

Alleine stark und schön – vom verborgenen Beziehungshunger in der Magersucht

Dr. Dirk Harms

Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie

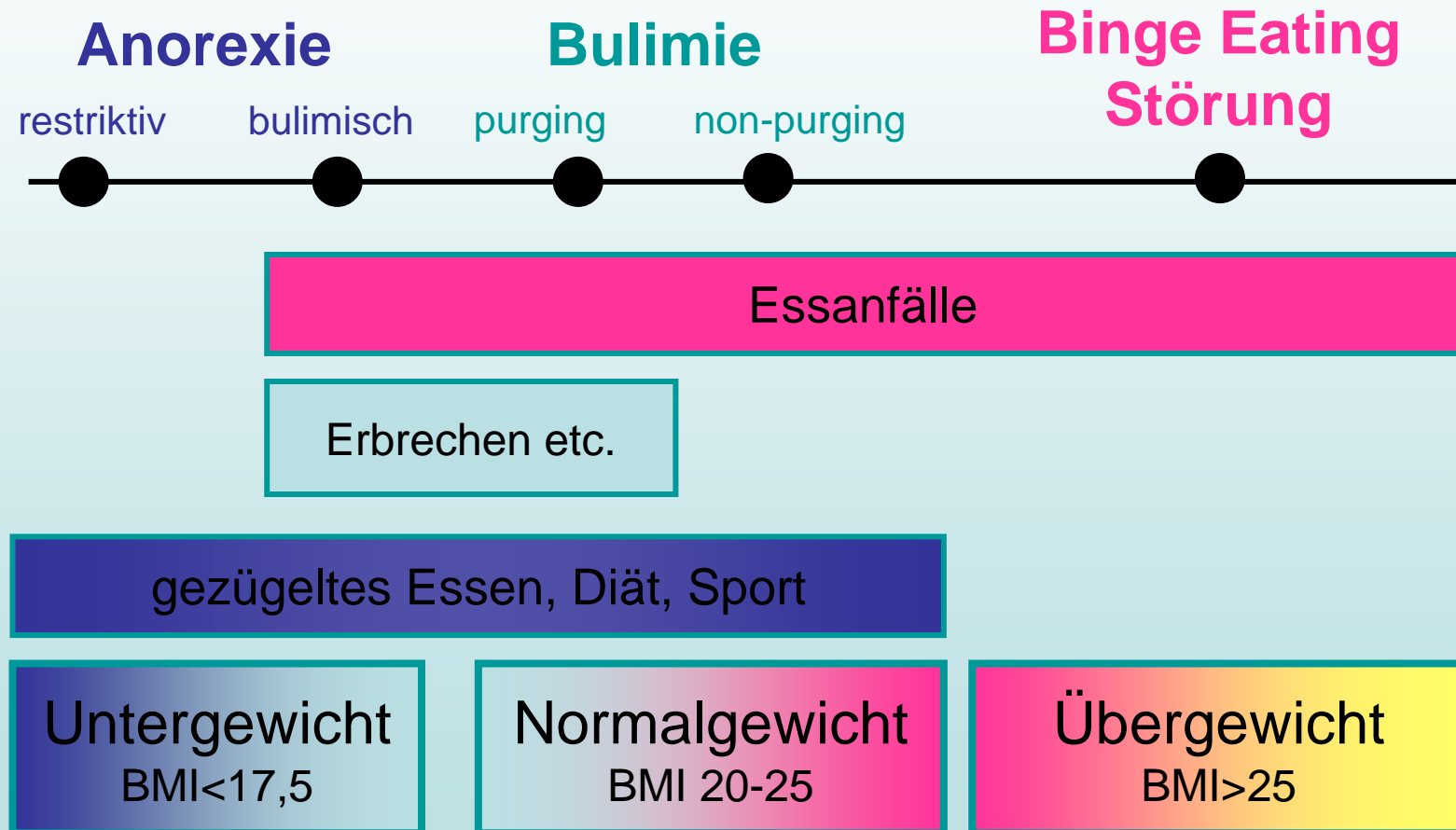
Krankenhaus Martha-Maria

Gliederung

- Der Blick von außen
 - was ist Magersucht?
- Der Blick zurück
 - woher kommt sie?
- Der Blick nach innen
 - was bedeutet sie?
- Der Blick nach vorne
 - was kann man tun?

