

Universität Klagenfurt
Institut für Psychologie



Bachelorarbeit

AUS-Weg - Aufenthalt Klinik

**Welche Rolle spielt der Klinik-Aufenthalt im Genesungsprozess anorektischer Patientinnen -
Ideen und Vorschläge zur Gestaltung eines Therapieplans im stationären Setting**

Jasmin Merl

11772610

Wintersemester 2022

Betreuerin
Ao. Univ.-Prof.Mag.Dr.Brigitte Jenull
Alpen – Adria – Universität Klagenfurt

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere an Eides statt, dass ich

- die eingereichte wissenschaftliche Arbeit selbstständig verfasst und andere als die angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe;
- die während des Arbeitsvorganges von dritter Seite erfahrene Unterstützung, einschließlich signifikanter Betreuungshinweise, vollständig offengelegt habe;
- die Inhalte, die ich aus Werken Dritter oder eigenen Werken wortwörtlich oder sinngemäß übernommen habe, in geeigneter Form gekennzeichnet und den Ursprung der Information durch möglichst exakte Quellenangaben (z.B. in Fußnoten) ersichtlich gemacht habe;
- die Arbeit bisher weder im Inland noch im Ausland einer Prüfungsbehörde vorgelegt habe und dass
- die zur Plagiatskontrolle eingereichte digitale Version der Arbeit mit der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine tatsächenswidrige Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

(Unterschrift)

(Datum,Ort)

Inhaltsverzeichnis

1 Forschungsstand und Forschungslücke	5
2 Anorexia Nervosa	6
2.1 Prävalenz	6
2.2 Diagnosekriterien	7
2.3 Risiken und Langzeitfolgen	8
2.4 Therapiekonzepte.....	9
2.4.1 Beispielhaftes stationäres Konzept für Anorexie-Patienten	10
2.4.2 Konzept Tagesklinik	11
3 Methodische Vorgehensweise	12
3.1 Zielsetzung.....	12
3.2 Untersuchungsdesign	12
3.3 Datenerhebung.....	12
3.4 Studiendesign und Stichprobe	14
3.4.1 Merkmale der Gesprächspersonen	14
3.5 Datenaufbereitung	15
3.6 Datenauswertung	15
4 Ergebnisdarstellung	16
4.1 Klinikaufenthalt	16
4.1.1 Therapie/Station.....	16
4.1.2. Personal	17
4.1.3 Verhaltensanpassung	18
4.2. Krankheitsgeschichte/Krankheitserleben	19
4.2.1 Kontrolle	19
4.2.2 Leistungsanspruch	20
4.2.3 Umfeld/Familie.....	21
4.3 Zukunftsaussichten/Verbesserungsvorschläge	22
4.3.1 Selbstbestimmungsrecht.....	22
4.3.2 Gewichtsklassen	22
4.3.3 Aufenthaltsdauer.....	23
4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	24
4.5 Beziehung der Ergebnisse zu früherer Forschung	26
5 Therapievorschläge seitens der Patientinnen	26
5 Fazit	28

Endwort	29
Danksagung	30
Literaturverzeichnis	31
Abbildungsverzeichnis	33

Abstract

„Das Leben ist wie ein weißes Blatt Papier – unsere Aufgabe besteht darin, dieses Blatt bis an unser Lebensende mit Farben und Formen zu füllen“ (Merl)

Dieses Zitat stammt von einer ehemaligen anorektischen jungen Frau, welche nach jahrelangem Kampf gegen die Magersucht und einem mehrmonatigen stationären Aufenthalt die Krankheit besiegt hat und in ein Leben voller Tatendrang und Motivation starten konnte, ohne diese Krankheit weiterhin wie einen Schatten hinter sich nachzuziehen. Doch leider ist ihr Siegeszug eher eine Seltenheit, nur wenige Betroffene schaffen den Weg aus der Magersucht zurück in ein Leben voller Gesundheit und Kraft.

Diejenigen, die die Krankheit überwinden, haben einen langen Weg hinter sich – nicht zu unterschätzen ist hier der Rückhalt und die Hilfe von der Familie, Freund/innen, Angehörigen, aber auch professionelle Unterstützung von Psychotherapeut/innen und Ärzt/innen. Eine große Rolle für die Behandlung spielt auch der stationäre Aufenthalt in einer dafür spezialisierten Klinik. Betroffene werden hier auf ihrem Weg zur Genesung von Expert/innen abgeholt, und gemeinsam wird an einem Behandlungsplan zur Gewichtszunahme und einem Therapieziel für den Klinik-Aufenthalt gearbeitet. Für viele ist der erste Schritt, sich in einer Klinik behandeln zu lassen, nur sehr schwer zu gehen. Scham und Schuldgefühle sind einige der Gründe, warum viele Betroffene sich gegen solch einen Aufenthalt entscheiden, beziehungsweise ein Klinikbesuch erst als letzte Möglichkeit in Frage kommt.

Ich selbst litt in meiner Jugend über Jahre hinweg an Magersucht und erst ein mehrmonatiger Aufenthalt in einer Klinik verhalf mir zur vollkommenen Genesung. Bis zu diesem Zeitpunkt war ich der Meinung, dass Ärzte und das Krankenhaus an sich unwirksam wären, doch ich wurde eines Besseren belehrt. Mit vorliegender Arbeit möchte ich jenen Betroffenen, die einen stationären Aufenthalt in Betracht ziehen, einen realitätsnahen Einblick in dieses Setting geben und womöglich bestehende Ängste und Vorurteile entkräften. Mithilfe der Betroffenen-Interviews möchte ich bei bereits bestehenden Therapiekonzepten im stationären Setting ansetzen und mögliche Vorschläge zur Verbesserung in Form eines beispielhaften Therapieplans miteinfließen lassen.

Einleitung

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle ein Klinikaufenthalt für anorektische Patienten/Patientinnen spielt. Aufgrund der jährlich steigenden Prävalenz-/ als auch Mortalitätsrate der an Magersucht Erkrankten, steigt auch die Relevanz einer akkuraten Gesundheitsversorgung (van Eeden, van Hoeken, & Hoek, 2021). Einerseits existiert bereits eine Vielzahl an möglichen Therapieformen, welche der Behandlung von Magersucht dienen und Betroffene am Weg der Genesung unterstützen. Andererseits kann es jedoch Schwierigkeiten bereiten, sich zwischen den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten – stationärer Aufenthalt, ambulante Einrichtungen, Tageskliniken, etc... - zurechtzufinden, da auch jeder und jede Betroffene individuelle Voraussetzungen und unterschiedliche Grade an Motivationsbereitschaft für den Therapie-Erfolg mitbringt. Bislang wurden viele wissenschaftliche Publikationen und Studien zur Wirksamkeit eines stationären Aufenthalts zur Behandlung von Magersucht veröffentlicht, jedoch hauptsächlich von Forschern/innen, Psychotherapeuten/innen und Mediziner/innen (Gowers et al., 2007). Dieser einschlägige Perspektive hat mir den Anlass dazu gegeben, die Seite der Patienten/innen in das Blickfeld zu rücken und nach ihren Erlebnissen und Erfahrungen während eines Klinik-Aufenthalts zu fragen. Ich finde, dass eine Therapie kein einseitiges Vorgehen sein sollte, die Anwendung eines standardisierten Behandlungskonzeptes für eine spezifische Störung allein verspricht noch lange keine Genesungs-Garantie. Der/Die Patient/in müsste in den Entscheidungsprozess der Behandlung miteinbezogen werden, und auch seine Behandlungspräferenzen frei äußern können. Dieses Konzept wird seit einigen Jahren auch unter dem Begriff der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ vertreten, in welchem Patienten/innen und Ärzte/innen als gleichberechtigte Therapie-Partner/innen angesehen werden, und auch gemeinsam den Behandlungsplan erarbeiten (Bieber et al., 2016). Auf dieser Grundlage basierend möchte ich mithilfe zweier ehemaliger stationären Patientinnen deren persönliche Klinik-Erfahrungen in den Fokus rücken. Durch ihre Aussagen möchte ich erläutern, welche Kriterien entscheidend für ihren Krankenhaus-Aufenthalt waren, aber auch welche Zweifel gegenüber der Klinik im Vorfeld existieren. Weiters möchte ich auf ihre Ideen zur Verbesserung des Behandlungskonzeptes eingehen, und gemeinsam einen Therapieplan, der ihren Bedürfnissen entsprechen würde, erarbeiten. Zusätzlich werde ich noch erläutern, welche weiteren Faktoren im stationären Setting für die Genesung der Patientinnen eine bedeutende Rolle spielen – etwa das Krankenhaus-Team und die Selbstwirksamkeit der

Betroffenen. Das Ziel vorliegender Arbeit ist, aufzuzeigen welche Rolle der stationäre Aufenthalt zur Behandlung von Anorexia Nervosa spielt, welche Meinungen und Wünsche ehemalige Betroffene zu ihrem Aufenthalt vertreten, als auch welche Vorurteile gegenüber dieser Behandlungsmethode existieren können. Ich nehme an, dass ein Aufenthalt in einer Klinik den Betroffenen zwar einiges an Überwindung kostet, im Nachhinein aber eine sehr wirksame und auch langfristig hilfreiche Methode sein kann, um wieder in ein gesundes Leben zurückzukehren. Mit dieser Arbeit möchte ich neue Erkenntnisse bezüglich des stationären Settings für anorektische Patientinnen gewinnen, als auch Betroffenen sowie Außenstehenden die Chance bieten, sich einen realitätsgetreuen Einblick in dieses Setting zu verschaffen.

