

Interview mit Dr. Doris Weipert am 28.06.2018 in Wiesbaden

Interviewpartnerinnen: zwei Studentinnen der Sozialen Arbeit an der RMH Wiesbaden

Natalie Kort: Wie stehen Sie zu der Aussage „Einmal essgestört – immer essgestört“ im Vergleich zu den Aussagen von Renate Feistner in ihrem neuen Buch „Essstörungen – Heilung ist möglich“, kürzlich erschienen im Klett Cotta Verlag.

Dr. Doris Weipert: Ich finde es absolut traurig, wenn jemand solch eine Aussage trifft. Es *gibt* eine Heilung bei Essstörungen. Das heißt selbstverständlich nicht, dass eine Heilung garantiert ist. Es gibt Patientinnen, die die Essstörung als ihre Identität sehen. Wenn dies der Fall ist, kommt die Betroffene nur sehr schlecht oder gar nicht aus der Essstörung raus. Patientinnen finden keine andere Quelle und Ressource als die Essstörung, in denen sie ihr Selbstwertgefühl aufbauen können. Chronisch Erkrankte sind oft einsam und isoliert, sind nicht berufstätig, sind langzeitarbeitslos oder beziehen eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Die Ersterkrankung tritt meist im Jugendalter auf. Es kommt vor, dass es Lebensphasen gibt, in denen die Betroffene gesund und geheilt ist. Durch bestimmte Lebenssituationen, wie zum Beispiel eine missglückte Partnerschaft, können sich Essstörungen wieder einschleichen.

Ida Weber: Ab wann wird jemand als geheilt betrachtet?

Dr. Doris Weipert: Es ist wichtig, zunächst den körperlichen Zustand zu rehabilitieren und sich erst später mit dem psychologischen Zustand auseinander zu setzen. Ansonsten stimme ich den Kriterien von Renate Feistner voll und ganz zu. Das Kriterium, dass der Menstruationszyklus sechsmal in Folge bei ehemals untergewichtigen Personen eintreten muss, füge ich hinzu.

Ida: Wie unterscheidet sich eine Magersucht von anderen Suchterkrankungen?

Dr. Doris Weipert: Ich bezeichne Essstörungen als eine psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter. Patientinnen kommen ganz schwer von den Automatismen, Zwängen und Ritualen weg. Am Anfang der Erkrankung werden Endorphine im Gehirn freigesetzt. Diesen Zustand möchten Betroffene wieder erfahren und hungern sich somit immer weiter runter.

Der Unterschied liegt unter anderem darin, dass nicht wie bei anderen Süchten etwas konsumiert wird, um einen bestimmten Gefühlszustand zu erreichen, sondern dass es andere Mittel sind, um dieses befriedigende Gefühl zu erreichen. Patientinnen wollen sich von anderen abheben und über Kontrolle in einem Lebensbereich verfügen. Die Tatsache, dass sie hungern können, was die meisten Menschen nicht können, reicht für Betroffene häufig aus, um ein Erfolgserlebnis zu haben.

Natalie: Renate Feistner behandelt ihre Patienten mithilfe ihres integrativen Therapiekonzepts (S.28). Behandeln Sie Magersüchtige nach einem bestimmten Schema?

Dr. Doris Weipert: Ja, wir alle arbeiten nach einem bestimmten Schema, welches in den S3 Leitlinien vorgegeben ist. Auch ich lege Wert auf das interdisziplinäre Arbeiten mit Hausärzten, Fachärzten, Ernährungsberatern u.A.. Der Unterschied zu den Methoden von Renate Feistner liegt darin, dass bei uns alles in der Praxis stattfindet.

Patientinnen werden angeleitet, sich auf mehr Essen einzustellen. Ziel ist anfangs häufig, erstmal nicht weiter abzunehmen. Wenn ein Untergewicht vorhanden ist, müssen neue differenzierte Zellen aufgebaut werden, was es Betroffenen so schwer macht zuzunehmen. Menschen mit einem Normgewicht oder einem Übergewicht nehmen daher viel schneller zu, hier werden nur die Fettzellen vergrößert. Personen im Untergewicht müssen folglich viel mehr essen, um überhaupt zuzunehmen. Gleichzeitig besteht seitens der Patientinnen eine große Angst vor einer Zunahme. Sie haben eine unrealistische Einstellung zu ihrem Körpergewicht. Magersüchtige üben eine große Macht durch ihre Krankheit und der daraus resultierenden Zerbrechlichkeit aus. Konflikte werden häufig vermieden, womit eine Schonung vorhanden ist. Die Krankheit greift immer auch auf andere Lebensbereiche zu.

