

Fallvignette einer anorektischen Patientin

Arbeitspapier als Grundlage für eine Vorlesung 2003 / 2009

Hinweis zum Copyright: Bitte beachten Sie: Der Download stellt eine Nutzung gemäß UrhG dar: Speicherung, Vervielfältigung und Weitergabe sind bewilligungspflichtig, Zitationsregeln zu beachten.

Es wird über eine 20jährige, unverheiratete, sichtbar untergewichtige junge Studentin berichtet, die im Unterricht durch mehrfach geäußerte Unzufriedenheit mit ihrem Körper (sie empfindet sich selber als übergewichtig, obwohl sie kaum noch Kraft hat, Stiegen zu steigen) sowie indirekte Hinweise auf eine persönliche Krisensituation Besorgnis erregt.

Die Studentin wird als modisch, aber für die warme Jahreszeit zu dick gekleidet, brillant in ihren Aussagen, wenig gefühlsbezogen und gegenüber ihrer Mutter, aber auch ihrem Vater, nur oberflächlich kumpelhaft, tendenziell aber aggressiv und bezüglich Befindlichkeit anderer als „sensationslüsternd“ geschildert: Die Eltern bezeichnen sie als ihr „geliebtes Sorgenkind“. All das lässt auf ungelöste Konflikte schließen.

Freunde beschreiben sie als ausgesprochen leistungsorientiert, sehr sportlich, hübsch, attraktiv, aber distanziert und überempfindlich. Engere Bezugspersonen empfinden ein oft starkes Hilfsbedürfnis, das aber vehement mit dem Hinweis auf subjektives Wohlbefinden abgewehrt wird.

Dem Bild einer zu vermutenden Essverhaltensstörung im Sinne einer Anorexia nervosa kann man sich differentialdiagnostisch wie folgt annähern:

1. Zunächst willkürlich herbeigeführter Gewichtsverlust über Hyperaktivität, Erbrechen, Verwendung von Abführmitteln (Bulimia nervosa – Ess-Brechsucht).
2. Körperschema-Störung (Angst zu dick zu werden) als tief verwurzelte Idee
3. Endokrine Störung als Folge dauernder Mangelernährung (z.B. Amenorrhoe)
4. Kindliche, „knabenhafte“ Körperform, Muskulatur zu Beginn austrainiert, später reduziert, bis hin zu einem *kachektischen* Erscheinungsbild: „Haut und Knochen“
5. Körpergewicht: in diesem Fall 41 kg bei 1,73 m (QI=13,7 – kleiner als 17,5)

Auf Nachfrage wird auch die Gruppe genauer beschrieben, in der die Teilnehmerin sich vorgeblich geborgen fühlt: Sie besteht unter anderem aus einem Ehepaar und einem philosophierenden älteren Mann, der ihr Raum gibt und sie nicht mit Fragen nach Befindlichkeit, Essverhalten und Gewicht bedrängt. Dieser Mann schildert umgekehrt einen sich verstärkenden Handlungsbedarf, weil er abschätzt, dass die junge Frau bei Fortsetzen ihrer autoaggressiven Strategie möglicherweise verhungern wird.

Mag. Dr. Volkmar Ellmauthaler

Zertifizierter Lebens-, Sozial- und Sexualberater gem. GewO 1994: WKO seit 1989
Zertifizierter bzw. anerkannter Supervisor, Coach: Einzel, Teams, Gruppen (Methoden: Gruppendynamik, Analyse)

ÖGSV (seit 1995) und ÖVS (1997–2017)
WKO (LSB seit 1989 und SV seit 2015)
WKO Fachverband Personenberatung u. Personenbetreuung: **Resilienz-Experte Supervisor** und Lehr-/Kontrollsupervisor
SVA akkreditiert f. Gesundheitsvorsorge

Lehrsupervision Wien 2007 Schweiz 2015
Sach- und Fachbuchautor | Rezensent



Seefeldergasse 18 / 2.8 (DG 1, Lift)
AT-1220 Wien – Austria/Autriche

F: 0 (043) 699 10 900 802
E: info@medpsych.at
W: <http://medpsych.at>

UID: ATU 11789901
Finanzamt und Gerichtsstand: Wien
Bankverbindung: Volksbank AG Wien
BIC/SWIFT: VBOEATWW
IBAN: AT44 4300 0328 6193 0017

In typischer Weise sind **von Anorexie vorwiegend Mädchen bzw. junge Frauen ab der Pubertät bis etwa 30 Jahre betroffen**. Während der vergangenen zwanzig Jahre sind allerdings auch vermehrt Fälle von männlicher Anorexie und Fälle von anorektischen Störungen jenseits des Adoleszenzalters beschrieben worden.

