

FACHBEITRAG in: Jahresbericht 1997, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hoheneegg, Meilen

Dr. phil. Erika Toman

Psychologin und Projektleiterin Forschungsaktion COST B6 Hoheneegg

ZUR BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN IN DER KLINIK HOHENEGG

Die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen hat sich in den letzten Jahren zu einem eigentlichen Schwerpunkt unseres Behandlungsangebotes entwickelt. Dies aus mehreren Gründen: Einmal treten diese Krankheiten (insbesondere Bulimien), bei denen traditionellerweise eine Indikation zur stationär-psychotherapeutischen Behandlung besteht, im letzten Jahrzehnt generell häufiger auf. Zudem haben wir uns in letzter Zeit konzeptuell und forschungsmässig speziell mit dieser Patientengruppe befasst und spezifische Behandlungsangebote eingeführt, was die Qualität der Behandlung verbesserte und wiederum zu mehr Eintritten führte.

Im folgenden möchte ich etwas zu diesen Krankheiten, ihren Hintergründen und den gängigen Behandlungsansätzen sagen, dann speziell auf die Behandlung dieser Patientinnen in unser Klinik eingehen und zuletzt unser Forschungsprojekt zur Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen vorstellen.

1. GRUNDLAGENWISSEN IN DER BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN

1.1. Zur Diagnostik

Zu den Essstörungen werden heute die Anorexie, die Bulimie und die sogenannten unspezifischen Essstörungen gezählt. Die Studien der letzten Jahre zeigen, dass Essstörungen eine zunehmende Tendenz aufweisen. Statistische Analysen von Fallregistern (u.a. für die Schweiz) ergeben bezüglich Essstörungspatientinnen eine jährliche Einweisungsrate zur stationären psychiatrischen Behandlung von ca. 5 auf 100'000 Einwohner. Untersuchungen an nicht-klinischen Risikopopulationen - in der Regel Schülerinnen und Studentinnen - ergaben, dass 3 - 10 % dieser Frauen an Bulimie und 1 % an Anorexie leiden.

Das hervorstechende Merkmal bei der Anorexie ist ein unterdurchschnittliches Körpergewicht ohne eine körperliche Ursache. Es liegt mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht (BMI 17,5) und kann mehr als 50 % unter dem Normalwert liegen, d.h. beispielsweise, dass eine Patientin von 168 cm Grösse 30 kg oder sogar weniger wiegen kann. Der Gewichtsverlust wird von den Patientinnen selber hervorgerufen, beim restriktiven Typ der Anorexie durch konsequente Vermeidung von (hochkalorischen) Speisen, d.h. durch permanentes Hungern, und durch exzessive körperliche Aktivität (bspw. Radfahren, Langstreckenlauf und Schwimmen). Bei einer anderen Gruppe anorektischer Patientinnen kommt es zu Triebdurchbrüchen in Form vereinzelter Essattacken, gefolgt von Erbrechen, Laxantienabusus und anderen kompensatorischen Mechanismen (binge-purge-Typ der Anorexie).

Ein weiteres Merkmal der Erkrankung ist eine geradezu panische Angst vor Fett und Dickwerden, und die Patientinnen sind wie besessen von der Vorstellung, dick zu sein, auch wenn sie schon untergewichtig sind. Das Ziel der Gewichtsreduktion wird mehr und mehr zum Zentrum sämtlicher Interessen der Persönlichkeit, und das ganze Selbstwerterleben wird daran geknüpft. Gewichtsabnahme wird als Erfolg, Gewichtszunahme als Versagen (mit entsprechenden Insuffizienzgefühlen) erlebt. Sekundär kommt es dadurch zur Einschränkung des Interesses an anderen Aktivitäten oder zwischenmenschlichen Beziehungen, speziell zu Gleichaltrigen. Dagegen werden die oft überdurchschnittlichen schulischen und beruflichen Leistungen noch lange stark gewichtet und aufrechterhalten. Für Aussenstehende auffällig, oft verwirrend kann das Phänomen sein, dass anorektische Patientinnen gerne andere mit Nahrung versorgen, ihre Angehörigen bewirten und für sie kochen, ohne dabei selber zu essen. Nicht selten nehmen Angehörige von anorektischen Patientinnen (insbesondere Mütter) beim Versuch, ihre Töchter zum Mitessen zu bewegen, selber deutlich an Gewicht zu; diese Versuche bleiben jedoch - wie viele andere Beeinflussungsversuche - meist ohne Erfolg.

