

Ethische Aspekte bei der Behandlung der Anorexia nervosa

Markus Fumi

Schön Klinik Roseneck
Prien am Chiemsee

Kongress Essstörungen
Alpbach, 22. Okt. 2021





**36 Jahre spezialisierte
Essstörungstherapie in der
Schön Klinik Roseneck,
Prien am Chiemsee, Deutschland**



**Seit 10 Jahren mit
Jugendabteilung**

Warum sind „ethische Aspekte“ bei der Behandlung von Essstörungen überhaupt von Bedeutung?

- Therapeutische Haltung zur Patientin
- Umgang mit der Patientin
- „Image“ der Erkrankung, Vorurteile, Stigmatisierung
- Manchmal geht es um Leben und (selbstgewählten?) Tod



Stigmatisierung von Patientinnen mit Essstörungen

„Ärztinnen und Ärzte scheinen mindestens zu einem gleichen Ausmaß negative Stereotype [gegenüber Menschen mit Essstörungen] zu vertreten wie in der Allgemeinbevölkerung.“

Jean-Philippe Ernst | Vasilija Simonovic |
Dominik Groß | Beate Herpertz-Dahlmann |
Ulrich Hagenah (Hrsg.)

STIGMATISIERUNG
BEI
ANOREXIA NERVOSA

Aachener Beiträge
zur Klinischen Ethik | Band 1

kassel
university
press



Weltweite Charta für Essstörungen

- Die weltweite Charta wurde im Juni 2006 auf dem Weltkongress der Academy for Eating Disorders (AED) in Barcelona verabschiedet.
- Diese Charta beinhaltet die Rechte und berechtigten Erwartungen von Menschen mit Essstörungen und zeigt, dass es auf der ganzen Welt gemeinsame Prinzipien gibt, die Essgestörte, ihre Angehörigen und ihre Behandler verbinden.



Weltweite Charta für Essstörungen

In dieser Charta ist die Rede von...

- ...„partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Behandlern, Patienten und Angehörigen“
- ...einem „Recht der Patienten, in Behandlungsentscheidungen einbezogen zu werden“
- ...einem „Recht auf eine kontinuierliche respektvolle Kommunikation“
- ...einem „Recht auf evidenzbasierte Behandlung hoher Qualität durch kompetente Therapeuten in angemessener Intensität und Dauer“



Weltweite Charta für Essstörungen

Diese Charta ruft dazu auf...

- ...„Essstörungen zu enttabuisieren und zu entstigmatisieren, indem sie das Verständnis dafür fördert, dass eine Essstörung keine selbst gewählte Krankheit ist.“

Was ist unsere Haltung in der Therapie mit essgestörten Patientinnen?



**Therapieerfolg
ist oft dringend
notwendig...**



...und gleichzeitig so schwierig zu erreichen



Essstörungstherapie: Eine unmögliche Aufgabe?



Vielleicht helfen.....

- Regeln,
- Struktur und
- Strenge?



Warum gibt es auf Essstörungenstationen traditionell so viele Regeln? - Ein Erklärungsmodell

Früher wenig differenzierte VT (v.a. Verstärkerentzugsprogramme) & fehlende spezifische Behandlungskonzepte für Essstörungen



Hilflosigkeit / Angst / Frustration / Ärger bei den BehandlerInnen



Rigidität im Umgang mit den Patientinnen (sog. „Strenge“), erwünschtes Verhalten erzwingen wollen, Angst vor dem eigenen Verlust der Kontrolle über die Situation



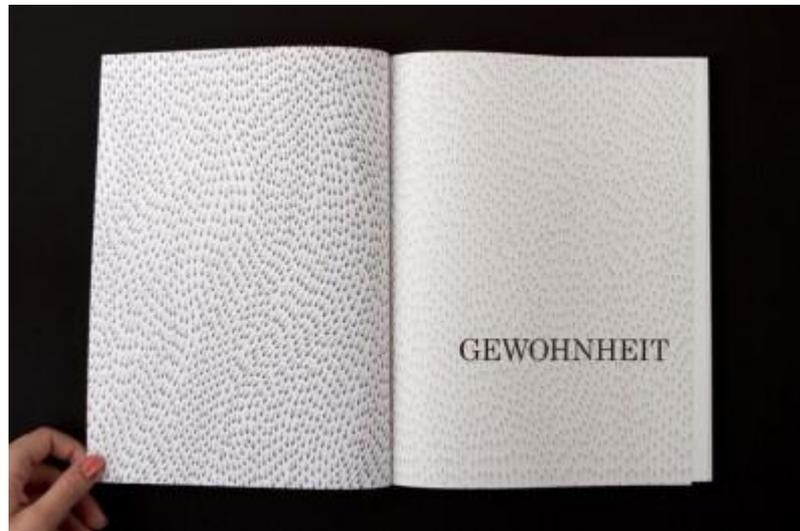
Vielzahl von Regeln, auf deren Einhaltung penibel geachtet wird



Regeln auf Essstörungenstationen

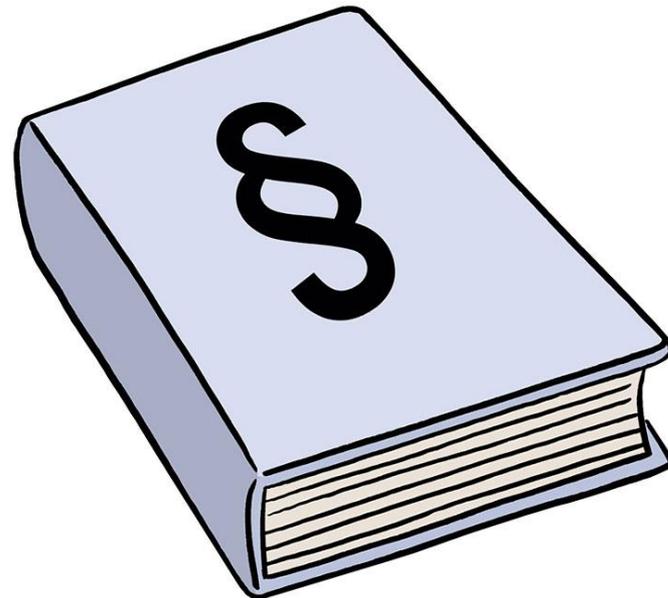
Unbegründete Gewohnheiten?