1 Forschungsstand und Forschungslücke

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Therapiekonzepten zur Behandlung von Anorexia Nervosa. Jede Institution arbeitet mit verschiedensten Konzepten und Therapieplänen, welche zwar vom Österreichischen Gesundheitsverband ausgiebig geprüft wurden, jedoch die Patient/innen-Perspektive vollkommen außer Acht lassen. Während der Rechercharbeit für diese Forschungsfrage ist aufgefallen, dass sich die Mehrheit der Fachartikel auf die Perspektive des therapeutischen Fachpersonals bezieht. Logischerweise ist die Expert/innenmeinung unumgänglich, um einen fachgerechten Einblick in das stationäre Setting zu geben. Allerdings sollte auch der Blickwinkel der Betroffenen selbst erfragt werden. Während der systematischen Literaturrecherche fielen nur wenige Studien auf, welche sich explizit mit den Meinungen und Eindrücken von stationären Patient/innen bezüglich ihres Klinikaufenthalts beschäftigten. Vor diesem Hintergrund wurde die Entscheidung getroffen, genau diese Thematik in vorliegender Bachelorarbeit zu untersuchen. Die Erfassung der Perspektive von Betroffenen stellt einen wichtigen Faktor dar, um ein umfassendes Verständnis des stationären Settings zu erlangen, welches zwischen den Meinungen von Fachexperten und den Erfahrungen der Betroffenen vermittelt. Um eine vertiefte Auseinandersetzung mit dieser spezifischen Essstörung zu ermöglichen, wird im folgenden Kapitel die Anorexia Nervosa als Krankheit vorgestellt und ihre Prävalenz- und Mortalitätsraten, diagnostischen Kriterien, Risiken und Langzeitfolgen sowie die relevanten Therapiekonzepte beleuchtet

2 Anorexia Nervosa

2.1 Prävalenz

Die Notwendigkeit, an Magersucht Erkrankte akkurat zu behandeln liegt einerseits an der zunehmend hohen Mortalitätsrate, andererseits in den überaus schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen, welche die Lebensqualität der Betroffenen um ein Vielfaches einschränken. Der durch die eingeschränkte Nahrungsaufnahme unterversorgte Körper schaltet in einen Überlebensmodus, wobei die lebensnotwendigen Mechanismen wie Atmung, Blutkreislauf und Herzschlag so gut wie möglich aufrechterhalten werden. Je nach Gewichtsverlust und Schweregrad der Krankheit werden Vorgänge, welche nicht lebensnotwendig sind, wie der monatliche Zyklus oder auch das Haar-/Nagelwachstum stark eingeschränkt. Zur Hauptrisikogruppe für Anorexia nervosa zählen Frauen im Alter von 13-30 Jahren aus westlichen Industrieländern. Die Prävalenzrate für Magersucht wird im Jahr 2021 bei Frauen mit 4% angesetzt, bei Männern liegt der Prozentsatz bei 0.3% (van Eeden et al., 2021).

Goldberg et al.(2022) bestätigten in ihrer Studie "The effect of COVID-19 pandemic on hospitalizations and disease characteristics of adolescents with anorexia nervosa", dass sich seit Beginn der Corona-Pandemie ein signifikanter Anstieg der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Anorexia Nervosa bei Jugendlichen verzeichnen lässt.

Ein weiterer Grund, warum die akkurate Behandlung von Anorexia nervosa eine hohe Relevanz hat, ist laut Interviewpartnerin 2, dass

„ [...] die Essstörung eine sehr tückische Krankheit ist und sehr viel mit Lügen verbunden ist. Und..mit...ähm nicht hinschauen wollen“. (Fall 2, Pos. 586)

Aufgrund des Verhaltens vieler Betroffener, ihre Essproblematik beispielsweise durch das Tragen weiter Kleidung oder das Vortäuschen von Ausreden, um dem Essen zu entgehen, zu verbergen, kann es lange dauern, bis Veränderungen im körperlichen Erscheinungsbild von außenstehenden Personen bemerkt werden.

2.2 Diagnosekriterien

Unter Magersucht, in der Fachsprache auch „Anorexia nervosa“, wird eine der schwerwiegendsten Formen einer Essstörung verstanden. Im DSM-5, dem Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen, findet man diese Krankheitsform im Kapitel F50.0 und wird anhand folgender Kriterien vergeben:

A: Körpergewicht, welches unter dem Minimum des für Alter und Größe normalen Gewichts liegt

Dieses Kriterium setzt eine eingeschränkte Energieaufnahme in Relation zum individuellen Energiebedarf voraus. Infolgedessen liegt das Körpergewicht der/des Betroffenen unter 85% des für Alter und Geschlechts normal angesehenen Gewichts. Mittels des medizinischen Kennwerts des Body-Maß-Index (kurz: BMI) wird dieser Wert berechnet. Im Handbuch für Essstörungen und Adipositas von Herpetz et al. (2022, S.21) wird, angelehnt an das DSM-V, zwischen den aktuellen Schweregraden des Untergewichts anhand von BMI-Grenzen unterschieden.

- Leichtes Untergewicht > 17 kg/m²
- Mittleres Untergewicht > 16-16.99 kg/m²
- Schweres Untergewicht > 15-15.99 kg/m²
- Extremes Untergewicht > 15 kg/m²

B: Angst vor Gewichtszunahme und/oder Dickwerden

Der/die Betroffene hat trotz bestehenden Untergewichts eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme.

C: Störung in der Wahrnehmung und Empfindung der eigenen Figur

Wahrnehmung und Empfindung gegenüber dem eigenen Körper sind gestört, Betroffene sehen sich selbst als viel dick an und definieren ihren Selbstwert über die Zahl auf der Waage oder über den Umfang bestimmter Körperteile.

Bis zum Jahr 2016 existierte noch ein weiteres Kriterium (D), welche dysfunktionalen Körperfunktionen im Sinne einer Amenorrhö bei Frauen vorausgesetzt hat. Ursache für den Ausschluss des Kriteriums ist, dass das Ausbleiben der Monatsblutung nicht bei allen Betroffenen nachgewiesen werden konnte, und das Kriterium auch nicht für Männer anwendbar ist (Herpetz, 2022).

Nicht außer Acht zu lassen ist jedoch die Tatsache, dass das reduzierte Körpergewicht der Betroffenen und deren geringe Nahrungszufuhr den Organismus sehr belastet. Der Körper stellt einige Aufgaben ein und fokussiert sich nurmehr auf die Erhaltung lebensnotwendiger Prozesse wie Atmung und Herzschlag. Im folgenden Abschnitt wird konkret auf weitere Risiken und Langzeitfolgen der Anorexia Nervosa eingegangen.

2.3 Risiken und Langzeitfolgen

Anorexia Nervosa gehört zu jenen Störungsbildern mit den höchsten Mortalitätsraten unter den psychischen Erkrankungen, daher steht die frühzeitige und fachgerechte medizinische Behandlung im Vordergrund. In einer Langzeitstudie von Arcelus et al. (2011) wurde festgestellt, dass das Mortalitätsrisiko für Anorexia-Nervosa Patient/innen 5.10 % beträgt, wobei 1.3% auf Selbstmord zurückzuführen sind. Hervorgeben werden sollen an dieser Stelle auch die gesundheitlichen Langzeitfolgen der Erkrankung. Im Fachartikel „Long term consequences of anorexia nervosa“ schreiben Meczekalski et al. (2013), dass sich bei langanhaltender Krankheit vor allem Herzprobleme, welche auch im EKG deutlich sichtbar sind, bemerkbar machen können. Zudem tritt bei 15-30% der betroffenen Frauen das Ausbleiben der Periode als Folgesymptom der Unterernährung auf. Demzufolge steigt das Risiko einer Fehlgeburt und/oder Komplikationen bei einer Schwangerschaft, da der Hormonhaushalt durch die langfristige Ernährung aus dem Gleichgewicht geraten ist. Eine der schwerwiegendsten körperlichen Langzeitfolgen ist der Einfluss der Magersucht auf den Knochenstoffwechsel. Da das erstmalige Auftreten von Anorexia nervosa meist im Jugendalter diagnostiziert wird, besteht die Gefahr, dass vor allem Frauen im späteren Leben ein erhöhtes Risiko für Osteoporose und Knochenbrüche entwickeln. Bedingt durch die reduzierte Nahrungsaufnahme treten auch vermehrt gastrointestinale Probleme bei Magersüchtigen auf. Die Beschwerden können von Bauchschmerzen während/nach der Nahrungsaufnahme, über Verstopfung und verzögerte Magenentleerung bis hin zu einer verzerren Struktur der Magenwand führen. Auch wenn sich Betroffene dazu entschließen, sich auf eine professionelle Behandlung einzulassen und ihr Körpergewicht zu steigern, so kann die erhöhte Nahrungsaufnahme zu Beginn der Therapie oft mit einhergehenden Schmerzen verbunden sein, da sich der Magen erst wieder an die normale Größe der Mahlzeiten gewöhnen muss (Meczekalski, Podfigurna-Stopa, & Katulski, 2013). Die Therapiekonzepte spezialisierter Einrichtung sind so aufbereitet, dass Betroffene während des Aufenthalts auch medizinische Aufklärung darüber erhalten, welche biochemischen

Vorgänge in ihrem Körper stattfinden, um somit auch ein besseres Verständnis für die körperlich stattfindenden Veränderung zu bekommen.