Die anhaltende Gewichtsabnahme führt zu zunehmenden somatischen und somatopsychischen Folgeerscheinungen: Amenorrhoe, körperliche Schwäche, Schwindel, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Anhedonie und (allerdings oft erst in erstaunlich fortgeschrittenem Stadium) Adynamie und Apathie, Herzrhythmusstörungen. Angaben zur Mortalitätsrate schwanken zwischen 5 - 20 %.

Bei anorektischen Patientinnen ist Comorbidität mit zwanghaften Persönlichkeitsstörungen und Depressionen häufig.

Die vorherrschenden Symptome bei der Bulimie sind wiederholte Anfälle von Heisshunger (die sogenannten Essattacken) mit selbstinduziertem Erbrechen, Abusus von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern und Schilddrüsenhormonpräparaten sowie eine übertriebene Beschäftigung mit Körper und Körpergewicht bei einem in der Regel durchschnittlichen Gewicht. Ess- und Brechattacken treten (über den Zeitraum von mindestens 3 Monaten) mehrmals wöchentlich bis mehrmals täglich auf; sie dauern oft Stunden. Pro Essattacke werden nicht selten 3000 - 10000 kcal Nahrung verschlungen, teils in Form sorgfältig zubereiteter Speisen, teils als "Junk-Food" wie Chips und Schokolade. Die unmittelbaren medizinischen Folgen dieser Ess-Brechattacken können Hypokaliämie (aufgrund des Erbrechens), Zahnbelagsschäden und Karies (als Folge der Schädigung durch Säure beim Erbrechen) sowie Parotitiden sein. Bulimie kann über Jahre der Umwelt verborgen bleiben, da sie für die Betroffenen mit viel Scham verbunden ist und ihre ohnehin bestehende Tendenz noch verstärkt, sich problemlos und überangepasst zu zeigen und Schwierigkeiten oder Beschämendes zu verstecken. Die mittlere Erkrankungsdauer bis zum Aufnehmen einer Behandlung beträgt 6-8 Jahre. In dieser Zeit leben die Patientinnen zunehmend isoliert, da die ganze Lebensgestaltung in den Bann des Symptoms gestellt wird, worüber jedoch mit niemandem gesprochen werden kann. Finanziell werden grosse Beträge für Essen aufgewendet, was zu Verschuldung, teilweise zu Delinquenz (Diebstähle) führen kann. - Bei einem Teil der Patientinnen kommen zudem Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzungshandlungen sowie Suchtkrankheiten vor.

Die sogenannten unspezifischen Essstörungen umfassen alle Krankheitsbilder, bei denen eindeutig ein gestörtes Essverhalten vorliegt, das Vollbild einer Anorexie oder Bulimie aber nicht erreicht wird. Im weiteren wird zu dieser Kategorie ausgeprägtes Übergewicht mit Essattacken ohne Erbrechen (dem sogenannten „binge eating“) gezählt, das erst seit kurzem überhaupt Gegenstand psychiatrischen Interesses ist.

1.2. Zur Psychodynamik

Auf der psychodynamischen Ebene möchte ich die den Essstörungen generell zugrundeliegenden Selbstwertstörungen hervorheben. Ein diffuses, oft jedoch massives Gefühl, als Person wertlos zu sein, führt dazu, dass das Selbstwertgefühl fast ausschliesslich an Aussehen und ans Körpergewicht geknüpft wird. Bezeichnenderweise erkranken zu 90 % Mädchen und junge Frauen an Essstörungen, gegenüber nur 10 % Männern, was seit langem zu Diskussionen darüber geführt hat, wie gross bei diesen Krankheiten der Einfluss kulturspezifischer Faktoren ist. Erwähnt seien die Vorgaben von Massenmedien ans Aussehen und Figur, Stigmatisierung von Übergewicht, irreführende Diätkultur und insbesondere Rollenkonflikte von Frauen in unserer Gesellschaft, so die Forderung nach Erlangung einer Berufskarriere bei gleichzeitig übergrossen Ansprüchen an die Ausfüllung der Mutterrolle. - Neuere Untersuchungen zu den physiologischen Grundlagen des Körpergewichts lassen den oben beschriebenen normativen Druck des Schönheitsideals als noch grotesker erscheinen: Die Set Point-Theorie des Körpergewichts zeigt nämlich, dass jeder Körper ein ihm eigenes optimales Gewicht besitzt, das ohne grössere Anstrengung über Jahre hinweg stabilgehalten wird, vorausgesetzt, dass das Essverhalten durch den Hunger- und Sättigungsmechanismus gesteuert wird und in diesem Sinn normal ist.

