

Fallbeispiel – Magersucht. Wenn der Körper zu wenig Nährstoffe erhält...

Die 23-jährige Marina Mielke hatte schon mit 14 ihre erste Diät begonnen. Sie konnte sich noch genau an die Klassenkameradin erinnern, die ihr bei einem kleinen Streit an den Kopf warf: „Du mit deinem dicken Arsch...“. Was danach kam, wusste sie nicht mehr. Aber es war Anlass genug, eine Diät zu machen. Der Erfolg blieb nicht lange aus. Wie auch die Aufgaben in der Schule, ging sie diese energisch und zielstrebig an. Ihr zuvor ganz normales Gewicht reduzierte sie innerhalb kurzer Zeit um einige Kilos.

Ihre Eltern betrachteten die Gewichtsabnahme skeptisch. Marina aber hatte Gefallen daran gefunden. Es gab ihr ein starkes Gefühl, ihren Körper so sehr im Griff zu haben und ihn zu zwingen, sich ihren Vorstellungen zu beugen. Als sie zunehmend das Essen verweigerte und nach dem morgendlichen Brötchen praktisch den ganzen Tag nichts mehr aß, fühlten sich ihre Eltern mehr und mehr provoziert. Sie konnte sich heute

nicht mehr erinnern, ob sie bewusst oder unbewusst vorgegangen war, jedenfalls hatte sie weitergemacht und die Kontrolle über ihren Körper genossen. Jeden Tag fand sie neue Stellen die immer noch zu dick waren.

Ihr Abitur schaffte Marina als Drittbeste des gesamten Jahrgangs. Ihr Vater, Staatsanwalt am örtlichen Landgericht, ging davon aus, dass seine Tochter, ebenso wie sein älterer Sohn, Jura studieren würde. Ehrgeizig wie sie war, nahm sie die Herausforderung an und stürzte sich in das Studium. In der Freizeit trieb sie sehr viel Sport. Sie joggte mehrmals in der Woche und ging fast täglich zusätzlich ins Fitness-Center. Marina spielte gar mit dem Gedanken, für einen Marathonlauf zu trainieren, doch stieß sie dabei bald an ihre Grenzen. Sie schaffte es einfach nicht, auch nur die halbe Strecke in einer für sie akzeptablen Zeit zu laufen. Das war der Grund, warum sie jetzt einen Arzt aufsuchte.



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Bei Magersucht ist der Wille der meist weiblichen Patienten nicht zu essen, größer und stärker, als die Alarmsignale des Hungers, die der Körper aussendet. Die Betroffenen sind nicht selten stolz darauf, dass sie ihren eigenen Körper beherrschen und die Hungergefühle bezwingen. Oft wünschen sie sich ohne alle körperlichen Bedürfnisse zu sein, die sie als störend und belastend empfinden. Andere Menschen, die das nicht vermögen, werden dafür gering geschätzt.

Die Erkrankung beginnt meist in der Pubertät mit einer Fastenkur von i. d. R. normal- oder nur gering übergewichtigen Mädchen (Männer sind nur zu einem geringen Prozentsatz betroffen, in den letzten Jahren nimmt dieser jedoch zu). Aber auch nachdem sie das ursprünglich angestrebte Wunschgewicht erreicht haben, wird weiter gefastet. Da die Körperwahrnehmung gestört ist, fühlen sich die Erkrankten weiterhin zu dick. Das Gefühl, den Körper besiegt zu haben, ist dabei ausschlaggebend. Es ist eine innere Befriedigung, die die Mädchen immer wieder erleben wollen. Dadurch entsteht ein Suchtverhalten. Eine Krankheitseinsicht ist dabei, wie bei einer anderen Sucht auch, zwar intellektuell gegeben, aber das Verhalten wird trotzdem nicht verändert. Es kann sein, dass es von Zeit zu Zeit an soziale Erfordernisse angepasst wird. Wenn es etwa unvermeidlich ist, z. B. in Gesellschaften mehr zu essen, kann es kurze Zeit später auf der Toilette wieder erbrochen werden. Bei der Bulimie, einer verwandten Krankheit, wechseln sich Essattacken mit Erbrechen und Hungerattacken ab. Als Risikofaktoren für die Entstehung einer solchen Essstörung gelten:

- gestörte, verhärtete familiäre Beziehungen,
- enge, stark verwobene Familienverhältnisse,
- Störungen des Selbstwertgefühls,
- Probleme mit der Rollenidentifikation,
- Schwierigkeiten bei der Artikulation von Gefühlen.

Die weiblichen Körperformen, die sich in der Pubertät zu entwickeln beginnen, werden als bedrohlich empfunden und abgelehnt. Oft steht eine zu starke, dominante Mutter dahinter, deren Rollenvorbild abgelehnt wird. Gleichzeitig ringen die Betroffenen um Autonomie, die sie in der Willensstärke finden, die eine Nahrungsaufnahme ablehnt. Das Verhalten wird von einer sehr restriktiven Diät bestimmt, von Laxantienabusus (Abführmittelmissbrauch) und nicht selten von sehr ausgiebigem Sport zur Erhöhung des Energieverbrauchs. Diätfehler sind mit heftigen Schuldgefühlen verbunden und es werden danach Laxative, Appetithemmer und sogar Diuretika eingenommen.