2.4 Therapiekonzepte

Die Behandlungsmöglichkeiten für Anorexia Nervosa sind vielfältig, je nach Schweregrad der Erkrankung und Therapiemotivation der Betroffenen lassen sich verschiedene Konzepte unterscheiden. Neben ambulanten Besuchen zur regelmäßigen Gewichtskontrolle existieren auch tagesklinische Einrichtungen, in welchen die Betroffenen nur tagsüber therapiert und den Klinikalltag hautnah miterleben können. Ein weiteres Setting stellt der stationäre Aufenthalt in einer Klinik dar, welcher sich über einen längeren Zeitraum - mehrere Wochen bis Monate - erstreckt und dem Patienten/der Patientin somit ein komplett neues Umfeld zur Genesung bietet. Stationäre Therapiekonzepte zur Behandlung von Essstörungen sind überwiegend multifaktoriell aufgebaut – das bedeutet, dass sich der Therapieprozess auf mehreren Ebenen (biologische, psychologische, soziale, ect...) abspielt. Während des Aufenthalts steht an oberster Stelle die körperliche Gesundheit - das Körpergewicht der Betroffenen zumindest zu stabilisieren und im besten Fall auch zu steigern. In der aktuellen Literatur findet sich zur Behandlung für Anorexia Nervosa im stationären Setting vermehrt der Begriff des integrativ arbeitenden multimodalen Therapiekonzeptes. Darunter wird ein Therapieplan verstanden, welcher sich aus verschiedensten Arten von Einzel-/als auch Gruppentherapien zusammensetzt und mit einem individuell orientierten, verhaltenstherapeutischen Plan arbeitet. Im Vordergrund steht hierbei die Gewichtszunahme/– Stabilisation, als auch die Normalisierung des Essverhaltens der/des Patienten/in (Hansen et al., 2005). Halmi (2005) erläutert in ihrem Fachartikel „The multimodal treatment of anorexia nervosa“, welche Bedeutung den einzelnen therapeutischen Schulen zur Behandlung von Magersucht zukommen. Der behaviorale Ansatz ist ihrer Meinung nach hilfreich, damit Betroffene lernen, ihr gesteigertes Körpergewicht anzunehmen, und um gleichzeitig das Risiko möglicher Rückfälle zu mindern. Die Kognitive Schule dahingegen versucht, die verzerrte Selbstwahrnehmung gegenüber dem eigenen Körperbildes aufzulösen, hierbei wird oft mit dem Ansatz der „Kognitiven Umstrukturierung“ gearbeitet. Bei dieser Vorgehensweise arbeiten Betroffene daran, die negativen Gedanken gegenüber ihrem Körperbild herauszufinden und diese mithilfe verschiedener Strategien aufzulösen. Weitere hilfreiche Faktoren für den kognitiven Ansatz

sind die Kontrolle und Überwachung. Hierfür werden die Betroffenen gebeten, täglich Auflistungen ihrer Nahrungsaufnahme zu machen, um somit einen Überblick über die Kalorienzufuhr zu bekommen. Diese Art der Überwachung dient einerseits dazu, den Patient/innen zu verdeutlichen, welche Menge an Nahrung für sie ausreichend/nicht ausreichend ist, andererseits um ihnen ein Stück weit jene Kontrolle, die sie an die Magersucht abgegeben haben durch die Magersucht zurückzugeben (Halmi, 2005). Auch Interviewpartnerin 1 berichtete, während ihres Klinikaufenthalts mit einem Ampelsystem eingestuft worden zu sein – dieses Konzepttool stellt eine bekannte Form der Gewichtsüberwachung im stationären Aufenthalt dar. Je nachdem welche Farbe die Ampel angezeigt hat, bekam die Patientin mehr oder weniger Freiheiten während ihres Aufenthalts zugesprochen. Stand die Ampel beispielsweise auf Stufe rot, so befand sich die Patientin aufgrund des zu geringen Körpergewichts im „gefährdeten Bereich“, und sollte das Bett nur zu den Mahlzeiten verlassen. Im grünen Bereich der Ampel wurden die Aufenthaltsregeln für die Patientin gelockert, beispielsweise brauchte sie keine Essbegleitung mehr und durfte die Mahlzeiten ohne Aufsicht einnehmen. Auf die Methode der Überwachung und Kontrolle wird in einem späteren Kapitel noch genauer eingegangen, und die persönlichen Meinungen der Interviewpartnerinnen hinzugezogen.

2.4.1 Beispielhaftes stationäres Konzept für Anorexie-Patienten

Im folgenden Absatz wird ein Auszug aus dem Behandlungskonzept für anorektische Patienten aus dem Universitätsklinikum Graz/Abteilung für Essstörungen (Stand 2016) vorgestellt. Wenn sich eine an Anorexia Nervosa erkrankte Person entschließt, einen stationären Aufenthalt anzutreten, erfolgt nach dem Erstaufnahmegespräch gemeinsam mit dem zuständigen Arzt/Ärztin die Vereinbarung über den Behandlungs- und Therapievertrag während des geplanten Aufenthalts. Neben Zielgewicht und Ziel-BMI werden auch Termine zur regelmäßigen Gewichtskontrolle (meist täglich durch das Pflegepersonal) ausgemacht, in Ausnahmefällen können auch unangemeldete Gewichtskontrollen erfolgen. Für Anorexie-Patient/innen wird ein Essensprotokoll vorgesehen, welches täglich zu führen ist. Für die Patient/innen sind am Tag drei Hauptmahlzeiten im Speisesaal, sowie zwei Zwischenmahlzeiten nach Vereinbarung vorgesehen. Gemeinsam mit dem/der Diätologen/in der Station wird ein individuell abgestimmter Essens-Plan für den Aufenthalt zusammengestellt, in welchem die tägliche Energiezufuhr (kcal) zur Gewichtssteigerung festgelegt und auf die Mahlzeiten aufgeteilt wird. Weiters wird im Essensplan auch Rücksicht

auf etwaige Unverträglichkeiten und/oder Essensvorlieben der/des Patienten/in genommen. Zusätzlich zu den Mahlzeiten kann, bei starkem Untergewicht, eine oder zwei Portionen einer hochkalorische Trinknahrung zB Fresubin verordnet werden. Nach jeder aufgenommenen Mahlzeit wird für den/die Patienten/in eine Ruhepause von 30-60 Minuten am Zimmer vorgesehen. Die Teilnahme an den Therapieleistungen der Station hängt ganz vom Gewichtsbereich der/des Betroffenen ab, fällt das Gewicht unter eine gewisse BMI-Grenze wird die Teilnahme an diversen Therapieangeboten so lang untersagt, bis sich das Gewicht wieder stabilisiert hat. Weiters werden im Behandlungsvertrag auch Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung der Regeln, und auch bei Gewichtsabnahme festgelegt. Diese können sich in einer Bewegungsrestriktion (Ausgang nur vor das Klinikgebäude), das Streichen von Therapieangeboten, einer zusätzlichen Trinknahrung pro Tag bis hin zur vorzeitigen Beendigung des Aufenthalts und Entlassung äußern (Lahousen-Luxenberger, 2016).

2.4.2 Konzept Tagesklinik

Ein neuartiges Konzept zur Behandlung von Anorexia Nervosa stellt die Betreuung von Essstörungspatient/innen in einer Tagesklinik dar.. Eines der ersten dieser Art wurde von Frau Priv. Doz. Dr. Theresa Lahousen-Luxenberger, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Universitätsklinikum Graz gegründet. Fokus der Tagesklinik liegt dabei auf der, dem stationären Therapieplan ähnlichen Behandlung zur Gewichtsstabilisierung/-zunahme, sowie auch die damit einhergehende Psychotherapeutische Behandlung. Nach dem Tagesprogramm werden die Teilnehmer/innen aus der Klinik entlassen. Das Programm der Tagesklinik besteht montags, mittwochs und donnerstags – zusätzlich zum normalen stationären Therapieprogramm der Klinik. Die Vorteile dieses Behandlungskonzeptes sind eindeutig, aus Sicht der Patienten lässt sich festhalten, dass der Hauptbenefit in dem dichten Therapieprogramm besteht, da auch die Teilnahmedauer für den Tagesklinik-Besuch auf maximal 4 Wochen angesetzt wird, und somit die vorhandene Zeit maximal effektiv genutzt wird. Ein weiterer Vorteil besteht in der direkten Integration der erlernten Therapie-Skills zuhause, da die Teilnehmer/innen nicht über Nacht in der Klinik bleiben. Dieser direkte Kontakt mit dem Alltag wird für die meisten Patient/innen als sehr hilfreich wahrgenommen. Weiters werden durch das Angebot der Tagesklinik die familiären Strukturen entlastet, gleichzeitig aber auch die Selbstfürsorge der Patient/innen gestärkt (Lahousen-Luxenberger, Konzept Tagesklinik, 2023). Diese Alternative zum stationären Setting vereint die Vorteile

des Klinikaufenthalts zur Behandlung der Magersucht, ohne dabei die Patient/innen von ihrem familiären Umfeld zu isolieren.

3 Methodische Vorgehensweise

In diesem Kapitel wird mein Forschungsprozess, der an der qualitativen Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung nach Mayring ausgerichtet ist, erläutert. Im Rahmen vorliegender Arbeit habe ich mich für ein qualitatives Leitfaden-Interview entschieden, um möglichst viele Informationen über die Erlebnisse der Patient/innen zu bekommen. Im folgenden Abschnitt wird der Auswertungsprozess, die Auswahl der Interview-Partner/innen und der Interview-Ablauf näher erläutert. Den Zum Abschluss dieses Kapitel werden die gefundenen Ergebnisse tabellarisch in Haupt-/und Unterkategorien dargestellt

3.1 Zielsetzung

Das Ziel vorliegender Arbeit ist herauszufinden, welche Rolle der stationäre Aufenthalt für anorektische Patient/innen im Genesungsprozess spielt. Die Überlegung war hierbei aufzuzeigen, welche Faktoren aus den aktuellen Therapiekonzepten für Betroffene während des Klinikaufenthalts am hilfreichsten sind, aber auch welche Bedingungen sich eher ungünstig auf die Patientinnen ausgewirkt haben. Gemeinsam mit den Befragten wurden die vergangenen Klinikerfahrungen eruiert, zusätzlich wurde Raum für Vorschläge eines idealen Therapieplans gegeben.