Tradition?



Regeln auf Essstörungenstationen

Alle geltenden Regeln auf allen Essstörungenstationen sollten regelmäßig auf **Notwendigkeit** und **Sinnhaftigkeit** überprüft werden.



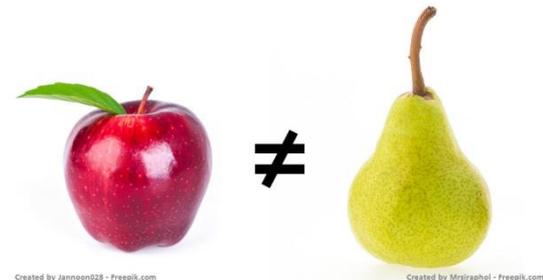
Regeln auf Essstörungenstationen

Wenn sich niemand auf Station mehr daran erinnern kann, warum eine bestimmte Regel aufgestellt wurde, oder niemand eine gültige Regel wirklich überzeugend begründen kann, gehört diese Regel abgeschafft.



Regeln auf Essstörungenstationen: Ist „die Ausnahme“ der Untergang der Stationsdisziplin?

- Probleme mit „Ausnahmen“ von geltenden Regeln sind ein Artefakt:
 - Je gleichförmiger und rigider die Regelstruktur, umso mehr verursachen Ausnahmen Unruhe auf Station („*warum darf die das und ich nicht?*“)
 - Bei bedarfsgerechter individueller Anpassung der Regeln profitieren alle Patienten von Ausnahmen, die förderlich für ihren Therapieerfolg sind
 - Entwicklungspsychologische Parallele:
Eine 15jährige Tochter darf in der selben Familie mehr als eine 9jährige



Created by Jannoon28 - Freepik.com

Created by Mrtirahel - Freepik.com

Regeln auf Essstörungen: Ist „die Ausnahme“ der Untergang der Stationsdisziplin?

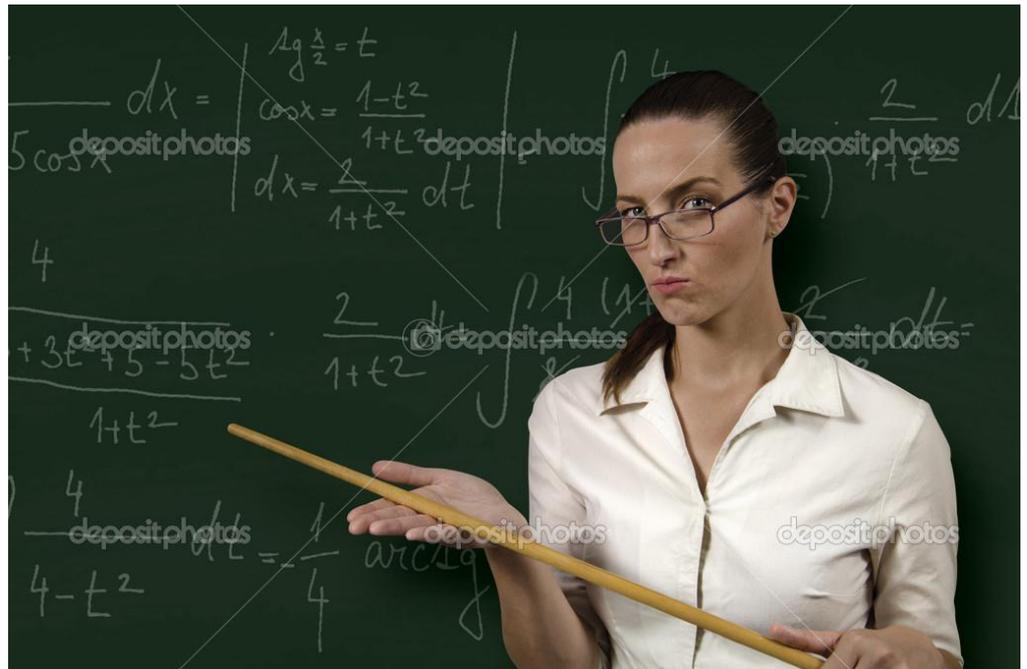
- Grundsatz:
 - Regeln sollen nie Selbstzweck sein, ihre Einhaltung ist nicht der entscheidende Wirkmechanismus der Psychotherapie.
 - Das Wohl der Patientin und ihre Möglichkeiten, in der Therapie voranzukommen, stehen immer über der strikten Einhaltung von Regeln!



Umfrage

Das Konzept der „Strenge“

- Der Begriff der „**Strenge**“ existiert in der Psychotherapie ausschließlich im Essstörungsbereich.
- Hier wird er rasch und oft verwendet, aber **wofür eigentlich??**



Das Konzept der „Strenge“ in der Essstörungstherapie

<http://de.wiktionary.org/wiki/streng>:

Bedeutungen:

[1] *von Personen oder deren Regeln*: auf genaue Einhaltung der Regeln wertlegend

[2] *zeitliche Abschnitte*: mit negativen Aspekten und Entbehrungen verbunden

[3] *von einem Stil*: sich durch betonte Einfachheit auszeichnend

Sinnverwandte Wörter:

[1] autoritär, genau, grundsätzlich, gnadenlos, erbarmungslos, entschieden

[2] hart, schwer

[3] puritanisch, einfach, schlicht

Das Konzept der „Strenge“ in der Essstörungstherapie

„Wir sind da strenger! Bei uns dürfen die Patienten...“

Restriktion als Wirkfaktor?

