

IRIS SEIDLER, SABINE SCHMID-SIPKA

ANOREXIA NERVOSA – DAS IMMER GLEICHE SOWIE DIE UNTERSCHIEDLICHEN GESICHTER DER MAGERSUCHT



IN DIESEM ARTIKEL sollen Symptomatik und Behandlung von Anorexia nervosa beschrieben werden, wobei hier der Fokus auf die Arbeit im niedergelassenen Bereich und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gerichtet ist. Die klinischen Merkmale des Syndroms sind leicht erkennbar und führen rasch zu übereinstimmenden Diagnosen. Dennoch zeigt sich ein magersüchtiges Erleben und Verhalten in Entstehung, Ausprägung und Therapieverlauf auch sehr unterschiedlich.



Anorexia nervosa (F 50.0) wird durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert (BMI < 17,5). Die Mangel- und Unterernährung kann zu schweren körperlichen Folgeerkrankungen führen (z. B. gesteigertem Katabolismus bis hin zur Kachexie, Anämie, Herzrhythmusstörungen, chronischer Niereninsuffizienz, Störungen im Hormonhaushalt mit sekundärer Amenorrhoe oder Osteoporose). Im psychischen Bereich ist Anorexie durch die große Angst, dick zu werden, durch eine verzerrte Wahrnehmung von Gewicht und Figur (Körperschemastörung), sowie durch einen übertriebenen Einfluss des Gewichts auf das Selbstwertgefühl charakterisiert.

Fast 90 % der Betroffenen sind Frauen, wobei der Altersgipfel der Ersterkrankung zwischen 12 und 23 Jahren liegt. Im Laufe ihres Lebens erkranken zirka 0,1 % aller Frauen an einer Anorexie. Die Erkrankung entwickelt sich oft schleichend. Im Vorfeld stehen meist Unsicherheit und Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht und häufiges Diäthalten, die Übergänge von subsyndromalen Essstörungen (d. h. es werden nicht alle Kriterien für die Diagnose einer klinischen Essstörung erfüllt) zu manifesten Essstörungen sind fließend. Zur Prognose von sich in Behandlung befindlichen Patientinnen kann gesagt werden, dass 10 Jahre nach Diagnosestellung rund 75 % vollständig genesen sind, bei

13 % kommt es zu einer Chronifizierung und fast 10 % sterben an den Folgen der Erkrankung.

KÖRPER UND PSYCHE

Essstörungen im Allgemeinen und Anorexia nervosa im Besonderen zeichnen sich durch eine relativ hohe Rate an Komorbiditäten aus, wobei hier vor allem Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Substanzabhängigkeit sowie Persönlichkeitsstörungen zu nennen wären, außerdem besteht ein Zusammenhang mit Traumafolgestörungen. Zusätzlich dazu kommt es, wie bereits oben beschrieben, auch zu schweren, manchmal sogar irreversiblen körperlichen Folgeerscheinungen.

Daher erscheint gerade bei Anorexie die interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich: Zusätzlich zu einer psychiatrischen Abklärung und möglichen Medikation sollte standardmäßig eine Vorstellung bei der Allgemeinmedizinerin erfolgen. Durch regelmäßiges Abwiegen und Kontrolle des Blutbildes können ein weiterer Gewichtsverlust ersichtlich sowie mögliche körperliche Schäden bemerkt werden. Diese Maßnahmen als Ausdrucksformen von (notwendiger) sozialer Kontrolle sollten aus unserer Sicht aus dem psychotherapeutischen Prozess ausgelagert werden. Psychotherapeutinnen und Ärztinnen seien hier zur Kooperation ermutigt, wobei dieser fachliche Austausch der Klientin gegenüber transparent gemacht und als Bedingung für eine kontinuierliche professionelle Behandlung erklärt werden sollte. Hier ergeben sich Besonderheiten im Umgang mit der psychotherapeutischen Verschwiegenheit.