3.2 Untersuchungsdesign

Für diese Forschung wurde ein qualitativer Zugang verwendet, da die offene Fragestellung an einer kleinen Untersuchungseinheit untersucht wird und sich an den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen orientiert. Daher entschied ich mich für die Beantwortung meiner Forschungsfrage für den Einsatz eines Leitfaden-Interviews. Da die Daten erstmalig erhoben wurden, handelt es sich um eine Primäranalyse der Daten und somit eine explorative, d.h. eine gegenstandsbeschreibende Studie. Dieser Forschungsansatz arbeitet hermeneutisch, indem ein bestimmtes Textmaterial – in diesem Fall die vorliegenden Leitfadeninterviews - analysiert werden und mit den daraus erhaltenen Informationen die gestellte Forschungsfrage beantwortet wird (Bortz & Döring, 2016).

3.3 Datenerhebung

Für die Erhebung der Daten habe ich mich für Leitfragen-Interview entschieden, da einerseits durch vorgegebene Fragen ein roter Faden durch das Interview verläuft und der Fragebereich thematisch eingrenzt werden kann. Andererseits wird den Befragten viel Raum für eigene Erzählungen, Interpretationen und Sichtweisen gelassen (Vogt & Werner, 2014)

Der Leitfaden setzt sich aus 3 großen Themenblöcken – Klinikaufenthalt, Krankheitsgeschichte/Krankheitserleben, Zukunftsaussichte - zusammen, welche den strukturierenden Rahmen der Befragung bieten. Im ersten Teil wurden den Teilnehmerinnen spezifischen Fragen über ihren Klinikaufenthalt gestellt, über die dort gesammelten Erfahrungen und Eindrücke. Hierzu zählte auch der wahrgenommene Kontakt zwischen Patient/innen und Fach-/Pflegepersonal. Zugai et al. (2019) erhoben in ihrer Studie "Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives" Erfahrungsberichte von Krankenschwestern auf einer Essstörungsstation, und wie sie die Interaktion mit den Patient/innen wahrgenommen hatten. Diese Studie trägt zur Gestaltung des ersten Fragenblocks bei, da sich die konzipierten Leitfragen unter anderem auf die empfundene Dynamik zwischen Patienten/in, Arzt/Ärztin und Pfleger/in beziehen.

Die Relevanz einer patientenbezogenen Sichtweise verdeutlichen Sibeoni et al. (2016) in ihrer Studie „The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents and professionals: a metasynthesis“. Daher bezieht sich der zweite Block des Leitfadeninterviews auf die Krankheitsgeschichte sowie das Krankheitserleben der Patientin. Im letzten Teil des Leitfadens wurden die Zukunftsaussichten und Perspektiven der Betroffenen erfragt, und sie konnten abschließend Ideen und Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Therapiekonzepte abgeben.

Anbei wird ein Auszug aus dem Leitfaden-Interview vorgestellt:

Block 1 : Klinikaufenthalt

- Wie war der Tagesablauf in der Klinik für Sie?
- Was haben Sie in der Klinik als besonders hilfreich/nicht hilfreich empfunden?

Block 2: Krankheitsgeschichte/Krankheitserleben

- Wie kamen Sie zu dem Entschluss, dass sie einen stationären Aufenthalt machen möchten?
- Haben Sie lange über diese Entscheidung nachgedacht?

Block 3 : Zukunftsaussichten / Verbesserungsvorschläge

- Würden Sie anderen Betroffenen zu einem Klinik-Aufenthalt raten? Warum/Warum nicht?
- Welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie für ihren Klinikaufenthalt?

3.4 Studiendesign und Stichprobe

Wie Bortz & Döring (2016) anmerken, arbeiten qualitative Studien vorzugsweise mit kleinen Stichproben. Daher habe ich im Rahmen meiner Forschungsarbeit Interviews mit zwei ehemaligen anorektischen Patientinnen geführt, welche schon mehrere Klinikaufenthalte hinter sich hatten. Meine Betreuungsprofessorin ermöglichte mir ein Erstgespräch, sowie auch das darauffolgende Interview mit Patientin 1. Die zweite Patientin wurde durch eine gemeinsame Bekannte rekrutiert. Die Interviews fanden im Dezember 2022 (Fall 2) sowie im Jänner 2023 (Fall 1) statt, und wurden einerseits über die Online-Plattform Zoom, andererseits auch direkt vor Ort durchgeführt. Vor dem Erstgespräch wurde von beiden Interview-Partnerinnen eine Einverständnis-Erklärung zur Verwendung der Informationen gegeben. Beide Interview-Partnerinnen erwiesen sich als sehr offen, kommunikativ und aufgeschlossen während des Gesprächs. Wider meine Erwartungen hatten sie keine Probleme damit, über ihre Vergangenheit in der Klinik zu sprechen, und gewährten mir auch sehr persönliche Einblicke in ihre Erfahrungen und Erlebnisse, die von ihnen jedoch nicht immer positiv bewertet wurden. Das Erstgespräch mit Patientin 1 dauerte knapp eineinhalb Stunden, das spätere Interview circa 40 Minuten. Das Interview mit Patientin 2 dauerte knapp 50 Minuten. Abschließend wurde mit den Interviewpersonen noch ein kurzes Resümee des vorangegangenen Interviews und ihres stationären Aufenthalts gezogen. Beide Patientinnen versicherten, dass sie mit der Veröffentlichung ihrer Daten einverstanden seien, und das große Interesse am Resultat vorliegender Bachelorarbeit besteht

3.4.1 Merkmale der Gesprächspersonen

Anbei wurden die Merkmale der beiden Interviewpartnerinnen tabellarisch dargestellt

Abbildung 1: Merkmale der Interviewpartner/innen

Diagnose	Anorexia nervosa
Stationärer Aufenthalt	Fall 1 : insgesamt ca 1 Jahr Fall 2 : insgesamt ca 2 Jahre (mit Pausen)
Krankheitsdauer	Fall 1 : 2 Jahre Fall 2: 6 Jahre
Alter	Fall 1 : 16 Jahre Fall 2 : 25 Jahre
Ausbildung/ Beruf	Fall 1 : Schülerin Fall 2: geringfügig Angestellte/Karenz

3.5 Datenaufbereitung

Durch den Einsatz eines Leitfaden-Interviews mit offenen Fragen gestaltet sich die Datenauswertung entsprechend aufwendiger. Im Vergleich zu quantitativen Forschungen, in welchen die gewonnenen Daten mittels standardisierter Auswertungsmethoden verarbeitet werden, werden bei qualitativen Zugängen die Rohdaten in einem komplexen und strukturierten Datenkorpus zusammengefasst (Bortz & Döring, 2016). Der erste Schritt der Datenaufbereitung war die vollständige Transkription der Interviews mittels der Auswertungssoftware „MAQDA 2022“. Hierbei wurde mit den Transkriptionsrichtlinien nach Dresing & Pehl (2015) gearbeitet.

3.6 Datenauswertung

Für die Auswertung meines Interview-Transkripts habe ich mich für die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2002) mit induktiver/deduktiver Kategorienbildung entschieden. Diese Vorgehensweise eignet sich sehr gut, um meine gesammelten Informationen aus den Interviews auf die wesentlichen Kerninhalte zu reduzieren. Das vorliegende Transkript wurde im ersten Schritt analysiert und jene Segmente, welche die für mich wesentlichen Aspekte zur Beantwortung meiner Forschungsfrage abbildeten, wurden zu Kategorien zusammengefasst. Diese deduktiv gebildeten Hauptkategorien wurden aus dem zuvor erarbeiteten Leitfadeninterview heraus abgeleitet. Im Gegensatz dazu folgten die Unterkategorien einer induktiven Ausarbeitung, da sie aus dem Interviewmaterial herausgebildet wurden (Mayring, 2002). Diese Gruppen wurden dann im Transkriptprogramm MAXQDA mit entsprechenden Codes zur Unterteilung versehen. Nachfolgende Grafik stellt die gefundenen Haupt-/ und Unterkategorien aus den Transkripten dar (Bortz & Döring, 2016).

Abbildung 2 : Haupt-/und Unterkategorien

<u>Hauptkategorien</u>		<u>Unterkategorien</u>
Klinikaufenthalt	Welche Rolle spielt die Klinik/ das stationäre Setting für den Genesungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> • Therapie/Station • Personal • Verhaltensanpassung
Krankheitsgeschichte/ Krankheitserleben	Subjektives Empfinden der Patientinnen für ihre Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle • Leistungsanspruch • Umfeld/Familie
Zukunftsansichten/ Verbesserungsvorschläge	Vorschläge zur Optimierung der bereits bestehenden Therapiekonzepte	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmungsrecht • Aufenthaltsdauer • Gewichtsklassen

Nach der Zuordnung und Auswertung der Codes wurden die Ergebnisse der Analyse in den theoretischen Kontext eingearbeitet.

4 Ergebnisdarstellung

Hinblickend auf die Forschungsfrage, welche Rolle der stationäre Aufenthalt für die Behandlung von anorektischen Patienten/innen spielt, werden im folgenden Abschnitt die Ergebnisse der Transkriptauserwertung aus den Hauptkategorien vorgestellt. Die abgeleiteten Kategorien werden zusammengefasst und mit entsprechenden Zitaten aus den durchgeführten Interviews belegt.

4.1 Klinikaufenthalt

Laut Mediziner/innen stellt das Konzept des stationären Klinikaufenthaltes zur Behandlung von Anorexia Nervosa einen unverzichtbaren Aspekt des Therapieplans dar (Pfeiffer et al., 2005). Im folgenden Abschnitt wird auf die Sichtweisen der beiden Interviewpartnerinnen eingegangen und welche Erfahrungen sie während des stationären Aufenthalts für machen konnten.