Bei anorektischen Patientinnen liegen häufig mangelnde Ablösung von der Ursprungsfamilie, insbesondere der Mutter, vor. Die geradezu symbiotische Verbindung zur Mutter führt auch bei erwachsenen Patientinnen nicht selten dazu, dass sie noch mit ihren Müttern zusammenwohnen oder zumindest mehrmals täglich mit ihnen telefonieren. Neben dieser engen Verbindung steht das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung, welches mangels besserer Bewältigungsmechanismen ins Essen verschoben wird. Autonomie wird erlebt, indem sich die Patientinnen als frei von den Bedürfnissen nach Nahrung phantasieren. Das Bedürfnis nach Abhängigkeit wird verdrängt, d.h. aus dem Bewusstsein ferngehalten. Real bleibt die bestehende Abhängigkeit von den primären Bezugspersonen dabei erhalten, ausser den eventuell stattfindenden Kämpfen ums Essen. Dementsprechend häufig sind adoleszente Prozesse wie die Entwicklung einer eigenen Identität, die Ablösung von der Herkunftsfamilie, die Aufnahme neuer Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie intimer, sexueller Beziehungen kaum erfolgt bzw. sehr blass geblieben. Leistungsehrgeiz und Askese werden verherrlicht, Bedürftigkeit und Gier, ja Abhängigkeit sowie eigene Bedürfnisse generell verachtet. Anorektische Patientinnen sehnen sich nach harmonischen, spannungs-, aggressions- sowie triebfreien Beziehungen; subjektiv erleben sie Fremdes, ausserhalb der Familie Lebendes häufig als feindlich und tendieren dazu, es zu vermeiden.

Bei bulimischen Patientinnen werden - hinter einer Erscheinung von Überanpassung und Problemlosigkeit - Versorgungs- und Abgrenzungswünsche, Autonomie- und sexuelle Wünsche je nach Reife der Persönlichkeit ambivalent resp. ambivalent erlebt und in Symptome verschoben. Entsprechend widersprüchlich ist auch das Erleben der eigenen Identität sowie von Beziehungen; Chaos und Überforderungsgefühle herrschen vor. Beim Essen wird der eine Teil der Bedürfnisse, nämlich derjenige nach Nähe, Geborgenheit und Versorgtwerden, „gierig“ zugelassen, beim Erbrechen wird dies wieder rückgängig gemacht und abgelehnt. Bewusst wird die Sehnsucht nach Nähe als Schwäche, Autonomie als Stärke gesehen, dabei jedoch als Überforderung erlebt. Häufig zeigt es sich, dass sich bulimische Patientinnen im Gegensatz zu anorektischen frühzeitig in Ablösung und übergrosse Selbstständigkeit begeben mussten, sozusagen aus der Geborgenheit vorzeitig ausgestossen wurden, wie kaum flügge gewordene Junge aus dem Nest.

Posttraumatisch geschädigte Patientinnen (beispielsweise durch Inzest oder Vergewaltigung) sind unter Patientinnen mit Essstörungen (insbesondere bei Bulimie)

häufiger als in der Normalbevölkerung vertreten, nicht jedoch häufiger als bei anderen psychiatrischen Erkrankungen.

1.3. Gängige Therapieansätze

In der Regel werden symptomzentrierte Behandlungsansätze mit Verfahren kombiniert, die sich mit den psychodynamischen Hintergründen der Patientinnen mit Essstörungen beschäftigen.

In psychoanalytisch orientierten Therapien werden im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung Themen durchgearbeitet, die hinter der Symptomatik stehen und meistens auch die Beziehungen des Individuums zu sich selber und zu seinen Bezugspersonen prägen. Im therapeutischen Prozess werden neue Beziehungserfahrungen gemacht, die alten besser verstanden und daraus neue Ressourcen und Chancen für Neuorientierung geschöpft.