Als unterer Grenzwert für eine ambulante Behandlung kann ein BMI von 14 angesehen werden.

UNTERSCHIEDLICHE HINTERGRUNDTHEMEN

Das Syndrom der Anorexie ist besonders lange und gut beforscht. Bereits frühe Therapieforschung hat sich intensiv mit individualpathologischen Aspekten sowie mit familiendynamischen Mustern befasst, die magersüchtiges Erleben und Verhalten erklären. Der Vorteil dieses hohen störungsspezifischen Wissens ist offensichtlich. Er liefert eine Reihe von Hintergrundthemen

¹ In diesem Artikel wird ausschließlich die weibliche Form verwendet.

und fundierten Behandlungsansätzen, die der Praktikerin die Arbeit erleichtern.

Allerdings existiert gerade hier eine Reihe von verkürzten Pauschalisierungen, die bereits in der Allgemeinbevölkerung etabliert scheinen. „Symbiotische Bindung an die Mutter“, „Missbrauch durch den Vater“, „nicht erwachsen werden wollen“, „rigide Strukturen in der Familie“, „Macht und Kontrolle“, solche Schlagworte drohen sich selbstständig zu machen. Nach unserer Erfahrung kommen viele selbst Betroffene beziehungsweise deren Angehörige bereits mit Erklärungsmustern, Schuldzuweisungen und Scham, die mit der primären Symptomatik einhergehen, in eine Therapie. „Ich weiß es, ich bin schuld an der Magersucht meines Kindes!“, „Meine Tochter ist anorektisch, glauben Sie, es hat sich in der Kindheit jemand an ihr vergriffen?“ oder „Ich bin anorektisch, ich will nicht erwachsen werden!“.

Neben dem bereits oben beschriebenen Nutzen des etablierten störungsspezifischen Wissens lohnt sich deshalb aus unserer Sicht ein gezieltes Fokussieren auf die höchst individuellen Aspekte jedes einzelnen Falles.

ZWEI FALLVIGNETTEN

FALL 1: FRAU X, EINE 32-JÄHRIGE NATURWISSENSCHAFTERIN

Die erste Kontaktaufnahme mit der Therapeutin erfolgte per E-Mail. Sehr zögerlich, fast schon entschuldigend suchte Frau X um einen Termin an, obwohl sie es „eigentlich eh gut schafft und nicht viel braucht“. Trotz ihrer offensichtlichen Erschöpfung und Unterernährung war sie der Notwendigkeit einer ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung gegenüber ambivalent eingestellt. Aufgrund der langen Erkrankungsdauer (13 Jahre) und der damit einhergehenden Gedankeneinengung war es für sie äußerst schwierig, ihre Wahrnehmungen als richtig einzuordnen. Sie meinte zwar, dass sie eher dünn aussehe und wunderte sich über die Blicke der Anderen. Sie war aber der Ansicht „mehr Essen brauche ich nicht“. Dieses sehr häufig beobachtbare Phänomen der eigenen Bedürfnislosigkeit bei Betroffenen geht einher mit einem geschwächten und wenig ausgeprägten Selbstwert.

In den ersten Therapiesitzungen ging es um das Herstellen einer Vertrauensbasis zwischen Therapeutin und Klientin, sich die Erlaubnis geben zu können, krank zu sein und sich psychotherapeutische und medizinische Hilfe zu holen, ohne dabei die eigene Autonomie zu verlieren. Eine stationäre Behandlung war für sie undenkbar, sie verleugnete ihren körperlich bedrohlichen Zustand beziehungsweise löste auch nur ein wenig dieser Wahrnehmung sehr viel Angst in ihr aus. Nach mehreren Therapiesitzungen mit Fokus auf Wertschätzung bisheriger Lösungen und Ressourcenaktivierung trotz Magersucht konnte sie eine Therapiemotivation entwickeln und auch in eine intensive ambulante medizinische Behandlung einwilligen. Die Klientin einigte sich mit der Ärztin und der Therapeutin darauf, nicht weiter an Gewicht zu verlieren und zumindest das Gewicht zu halten, da die Therapie sonst unterbrochen werden müsste.