Die klassische Anorexie liegt, oberflächlich betrachtet, oft in einem (Vater- und/oder) **Mutter-Tochter-Konflikt** begründet, der sich in einer Protesthaltung und Verweigerung, zuletzt in einer regressiven (dissoziiert infantilisierenden) **Verweigerung der eigenen Geschlechtsidentität** – auf Grund in einer Störung des Körperschemas – manifestiert, sei es auch „nur“ durch rational wohlbegründete, nachhaltige Maßnahmen zur Schwangerschaftsvermeidung (Ovulationshemmer). Fortschreitend ergeben sich Verhaltensfixierungen, eine Art von nicht-substanzabhängigem Suchtverhalten (wobei u.a. Endomorphine wirksam sind).

Bei längerer Dauer wird – auf Grund der aussetzenden Ovulation – die Medikation obsolet.

Nun lässt aber eine dermaßen tiefgreifende Störung immer auch auf einen primären Konflikt auf der Ebene der Sexualorganisation (anale Phase) im Sinne einer „frühen Störung“ schließen und muss anamnestisch behutsam exploriert werden, um eine zutreffendes Bild von den Vorgängen zu erhalten und therapeutische Strategien planen zu können.

Das Bild der *anorektischen Persönlichkeit* lässt sich wie folgt beschreiben:

Young, Alternative, Healthy, Wealthy, Intelligent, Sexy
Jung, Alternativ, Gesund, Wohlhabend, Intelligent, Reizend

Solcherart ausgezeichnete junge Frauen werden meist als besonders anziehend erlebt und können im Gegenüber eine starke Gegenübertragung bewirken. Das bedeutet, Menschen im Umfeld der Anorektiker/in fühlen sich bald – vermutlich auch aus einer unbewussten oder unreflektierten (erotischen) Anziehung – für diese verantwortlich und können so Akteure in einem – leider pathologischen – Gesamtkonzept werden, das mit großem Geschick von der Patientin arrangiert und dirigiert wird. Diese Arrangements aber dienen ungewollt der Fixierung des destruktiven Verhaltens.

Wie für eine neurotische Symptombildung charakteristisch, deutet die Symptomatik auf ihre Entstehungszeit – in diesem Fall die frühe orale Phase der Sexualorganisation – und eine entsprechende Traumatisierung hin. Sie soll also die Sprachlosigkeit ersetzen, die aus der frühen –vorsprachlichen, evtl. sogar intrauterinen – Entstehungszeit und der später in „intakten Familien“ unmöglichen Thematisierbarkeit entspringt.

Da es sich aber gleichzeitig um eine deutliche Form aggressiven Verhaltens handelt, wobei die unterschiedlichen Adressaten (die Mutter, der Vater, der Onkel...) neben anderen, zu Zuschauern degradierten, Personen der Primärfamilie, gleichzeitig zu lieben ist, kann sowohl der dem Symptom innewohnende Appell (der in „intakten Familien“ mit Missbrauchstendenz meist nicht wahrgenommen oder unterdrückt wird) als auch der destruktive Anteil nur noch gegen die eigene Person gerichtet werden. Daher spricht man in diesem Zusammenhang auch im weiteren Sinn von einer autoaggressiven Störung bzw. Erkrankung.

Mit dem Sichtbarwerden der Autoaggression aber wird das System zu Handlungen genötigt, die ihm nicht immanent sind und werden von außen kommende Helfer, die von der Patientin zunächst als Verbündete des „Systems“ empfunden werden, in die

Sphäre der Aggression hinein gezogen. Dies geschieht selbst dann, wenn jede Hilfe kategorisch abgelehnt wird. In solchen Fällen empfinden sich die Helfer – auch professionelle – als hilflos.