Das Konzept der „Strenge“ in der Essstörungstherapie

Um welche Dimension geht es eigentlich?

streng ----- ? ----- nicht streng

Das Konzept der „Strenge“ in der Essstörungstherapie

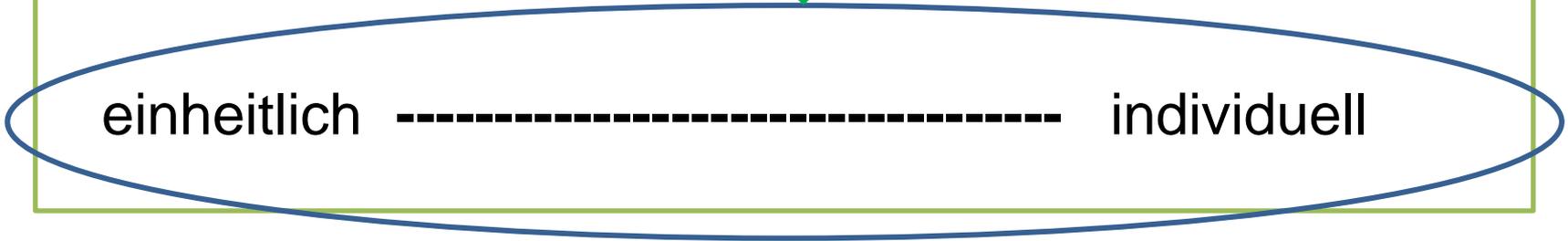
Um welche Dimension geht es?

~~streng~~

~~nicht streng~~

einheitlich

individuell



Das Konzept der „Strenge“ in der Essstörungstherapie

Im konstruktiven Sinne könnte gemeint sein:

- Klarheit, Konsequenz
- Grenzen setzen bei gleichzeitiger Wertschätzung
-> **dialektisch-behaviorales Vorgehen!**

Aber dann bitte auch diese Begriffe benutzen! 😊

**Therapieerfolg
ist bei Anorexie
ungewöhnlich gut
quantifizierbar...**



**...und kann
deshalb auf
Therapeutenseite
Erfolgsdruck
bedeuten**



Gegenübertragung



Gegenübertragung in der Psychotherapie mit Patientinnen mit Anorexia nervosa

- *„Die ist nicht motiviert!“*
- *„Deine Patientin isst immer noch nicht die Richtmenge!“*
- *„Deine Patientin ist schon wieder draußen gesehen worden!“*
- *„Die hält sich nicht an ihren Vertrag!“*
- *„Die tanzt uns doch nur auf der Nase rum!“*
- *„Die muss verlegt werden!“*

Ist Verstärkerentzug notwendig und sinnvoll?



Verstärkerentzug



IST

Verstärkerentzug



SOLL

Direkte Veränderung



IST



SOLL

Symptomorientierte Therapieziele:

Normalisierung von Essverhalten und Körpergewicht



Bitte bedenken:



- Mit **Druck** lassen sich aufgrund der Persönlichkeitsstruktur von Essstörungspatienten zwar Verhaltensänderungen erzwingen, es entsteht jedoch **keine Eigenmotivation**
- **Mangelnde Offenheit** der Patientin (z.B. Manipulation der Körpergewichts oder Verschweigen von Bewegungsdrang) ist ein daraus resultierender Effekt (Artefakt)!



Auswirkung der verschiedenen Motivationsaspekte auf den Therapieverlauf

	Änderungsmotivation niedrig	Änderungsmotivation hoch
Beziehungsmotivation hoch	Abhängigkeit und Probleme mit Manipulation	Beste Voraussetzungen
Beziehungsmotivation niedrig	Ungünstige Prognose	Gefahr des Therapieabbruchs

Auswirkung der verschiedenen Motivationsaspekte auf den Therapieverlauf

	Änderungsmotivation niedrig	Änderungsmotivation hoch
Beziehungsmotivation hoch	Abhängigkeit und Probleme mit Manipulation	Beste Voraussetzungen
Beziehungsmotivation niedrig	Ungünstige Prognose	Gefahr des Therapieabbruchs



Mangel an qualifizierten Behandlungsplätzen!

Ambulante Psychotherapie mit Essstörungspatientinnen

- Mangel an Therapieplätzen; Versorgungsauftrag?
- Gewichtsuntergrenze?
- Ernährungsmanagement?
- Wiegen in der Praxis?
- Fortsetzung der Therapie bei Gewichtsabnahme?
Oder in der Wartezeit auf einen Klinikplatz?



Ernährungsführung in der ambulanten Psychotherapie

- *„Davon habe ich keine Ahnung, da braucht man eine Ernährungsberaterin!“*



➔ Nein, braucht man nicht unbedingt. Einfache Empfehlungen genügen. Im Zweifel Recherche in Kalorienratgeber

Ambulante Psychotherapie mit Essstörungspatientinnen

- Mangel an Therapieplätzen; Versorgungsauftrag?
- Gewichtsuntergrenze?
- Ernährungsmanagement?
- Wiegen in der Praxis?
- Fortsetzung der Therapie bei Gewichtsabnahme?
Oder in der Wartezeit auf einen Klinikplatz?



Gewichtsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie



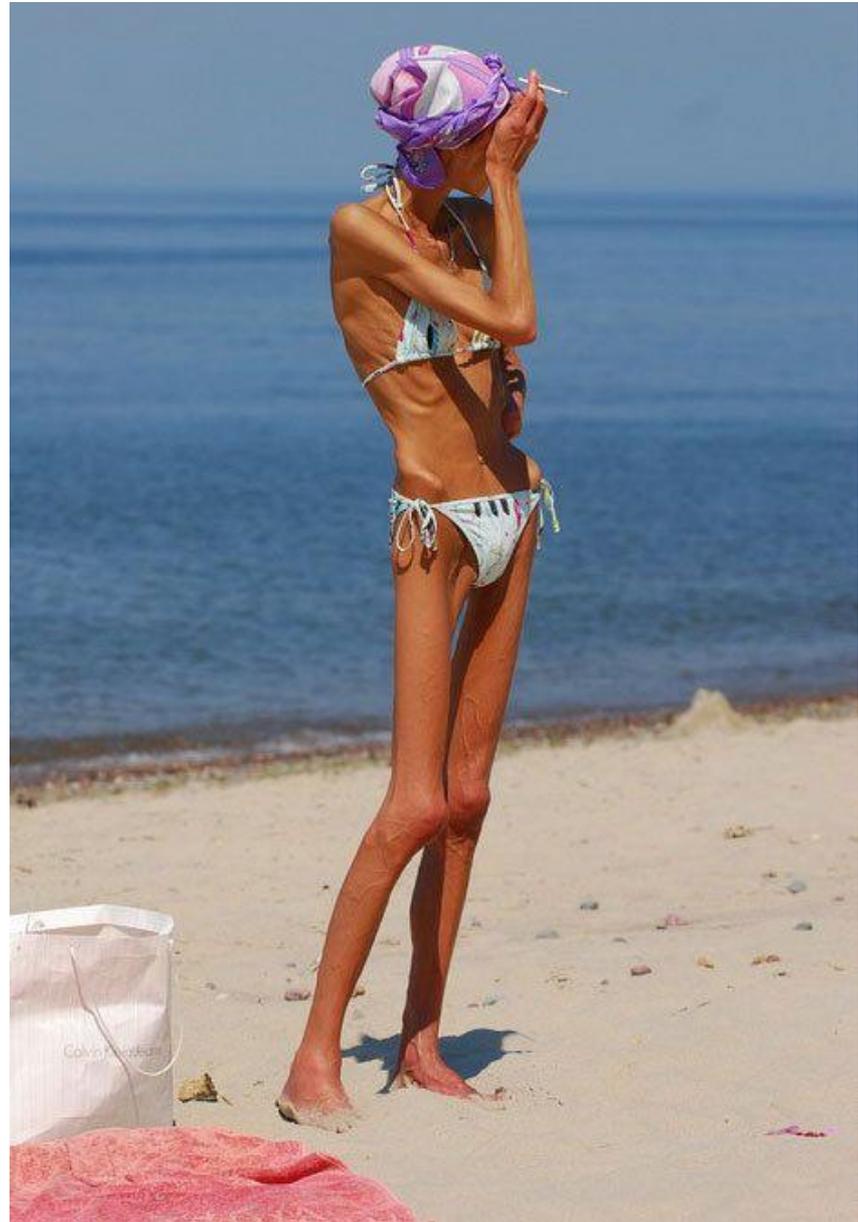
- „Was?! Ich soll meine ambulanten Patientinnen in meiner Praxis wiegen?

➔ Ja bitte, ansonsten ist keine Verlaufskontrolle des Leitsymptoms vieler Essstörungen möglich!



- Das Wiegen ambulanter Patientinnen gefährdet in keiner Weise die therapeutische Beziehung und wird innerhalb kürzester Zeit zu einem normalen Bestandteil der ambulanten Psychotherapie.