4.1.1 Therapie/Station

Der Therapieplan zur Behandlung von Magersucht wird in jeder Klinik individuell von den Fachkräften festgelegt. Klinikübergreifend ist jedoch die Tatsache, dass die Behandlungsverträge auf Grundlage des jeweiligen Körpergewichts der Patient/innen

festgelegt werden (siehe Anhang 1, Behandlungsvertrag Universitätsklinikum Graz/Psychiatrie/Abteilung für Essstörungen). Je nach entsprechendem Gewichtsbereich wird das Therapieprogramm für den/die Patient/in individuell zusammengestellt. Dabei wurde vor allem zu Beginn des Aufenthalts der Tagesablauf auf der Station von Interviewpartnerin 1 als sehr monoton erlebt.

„Naja, es war schon eintönig [...] man steht auf, geht zur Blutabnahme, geht wiegen und dann zur Visite, dann vielleicht Ergotherapie oder Physiotherapie. Es ist schon sehr eintönig.“

(Pos. 606, Fall 2).

Vor allem wenn die Betroffenen durch ihr geringes Körpergewicht als „gefährdet“ eingestuft sind, wurden etwaige Therapieprogramme so lange gestrichen, bis ein zuvor festgelegtes Gewichtsziel erreicht war.

„[...] im "roten" Bereich hat man 6 Stunden am Tag liegen müssen.“ (Pos.159, Fall 2)

Diese Maßnahme wird des Öfteren in Behandlungskonzepte aufgenommen, um die Patient/innen einerseits körperlich zu schonen und um ihnen somit die Relevanz einer Gewichtssteigerung zu verdeutlichen. Auch Pfeiffer et al. (2005) führen an, dass je nach Gewichtssteigerung und Therapieerfolg der Patient/innen die Aufenthaltsregeln gelockert werden können. Im Behandlungs-/und Therapievertrags für anorektische Patient/innen des Universitätsklinikum Graz/Abteilung für Essstörungen (siehe Anhang 1) sind auch die genauen Wochenendregelungen und Aktivitäten festgehalten. Je nach erreichtem Gewicht kann unter Absprache mit dem Fachpersonal ein Sozialausgang zu therapeutischem Zwecke ins Auge gefasst werden. Es lässt sich festhalten, dass das Therapieprogramm und der Stationsalltag auf der jeweiligen Gewichtsklasse der/des Betroffenen, sowie der mitgebrachten Motivation und Behandlungsbereitschaft basiert (Pfeiffer et al.,2005).

4.1.2. Personal

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, stellt die Beziehung zwischen Krankenschwestern-/pflegern und den Patient/innen eine wichtige Komponente im stationären Aufenthalt dar. Die besondere Herausforderung für das Pflegepersonal ist hierbei, mit den Betroffenen gemeinsam ein Konzept für das Wohlbefinden während des Aufenthalts auszuarbeiten. Oftmals stehen die Bestrebungen der Pflegekräfte im Widerspruch zu den Wünschen der Patient/innen, die die Gewichtszunahme eher vermeiden wollen. Diese Diskrepanz kann zu

schwierigen Interaktionen führen, in denen unter anderem die Autorität des Pflegepersonals untergraben werden kann (Zugai et al.,2019). Angesichts der Tatsache, dass das Pflegepersonal den größten Anteil an direktem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten hat, ist offensichtlich, dass eine effektive zwischenmenschliche Kommunikation zwischen beiden Seiten von wesentlicher Bedeutung ist. Auch Interviewpartnerin 2 kam zu folgender Schlussfolgerung:

„ [...] wenn da kein Vertrauen da ist, zwischen Pfleger, Ärzten und Patient, dass der das auch wirklich tut, dann muss halt irgendwo eine Konsequenz eingesetzt werden. Und wenn du Hilfe beanspruchen tust, dann musst du das auch annehmen. Es funktioniert nicht anders [...].“ (Pos.584, Fall 2)

Wie auch Sibeoni et al. (2016) verdeutlichten, ist die therapeutische Allianz zwischen den Fachkräften und den Patient/innen einer der wichtigste Faktoren für das Gelingen der Therapie. Entscheidend während der Behandlung ist nicht allein die Beachtung der körperlichen Verfassung der/des Betroffenen, insbesondere im Hinblick auf eine Gewichtszunahme, sondern auch die Berücksichtigung des mentalen Zustands und/oder emotionalen Belastungen.

4.1.3 Verhaltensanpassung

Ein weiterer Kritikpunkt am stationären Aufenthalt besteht seitens der Betroffenen im ständig herrschenden Vergleich zwischen den Mitpatienten/-innen auf der Station.

Interviewpartnerin 2 berichtete, dass sie sich unbewusst von den pathologischen Verhaltensweisen der anderen beeinflussen hat lassen, um sich als Teil der Gruppe zu sehen und sich auch als „krank genug“ zu fühlen:

„ [...], ich hab Sachen gemacht, die ich normalerweise nicht gemacht hätte, [...] weil ich mich zum Beispiel verglichen hab mit den anderen Patienten (Fall 1, Pos. 472)“.

Auch Herpetz et al (2022, S.7) erwähnen in ihrem Handbuch für Essstörungen, dass in Therapiegruppen Magersüchtiger oft die Gefahr besteht, untereinander Abnehm-Tipps auszutauschen, und sich somit ein wettbewerbsähnlicher Vergleich zwischen den Gruppenmitgliedern entwickeln kann. Interviewpartnerin 1 schildert, dass sie sich in der Klinik von ihren Mitpatienten/innen angewöhnt hat, dass Essen ganz klein zu schneiden,

„[...] damit es nichtmehr so groß aussehe [...].“ (Fall 1, Pos. 576)

Nicholas Gatward (2007, S.1-12) erläutert in seinem Fachartikel „Anorexia Nervosa: An Evolutionary Puzzle“, seine evolutionär verankerte These, warum für Magersüchtige das ständige Wetteifern mit ebenfalls Erkrankten eine überaus große Rolle spielt. Laut den Forschern bewertet dieser Vergleich unter den Mitgliedern den eigenen Status innerhalb der Gruppe. Da es in der Steinzeit für den Menschen überlebenswichtig war, innerhalb seiner Gruppe akzeptiert zu werden, hat sich dieser Wertigkeit des Vergleichs bis heute in unseren Genen erhalten (Gatward, 2007). Um im stationären Setting ein mögliches Wettbewerbsdenken unter den anorektischen Patienten/innen zu vermeiden sollte vom Fach-/als auch Pflegepersonal Augenmerk auf die Dynamiken innerhalb der Gruppen liegen. Abschließend lässt sich festhalten, dass sich der Klinikalltag aus weit mehr Komponenten zusammensetzt als wie auf den vorigen Seiten erwähnt. Nennenswerte Faktoren für die Rahmenbedingung des Aufenthalts stellen laut den Interviewpartnerinnen das Therapieprogramm, das Personal und der Kontakt mit dem Mitpatienten/innen dar.

4.2. Krankheitsgeschichte/Krankheitserleben

Im nachfolgenden Abschnitt wird die individuelle Krankheitserfahrung der Patientinnen beleuchtet, in welchem die subjektive Wahrnehmung ihrer Erkrankung sowie die Rolle von Familie und Freunden bei der Bewältigung derselben beschrieben werden.

4.2.1 Kontrolle

Der Neuropsychiater und Autor Karwautz, A. (2002, S.339) schreibt in einem seiner Beiträge zu stationären Behandlungskonzepten, dass die hohe Strukturiertheit, die klaren Vorschriften und die ständige Beaufsichtigung im therapeutischen Setting die erfolgsversprechenden Faktoren zur Genesung sind. Der Tagesablauf für anorektische Patienten/Patientinnen wird sehr genau und bis ins kleinste Detail geplant. Die regelmäßigen Essenszeiten, sowie das durchgetaktete Therapieprogramm sollen den Betroffenen eine gewisse Stabilität während ihres Aufenthalts bieten.

Die meisten Patienten/Patientinnen berichten, dass ihnen ihre Krankheit viel Sicherheit und Halt gibt. Zuvor hatten sie durch ein unvorhergesehenes Lebensereignis das Gefühl, die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu verlieren. Die Magersucht wird als trostspendende, starke Freundin angesehen, die eben ersatzweise dieses verlorengegangene Gefühl zurückbringt (Fall 2). In dem die Betroffenen restriktiv bestimmen, welche Nahrungsmittel

aufgenommen/nicht aufgenommen werden, erlangen Sie ein das Gefühl der Selbstbestimmung und Kontrolle über ihr Leben zurück.

„. Und das ist eben das, was die Essstörung so will, die Kontrollen. Und das will man eben, diese Kontrolle wiedererlangen, wiedererlangen zurück von der Krankheit. Und das waren eben dann die Termine... unser Tagesprogramm (Fall 2, Pos. 608). “

Ebendieses Gefühl wird den Betroffenen während des Aufenthalts durch die Vorgabe eines zeitlich geregelten Tagesplan versucht zurückgegeben. In der Psychotherapie wird dann schrittweise an einer Reduzierung des Kontrollbedürfnisses und an einem Zulassen an Flexibilität gearbeitet, welche auch eine grundlegende Basis für ein gesundes Essverhalten im Alltag darstellt (Uniacke et al., 2018)

4.2.2 Leistungsanspruch

Ein weiteres Merkmal der Magersucht stellt der übertrieben hohe Leistungsanspruch der Betroffenen an sich selbst da, welcher sich in verschiedenen Lebensbereichen ausdrücken kann (Pfeiffer, Hansen, Korte, & Lehmkuhl, 2005). Dieser Leistungsdruck zeigt sich häufig in außerordentlich guten Schul-/ als auch Arbeitsleistungen, einem ausgefüllten Terminkalender und eines restriktiven Essverhaltens, um das Körper-Gewicht zu kontrollieren und optimieren. Auch nach Becker et al. (2010, S. 51) zählt Perfektionismus zu den typischen Persönlichkeitsmerkmalen einer/eines Magersüchtigen. Dieser ist bei Anorexia Nervosa im Vergleich zu anderen Essstörungen am stärksten ausgeprägt, und gilt auch als Prädiktor für einen schlechteren Therapieverlauf. Infolgedessen erarbeiten die Patienten/innen während des stationären Aufenthalts gemeinsam mit den Psychotherapeuten/innen einen gesunden Umgang mit diesem pathologischen Leistungsanspruch. Auf die Frage, wie die Interviewpartnerinnen den Tagesablauf in der Klinik und den dortigen Leistungsanspruch wahrgenommen hat, antwortete sie:

„ [...] es ist schon sehr eintönig. Aber vielleicht ist genau das Eintönige, und die Struktur wirklich wichtig. Dass halt Schritt für Schritt alles abgehandelt wird, man muss sich keine Sorgen darüber machen zu wenig zu leisten. Es gibt nichts, dass man leisten muss. Es ist gut, dass alles so strukturiert ist“. (Fall 1, Pos. 606)

„Ich bin endlich so aus einem Leistungs-Dings herausgekommen, [...] das war dort so ein richtiges Herunterfahren (Fall 2, Pos. 568)“.