Im Therapieverlauf stellte sich die Beziehung zur Herkunftsfamilie als für sie sehr belastend dar. Sie wuchs bei der Großmutter auf, ihre Eltern betrieben ein Geschäft und hatten daher wenig Zeit für sie. Speziell an den Satz ihrer Mutter „Du glaubst immer, du bist etwas Besseres“ (sie ging von einem kleinen Ort in Oberösterreich nach Wien um zu studieren) konnte sich Frau X sehr gut erinnern, da er sie negativ in ihren Handlungen und Denkweisen beeinflusste, wie sich in der Therapie herausstellte. Eine ähnlich einschränkende Situation erlebte sie mit ihrem Partner, ebenfalls ein Wissenschaftler. Es gelang ihr nicht, eigene Projekte voranzutreiben, da diese als nicht so bedeutsam immer wieder von ihrem Partner verschoben wurden. Erst ihre sehr berührende und eindrucksvolle Erkenntnis „Ich wollte nur noch unsichtbar werden...“ erlaubte es ihr, dem Essen eine andere Bedeutung und ihrer Person und ihren Interessen mehr Gewicht zu geben, anfangs ohne Gewichtszunahme. Nach einer zweijährigen therapeutischen Behandlung war es Frau X möglich, mit dem Essen zu experimentieren („Ich bin auf den Geschmack gekommen.“) anstatt sich nur einzuschränken (ihr tägliches, seit Jahren bestehendes, Essensritual bestand aus einer halben Mango morgens, drei trockenen Keksen mittags und einer kleinen Schüssel Salat mit einem Putenstreifen ohne Dressing abends). Es gelang ihr, ihren

Wahrnehmungen und Gefühlen mehr zu vertrauen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und auszusprechen, ohne sich schuldig zu fühlen.

Aus therapeutischer Sicht war es wichtig, ihr die Zeit zu geben, die sie brauchte, um Veränderungen bezüglich des Essverhaltens vorzunehmen. Sie wusste sehr genau, wenn „ich mehr werde, lasse ich mir nicht mehr alles gefallen“. Diese auf den ersten Blick positive Veränderung stellte aber eine große Herausforderung für die Klientin dar, da der bisher regulierende Schutz der selbsteinschränkenden Symptomatik wegzufallen drohte. Der Autonomiegewinn („Ich lasse mir nicht mehr alles gefallen“) würde bedeuten, zu einem Anderssein, auch zu einem „Mehrsein“ stehen zu können. Diese erstmals angedachten Veränderungen und antizipierten Auswirkungen ängstigten und verunsicherten sie zunächst, da sie befürchtete, die Folgen nicht mehr steuern zu können. Am meisten ängstigte sie der Gedanke, dass ihr Partner sie nicht mehr lieben könnte oder sie sogar verlassen würde. Am Ende der Therapie gelang es ihr allerdings, diesen befürchteten Autonomieverlust als Autonomiegewinn wahrzunehmen. Parallel dazu veränderte sie in ihrem Tempo auch ihr Gewicht.

FALL 2: FRAU Y, EINE 22-JÄHRIGE ANGESTELLTE

Frau Y kam nach zwei bereits gescheiterten Therapieversuchen in die Praxis der Therapeutin. Ihr Therapieziel war, die Gedankeneinengung und zwanghaften Rituale rund ums Essen aufgeben zu können, die sich im Lauf der letzten drei Jahre entwickelt und gesteigert hätten und die sie zunehmend als sehr leidvoll beschrieb: Es sei ihr nur möglich, zu ganz bestimmten Zeiten zu essen, niemals in Gemeinschaft mit anderen, nur ganz bestimmte Lebensmittel in bestimmter Reihenfolge. Ihr Leben würde dadurch immer unflexibler und sie selbst isolierter. Vor drei Monaten sei ihr in der Firma eine einvernehmliche Kündigung nahe gelegt worden, die sie auch angenommen habe. Sie habe in letzter Zeit immer mehr Krankenstände angehäuft und sei außerdem unzuverlässiger geworden. Einerseits sei sie erleichtert, die Arbeit hätte ihr ohnehin keine Freude bereitet, andererseits empfinde sie die Arbeitslosigkeit als eine große Schande.