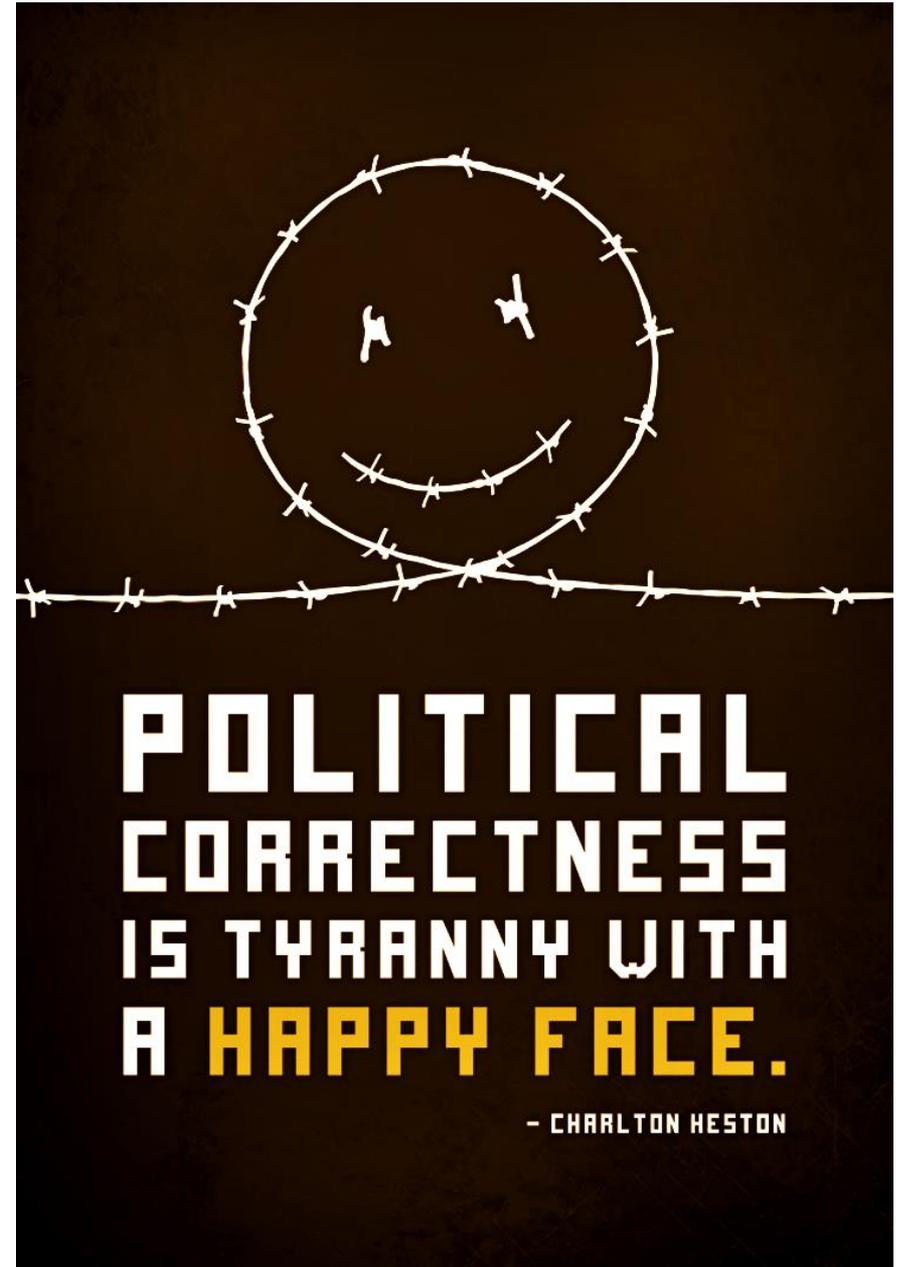
*„Die ist
doch gar
nicht
therapie-
fähig!“*



Stationäre Therapie: Kann sich eine Station eine besonders schwierige Patientin leisten?



Cave: Political Correctness



Hungerhaken



VIELFRASS





neu



GUCKSDU Spiegel 29.-

Gehärtetes Glas mit strapazierfähigem Feinschliff.
Garantie bis 160 kg. Schmutz abweisend.
Eine Portion Schwedische Mandeltorte gratis!
Nur solange der Vorrat reicht!

Dez 2011



neu
Wie sehr konfrontieren wir
Patientinnen mit
unterschiedlichen
Essstörungen?

GUCKSDU Spiegel 29.-

Gehärtetes Glas mit strapazierfähigem Feinschliff.
Garantie bis 160 kg. Schmutz abweisend.
Eine Portion Schwedische Mandeltorte gratis!
Nur solange der Vorrat reicht!

Der 20

**Warum tut der Patient Dinge,
die er nicht tun sollte?**

Weil er sich nicht anders zu helfen weiß.



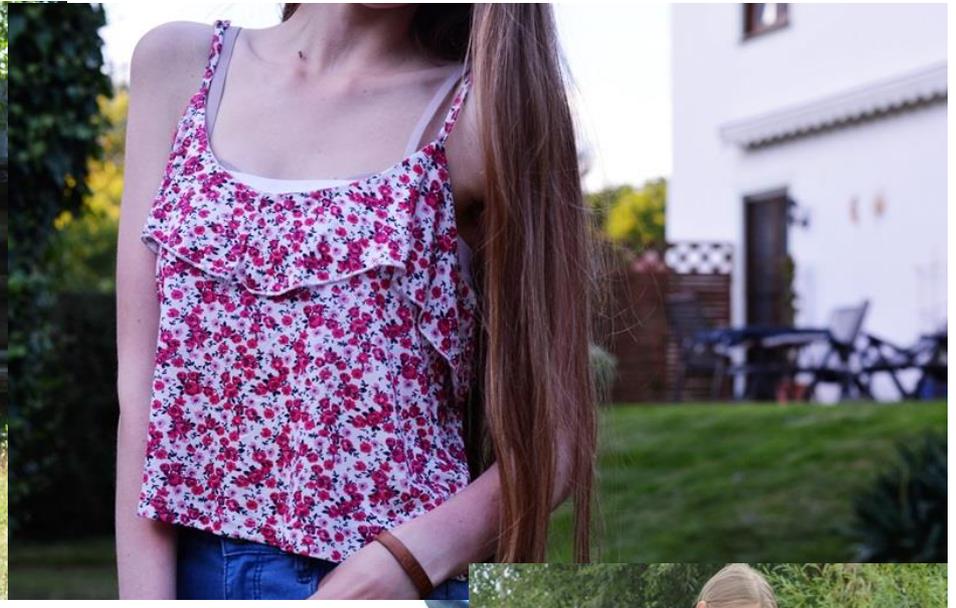
„Die is(s)t nicht motiviert!“



ICH WILL NUR

KONTROLLE UNSICHTBAR SEIN
LIEBE DÜNN SEIN
SCHÖN SEIN AUFMERKSAMKEIT
GLÜCKLICH SEIN
NICHT ERWACHSEN WERDEN

„Der dicke Karl“ vom Bauernhof



„Der dicke Karl“ vom Bauernhof



Franz Kafka: „Ein Hungerkünstler“ (1922)

Bevor er stirbt, verrät er ihnen mit seinen letzten Worten den wahren Grund seines Hungerns. Er könne nicht anders, weil er die Speise, die ihm schmeckt, nicht gefunden habe. Hätte er sie gefunden, er hätte sich „vollgeessen wie alle“.