4.2.3 Umfeld/Familie

Ein weiterer Vorteil des stationären Settings besteht im längerfristig geänderten Umfeld für die Betroffenen, da sich der Aufenthalt zumeist über mehrere Wochen, bis hin zu Monaten erstrecken kann. Die Magersucht beeinflusst nicht nur das Leben des/ der Betroffenen selbst, sondern auch das der Familienangehörigen und der Lebenspartner.

Herpertz et al. (2022,S.143) bestätigen in ihrem „Handbuch Essstörungen und Adipositas“, dass auch die Angehörigen durch die Krankheit der Betroffenen enormen psychische Belastungen ausgesetzt sind, welche die soziale Interaktion untereinander negativ beeinflussen können. Auch Interviewpartnerin 2 gibt an, dass es für sie als Betroffene sehr hilfreich war, Abstand vom gewohnten Umfeld zu haben, „dass man nur mal sich selbst wahrnimmt, und man entwickelt halt dann einen anderen Blickwinkel drauf [...] (Fall 2, Pos. 592).“

Wie bereits erwähnt bietet die Klinik einen sicheren Rahmen und ein striktes Tagesprogramm für die Betroffenen, die Essens-/ und Therapie-Zeiten sind genau geregelt. Für die Erkrankten kann es hilfreich sein, in diesem geschützten Umfeld wieder zu einem gesunden Essverhalten zurückzufinden. In den meisten Fällen beginnt sich die Essproblematik schon im häuslichen Umfeld abzuzeichnen, Eltern und Angehörige wissen oftmals nicht, wie sie mit dieser Situation umgehen sollen, wenn das Kind am Küchentisch nicht essen möchte und handeln dementsprechend verständnislos. Interviewpartnerin 2 erzählte von ihrer Erfahrung :

„ Weil meistens, wenn sich eine Essstörung entwickelt, dann ist man ja meistens im gewohnten Umfeld krank geworden [...] Und es ist gut mal Abstand von zuhause und von den Menschen zu haben, und dass man nur mal sich selbst wahrnimmt, und man entwickelt halt dann einen anderen Blickwinkel drauf, und das ist auch gut für Eltern der Betroffenen, Freunde der Betroffenen, oder Partner [...] Es tut gut, wenn sie Abstand von kranken Menschen kriegen, dass auch das Umfeld wieder auf die Beine kommt“. (Fall 2, Pos. 592)

4.3 Zukunftsaussichten/Verbesserungsvorschläge

Im letzten Teil der Ergebnisse werden die Optimierungsvorschläge der Patientinnen gegenüber des Klinikprogramms zusammengefasst, sowie ein Ausblick auf zukünftige Aufenthalte abgegeben.

4.3.1 Selbstbestimmungsrecht

Für beide Interviewpartnerinnen war das Thema des eingeschränkten Selbstbestimmungsrechtes während des Klinikaufenthalts ein großes Anliegen. Vor allem Interviewpartnerin 1 betonte, dass sie sich durch die strikten, und ihrer Meinung nach teils überflüssigen Regeln des Personals in ihrer Würde verletzt fühlte. Nachvollziehbar ist, dass es auf der Station strikte Verhaltensregeln gibt, doch wurden nicht alle Richtlinien von den Interviewpartnerinnen als sinnvoll erachtet. Im Rahmen des zuvor erwähnten Ampelsystems kam Interviewpartnerin 1 zu folgendem Schluss:

„vor allem im "roten" und "orangen" Bereich, da hat man so wenig Selbstbestimmungsrecht. Weißt du, als ob sowas wie Eiswürfel so unglaublich wichtig wären [...] (Fall 1, Pos.193)“

Laut Patientin 1 war ein oft diskutiertes Thema mit dem Pflegepersonal die Frage, ob sie ihre Speisen würzen durfte, oder die Anzahl der Eiswürfel in ihrem Eiskaffee.

Ein weitaus wichtiger Aspekt für eine Betroffene war allerdings die Tatsache, dass einige Kliniken die Regelung haben, dass sobald sich ein/e Patient/in im roten Bereich befindet, der Badezimmer-/und WC-Besuch nur in Anwesenheit des Pflegepersonals möglich ist.

Interviewpartnerin 1 hält fest, dass:

„ [...] aber es ist auch teilweise einfach so unmenschlich, ich meine "unter Beobachtung" zu duschen , oder aufs Klo zu gehen.“ (Fall 1, Pos. 205)

Hierbei stellt sich die Frage, wo die Grenze liegt zwischen dem Sicherstellen der Gesundheit und Sicherheit der/des Patienten/in während dem Klinikaufenthalt, und dem Überschreiten der Würde und des Selbstbestimmungsrechts.

4.3.2 Gewichtsklassen

Grundlage für die Festlegung der Aufenthaltsregeln im Rahmen des Behandlungsvertrags für anorektische Patienten/Patientinnen stellt, wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, die Einteilung der Magersüchtigen nach Gewichtsklassen dar. Laut Interviewpartnerin 1 ist allerdings ein

grundlegender Irrtum in der Diagnostik, dass Körpergewicht und psychische Gesundheit miteinander zusammenhängen. Das Gewicht kann zwar annähernd in den Normalbereich fallen, dennoch kann die Gewichtszunahme von der/des Betroffenen auf geistiger Ebene noch nicht angenommen werden.

„[...] der Punkt wo ich am schlimmsten war, wo meine Essstörung am schlimmsten war, mein Gewicht hat gepasst, ich war im Normalgewicht.“ (Fall 1, Pos. 21)

Dies ist einer der Gründe, warum das Risiko für ehemalige Patienten/Patientinnen sehr hoch ist, nach der stationären Entlassung wieder in die Magersucht abzurutschen, besonders in den ersten 12 Monaten nach Therapieende. Laut aktuellem Forschungsstand beträgt die Rückfallquote bei anorektischem Patienten/innen zwischen 30 und 50%. Der Großteil ehemaliger stationärer Patient/innen beansprucht mindestens einmal eine stationäre Wiederaufnahme (Herpertz, 2022).

Beide Interviewpartnerinnen erkennen die Notwendigkeit der Gewichtseinteilung im Therapievertrag an, wünschen sich jedoch auch den Miteinbezug von psychischem Zustand und aktuellem Wohlbefinden, um daraufhin die Verhaltensregeln für den stationären Aufenthalt aufzubauen.

4.3.3 Aufenthaltsdauer

Ein weiterer Kritikpunkt seitens der Interviewpartner/innen stellt die Aufenthaltsdauer dar. Wie auch auch Herpertz et. al (2022, S. 314) annehmen, kann der langfristige stationäre Aufenthalt vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine altersgemäße sozioemotionale Entwicklung gefährden. Interviewpartnerin 1 betonte an dieser Stelle, dass ein Klinikaufenthalt sehr hilfreich sei für Akutfälle und zur Gewichtsstabilisierung, allerdings das Krankenhaus an sich nicht ausgerichtet ist für eine monatelange psychotherapeutische Behandlung.

„Ich bin der Meinung, dass das Krankenhaus gut ist für Akutfälle, [...] Nicht für einen langen...nicht für ein halbes Jahr Aufenthalt, der im Endeffekt nichts bringt.“

(Fall 1, Pos. 487)

Auch Interviewpartnerin 2 erwähnt an dieser Stelle die Notwendigkeit einer stationären Behandlung in der Akutphase, schlägt jedoch im weiteren Behandlungsverlauf einen

intervallmäßigen Aufenthalt vor, in welchem die Patient/innen mehrere, kürzere Aufenthalte in der Klinik absolvieren und somit die Möglichkeit bekommen, zwischen den Klinikaufenthalten wieder in ihr gewohntes Zuhause zurückzukehren und die erlernten Therapie-Skills versuchsweise im gewohnten Umfeld anwenden können.

4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Anschluss an die Ausarbeitung der Themenblöcke aus dem Interviewleitfaden, werden im folgenden Kapitel die zentralen Ergebnisse dieser Forschung vorgestellt und mit Bezug auf aktuelle Klinik-Konzepte für Magersüchtige diskutiert. Ausgangspunkt für die Ergebnisdarstellung war die Forschungsfrage, welche Rolle der stationäre Aufenthalt für den Genesungsprozess anorektischer Patientinnen spielt, und wie sich Betroffene ein ideales Therapiekonzept vorstellen.