Der Blick von außen: Essstörungen - Magersucht

Essstörungen Spektrum



Exkurs: Der Body-Mass-Index (BMI)

- wichtigstes praktikables Maß zur Beurteilung des Körpergewichtes
- BMI = $\frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$

BMI	
<17,5	Magersucht
20-24,9	Normalgewicht
25-29,9	Übergewicht
>30	Adipositas

z.B. bei 1,70m	
35kg	12,1
40kg	13,8
45kg	15,6
50kg	17,3
60kg	20,8
65kg	22,5
75kg	25,6
90kg	31,1

Bulimia nervosa

(Bulimie = „Ochsenhunger“)

- **Die Selbstbewertung wird übermäßig stark von Gewicht und Figur abhängig gemacht.**
- Essanfälle mindestens 2x/Woche
 - Große Menge in kurzer Zeit
 - Gefühl des Kontrollverlustes
- Verhaltensweisen um Gewichtszunahme zu vermeiden
 - Gezügelter Essverhalten, Sport („non-purging“)
 - Erbrechen, Abführmittel („purging“)
- Normalgewicht

Epidemiologie

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge eating Störung
Prävalenz	0,3% (junge Fr.)	1% (junge Fr.)	2% Allg. Bev.
w:m	10:1	20:1	1,5:1

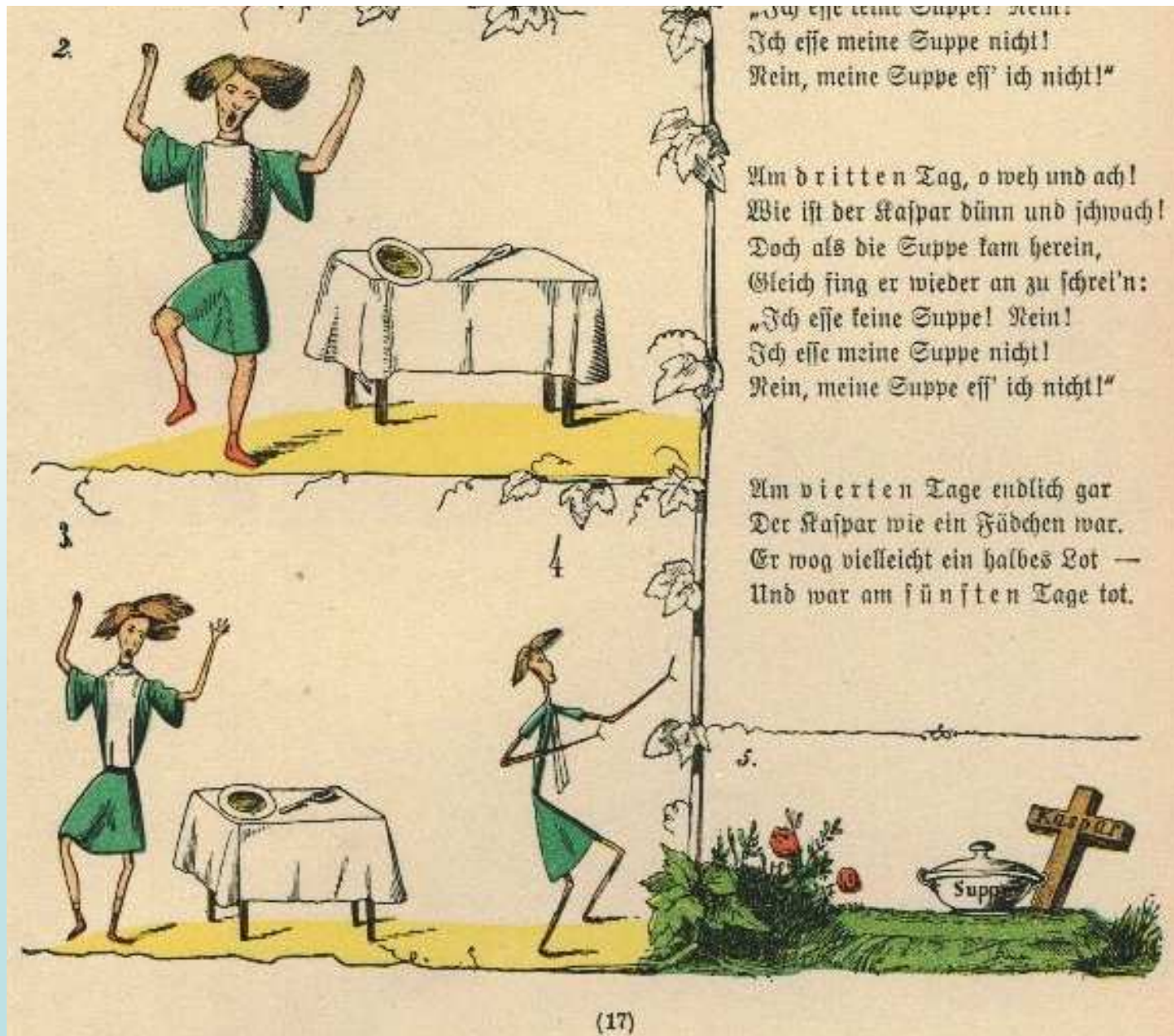
Heinrich Hoffmann: Der Struwwelpeter (1847)