Frau Y war die jüngere von zwei Schwestern, die Familie stammte aus dem ländlichen Bereich in der Nähe von Wien. Die Beziehung zur Familie beschrieb sie als sehr eng, alle würden sich sehr umeinander kümmern. Die Sorge der Eltern um sie sei sehr groß, was eine hohe Motivation für den Beginn der Psychotherapie darstelle: „Eigentlich mache ich das nur für sie“. Ihre Mutter terrorisiere sie jeden Tag mit Anrufen und Fragen nach ihrem Essverhalten, und wenn sie am Wochenende nach Hause fahre, was sie regelmäßig täte, würde sie dort von der Mutter abgewogen und bei Abnahme des Gewichts unter Tränen ermahnt und angefleht, doch endlich wieder normal zu essen, was ohne Erfolg bleibe. Sie selbst war wegen ihres Zustandes nicht besorgt und tat trotz ihrer offensichtlichen Unterernährung meine Frage nach ihrem Körpergewicht als unwichtig ab. Sie hätte das gut im Griff, es bestehe keine körperliche Gefahr und zunehmen wolle sie ohnehin auf keinen Fall. Mit dem Abnehmen und damit verbunden mit den Essensritualen habe sie vor drei Jahren begonnen, als sie nach der Matura von zu Hause ausgezogen sei.

Der erste Schritt in der Psychotherapie war das Klären der Rahmenbedingungen: Eine Kooperation mit einer Allgemeinmedizinerin im Sinne von regelmäßigen Gewichtskontrollen wurde als unbedingte Voraussetzung für eine Therapie deklariert, eine psychiatrische Abklärung empfohlen. Als absoluter unterer Grenzwert für eine ambulante Behandlung wurde ein BMI von 14 festgelegt, bei Unterschreitung wäre ein Klinikaufenthalt notwendig und die ambulante Therapie unterbrochen. Die Klientin willigte ein und konnte sich auf Gewichtskontrollen einlassen, allerdings unter der Bedingung, dass die Ärztin jedes Mal danach mit der Therapeutin direkt Kontakt aufnehmen würde und sie selbst das Gewicht nicht zu erfahren bräuchte. Weiters wurde ab der zweiten Sitzung die ganze Familie zur Therapie eingeladen.

Im Laufe dieser Familiensitzungen wurden die zwar liebevollen, aber symbiotisch einengenden Familienbeziehungen immer klarer. Es gab bei jedem einzelnen große Sorge um die anderen, aber es war eher verpönt und galt als egoistisch, auf sich selbst zu achten und eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. „Die Mama schaut eh auf

mich, das brauch ich selber nicht zu tun!“ sagte die Klientin einmal. Diese familiären Muster und die Beiträge der einzelnen Familienmitglieder dazu wurden in der Therapie detailliert erkundet, von der Therapeutin wertschätzend als „Liebe mit Nebenwirkungen“ umgedeutet und kontinuierlich dekonstruiert. Das explizite Auslagern der sozialen Kontrolle des Abwiegens von der Mutter auf die Ärztin durch die Forderung der Therapeutin war ein erstes Verändern dieser gewohnten Muster.