Im Rahmen der Auswertung zeigte sich, dass die Patientinnen, die durch das strikte Therapieprogramm vermittelte Kontrolle als sehr hilfreich für das Loslassen der Magersucht erlebten. In der stationären Psychotherapie wird im Laufe des Genesungsprozesses schrittweise an einem gesunden Umgang mit dem Kontrollbedürfnis gearbeitet. Weiters wurde der reduzierte Leistungsanspruch als sehr positiv für den Aufenthalt erlebt. Der als „eintönig“ beschriebene Tagesablauf hilft den Patientinnen dabei, ihre selbst auferlegten Leistungsansprüche auf ein gesünderes Maß zu mindern. Das Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung ist zu Beginn des Aufenthalts für die meisten Betroffenen ungewohnt, im Lauf der Therapie zeigt sich aber eine zunehmende Akzeptanz dieser. Als letzter, hilfreicher Punkt wird das ungewohnte Umfeld, welches die Klinik bietet, erwähnt. Durch das Verlassen des häuslichen Umfelds wird der Betroffenen die Möglichkeit gegeben, in einer neuen Umgebung und ohne die gewohnten Routinen sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und an neuen Bewältigungsstrategien zu arbeiten.

Nennenswert sind an dieser Stelle jedoch auch die Kritikpunkte, die die Interviewten gegenüber dem Klinikaufenthalt erwähnt haben. Besonders hervorgehoben wurde die Kategorisierung der Betroffenen nach Gewichtsklassen. Auch wenn es sinnvoll erscheint, die Regeln des Behandlungsvertrages mit zunehmendem Körpergewicht zu lockern, so darf nicht auf die Notwendigkeit einer akkuraten psychotherapeutischen Betreuung vergessen werden. Die Gewichtssteigerung der Patient/innen allein ist kein Indikator für eine erfolgreiche Genesung, sondern vielmehr ein erster Schritt auf dem Weg Richtung Gesundheit. Weiters

wurde die Dauer des Klinikaufenthaltes für beide Interviewpartnerinnen als zu lang empfunden, und ein in Intervallen gegliederter Aufenthalt als sinnvoller angesehen. Einerseits um die in der Therapie erlernten Fähigkeiten direkt in der eigenen Umgebung umzusetzen, andererseits um die Konfrontation mit dem Alltag nach dem Klinikaufenthalt zu mindern. Als letzten Kritikpunkt wurde die Verhaltensanpassung an die Mitpatient/innen genannt. Durch den gemeinsamen Tagesablauf mit den anderen Erkrankten steigt auch die Gefahr der gegenseitigen Einflussnahme. Wünschenswert wären eine gegenseitige Motivation und Unterstützung im Kampf gegen die Magersucht, oftmals ist jedoch das Gegenteil der Fall, beispielsweise indem pathologische Verhaltensweisen voneinander übernommen werden und sich zwischen den Erkrankten ein Wettbewerb um das niedrigste Gewicht ergibt. Unerwartet war die Tatsache, dass der stationäre Aufenthalt laut einer Patientin nichts an ihrem Gesundheitszustand geändert habe. Interviewpartnerin 1 betonte, dass ein fehlendes Therapiekonzept, sowie der schwierige Umgang mit dem Pflegepersonal die Hauptgründe für das Ausbleiben des Therapieerfolgs war. Die abschließende Frage aus dem Interview, welches Resümee aus den stationären Aufenthalten gezogen wurde, antwortete Interviewpartnerin 1 :

„ [...] ich hab immer noch teilweise sehr Probleme. Und, mein Gewicht passt aber [...] im Krankenhaus selbst ist niemand gesund geworden. Das kann ich sicher sagen.“
(Fall 1, Pos. 317)“

Diese Aussage entkräftigend steht die Sichtweise von Interviewpartnerin 2 gegenüber, sie schilderte über ihre Klinikerfahrungen:

„[...] ich bin dort gewachsen. Ich bin so froh über diese Entscheidung, auch wenn ich mich sehr gewehrt habe am Anfang.“ (Fall 2, Pos.612)

Ergänzend zu ihrer Antwort hält Interviewpartnerin 2 fest, dass der Erfolg einer stationären Behandlung mit der Therapiemotivation der/des Patienten/in steht oder fällt. Auch Herpetz et al. (2022) unterstützen die These, dass die eigene Therapiemotivation eine grundlegende Voraussetzung für die Behandlung und deren Erfolg darstellt. Viele Patienten/innen werden von Familienangehörigen zu einem stationären Aufenthalt überredet, ohne jedoch mit eigenem Willen dahinterzustehen. Interviewpartnerin 2 ergänzte ihre Antwort mit:

„ [...] wenn man sich darauf nicht einlassen kann, dann wird es nicht funktionieren, dann braucht man vielleicht noch Zeit, bis es dann funktioniert.“ (Fall 2, Pos. 590)

Da das primäre Hauptziel während des stationären Aufenthalts die Gewichtsstabilisierung ist, kann mit der psychotherapeutischen Arbeit auch erst dann begonnen werden, sobald ein für die Therapie stabiles Gewicht erreicht wurde (Karwautz, 2002). Im Rahmen vorliegender Forschungsfrage lässt sich somit festhalten, dass der stationäre Aufenthalt zur Behandlung von Anorexia Nervosa viele Vorteile mit sich bringt und eine bedeutende Rolle im Genesungsprozess spielt, die tatsächlichen Erfolgs-Chancen jedoch mit der intrinsischen Therapiemotivation der/des Betroffenen einhergehen.

4.5 Beziehung der Ergebnisse zu früherer Forschung

Es existiert eine Vielzahl von Studien, in welchen die überwiegenden Vorteile eines Klinikaufenthalts dargestellt werden, jedoch wurden diese überwiegend von Fachleuten erstellt. Unzureichend ist oftmals die Studienlage für etwaige Nachteile und/oder Risikofaktoren bezüglich des Klinikaufenthalts. Durch die Erfahrungsberichte der beiden Interviewpartnerinnen können sich Betroffene vorab mit der Klinik-Situation auseinandersetzen. Wie bereits erwähnt existieren eine Vielzahl von Studien, in denen ein konkreter Einblick in den Klinikalltag vermittelt wird. Jedoch wird kaum die Möglichkeit negativer Einflussfaktoren („Verhaltensänderung“, „Konkurrenzdenken“) in Betracht gezogen. Eine realitätsgetreue Gegenüberstellung der Pro-/und Kontra-Aspekte soll Betroffenen helfen, sich darüber im Klaren zu werden, ob und inwieweit sie sich schon für einen stationären Aufenthalt bereit fühlen.

5 Therapievorschläge seitens der Patientinnen

Im Rahmen des Interviews kam zudem die Frage auf, wie sich die Interviewpartnerinnen einen idealen Therapieplan vorstellen würden, beziehungsweise, in welchen Bereichen des therapeutischen Settings ihrer Meinung nach Änderungsbedarf besteht.

An erster Stelle steht hierbei die Wichtigkeit eines einheitlichen Therapiekonzepts, welcher für die Gesamtheit der anorektischen Patient/innen auf der Station gelten sollte, und auch seitens des Pflegepersonals konkret eingehalten wird. Laut Interviewpartnerin 1 war dies während ihres Aufenthalts nicht der Fall, weshalb sie ab und an mit den Pflegefachkräften in

Konflikt getreten ist. Das Thema Selbstbestimmungsrecht war in beiden Interviews ein Thema – so hatten beide Interviewpartnerinnen teilweise das Gefühl, keine Entscheidungsfreiheit mehr zu besitzen. Logischerweise muss die Nahrungsaufnahme bei anorektischen Patient/innen genauestens kontrolliert werden, doch der tägliche Ausgang in den Klinik-Hof sollte zumindest erlaubt sein. Interviewpartnerin 1 formulierte wie folgt:

„[...] aber dass man wirklich das Recht nichtmehr hat, dass man rausfahren kann mit dem Rollstuhl, dass man wenigstens ein bisschen Sonne auf sein Gesicht bekommen kann [...]“.

(Fall 1, Pos. 31)

Wie zuvor erwähnt ist der Rollstuhl eine Sicherheitsmaßnahme, sobald sich der/die Patient/in im gefährdeten Bereich befindet, und sich aufgrund der körperlichen Verfassung nicht mehr in der Lage befindet, zu Fuß zu gehen. Logischerweise werden die Therapievertrags-Regeln im roten Bereich rigider, um das Leben der Betroffenen zu schützen. Dennoch wurde seitens der Interviewten Kritik an der Regelungen bezüglich der Hygiene-Überwachung erbracht. Da im roten Bereich der Gang zum Badezimmer/zur Toilette nur unter Aufsicht des Pflegepersonals möglich war, fühlte sich Interviewpartnerin 1 in ihrer Privatsphäre angegriffen

„ [...] Aber es ist halt einfach ein Eingriff in die Intimsphäre, die halt einfach...wo ich das halt einfach nicht okey gefunden habe, dass man das so überschreitet.“ (Fall 1 , Pos. 236)

Damit einhergehend wurde auch der Wunsch nach einer besseren psychiatrischen Schulung für die Pflegekräfte deutlich, um die Patient/innen somit auf mentaler Ebene ein bisschen besser zu verstehen (Interviewpartnerin 1). Den nur von einer Gewichtszunahme der Betroffenen allein sollte man noch nicht auf die psychische Akzeptanz dieser körperlichen Veränderung schließen. Für Interviewpartnerin 1 und 2 war dies ein wichtiger Punkt, denn „[...] es ist egal, wie es dir geht. Hauptsache, dass Gewicht passt [...]“ (Fall 1, Pos.100).