Dieser Umstand verweist, nach analytischer Deutung, auf den nach außen gerichteten Appell, exogene Ursachen – wie etwa zurückliegende oder andauernde psychische oder sexuelle Übergriffe, eine unglückliche Zwangsbeziehung etc. – wahrzunehmen.

Als zusätzlicher innerer Auslöser einer solchen autoaggressiven neurotischen Störung wie der Anorexia nervosa ist eine Körperschemastörung anzunehmen, die sich bei Mädchen auf die primäre Identifikationsfigur, die Mutter, bei Knaben eher auf den Vater bezieht. Hinzu kommen unbefragte erzieherische Regeln oder gesellschaftliche Werte (Schlankheitsideal), aber auch unbewältigte Konkurrenz, etwa mit der „erfolgreicheren“ Schwester, dem subjektiv „mehr geliebten“ Bruder u.dgl. mehr. Auf diese Weise fixiert sich auch die so vehement bekämpfte Position als „Sorgenkind“ (Fixierung des Abhängigkeits-Status „Kind“).

Unter den genannten Bedingungen und in Situationen der Ausweglosigkeit (wie etwa in Fällen von Missbrauchsfamilien) kommt es zu appellativen Wiederholungsmustern. Da die Symptombildung ihrerseits bereits die Wiederholung einer posttraumatischen Organfixierung darstellt, ist das konsequente Verharren in der geschilderten Persönlichkeitsstruktur ein integrierender und besonders (lebens-) gefährlicher Bestandteil der Störung.

Meist entwickeln die so „gesund“ lebenden Patientinnen kein Krankheitsgefühl. Dies entspricht der Abwehr. Vielmehr können viele Kriterien gefunden werden, die einen Sucht-Mechanismus annehmen lassen: vorwiegend die Aktivierung der Beta-Endorphine durch exzessives Fasten, evtl. in Zusammenwirken mit Hyperaktivität, welche eine leicht narkotisierende und euphorisierende Wirkung haben. Wenn überhaupt anorektische Patient/innen über ihren Zustand reden, dann im Wesentlichen nur gezwungenermaßen und oft in Ausflüchten, wozu ihre Intelligenz reichlich Spielraum schafft. Der *circulus vitiosus* des Krankheitsbildes wird durch das funktionale Symptom selbst in Gang gehalten, das in Verkehrung seiner ursprünglichen Funktion immer weitere – meist repressive – Reaktionen des psychosozialen Umfeldes hervorruft, die zu vermeiden es ursprünglich gebildet wurde. Potenzielle Aufdecker dieser Mechanismen werden auf Grund des innerpsychischen Widerstandes emotional abgelehnt und exakt ausgegrenzt.

Deshalb ist darauf zu achten, dass eine Desensibilisierung und Stärkung des Selbstwertgefühles erreicht werden kann, zunächst, ohne die Betroffene selbst einer Therapie zuführen zu wollen (die sie ohnehin auf meist geniale Weise zum Scheitern brächte). Anzuraten ist ein systemischer Ansatz, der die Primärgruppe einbezieht.

Dies ist, da eine „intakte Familie“ vorliegt, meist nur unter großen Schwierigkeiten möglich. Solche Schwierigkeiten können durch unterschiedliche Abwehrsysteme ins Unermessliche gesteigert werden, sofern man nicht in behutsamer Form eine eventuelle Missbrauchssituation explorieren und das Setting darauf abstimmen kann.

Die Situation der Zeitknappheit ist lediglich ein rationalisierbarer Fakt, dahinter steht oft ein Ringen um Verstehen und Verstandenwerden, dupliziert sich ein Gewaltakt, jedoch nun mit umgekehrter Rollenverteilung. Die lebensbedrohliche Stoffwechselsituation der anorektischen Patientin verhilft ihr zu einer besonderen Macht über Helferinnen und Helfer. Diese ist anzuerkennen, vermutlich einer der wenigen Berührungspunkte, wo ein Rapport herstellbar ist.