Innerhalb der ersten fünf Sitzungen veränderte die Familie einige ihrer gewohnten Verhaltensweisen. So war es der Klientin einige Male möglich, am Wochenende nicht nach Hause zu fahren, sondern in Wien mit ihren Freunden etwas zu unternehmen, was ein ganz neues und überraschend gutes Erleben für alle darstellte. Außerdem lockerte die Klientin sukzessive auch die strengen Essensrituale. Die Eltern mussten sich daran gewöhnen, dass ihre Tochter „vielleicht doch langsam erwachsen“ würde und sie selbst am Wochenende ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen konnten: „Radfahren waren wir schon lange nicht mehr, Y mag das ja nicht und unter der Woche kommen wir nicht dazu.“

Ein Einschnitt in der Therapie geschah, als nach Meldung der Ärztin das Gewicht der Klientin die vereinbarte Grenze unterschritt. Die Therapeutin erinnerte freundlich aber klar an die vereinbarte Grenze und bestand auf einer Unterbrechung der Therapie, solange das Gewicht derart niedrig war. Die Klientin protestierte lautstark und stellte die therapeutische Beziehung sowie die Kompetenz der Therapeutin in Frage. Die Therapeutin bestand jedoch unter Berufung auf die körperliche Gefährdung, die sie nicht verantworten konnte, auf Einhaltung der Vereinbarung und überwies die Klientin nach Rücksprache mit der entsprechenden klinischen Abteilung ins Krankenhaus. Nach zwei Monaten meldete sich die Klientin wieder: Sie habe den stationären Aufenthalt nach zwei Tagen abgebrochen, jedoch aus eigener Kraft zwei Kilos zugenommen und würde die Therapie gerne weiterführen. Es folgten intensive Einzel- und Familiensitzungen, in denen Selbst- und Fremdfürsorge, Individualität und Zusammenhalt in der Familie thematisiert und dahinterliegende Themen, wie Befürchtungen von Untreue, besprochen werden konnten.

Nach einem Jahr, das Gewicht der Klientin war zwar immer noch sehr niedrig (BMI 16), aber stabil, entschied sich Frau Y freiwillig zu einem achtwöchigen stationären Aufenthalt, den sie sich selbst organisierte, und den sie dafür nutzen wollte, „sich ganz von der Anorexie zu verabschieden“.

Sich selbst einzugestehen, dass es ihr zwar besser ging, sie aber immer noch krank war (indem sie selbst das Wort „Anorexie“ benutzte) und Hilfe brauchte, war ein neuer und revolutionärer Schritt für die Klientin. Sie lernte zunehmend, eigene Bedürfnisse zu spüren und eigene Schwächen zu zeigen.

Diesmal brach sie den Aufenthalt nicht ab, sondern berichtete danach von guten Erkenntnissen und dem wohltuenden Austausch mit anderen. Nach ihrer Rückkehr schrieb sie sich an einem Kolleg ein, das sie schon immer interessiert hatte und das sie nun mit Freude und Erfolg besuchte. Die finanzielle Unterstützung der Eltern dafür nahm sie zögerlich, aber dennoch an. Das Gewicht lag nun bereits seit einem Jahr bei einem BMI von rund 17, was immer noch als untergewichtig gilt, aber deutlich höher war als zu Beginn der Therapie. Auch die Menstruation hatte wieder eingesetzt. Die Essensrituale waren nicht ganz verschwunden, aber so weit gelockert, dass der Klientin ein befriedigendes soziales Leben möglich war und sie auch eine Beziehung eingehen konnte. Die Therapie konnte nun in Übereinstimmung mit der ganzen Familie nach zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen werden.

DIE HALTUNG DER THERAPEUTIN: EIN STABILES GEGENÜBER ALS GEGENGEWICHT ZUM VERSCHWINDEN

Abschließend soll hier noch kurz auf die Wichtigkeit der Beziehung in der Therapie hingewiesen werden. Aus der Psychotherapieforschung (vgl. z. B. Hubble & Duncan) ist bekannt, dass rund ein Drittel, also ein hoher Anteil des Therapieerfolges durch die förderliche Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin erklärt wird. Die Therapeutin hat die herausfordernde Aufgabe, in wertschätzender, liebevoller und zugleich kritischer Weise einerseits einen Raum zu schaffen, in dem Verständnis für sich und die eigenen Erlebens- und Ver-

haltensmuster ermöglicht wird, andererseits als stabiles und klares Gegenüber auch Grenzen zu setzen und Konsequenzen nicht zu scheuen. Gerade bei einer Erkrankung wie Anorexie, bei der schwere gesundheitliche Folgen drohen, muss die Therapeutin damit rechnen, eventuell aktiver und steuernder eingreifen zu müssen als bei anderen Störungsbildern. Dies kann als ein sinnvoller und notwendiger Zwischenschritt auf dem Weg zur Übernahme von Eigenverantwortung der Klientin gesehen werden.