Die Geschichte vom Suppen-Kaspar.

Der K a s p a r , der war kerngesund,
Ein dicker Bub und kugelrund,
Er hatte Backen rot und frisch;
Die Suppe aß er hübsch bei Tisch.
Doch einmal fing er an zu schrei'n:
„Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe ess' ich nicht!“

Am n ä c h s t e n Tag, — ja sieh nur her!
Da war er schon viel magerer.
Da fing er wieder an zu schrei'n:
„Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe ess' ich nicht!“



Historische Beschreibung der Magersucht (zit. nach Thomä, 1961)

- Morton 1689 „Phthisis nervosa“
- Gull 1873:
„In der Tat waren die klinischen Charakteristika lediglich solche des Hungerzustandes ohne irgend ein Zeichen einer inneren Erkrankung. Es war bemerkenswert, wie lange dieser Zustand oft andauerte, und wie gering die Veränderungen der vitalen Funktionen waren. Puls und Atemfrequenz bleiben ein oder zwei Jahre lang auf dem genannten niedrigen Wert (nämlich 50/60 bzw. 12/min). Obwohl diese Patientinnen äußerst hinfällig waren, klagten sie über keinerlei Beschwerden und hatten auch keine Krankheitseinsicht, sondern waren oft besonders ruhelos und eigensinnig, solange die Entkräftung nicht den äußersten Punkt erreicht hatte“

Anorexia nervosa (ICD 10: F50.0)

(an-orexie = Appetitlosigkeit)

- Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme.
 - BMI von 17,5 kg/m² oder weniger.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von "fettmachenden" Speisen.
- Selbstwahrnehmung als "zu fett" verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- Amenorrhoe bei Frauen, Interesseverlust an Sexualität und Potenzverlust bei Männern.
- Es werden der restriktive Typus und der bulimische Typus unterschieden.
- Wachstumshemmung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät

Körperliche Symptome der Anorexia

- Kältegefühl, Zyanose der Hände
- Dünnerwerden der Haare, Haarverlust
- Trockene Haut, brüchige Nägel
- Gelbfärbung der Haut
- Lanugo-Behaarung
- Völlegefühl/Magenschmerzen nach dem Essen (selbst bei kleinen Mahlzeiten)
- Darmträgheit, Obstipation