Hier ist mit viel Geschick zunächst eine Bezugsperson aufzubauen, die einen gewissen Vertrauensvorschuss genießt. Am besten geschieht das innerhalb einer spezialisierten klinischen Abteilung für Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters. Durch Rollenspiele (Psychodrama) und Formen der Kunst- und Bewegungstherapie, Bioenergetische Analyse (Lowen/Pechtl) und Arbeit an Charakterstruktur-Anteilen kann dieser Kreislauf behutsam zum Stillstand gebracht und neue Alternativen („Erweiterungen“) im Umgang mit dem pathogenen Konflikt und den betreffenden Personen bzw. ihren Stellvertretern entwickelt werden.

In der Eingangsphase, bevor der zu Grunde liegende Konflikt überhaupt ansprechbar werden kann, hilft Musik- und Kunsttherapie eine Beziehung innerhalb eines sicheren Umfeldes aufzubauen.

Diese Strategie gilt auch für andere „frühe Störungen“ – mit oder ohne Zusammenhang mit Situationen sexueller Gewalthandlungen durch Vertrauenspersonen an der anorektischen Patientin. Hier ist die **anale Phase** der Sexualorganisation bedeutend. Siehe dazu auch:

V. Ellmauthaler: Versuch über das Unsägliche. – 3. Aufl. Wien: editionL 2015.

Die beschriebene Konstellation enthält grundsätzliche Aspekte der Ätiologie solcher neurotischen Psychosomatosen: Der primäre Konflikt, das primäre Defizit oder Trauma wird in Wiederholungs-Situationen mit Hilfe der erstmals erlernten individuellen Organsprache durch Symptome ausgedrückt.

Verbale Sprachlosigkeit und häufig Unfähigkeit zur Adressierung von Protest und Aggression führen also zu variablen Ausformungen von Autoaggression *auf der Körperebene* wie auch – *somato-psychisch* – bis hin zur *präsuizidalen Einengung* und *Suizid* (Erwin Ringel). In Fällen der Essstörungen ist schließlich von einem Suchtverhalten zu sprechen, denn zuweilen finden die Betroffenen selbst bei rationaler Einsicht in ihren alarmierenden Zustand eben auch mit therapeutischer Unterstützung nicht aus dem selbst-destruktiven Verhalten heraus. Daher sind Aspekte der Selbstschädigung immer ernst zu nehmen. Mit großer Behutsamkeit ist im Alltag auf etwaige Symptomträger/innen zu achten: nicht primär im therapeutischen Sinn, sondern im Hinblick auf Anteile der eigenen Persönlichkeit, die – unreflektiert – eine ungewollt intensive Involviertheit in Einzelschicksale oder Gruppenprozesse und in verschiedene Formen von psychosozialen Störungen mit ihren oft komplexen Vernetzungen mit verursachen können.

Hinweise: QUETELETS-INDEX (BODY MASS INDEX):
 $QI (BMI) = W / H^2$ (W= Gewicht in kg, H=Körpergröße in m)
QI (BMI) bei Anorexia nervosa: < 17,5

KLASSIFIZIERUNG nach ICD-10:

- F50 Essstörungen
- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 Atypische Anorexia nervosa
(mindestens ein Leitsymptom, z. B. Amenorrhoe, fehlt)
- F50.2 Bulimia nervosa (Heißhunger- und Essattacken mit Phasen exzessiven Erbrechens) z.B. Konsumation von Menüs – ohne Kalorienaufnahme
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa (mindestens ein Kernmerkmal fehlt)
- F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen (Angststörungen, Depression)

DD:

Dys- oder Polyphagie bei (mechanischen) Störungen des Verdauungstraktes, parasitären oder Stoffwechselerkrankungen, Kachexie bei Vorliegen maligner Erkrankungen, seltene kongenitale Muskeldystrophien, Psychotische Kachexie.

Dr. V. Ellmauthaler, Wien, 22.04.1993 – durchgesehen am 12.07.2009

Weitere Publikationen: <http://www.medpsych.at/Lieferb-Wiss-Publikat.pdf>