Ida: Ist für die Heilung die Klärung der Ursachen der Erkrankung genauso wichtig wie die Bekämpfung der Symptome und wenn ja, wieso?

Dr. Doris Weipert: Am Anfang der Therapie steht ganz klar die Bekämpfung der Symptome im Vordergrund, da es sich um eine Krankheit handelt, die eine hohe Sterblichkeit hat. Man muss sich mal vor Augen führen, dass Essstörungen die zwölft häufigste psychiatrische Erkrankung darstellen. Es ist meiner Meinung nach sehr wichtig herauszuarbeiten, welche Bedeutung, welche Funktion und welchen Sinn die Erkrankung für die Patientinnen hat. Dies kann jedoch in den seltensten Fällen schon früh gemacht werden. Patientinnen versuchen häufig, durch die Essstörung Kontrolle zu haben, die sie in anderen Lebenssituationen eben nicht haben, um eine Balance zu halten. Mögliche Hintergründe sind Perfektionismus und sich selbst oder anderen etwas beweisen wollen. Dabei handelt es sich häufig um intellektuelle Personen, die eigentlich sowieso schon über viele Ressourcen und Talente verfügen.

Außerdem gibt es das sogenannte multifaktorielle Modell, welches bestimmte Entstehungsbedingungen von Essstörungen aufzeigt. Es werden alle Bereiche (biologisch, soziokulturell, familiär, individuell, kognitiv) mit den Patientinnen in der Therapie durchgegangen. Welche Schicksalsschläge gab es beispielsweise in der Familie, hat die Betroffene einen niedrigen Selbstwert, spielt Perfektionismus eine Rolle oder ist eine körperliche Unzufriedenheit vorhanden? Diese und noch viele andere Leitfragen werden besprochen. Das durch Medien verbreitete Schlankeitsideal, Fotoshopping, Models usw. begünstigen ebenfalls an einer Magersucht zu erkranken

In der kognitiven Verhaltenstherapie werden solche Glaubenssätze/ Grundannahmen wie „Ich darf keine Fehler machen“, „Ich muss dünn sein“ „Ich muss perfekt sein“ besprochen und versucht abzutrainieren. Oft spielt eine falsche Erziehung zum Beispiel in Form von zu viel Motivation und Lob eine entscheidende Rolle.

Natalie: Renate Feistner spricht von einem psychischen Hunger (S.60). Patientinnen müssen lernen, ihre Gefühle und Bedürfnisse richtig einzuordnen, beispielsweise mithilfe der kognitiven Umstrukturierung. Ist es also auch notwendig für die Patientin selbst, dass sie die Funktion der Symptomatik versteht, um Alternativen kennenzulernen?

Dr. Doris Weipert: Alle psychosomatischen Erkrankungen dienen der Emotionsregulation. Gefühle werden unangemessen zum Ausdruck gebracht. Ein Mensch im Hungerzustand fühlt ohnehin weniger, die Gefühle verflachen. In dem sich dann der körperliche Zustand verbessert, werden Gefühle stärker und mehr und intensiver ausgelebt. Für viele ist dies beängstigend, da Emotionen als etwas Unkontrollierbares erscheinen. Der Wunsch nach Kontrolle und Selbstbestimmung ist bei Patientinnen überstark. Es ist nur wenig Flexibilität, dafür jedoch eine Überstruktur vorhanden.

Ida: Welche Rolle spielen das Selbstwertgefühl und die Identität bei der Krankheit bzw. der Genesung und wie sind diese vernetzt?

Dr. Doris Weipert: Problematisch ist, dass Patientinnen ihren Selbstwert häufig mit Selbstsicherheit verwechseln. Sie denken, sie sind nur gut, wenn sie von anderen bewundert werden und Anerkennung erfahren. Dass jeder Mensch unterschiedlich ist und dass das auch gut so ist, müssen sie erst lernen. Außerdem ist es ganz wichtig, dass sie sich selbst mögen und akzeptieren lernen, denn genau das macht den Selbstwert aus. Es geht dabei nicht um Leistungsbeweise, um den Selbstwert zu manifestieren.