Die Hoffnung

„Wenn ich nur ...

...dünner wäre... (Essstörungen)

...attraktiver wäre... (Körperdysmorphie Störung)

...alles unter Kontrolle hätte (Zwangsstörung)

...dem anderen / keinem Geschlecht angehören würde... (Genderthema)

...(erfolg)reich wäre... (Allgemeinbevölkerung)

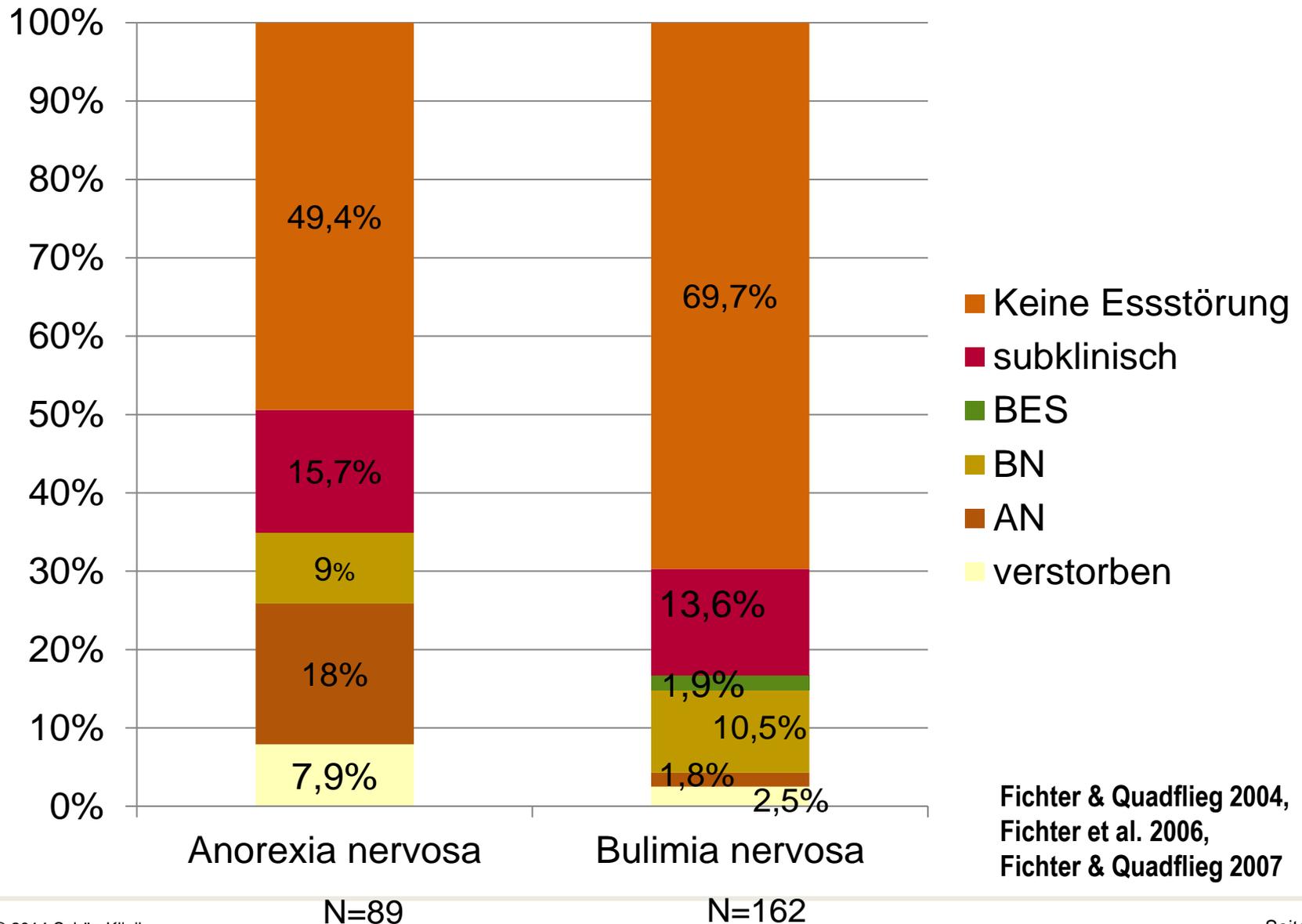
..., dann wäre ich glücklich!“

Remission, Rezidiv und Palliation



Verlauf von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

12- Jahres-Katamnese (nach stat. Aufenthalt, Roseneck)





14.05.2010



14.07.2010



23.12.2010

2013



2019



BMI 18

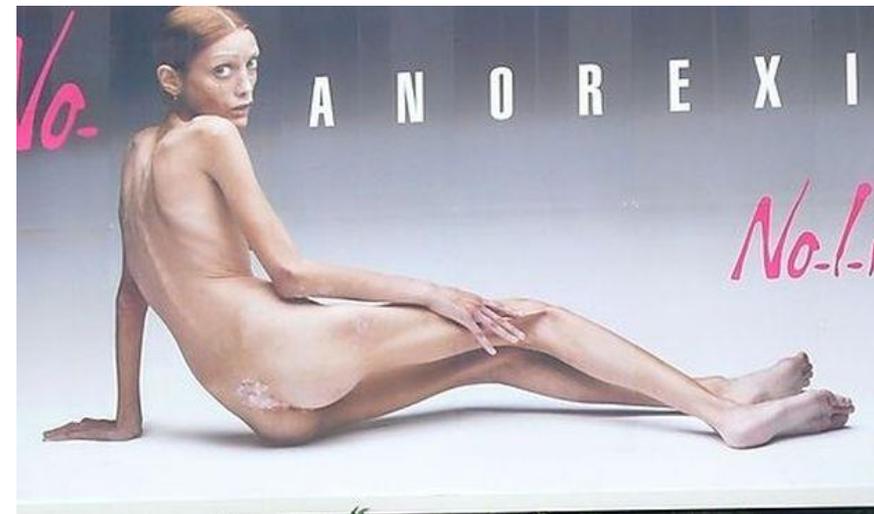


BMI 10



18er

Das französische Model Isabelle Caro (*1982) starb 2010 an den Folgen ihrer Magersucht, an der sie seit ihrem 13. Lj. gelitten habe.