In familientherapeutischen Ansätzen werden die familiären Kommunikationsmuster, Strukturen, Grenzen und Hierarchien sowie die Gestaltung familiärer Entwicklungsprozesse untersucht und bearbeitet. Grenzen und Ansprüche werden herausgearbeitet und Gefühle im Zusammenhang mit Ablösung und Individuation sowie Schuldgefühle und gegenseitige Sorge geklärt. Allfällige individualisierte Konflikte der einzelnen Patientin sollen so mit dem Rahmen der Familie verbunden und einer Lösung zugeführt werden, und die Ressourcen der Angehörigen für den Therapieprozess können genutzt werden.

In kognitiv-verhaltensorientierten Ansätzen werden die funktionalen und kognitiven Anteile des Symptoms gewichtet und dysfunktionale Gedanken und Verhaltensweisen einer direkten Änderung zugeführt. Zudem werden übende Verfahren anderer Zielrichtung (beispielsweise Selbstsicherheitstraining) eingesetzt.

Körperorientierte Verfahren setzen direkt am belasteten Körper selbstbild und entsprechenden zwischenmenschlichen Beziehungsschwierigkeiten der Patientinnen an und ermöglichen es, den Körper in der therapeutischen Beziehung im Kontakt mit einem Gegenüber neu zu erleben.

Die Diskussion darüber, welche Therapieform bei der Behandlung der Anorexie und der Bulimie am ehesten zum Erfolg führt, hat eine lange Tradition. Besonders bei der Behandlung der Bulimie wurden in den letzten 10 Jahren kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme propagiert. Eine Zeitlang schien es sogar, als wären diese Programme allen anderen therapeutischen Ansätzen, insbesondere auch dem analytisch - tiefenpsychologischen, überlegen. Inzwischen haben Ergebnisse aus längeren Nachuntersuchungen (nach 2 bis 6 Jahren) gezeigt, dass die Erfolge der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, die kurzfristig „überragend“ scheinen, im längerfristigen Vergleich die Ergebnisse der analytisch orientierten kaum übertreffen. Bei der Behandlung der Anorexie hat sich der psychodynamische Ansatz ebenso deutlich bewährt. Familientherapeutische Methoden sind besonders indiziert bei jungen anorektischen Patientinnen mit einer kurzen Erkrankungsdauer, wenn sie noch in ihrer Ursprungsfamilie leben.

Man weiss heute zwar, dass sich Methodenkombinationen generell als effektiver erweisen. Nur wenig weiss man jedoch darüber, bei welchen Patienten welche Therapieform und welche Therapiemenge zu welchen Therapieverläufen und welchen längerfristigen Resultaten führt. So werden heute gerade für schwer erkrankte Patientinnen in der Regel komplexe stationäre und ambulante Therapieprogramme angewendet, die aus verschiedenen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Elementen kombiniert sind. Psychotherapeutisch werden verbale Behandlungen mit nonverbalen Therapieelementen (wie Bewegungstherapie, Maltherapie und Musiktherapie) kombiniert. Medikamentös kommen (insbesondere bei bulimischen Patientinnen) Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Reuptake-Hemmer in Frage. Ernährungsspezifische Beratungen und Kontrollen des Gewichtsverlaufs fehlen selten. Trotz der Verschiedenheit der

Therapieansätze besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Veränderung des pathologischen Essverhaltens und eines allfälligen massiven Untergewichts immer ein zentrales Therapieziel darstellt.

Im Schnitt führen psychiatrische Behandlungen von Essstörungen bei 40% der behandelten Patientinnen zur Heilung, bei 30% zu einer deutlichen Besserung und bei 30% zu wenig Erfolg. Bei diesem Teil kommt es zur Chronifizierung der Krankheit mit einer Mortalitätsrate von ca. 5-20% bei der Anorexie und 0-4% bei der Bulimie.

2. BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN IN UNSERER KLINIK

2.1. Zur Häufigkeit

In der Regel sind ca. 6 - 12 Patientinnen mit Essstörungen in unserer Klinik hospitalisiert, gemessen auf 100 Akutpatientinnen; davon 6 - 8 in der Psychotherapie-Station (gemessen an 28 Betten) sowie 2 - 4 auf geschlossenen oder offenen Aufnahme-Stationen. Diese Zahl hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen.