Natalie: Renate Feistner spricht von Faktoren, die eine Heilung blockieren können. Welche Umstände sind das, die sich negativ auf den Heilungsprozess auswirken und eine Heilung behindern können?

Dr. Doris Weipert: Wenn sich jemand nicht auf die Therapie einlässt oder die therapeutischen Absprachen missachtet. Dann ist es oft auch so, dass mit der Essstörung andere psychische Störungen und psychiatrische Diagnosen einhergehen wie Depression, Angstzustände, Zwangsstörungen, nicht selten können auch Borderline und sexueller Missbrauch eine große Rolle spielen. Hinzu kommen oft eine soziale Isolation und mangelndes Interesse an anderen Aktivitäten, weil Betroffene von der Krankheit so eingenommen sind. Es können ebenfalls medizinische Komplikationen auftreten, die durch die Essstörung bedingt sind. Ich habe beispielsweise momentan eine Patientin, die kaum noch Zähne im Mund hat und ständig bei

Zahnbehandlungen ist und dadurch bedingt auch nur erschwert etwas essen kann. Jeder, der schonmal einen Zahn gezogen bekommen hat oder Ähnliches, weiß, wie schnell man zwei Kilo abnimmt.

Ich denke, in erster Linie liegt es aber an der mangelnden Unterstützung der Familie. Deswegen finde ich es auch unglaublich wichtig, die Angehörigen mit einzubeziehen. Es gibt aber auch Angehörige, die nicht dazu bereit sind, sich an dem Prozess der Genesung zu beteiligen.

Natalie: Erleben Sie es denn häufig, dass die Krankheit gerade von Angehörigen unterschätzt wird und dass Magersucht nur als Wunsch angesehen wird, dünn zu sein, ohne die Ernsthaftigkeit dahinter zu sehen?

Dr. Doris Weipert: Ja, es wird leider häufig runtergespielt und bagatellisiert. Oder es wird so etwas gesagt wie: „Naja, Du warst ja immer schon so dünn.“ Das sind auch die gefährdeten Menschen. Die, die pummelig waren in der Pubertät und dann gehänselt worden sind und dadurch abgenommen haben bis in die Magersucht rein, aber auch diejenigen, die immer schon auffällig dünn waren und dann von BMI 17/18 runtergerutscht sind auf BMI 14/15.

Ida: Die vollständige Heilung ist ein langer Prozess. Was haben Sie für Erfahrungen gemacht, wie lange ein Heilungsprozess durchschnittlich dauert?

Dr. Doris Weipert: Ich würde sagen im Schnitt drei Jahre. Aber selbst, wenn eine Gesundung möglich ist, heißt das nicht, dass es nicht eventuell Rückfälle geben kann. Ich denke, jemand, der Magersucht hatte, muss das schon immer im Auge behalten und sollte dennoch sich häufiger als jemand, der keine Magersucht hatte, auf die Waage stellen. Ich finde, gar nicht wiegen ist genauso pathologisch wie 5 Mal am Tag wiegen. Es reicht ja 1-2 Mal im Monat. Das ist wie bei einem ehemaligen Krebspatienten. Der sollte auch in regelmäßigen Abständen Untersuchungen machen lassen, ob er nach wie vor gesund ist. Die Gefahr ist groß, dass vielleicht innerhalb von drei Jahren plötzlich wieder sechs Kilo verloren gegangen sind. Das kann radikal sein oder sehr langsam. Patientinnen kommen selten an einen BMI von 21/22, sondern halten einen BMI von 19/20 gerade so. Sechs Kilo sind zwei BMI Schritte, wodurch Betroffene schnell wieder in einem magersüchtigen Bereich angelangt sind. Viele ehemalige Anorexiepatientinnen haben kein Gefühl dafür, abgenommen zu haben oder beabsichtigen es nicht, weil sie vielleicht aktiver sind oder emotionalen Stress haben. Sie können mit einer regelmäßigen Gewichtskontrolle rechtzeitig dagegen agieren. Die neue Grenze für die Magersucht ist jetzt 18,5, was ich als sehr sinnvoll erachte. Erst bei einem BMI von 19 werden die Hormone aktiv und auch in den medizinischen Büchern steht ganz klar, dass eine Anorexie dann als geheilt betrachtet werden kann, wenn sechs gesunde Menstruationszyklen zur Verfügung gestellt werden. Dieser Marker wird nicht im Buch von Frau Feistner erwähnt.