Mehrfach erwähnt außerdem wurde der Punkt, dass mehrmonatige Klinikaufenthalte in der Regel für die Patienten/innen überaus anstrengend und eher als kontraproduktiv angesehen wird. Wie Interviewpatientin 2 äußerte, wäre ihrer Meinung nach ein Aufenthalt gegliedert in Intervallen sinnvoller, wobei Betroffene nicht durchgehend auf der Station sind, sondern zwischendurch nach Hause dürfen. Somit werden die erlernten Therapie-Skills direkt im natürlichen Umfeld getestet, und mögliche auftretende Schwierigkeiten können ein paar

Tage später wieder mit dem Psychotherapeuten/innen in der Klinik besprochen werden. Wie in Kapitel 2 bereits erwähnt wurde, bietet das Konzept der Tagesklinik eine effektive Möglichkeit, eine Verbindung zwischen therapeutischer Betreuung und dem selbstständigen Erproben des Erlernten im Alltag der Patientinnen herzustellen.

5 Fazit

Schlussendlich ist zu erkennen, dass der stationäre Klinikaufenthalt durchaus eine wichtige Rolle im Genesungsprozess anorektischer Patient/innen spielt, jedoch die grundlegende Voraussetzung für den Erfolg dieser Behandlungsmethode die Therapiebereitschaft der/der Patient/in selbst ist. Aufgrund der mangelnden Studienlage bezüglich der Klinikerfahrungen von (ehemaligen) Betroffenen hoffe ich, mit dieser Arbeit zumindest einen kleinen Teil für das Verständnis des stationären Settings beigetragen zu haben.

Der Stellenwert der Klinik im Genesungsprozess kann je nach Patient/in sehr unterschiedlich sein, für Interviewpartnerin 2 war der stationäre Aufenthalt von enormer Bedeutung:

„[...] Weil es der wichtigste Schritt in meinem Leben war so zu sagen "Okey, ich brauche jetzt andere Unterstützung.“ (Fall 2, Pos. 594)

Endwort

Mit dieser Arbeit wollte ich nicht nur meinen Bachelor-Grad erreichen, sondern in diesem Prozess Betroffenen und Angehörigen einen realitätsnahen Einblick in das Klinik-Setting zur Behandlung von Magersucht geben. Ich möchte hiermit all jenen, die über eine stationäre Behandlung nachdenken, Mut zusprechen und versuchen ihre Vorurteile und Ängste gegenüber dem Klinikaufenthalt zu mildern.

Eine weitverbreitete Meinung ist, dass sobald der Klinikaufenthalt beendet ist, Betroffene wieder gesund sind – einerseits stimmt das auch, ein stabiles Gewicht/Normalgewicht wurde erreicht und/oder die notwendigen Skills zum Umgang mit der noch aktuellen Essproblematik wurden erarbeitet. Doch es bedeutet nicht automatisch, dass auch die Psyche frei von pathologischen Denkmustern ist. Ein zudem vernachlässigtes Thema sind die körperliche Langzeitfolgen, welche sich auch erst Jahre nach Beendigung Therapie zeigen können. Nur weil man einer stationären Behandlung zugestimmt hat und obgleich Wille und Motivation zur Genesung vorhanden waren, funktioniert der Körper leider nicht mehr so wie früher. Jede Zelle des Körpers hat diese extreme gesundheitliche Belastung noch irgendwo abgespeichert, und je länger diese Phase andauert – meistens mehrere Jahre – desto schwieriger ist es, diese Zellen neu zu formatieren und die Krankheit aus dem Körpergedächtnis zu löschen. Ich möchte hiermit einen Hinweis für Betroffene geben, dass der Körper nicht mehr dieselbe Funktionalität und Vitalität hat als früher.

Ich spreche aus persönlicher Erfahrung, den nach meinem Klinikaufenthalt habe ich bis heute (knapp 4 Jahre später), noch Probleme mit meinem Magen und beim Verzehr gewisser Nahrungsmittel.. Nicht weil ich Angst vor den Kalorien habe, sondern weil ich weiß, dass mein Magen nach dem Verzehr dieser Mahlzeiten rebelliert, angefangen von Bauch- /und Magenschmerzen bis hin zu einer gestörten Verdauung. Meine Organe wurden schließlich jahrelang darauf hintrainiert, mit den kleinsten Mengen an Nahrung auszukommen – zum Zeitpunkt der akuten Krankheitsphase denken Betroffene selbstverständlich nicht an mögliche Langzeitfolgen, doch merken sie es spätestens einige Jahre nach der Behandlung. Es ist nie zu spät, sich professionelle Hilfe im Kampf gegen die Magersucht zu holen.

Ich möchte hiermit allen Betroffenen, deren Angehörigen sowie allen anderen Lesern und Leserinnen noch folgende Worte mitgeben:

„Wir haben nur dieses eine Leben, um unser weißes Blatt Papier mit allen möglichen Farben und Formen zu füllen – lassen wir nicht zu, dass uns eine Krankheit diese Farbtöpfe verschließt“

Danksagung

Abschließend möchte ich mich noch sehr herzlich bei meiner Betreuungsprofessorin, Frau Brigitte Jenull, bedanken. Sie hat mich bei meiner Arbeit, wo es nur ging, unterstützt, und auch die Zusammenarbeit mit Interviewpartnerin 1 wäre ohne sie nicht möglich gewesen. Durch ihre Hilfsbereitschaft, sowie Leidenschaft für mein ausgewähltes Thema konnte diese Arbeit wachsen und gedeihen.

Weiters möchte ich meinen beiden Interview-Partnerinnen für ihre Offenheit und Ehrlichkeit danken, welche nicht selbstverständlich sind. Durch die privaten Einblicke in ihr Krankheits-Erleben/-Empfinden konnte diese Arbeit auf einem realitätsnahen Fundament gebaut werden - herzlichen Dank für eure Unterstützung.

Mit dieser Arbeit möchte ich ebenfalls Betroffenen Kraft und Mut zusprechen, gegen diese Krankheit zu kämpfen und den Glauben an Gesundheit nicht zu verlieren. Es gibt einen Weg hinaus aus der Essstörung, auch wenn dieser nicht immer der einfachste zu sein scheint. Die wichtigste Entscheidung im Genesungsprozess ist meiner Meinung, einfach den ersten Schritt gehen zu wollen. Die Magersucht ist keine Krankheit, die plötzlich auftaucht, sie kommt schleichend und es kann Jahre dauern, bis sie sich gefestigt hat. Doch genau das ist die Falle. Je länger sich die Magersucht unbeachtet und unbehandelt aufbaut, desto schwieriger wird es, sie loszuwerden. Aber es ist möglich.

Weiters möchte ich Menschen, die nicht direkt von dieser Krankheit betroffen sind– Familienangehörigen, Bekannten, Lehrern/innen, einen Einblick in die Thematik dieser Essstörung geben. Für das Umfeld kann es sehr schwierig sein, den Leidensdruck der Betroffenen nachzuvollziehen. Ich hoffe sehr, mit dieser Arbeit zumindest einen kleinen Ausschnitt in das Krankheitsbild Anorexia nervosa, und der Therapiemöglichkeit des stationären Aufenthalts geben zu können.

Literaturverzeichnis

- Arcelus, L., Mitchell, A., & Wales, J. (July 2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatrie*(68), 724-731.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Becker, S., Beisel, S., Benninghoven, D., Bents, H., Bunz, B., Cierpka, M., . . . Zipfel, S. (2010). *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. doi:10.1055/b-0034-11616
- Bieber, C., Eich, W., Gschwendtner, K., & Müller, N. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF). *Psychotherapie Psych Med*, 66, 195-207. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-105277.pdf> abgerufen
- Bortz, J., & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg: Springer Verlag. doi:ISBN : 978-3-642-41088-8
- Csef, H. (2005). Psychotherapeut. *Psychotherapie der Magersucht und Bulimia nversoa*, 381-392. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s002780050090.pdf> abgerufen
- Dresing, T., & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Marburg.
- Gatward, N. (2007). Anorexia nervosa: An Evolutionary Puzzle. *European Eating Disorder Review*, 15, 1-12. doi:10.1002/erv.718
- Gowers, S., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., & Edwards, V. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 427-435. doi:10.1192/bjp.bp.107.036764
- Halmi, K. (2005). The multimodel treatment of eating disorders. *World Psychiatry*, 4(2), 69-73. Von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414734/> abgerufen
- Herpertz, S. Z. (2022). Anorexia nervosa. In S. Z. Herpertz, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch für Essstörungen und Adipositas* (Bd. 3, S. 21-42). Springer Verlag. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63544-5>
- Karwautz, A. (2002). Konzepte der stationären Behandlung von Essstörungen im Jugendalter. *Journal für Ernährungsmedizin*, 4(2), 21-24. Von www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr abgerufen
- Lahousen-Luxenberger, T. (2016). *Behandlung : Konzept Essstörungen*. Universitätsklinikum Graz , Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin . Graz: GRK/PK.
- Lahousen-Luxenberger, T. (2023). *Konzept Tagesklinik*. Graz.
- Martel, J. (2006). *Mein Körper - Barometer der Seele*. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH.
- Mayring, P. (Juni 2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2). Von Forum Qualitative Sozialforschung: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-> abgerufen
- Mayring, P. (2002). Techniken qualitativer Inhaltsanalysen. In P. Mayring. Basel: Beltz Verlagsgruppe.
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A., & Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*, 215-220. doi:<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.014>

- Pfeiffer, E., Hansen, B., Korte, A., & Lehmkuhl, U. (2005). Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus der Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. *Praxis der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychologie*, 54(4), 268-285.
- Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., & Pradère, J. (2016). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of adolescence, parents and professionals: a metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006
- van Eeden, A., van Hoeken, D., & Hoek, H. (2021). Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. doi:10.1097/YCO.0000000000000739
- Vogt, S., & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. Köln.
- Woelfer, C. (2000). Das personenzentrierte Interview. *Journal für Psychologie*, 8(1), 3-13. Von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28429> abgerufen
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2019). Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12595

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Merkmale der Interviewpartner/innen.....	16
Abbildung 2:	Haupt-/und Unterkategorien.....	17