2.2. Zur Behandlung

Patientinnen und Patienten mit Essstörungen werden bei uns auf verschiedenen Stationen behandelt, je nach ihrer aktuellen Problematik, Persönlichkeit, Motivation und Zielsetzung des Aufenthalts. Falls es sich nicht um - bei dieser Krankheitsgruppe eher seltene - Notfallzuweisungen handelt, wird von Therapeuten der Psychotherapiestationen in einem Vorgespräch geprüft und mit der Patientin vereinbart, welche Station indiziert ist, welche Behandlungsziele angestrebt werden und wie diese in gemeinsamer therapeutischer Arbeit erreicht werden sollen. Dies ermöglicht eine gegenseitige Klarheit und Transparenz und baut Ängste der Patientin gegenüber der Institution ab, was im Hinblick auf eine längere Therapie-compliance sehr wertvoll ist.

Auf den beiden Psychotherapiestationen stellt die Arbeit mit Patientinnen mit Essstörungen einen eigentlichen Schwerpunkt dar. Nachdem in den letzten Jahren immer mehr Patientinnen eine Behandlung aufsuchten, wurde ein spezielles, breit abgestütztes und bewährtes Therapiekonzept entwickelt. Aufgenommen werden Patientinnen, bei denen die Besserung ihrer Esssymptomatik und die beginnende Aufarbeitung ihrer zugrundeliegenden Probleme im Vordergrund stehen und die dazu aufgrund ihrer körperlichen Verfassung auch in der Lage sind. Auf unseren Stationen werden Patientinnen mit Essstörungen zusammen mit Patienten mit Angst- und Zwangserkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, schweren Suchterkrankungen sowie schweren psychosomatischen Leiden behandelt. Ziel der Behandlung ist es bei allen, ihre jeweilige Symptomatik zu bessern und die zugrundeliegenden Problematiken soweit zu bearbeiten, dass eine Weiterbehandlung in einem ambulanten Setting möglich ist. Das übliche Behandlungsprogramm unserer Psychotherapie-Stationen ist von seiner Grundstruktur her so aufgebaut, dass es den individuellen Verschiedenheiten der Patienten-Persönlichkeit Rechnung trägt. In den Therapien und im Zusammenleben mit anderen erleben Patientinnen und Patienten sich selber und speziell ihre Art, Beziehungen zu gestalten, die sie aus dem Leben „draussen“ kennen, wieder. Der spezielle Behandlungsansatz ermöglicht es ihnen, diese besser zu verstehen und neue Ressourcen zu entdecken. Das Therapieprogramm setzt sich aus folgenden Elementen zusammen: analytisch orientierte interaktionelle Gesprächsgruppen und Einzelpsychotherapie, kreativ-expressive Therapien wie Maltherapie, Psychodrama und Ergotherapie; körperorientierte Ansätze wie Gruppen und Einzel-Bewegungstherapie, Sport sowie milieuthérapeutische Aktivitäten wie gemeinsames Kochen und kulturelle Aktivitäten. Zu diesem grundlegenden Therapieprogramm, das für alle Patientinnen und Patienten weitgehend verbindlich ist, kommen Angehörigengespräche, sozialarbeiterische Unterstützung, Bezugspersonenpflege sowie psychopharmakologische Behandlungen.

Spezielle symptomzentrierte Ansätze sind bei Patientinnen mit Essstörungen aus zweierlei Gründen wichtig: Einmal fördern sie eine direkte Auseinandersetzung mit dem Symptom „gestörtes Essverhalten“ und ermöglichen so eine direkte Beeinflussung und Besserung von Essverhalten und Körpergewicht. Zudem werden in der Auseinandersetzung mit dem Symptom oft Konflikte und Schwierigkeiten, Themen und Ressourcen reaktiviert, die dann therapeutisch bearbeitet werden können, statt im Symptom „eingefroren“ zu sein. - Zu den symptom- bzw. essstörungs- spezifischen Ansätzen auf der Psychotherapie-Station gehören: symptomzentrierte Gesprächsgruppen, spezielle Abmachungen bezüglich Gewichtsverlauf und Kost, die Arbeit mit Esstagebüchern, milieuthérapeutische Ansätze, Ernährungsberatung und (vorübergehend, v.a. bei bulimischen Patientinnen) eine speziell entwickelte Kost.