Körperliche (Spät-)folgen der Anorexie

- Verminderte Knochendichte (Osteoporose)
- Blutbildveränderungen
- Niedriger Blutdruck, langsamer Puls
-> Kollapszustände
- Leberferfettung
- Nierenschäden

- Bei Erbrechen oder Abfühlmittelmissbrauch:
 - Ödeme
 - Elektrolytstörungen (Kalium) -> Herzrhythmusstörungen
 - Zahnschäden
 - Schleimhautblutungen in der Speiseröhre

Typische Verhaltensweisen I

- Esssituationen werden vermieden („hab` schon gegessen“)
- Entschuldigungen für Nicht-Essen
- Herumstochern im Essen, Ess-Rituale, langsames Essen, überstarkes Würzen
- Beschäftigung mit Essen ohne zu Essen:
 - Kochbücher, Rezepte, Zeitschriften, Kataloge
 - Kochen für andere
 - Horten von Nahrungsmitteln
 - Kaugummi-Kauen
 - trinken von Wasser, Cola-Light, Tee

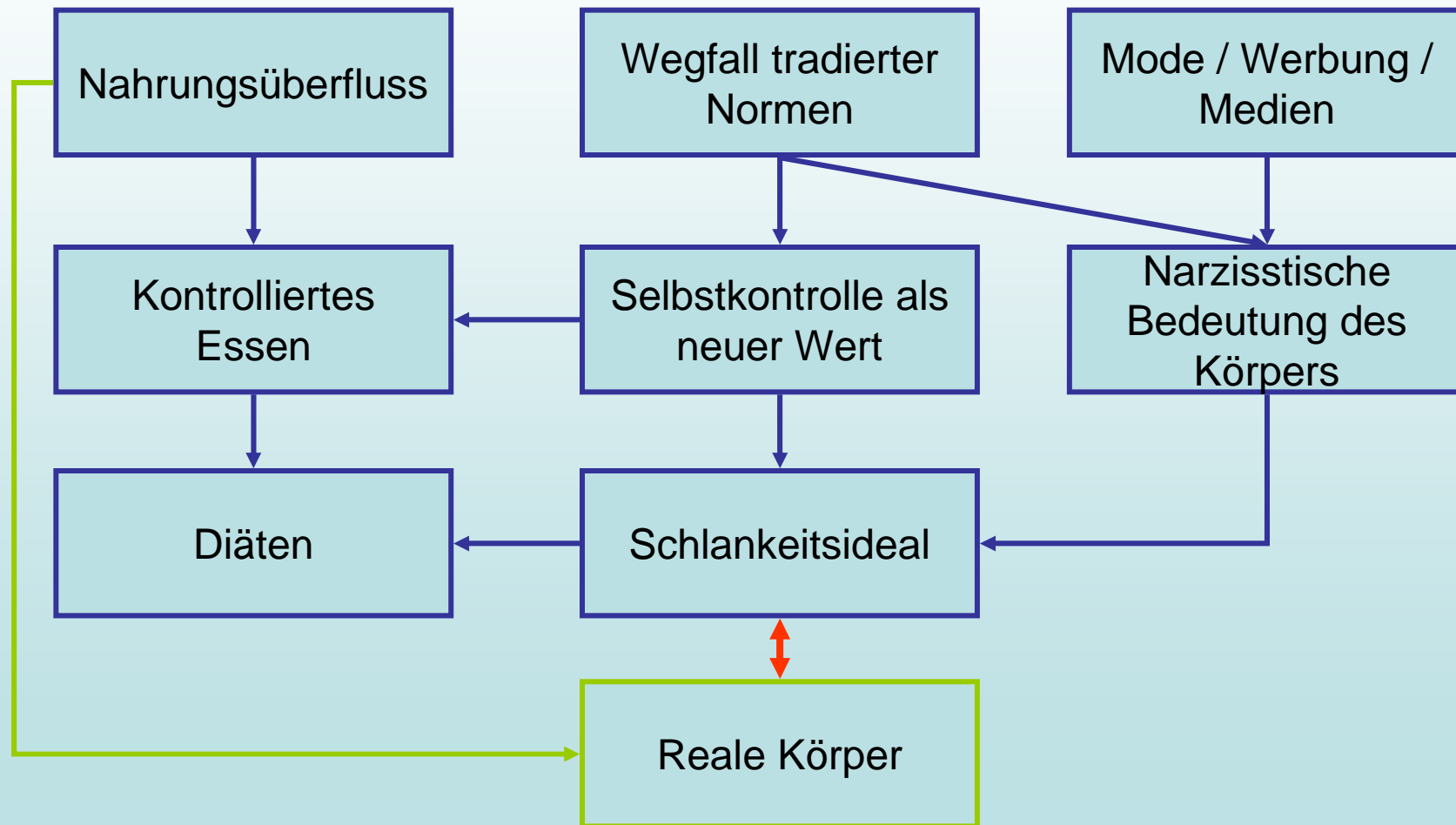
Typische Verhaltensweisen II

- Unruhe, Bewegungsdrang
- Sport
- Leistungsorientierung

- Weite Kleidung in mehreren Schichten

Der Blick zurück: Ursachen

Soziokulturelle Einflüsse



Biologische Faktoren

- Essstörungen gehäuft bei Verwandten von Magersüchtigen
- Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen 55% (gegenüber 5% bei zweieiigen)
- Serotonin-Stoffwechsel?

Epidemiologie

- Anorexia nervosa
 - Kein Unterschied zwischen Stadt und ländlichen Gebieten
 - Höhere soziale Schichten
- Bulimia nervosa
 - gehäuft in Städten und vor allem Großstädten

Der Blick nach Innen: Psychodynamik