Influencerin Josi Maria, 2020 an Anorexia nervosa verstorben

Dr. Greta Noordenbos, Universität Leiden (Niederlande)

Vortrag auf dem Kongress Essstörung in Alpbach am 19.
Oktober 2018:

***„What can we learn
from the treatment
history of eating
disorder patients
who have died?“***



„Sie hat schon alles probiert!“



Was heißt „Behandlung“, bzw. „Therapie“?

- Die Begriffe „Behandlung“ und „Therapie“ werden bzgl. Essstörungen für **sehr unterschiedliche Settings** verwendet. Gemeint sein kann eine allgemeinmedizinische, pädiatrische, internistische, intensivmedizinische, psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, sozialtherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung.
- **„Patientin hatte schon viele Behandlungen“ oder „zahlreiche Klinikaufenthalte“ sagt wenig über die stattgefundene Behandlung aus!**



Was heißt „Behandlung“, bzw. „Therapie“?

- **Die S3-Leitlinien der AWMF** fordern ein Behandlungssetting, das über **Expertise und Erfahrung** in der Therapie von Essstörungen verfügt.
- Patientinnen mit Essstörungen sollten **störungsspezifische** Psychotherapie mit flankierender ärztlich-internistischer Betreuung erhalten, sofern sie sich dazu bereit erklären.
- **Die krankheitstypische Ambivalenz darf nicht mit fehlender Motivation zum Gesundwerden verwechselt werden!** Rein medizinische Settings können die Ambivalenz in der Regel nicht bearbeiten und stoßen bei der Patientin schnell auf Widerstand.



Wie ethisch ist ein Mindest-BMI als Voraussetzung zur Aufnahme in eine Fachklinik?



- Ein **Mindest-BMI** im Bereich mittleren bis schwergradigen Untergewichts (z.B. BMI 15 oder 16) verwehrt dringend behandlungsbedürftigen Patientinnen den Zugang zu indizierter, intensiver Therapie und ist erfahrungsgemäß nicht erforderlich, sofern Fachkenntnis und Erfahrung das Störungsbild betreffend, sowie eine ärztlich-internistische Versorgung gewährleistet sind.

Patientinnen mit Essstörungen: Das demographische Feld verbreitert sich



Severe and enduring Anorexia nervosa (SE-AN)

(in Anlehnung an Prof. Stephen Touyz, Universität Sydney)

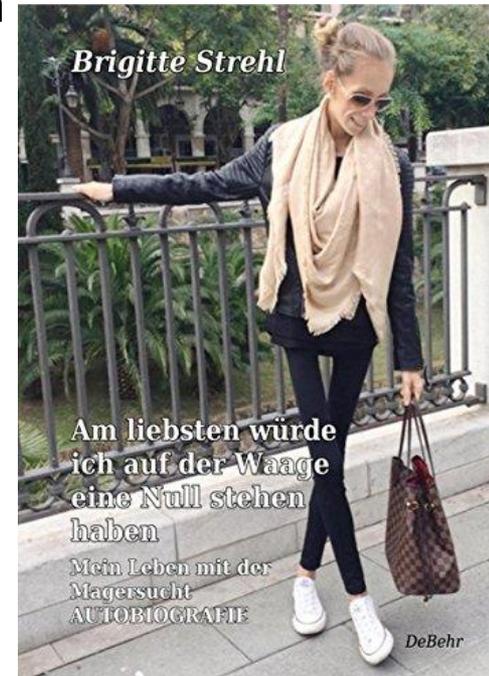
- Es existieren **unterschiedliche Verläufe** von Anorexia nervosa. Das Spektrum reicht von der Vollremission bis zum schweren, chronischen Verlauf mit minimaler Wahrscheinlichkeit einer Heilung.
- Auch die **Krankheitsdauer** variiert erheblich. Nach jahrzehntelanger Essstörung ist eine Heilung wenig wahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen („10-years-turnpoint“; Tod der Eltern).



Severe and enduring Anorexia nervosa (SE-AN)

(in Anlehnung an Prof. Stephen Touyz, Universität Sydney)

- Trotz der großen Variation hinsichtlich Alter der Patientinnen und Krankheitsdauer sowie –verlauf gibt es im Wesentlichen **nur ein Therapiekonzept** „lege artis“, das die Gewichtszunahme in den Vordergrund stellt.
- Therapieerfolg wird in der Regel in **Gewichtszunahme und Rückgang der Symptomatik gemessen**. Diesbezüglich erscheinen Betroffene einer SE-AN immer defizitär und „nicht motiviert“.



Severe and enduring Anorexia nervosa (SE-AN)

(in Anlehnung an Prof. Stephen Touyz, Universität Sydney)

- Für Betroffene einer SE-AN wären jedoch
 - eine Verbesserung ihres sozialen Netzes,
 - ihrer Wohn- und Arbeitssituation und
 - ihrer **Lebensqualität** allgemein adäquatere Therapieziele, ähnlich wie bei chronisch Schizophrenen.
- Eine erste Therapievergleichsstudie (CBT vs. Expertenunterstützte Klinikbehandlung) mit den o.g. primären Zielen (anstelle primärer Symptomreduktion) zeigte eine Verbesserung dieser Ziele in beiden Studienarmen, und eine Überlegenheit der CBT hinsichtlich Essstörungssymptomatik, sowie eine extrem geringe Abbruchrate von 13% (Touyz)!