Auf psychiatrischen Aufnahme-Stationen geht es häufig um eine kurze Krisenintervention (bspw. bei Suizidalität) oder um eine kurzfristige bzw. notfallmässige stationäre Aufnahme wegen akuter Überforderung im ambulanten Behandlungssetting. Eine Behandlung in diesem Rahmen kann auch bei Essstörungen-Patientinnen indiziert sein, bei denen die körperliche Verfassung derart reduziert ist, dass primär ein vorwiegend symptomzentriertes Vorgehen im Vordergrund steht, ohne dass aber eine Hospitalisation in einem körperlichen Spital erforderlich ist. In der Behandlung, die in der Regel als erste Phase einer längeren Therapie betrachtet wird, steht meist eine Stabilisierung im Zentrum und zwar bezüglich Gewicht, Abstinenz von bulimischen Attacken, Selbstverletzungshandlungen oder ähnlichem. Das Schwergewicht der therapeutischen Anstrengungen wird auf diese Stützung und somatische Verbesserung gelegt, beispielsweise bei schwer untergewichtigen anorektischen Patientinnen, bei denen eine intensivere konfliktzentrierte Behandlung noch nicht indiziert ist. Hier stehen oft Therapieverträge bezüglich Gewichtszunahme im Zentrum, unterstützt durch entsprechende therapeutisch intensive Behandlungsangebote wie Einzelbetreuung bei Essen. Ein späterer Übertritt auf die Psychotherapiestationen ist möglich.

3. UNSER FORSCHUNGSPROJEKT ZUR PSYCHOTHERAPIE VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN

Seit 1996 führen wir in der Hohenegg ein Forschungsprojekt durch, dessen Ziel es ist, die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen in bezug auf längerfristige Therapieerfolge zu überprüfen. Die Arbeit, welche wir in der Hohenegg leisten, steht im Zusammenhang mit dem Europäischen Forschungsprojekt COST B6.

In der Hohenegg hat die Überprüfung der eigenen Arbeit mittels statistischer Methoden keine lange Tradition. Die Frage jedoch, welche Resultate unsere Arbeit zeigt, wie sinnvoll unser therapeutisches Handeln für die Besserung der Krankheiten und für das psychische Befinden unserer Patienten ist, und zwar auch längerfristig, beschäftigt uns alle immer wieder. Wenn wir sie beantworten wollen, müssen wir uns heute auf unser Gefühl, auf unsere Beobachtungen und auf sporadische, oft zufällige Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen oder weiterbehandelnden Therapeuten verlassen. Dabei ist die Gefahr gross, je nach Blickwinkel entweder vereinzelte positive Rückmeldungen zu überschätzen und die eigene Arbeit euphorisch als grossartig und äusserst hilfreich zu bewerten, oder einzelne negative Feedbacks in eher depressiver Stimmung hochzuspielen und die eigenen fachlichen Bemühungen als sinnlos zu betrachten.

Das Forschungsprojekt, bei dem wir mitwirken und das im folgenden genauer vorgestellt wird, bietet die Möglichkeit, unsere Fragen zu diesem Thema relativ objektiv zu beantworten. Diese Antworten schaffen - zusätzlich zu unseren klinischen Erfahrungen und unserem theoretischen Wissen - gute Voraussetzungen für weiteres Lernen und weitere

Verbesserung unseres professionellen Handelns im Umgang mit Patientinnen, die an einer Essstörung leiden.

„COST“ ist die Abkürzung für „Coopération Européenne Scientifique et Technique“; auf deutsch wird dieser Titel mit „Europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der wissenschaftlichen und technischen Forschung“ übersetzt. Das COST Büro der Schweiz gehört zum Bundesamt für Bildung und Wissenschaft, mit Sitz im Bern. Die europäische Koordinationsarbeit findet in Brüssel statt. Die Institution COST hat 1971 ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Schweiz war von Anfang an aktiv beteiligt.

Unser Projekt ist eine von zur Zeit rund 80 laufenden Forschungsaktionen des COST. Die meisten Aktionen sind im Bereich Umwelttechnologie, Kommunikation und Ernährungstechnologie angesiedelt; im Bereich der Medizin und der Sozialwissenschaften sind es zur Zeit nur 6.

Bei unser Forschungsaktion handelt sich um eine internationale, multizentrische, prospektive Studie zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen essgestörter Patientinnen. Die gestellte Hauptfrage, die untersucht wird, lautet: „Wer bekommt welche Therapie unter welchen Bedingungen bei welchem Therapieverlauf, mit welchem Therapieerfolg und mit welchem Langzeitverlauf?“

Konkret handelt es sich um eine Feldstudie in der psychotherapeutischen Routineversorgung, bei der erfasst werden soll, wie Patientinnen Therapien tatsächlich in Anspruch nehmen und wie Therapeutinnen diese tatsächlich anwenden. In die therapeutische Routine wird nicht eingegriffen. Die Hauptfragestellung konzentriert sich auf Ziele, die einer sogenannten Phase IV-Forschung entsprechen.