DISKUSSION

Das störungsspezifische Wissen, also das Wissen um körperliche und psychische Folgeerkrankungen sowie darüber, dass körperliche Zustände der Unterernährung zu einem selbstperpetuierenden Kreislaufprozess führen, muss bei der Therapie der Anorexie berücksichtigt werden.

Genauso wichtig und unerlässlich ist darüber hinaus der Blick auf die individuelle Besonderheit der Klientin, welche durch ungünstige Pauschalisierungen übersehen werden kann. Sehr leicht könnte sich daraus ein Machtkampf mit wenig Veränderungspotential zwischen der Klientin und den Familienmitgliedern, aber auch zwischen der Klientin und der Therapeutin entwickeln.

Hinter der Diagnose Anorexia nervosa verbergen sich unterschiedliche Geschichten und (gescheiterte) Lösungsversuche, um Lebensumbrüche oder Krisen zu bewältigen, die erzählt, gehört und verstanden werden möchten. Der Verzicht aufs Essen, die strenge Reduzierung auf wenige Lebensmittel hat für jede Einzelne eigene Bedeutungen. Diese aus der Perspektive der Betroffenen sinnmachenden Verhaltensweisen und deren Auswirkungen auf relevante andere zu erfassen und erfahrbar zu machen, ist ein wesentlicher Baustein in der psychotherapeutischen Behandlung. Weitere Bausteine sind das Vertrauen in die Beziehung zur Psychotherapeutin sowie deren förderliche Gestaltung, eine fundierte medizinische Begleitung, sowie das Erlernen von neuen Verhaltensweisen. Insgesamt soll es den Betroffenen auf diese Weise ermöglicht werden, das Symptom „Hungern und Verschwinden“ aufzugeben.

MAG.^A DR.TM IRIS SEIDLER

ist Psychotherapeutin (SF), Lehrtherapeutin an der Ia:sf, Redakteurin der Zeitschrift „Systemische Notizen“. Langjährige ehemalige Mitarbeiterin an einer auf Essstörungen spezialisierten ambulanten Einrichtung.

MAG.^A SABINE SCHMID-SIPKA

ist Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (SF) und Supervisorin in freier Praxis. Lehrbeauftragte bei promente/akademie. Langjährige ehemalige Leiterin an einer auf Essstörungen spezialisierten ambulanten Einrichtung.

Literatur bei den Verfasserinnen

Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages

BEZIEHUNG IN BEWEGUNG



Zertifizierte Weiterbildung für PsychotherapeutInnen.
Qualifikation: umfassende Beratung und psychotherapeutische Behandlung von **Paaren** aufgrund einer fundierten, vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannten körperorientierten Methode (KBT).

Start: **27.1.2017**

(Salzburg und München)

www.beziehunginbewegung.at

Informationen/Broschüre:

office@susannekloser.at, 0043(0)699 105 12 116

Termine zum Kennenlernen:

- 18.-22.4.2016 Sexualität und Psychotherapie (Lindauer Psychotherapiewochen, www.lptw.de)
- 4.-5.6.2016 Alle viel zu nett (Seminar in Ravensburg, Roland Brückl, info@kbt-ravensburg.de)
- 10.-11.6.2016 Lerne berühren (Seminar in Wien, www.susannekloser.at)
- 10.9.2016 Einführung in die körperorientierte Paartherapie (Wien, www.susannekloser.at)

ANZEIGE