Die Betroffenen wirken oft unsicher und zwanghaft, sind evtl. überangepasst und meiden emotionale Beziehungen. Sie beschäftigen sich viel mit ihrer evtl. Gewichtszunahme, die wohlgemeinte Bemerkung einer Arbeitskollegin „Du siehst gut aus heute, hast Du ein wenig zugenommen?“ kann die Erkrankte z. B. in eine weitere Krise stürzen und zu

tagelanger Nahrungsabstinenz führen. Der Körper mit seinem Bedürfnis nach Nahrung, Nähe und Sexualität wird zum Feind. Gelegentlich wird die Magersucht auch als Mittel eingesetzt, vom sozialen Umfeld Reaktionen der Fürsorge oder Anteilnahme zu erpressen.

Im Verlauf der Krankheit stellt sich oft noch eine Depression ein mit großer Gefahr eines Suizids. Schwierig im Umgang ist außerdem, dass die Betroffenen sehr geschickt ihr Umfeld täuschen bzw. Menschen gegeneinander ausspielen. Dies wird dem Pflegepersonal besonders in einer psychotherapeutischen Klinik deutlich. Hier wird von den Betroffenen durch Lügen oder Austricksen versucht, Essen zu verweigern.

Fall: Die Psychotherapeutin, die sich mit Marina Mielke befasste, hatte nach und nach in zahlreichen Gesprächen einige interessante Details zu ihrer Vergangenheit erfahren. Zunächst sagte sie immer nur, dass in der Familie alles normal gewesen sei. Sie war das zweite Kind ihrer Eltern. Die Mutter ging bereits bald nach der Geburt ihres Bruders arbeiten und ihre Eltern hatten für ihn liebevolle Tageseltern gefunden, bei denen der kleine Junge bestens aufgehoben war. Als Marina dann geboren wurde, funktionierte diese Lösung nicht mehr. Marina hatte sich stets weniger geliebt empfunden gegenüber dem Bruder, dem Wunschsohn, wie ihre Eltern ihn immer nannten. Ihr Vater habe sie aber trotzdem als Kind wohl sehr gemocht. Das hätte sich erst mit der Pubertät geändert als alles irgendwie komplizierter wurde. Die erfolgreichen Kontrollbemühungen ihrem eigenen Körper gegenüber hatten die Eltern offenbar weniger als Alarmsignal sondern als Provokation empfunden und sich nicht um sie gesorgt, sondern Machtspiele mit ihr gespielt. Für sie war ihre Magersucht nicht mehr als ein Spleen, so als sei sie trotzig und ungehorsam oder als habe sie einfach ihre Hausaufgaben nicht gemacht. Sie habe zwar dem Wunsch ihres Vaters nach dem Jurastudium entsprochen, doch was sie selbst wollte, konnte sie nicht sagen.

Wie kann geholfen werden? Ziele der Therapie sind Gewichtszunahme und Krankheitseinsicht, um mit einer dann gezielten Psychotherapie die Ursache der Magersucht zu behandeln. Die Patientinnen sind i. d. R. zu Beginn der Behandlung nicht wirklich bereit für eine Therapie. Die Einleitung der Behandlung im Krankenhaus hat neben der internistischen Notwendigkeit auch den Sinn, die Kranken aus ihrer Umgebung herauszulösen. Anfänglich ist häufig eine künstliche Ernährung über Magensonde erforderlich, um die Ernährungsdefizite und die lebensbedrohliche Auszehrung zu beheben. Gleichzeitig wird eine stützende Psychotherapie begonnen.

Eine Anhebung des Körpergewichtes muss in Übereinkunft mit der Patientin erfolgen. Der Gewichtsaufbau ist sehr behutsam, da eine Gewichtszunahme für die Patientin eine starke psychische und physische Belastung darstellen kann. Zur besseren Verträglichkeit des Kostaufbaus werden evtl. Pankreasenzyme gegeben. Ohne Behandlung beträgt die Mortalität 15 % und unter 35 kg steigt sie auf das 15 fache an. Jedoch

Fallbeispiel – Magersucht. Wenn der Körper zu wenig Nährstoffe erhält...

sind insgesamt alle körperlichen Veränderungen bei Normalisierung des Ernährungszustandes rückläufig. Die Suizidrate ist hoch.

Was tut die Pflege bei Magersucht? Wenn der Therapieerfolg in Bezug auf die Gewichtszunahme sehr gut ist, muss das nicht unbedingt ein gutes Zeichen im Hinblick auf die Heilung der Krankheit sein. Es kann bedeuten, dass die Patientin sich nicht mit der Krankheit auseinandersetzen will und plant, nach der Entlassung aus der Klinik bald wieder in Ruhe ihrer Sucht nachkommen zu können. Hingegen kann eine offene Verweigerung der Sondennahrung als Zeichen für eine starke Autonomie prognostisch günstig sein.