Natalie: Wie viele Patientinnen werden ungefähr rückfällig?

Dr. Doris Weipert: Ich denke, etwa die Hälfte kann geheilt werden. 25% bleiben in einem magersüchtigen Kreis, aber nicht ganz so dramatisch. Diese Patientinnen bleiben dann bei einem BMI um 17 herum, schaffen es aber nicht in einen gesunden Bereich. 10-15 % sterben und einige Patientinnen brechen die Therapie ab, bei denen man dann nicht weiß, was aus ihnen geworden ist. Rückfälle würde ich schon ungefähr bei 10-20% ansehen, diese sind dann in der Regel nicht ganz so dramatisch. Aber auch das kann vorkommen.

Ida: Was sind förderliche Faktoren für eine Heilung?

Dr. Doris Weipert: Förderlich ist natürlich, wenn Patientinnen frühzeitig in eine Behandlung kommen und wenn sie einsichtig sind. Häufig sind sie aber anfangs überhaupt nicht einsichtig und man muss erstmal an der Krankheitseinsicht arbeiten. Die Therapiemotivation ist sehr wichtig, also dass die Betroffenen bereit sind, kontinuierlich mitzumachen. In einer ambulanten Therapie kann man allerdings langsamere Schritte machen als in einer stationären.

Natalie: Sagen Sie denn am Anfang einer Therapie etwas bezüglich der Heilungschancen? Renate Feistner erwähnt relativ zu Beginn, dass es wichtig ist, dort Mut zu machen, weil viele nicht richtig mitarbeiten, wenn sie hören, sie würden vermutlich ihr Leben lang mit der Erkrankung zu tun haben. Patientinnen gehen so häufig schon ohne Motivation an die Therapie heran.

Dr. Doris Weipert: Das ist ein guter Hinweis für die Zukunft. Ich habe es so noch nicht formuliert, aber wenn Betroffene negativistisch und pessimistisch sind, sage ich schon, ich sehe Heilungschancen, dass es aber auch davon abhängt, inwieweit sie bereit sind, sich darauf einzulassen. Ich kann nur Wege aufzeigen, aber die Wege müssen die Patienten dann selbst gehen und da ist dann die Frage, ob sie tatsächlich bereit dazu sind. Mit manchen Patienten bieten wir eine kleine Mahlzeit an, weil sie zuhause nicht gegessen haben. Für viele Essgestörte ist es sehr schwer, sich auf das Essen einzulassen. Das ist für Nichtessgestörte kaum nachvollziehbar. Sie fühlen sich währenddessen wie in einer Prüfung und sind sehr angespannt und lassen sich schnell stören, zum Beispiel durch Kommentare der Tischnachbarn. Es ist zwar wichtig, dass auch in Gemeinschaft gegessen wird, aber es sollten keine negativen Bemerkungen gemacht werden, wie: „So wenig hast du dir nur genommen?“ oder „Willst du damit satt werden?“, anstatt erst einmal abzuwarten.

Natalie: Also kommen auch Angehörige zu Gesprächen?

Dr. Doris Weipert: Ja, wir machen auch Angehörigen-Gesprächskreise. Gerade bei jüngeren Patientinnen ist das dringend nötig, aber auch die sind nicht immer bereit zu kommen. Da beneide ich manchmal ein wenig die Kliniken. Die sind da radikaler, das ist Teil des Konzepts, das muss sein und es wird von der Krankenkasse bezahlt. Hier sind einige Therapiebausteine

dann eigenständig zu bezahlen. Und das hält dann die Patienten leider davon ab. Innerhalb der Integrierten Versorgung werden die Therapiebausteine von einigen BKKs seit 2005 bezahlt. Schade, dass nicht alle gesetzlich Versicherten von diesem Vorteil profitieren können.