Bei der Phase III-Forschung ging es noch um die Frage, ob Psychotherapie überhaupt wirkt. Krankheitszustände der Patientinnen wurden vor und nach der Behandlung erhoben, dazwischen das „Mittel“ Psychotherapie verabreicht. Die dort gestellte Frage, ob Psychotherapie überhaupt wirkt, ist inzwischen positiv beantwortet.

In der Phase IV der Psychotherapieforschung wird nun nicht mehr nach dem „ob“ der Wirkung von Psychotherapie, sondern nach deren „wie“ geforscht. Dieser Ansatz ist für die Psychotherapieforschung besonders interessant, weil darin spezielle Charakteristika des „Mittels“ Psychotherapie gewichtet werden können. Insbesondere kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es sich bei Psychotherapie um ein wenig uniformes, auf der Zeitachse stark sich veränderndes Therapiemittel handelt, da gerade bei Psychotherapie Auswahl, Umfang und Dauer der Behandlung - unter vorgegebenen Rahmenbedingungen - zwischen Patientin und Therapeutin vereinbart werden. Solche Vereinbarungen werden oft erst während der Behandlung getroffen und verändert, abhängig von individuellen Wünschen oder Möglichkeiten der Patientinnen und der Behandler sowie vom Verlauf der Therapie. Dieser liefert dabei bei oft wesentlichen Informationen zur Anpassung respektive Veränderung der Therapie, im Sinne einer Rückkoppelung (kybernetischer Regelkreis).

Psychotherapieforschung dieser Art (Phase IV) ist für weitere Fortschritte im Feld der Psychotherapien entscheidend wichtig, wurde bisher aber noch kaum betrieben. Aus wissenschaftstheoretischen Gründen wird deutlich, dass für diese Art von Forschung die Untersuchung einer grossen Patientengruppe erforderlich ist, um aussagekräftige Resultate zu erhalten, was nur in einer Studie, in der verschiedene Zentren zusammenarbeiten, möglich ist.

An der COST-Aktion sind nun 18 europäische Länder beteiligt, die weitgehend mit denselben Erhebungsinstrumenten arbeiten. Die Dauer der Studie beträgt 5 Jahre. Im internationalen Raum wird im Verlauf von 2 Jahren mit einer Stichprobengrösse von 2000 - 3000 Patientinnen gerechnet, die dann über weitere 2 ½ Jahre weiter untersucht werden.

In der Schweiz sind 4 Zentren an dieser Aktion beteiligt: die Psychiatrischen Kliniken Littenheid und Hoheneegg sowie die Psychosomatische Klinik Schützen Rheinfelden, deren Forschungsaktivitäten von der Hoheneegg aus koordiniert werden, und die Universitätspoliklinik Zürich (Bettenstation). Insgesamt wird in der Schweiz mit einer Stichprobengrösse von 200 - 300 Patientinnen gerechnet. An dieser beachtlich grossen, im Vergleich zum Gesamtprojekt jedoch kleinen Stichprobe werden ergänzende spezifische Fragestellungen untersucht. So wird beispielsweise die klinische Einschätzung des Therapie- und Krankheitsverlaufs bezüglich ihrer prognostischen Aussagekraft überprüft, ebenso die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapie- und Krankheitsverlauf.

Konkret werden in unserem Projekt zum Beginn und zum Ende der stationär-psychotherapeutischen Behandlung anhand von Fragebogen Art, Schweregrad und Dauer der Symptome, familiäre und soziale Faktoren, biologisch-endokrinologische Messwerte, Charakteristika der Persönlichkeit und interaktionelle Faktoren im Behandlungsrahmen festgehalten. Die in Anspruch genommenen Therapieelemente werden wöchentlich dokumentiert, der Zustand der Patienten, der Therapieverlauf und auch die Entwicklung der Beziehung zwischen dem Einzeltherapeuten und der Patientin 4-wöchentlich. Nach 1 Jahr und nach 2 ½ Jahren finden weitere Untersuchungen zur Erfassung des Verlaufs nach Austritt und damit zum längerfristigen Behandlungserfolg statt.

Bei aller Spezialisierung und Forschung gilt für uns weiterhin das Motto: Je mehr ich weiss, desto besser weiss ich, was ich nicht weiss!