Häufig werden die mit der Patientin getroffenen Therapievereinbarungen nicht eingehalten. Dabei können die Frauen auch sehr geschickt vorgehen: heimlich erbrechen, Nahrung verschwinden lassen und statt die vereinbarten Ruhezeiten einzuhalten, aktiv sein, um dadurch den Energieverbrauch zu steigern.

Das Wiegen spielt eine große Rolle, um den Verlauf verifizieren zu können. Vor Behandlungsbeginn wird üblicherweise vereinbart, entweder zu einem festgelegten Zeitpunkt zu wiegen oder eben gerade ohne jede Vorankündigung. Auch hierbei kann die Patientin sich beim Schummeln als sehr kreativ erweisen und z. B. vor dem Wiegen größere Mengen Wasser trinken oder Bleiketten in den Bademantel einnähen, um ein höheres Gewicht vorzutäuschen. Auch das Anfeuchten von Kleidung bringt vielleicht ein Pfund.

Oft betrachten die Patientinnen das gesamte Team aus Pflegenden und Medizinern als feindlich und wollen es in ihren Autonomiekonflikt mit einbeziehen. Verlässlichkeit und Vertrauen sind äußerst wichtige Punkte bei der Pflege magersüchtiger Patienten. Keinesfalls sollte versucht werden, die Patientin in irgendeiner Form zu täuschen, um ihr etwa Kalorien unterzuschieben. Der Aufbau einer Beziehung zu Patientinnen mit Magersucht ist oft sehr schwer. Sie kapseln sich von der Umwelt ab, was subjektiv als Zeichen einer Selbstständigkeit verstanden wird. Ein intensiver Kontakt oder emotionaler Austausch ist jedoch kaum möglich. Das Krankhafte ihres Zustandes wird lange verleugnet, da sie sich ja als normal oder sogar noch zu dick empfinden.

Geduld und Verständnis für die Situation der Patientin bei gleichzeitig klaren Regeln spielen eine große Rolle in der Pflege. Gegen Manipulationsversuche sollte man sich jedoch stets offen und bestimmt aber freundlich und respektvoll abgrenzen. Die Patientinnen unterteilen für sich ihre Lebensmittel

in verbotene und erlaubte. Verboten ist demnach alles Süße und Fettige, erlaubt sind z. B. Salatblätter, Gurke, Mineralwasser. Der Patientin sollte bei der Festlegung des Speiseplans so weit wie möglich entgegengekommen und evtl. Vorlieben, die diätetisch sinnvoll sind, aufgegriffen werden.

In manchen Krankenhäusern werden zunächst schriftliche Vereinbarungen abgeschlossen, in denen der Zeitraum (z. B. 3 Monate), der Umfang der Gewichtszunahme und die Ernährungsweise festgelegt sind. Dies kann in Form eines Stufenschemas geschehen:

- in einer ersten Stufe wird die Zufuhr von Nahrung vollständig kontrolliert (Fremdkontrolle),
- in der zweiten Stufe werden die Patienten in den Ablauf einbezogen z. B. durch gemeinsames kontrolliertes Einkaufen, Kochen und Essen (Selbst- und Fremdkontrolle),
- in der dritten Stufe soll die Patientin dann alle mit der Ernährung zusammenhängenden Vorgänge wie erlernt eigenverantwortlich ausführen.

Sinnvoller sind im Allgemeinen viele kleine tägliche Mahlzeiten (6–8), weil dadurch die Portionen klein bleiben können. Große Portionen machen anorektischen Patientinnen Angst, zumal sich das Fassungsvermögen ihres Magens so weit verkleinert hat, dass eine normale Portion unmöglich aufgenommen werden kann. Es kann sogar zu Bauchschmerzen, Krämpfen und Übelkeit kommen, wenn sich die Portionsgrößen sprunghaft erhöhen.

Ein scheinbar sehr guter Therapieerfolg muss kein gutes Zeichen sein, sondern kann auch dafür stehen, dass die Patientin alles tut, um wieder alleine ihrer Sucht nachgehen zu können.

Fall: Marina Mielke blieb sechs Wochen auf der Station und erreichte schließlich ein Entlassungsgewicht von 42 kg. Das Schlimmste war verhindert worden, doch für alle Pflegenden und Ärzte sah sie eigentlich noch genau so mager aus wie bei der Aufnahme. Internistisch konnte nichts mehr für sie getan werden, aber wie es schien, hatte sie Vertrauen zu der Psychotherapeutin gefasst und war gewillt, auf ambulanter Ebene die begonnene Therapie fortzusetzen. Es gab noch Vieles zu bereden. Ihre Prognose war ungewiss. Viele Patientinnen haben noch jahrelang oder gar lebenslang Essstörungen. Andere wechseln die Sucht und werden z. B. alkohol- oder medikamentenabhängig. Mit psychotherapeutischer Behandlung können bei 40–90% der Erkrankten Besserungen erzielt werden.