennen. Bei Nichteinhaltung wird mit Entlassung gedroht und dieser Schritt auch umgesetzt, wenn kein produktiver Prozess entsteht, der zu einer weiteren Zunahme führt – wie viel Spielraum man einer PatientIn gibt, bevor man sie entlässt, ist anhängig von der Therapiephase (zu Beginn braucht es meist 2-3 Wochen für den Einstieg), der Schwere der Essstörung und vor allem dem Gesamteindruck des Teams in Hinblick auf den Therapieprozess. Eine Wiederaufnahme sollte angeboten werden, davor wäre aber in jedem Fall die Motivation intensiv zu überprüfen.

### **3. Spezifische berufliche Belastungen**

Im Rahmen der Kooperation mit der Psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Freiburg wird an der Grodeck-Klinik auch eine Gruppenintervention angeboten, die sich mit dem Ziel der Bearbeitung spezieller berufsbezogener Belastungen an Lehrer richtet.

Dieses Gruppenprogramm ist auf sechs Doppelstunden angelegt, in denen Probleme der berufsbezogenen Belastung bei Lehrern thematisiert werden.

### **4. Kontraindikationen:**

Grundsätzlich können in der Klinik nur Behandlungen aufgrund einer freiwilligen und von beiden Seiten erwünschten Behandlungsvereinbarung durchgeführt werden.

Folgende Krankheitsbilder können in der Grodeck Klinik nicht behandelt werden:

- Akute Psychosen
- Hirnorganische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Schwere psychische Erkrankungen, die mit akuter Suizidgefährdung einhergehen