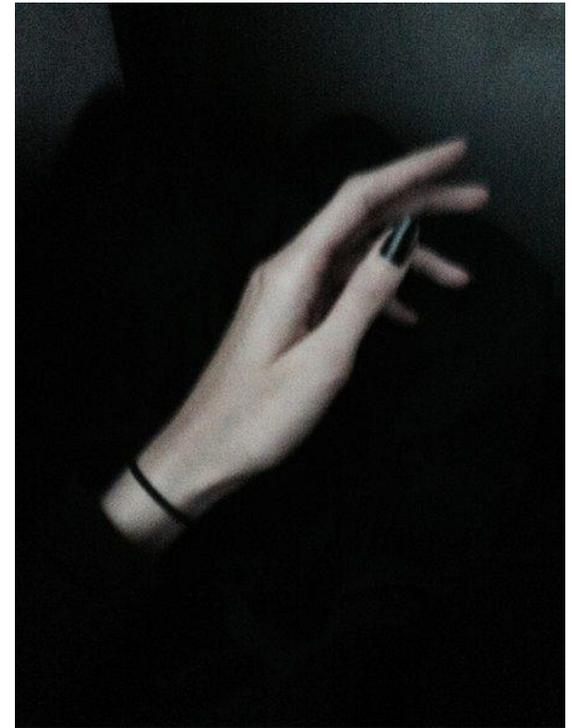


Palliation bei Anorexia nervosa?

- **Palliation** (von lat. *palliatio*^[1] „Bemäntelung“, aus *lat. pallium* „Mantel“, *palliare* „mit einem Mantel umhüllen“, „verbergen“)^[2] bezeichnet allgemein eine medizinische oder pflegerische Maßnahme, deren primäres Ziel nicht der Erhalt, die Heilung oder die Wiederherstellung der normalen Körperfunktion, sondern deren **bestmögliche Anpassung** an die gegebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse ist, ohne gegen den zugrundeliegenden Defekt oder die zugrundeliegende Erkrankung selbst zu wirken. Die Abgrenzungen können dabei aufgrund unterschiedlicher Betrachtungen und Zielsetzungen unscharf sein.

Symptomatischer Suizid bei Anorexia nervosa

- Soll ein von der Patientin gewählter Suizid in Form von Nichtessen als freie Entscheidung toleriert werden?



Zwangsbehandlung und -ernährung



Grundlage des therapeutischen Vorgehens

S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF):

„Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen“

<http://www.awmf.org>



S3-Leitlinien der AWMF

Diagnostik und Therapie von Essstörungen

- „Die Einrichtung einer **juristischen Betreuung** (BGB §§ 1896 ff.) stellt einen ersten Schritt der Fremdkontrolle dar, wenn das Gesundheitsrisiko hoch und die Krankheitseinsicht gering ist.“
- „Wenn die AN ein lebensbedrohliches Ausmaß erreicht hat, sollte **in seltenen Fällen** die Möglichkeit einer **Zwangsbehandlung** im Rahmen einer Unterbringung zum Zwecke der Heilbehandlung erwogen werden (BGB § 1906 Abs 1). Sie ist zulässig, wenn die Betroffene einwilligungsunfähig, ihre Zwangsbehandlung im Rahmen einer Unterbringung erforderlich und im Hinblick auf drohende gewichtige Gesundheitsschäden verhältnismäßig ist.“
- „Die Zwangsernährung im engeren Sinne sollte die **Ultima Ratio** darstellen.“

S3-Leitlinien der AWMF

Diagnostik und Therapie von Essstörungen

- „Voraussetzung ist eine **realitätsferne Einschätzung** der lebensbedrohlichen Situation seitens der Patientin. In solchen Fällen ist die Zwangsernährung im Sinne einer **Fürsorge** für die Patientin zu betrachten.“
- „Zwangsernährung kann die Einnahme von normaler Kost oder Flüssigkeit unter engmaschiger Supervision bedeuten. Nur wenn eine Patientin gar nicht zur Nahrungsaufnahme motiviert werden kann, kommen Alternativen in Frage, z.B. die Ernährung über eine Magensonde.“



S3-Leitlinien der AWMF

Diagnostik und Therapie von Essstörungen

- „Auch bei Kindern und Jugendlichen kann bei mangelnder Kooperation und drohender vitaler Gefährdung bzw. dauernder Gesundheitsschädigung in Einzelfällen eine **Unterbringung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen** nach § 1631b BGB notwendig werden. Diese muss durch die Personensorge-berechtigten (in der Regel die Eltern) beim zuständigen Familiengericht des Wohnorts beantragt werden.“
- „Stimmen trotz vitaler Gefährdung die Sorgeberechtigten einer notwendigen stationären Behandlung ihres Kindes nicht zu, besteht die Möglichkeit, über das zuständige Jugendamt (...) eine **Inobhutnahme** nach § 42 SGB VIII einzuleiten, die bei vitaler Gefährdung auch gegen den Willen des Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Mitteln durchgeführt werden kann. Das Jugendamt muss in solchen Fällen aber bis zum Ablauf des Folgetages eine familienrichterliche Klärung herbeiführen.“

S3-Leitlinien der AWMF

Diagnostik und Therapie von Essstörungen

Empfehlung:

- „Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN soll nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen.“

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