Folgen des Hungerns (Minnesota Studie 1944)

- Heißhungerattacken
- Störung des Sättigungsgefühls
- Stimmungsschwankungen
- Depressionen
- Reizbarkeit
- Wutausbrüche
- Angst/Apathie
- Sozialer Rückzug
- Isolation
- vermindertes sexuelles Interesse
- Auflösung von Beziehungen
- vermindertes Konzentrationsvermögen
- Entscheidungsunfreudigkeit
- verminderte Urteilsfähigkeit

Auslösesituation I: Entwicklungsaufgabe Pubertät

- Körperliche Reifung
→ Übernahme der Geschlechtsrolle
- Lösung von den Primärobjecten
- Eingehen neuer Beziehungen

- Soziale Ängste
- Rollenkonflikte
- Anstieg von Triebspannungen
- Affektive Labilität
- Verunsicherung - Selbstwert

Auslösesituation II

Trennungsschritte

- Auslandsaufenthalte
- Auszug/Umzug
- Beruflicher Entwicklungsschritt
- Partnerschaftliche Veränderung

Psychodynamik 1: Abwehr der weiblichen Identität

- Übernahme der Rolle/Identität „Frau“ würde bedeuten
 - Identifikation mit der Mutter
 - Rivalität mit der Mutter
 - Aufgeben der Mutter als versorgende Mutter, Aufgeben des Kindstatus
- Beziehung zum Vater
 - sexuelle Wünsche bedrohen Vater als Alternativobjekt
- Anorexie: Aufgeben der genital-sexuellen Entwicklungsstufe und Abwehr der weiblichen Identität durch Regression

Warum?

Die Anorektikerin vor der Anorexie

- „braves“ Kind
 - stets unauffällig
 - keine Trotzphase
 - gut in der Schule
 - leistungsorientiert
-
- Das „perfekte Kind“ im „Goldenen Käfig“ (Hilde Bruch)?

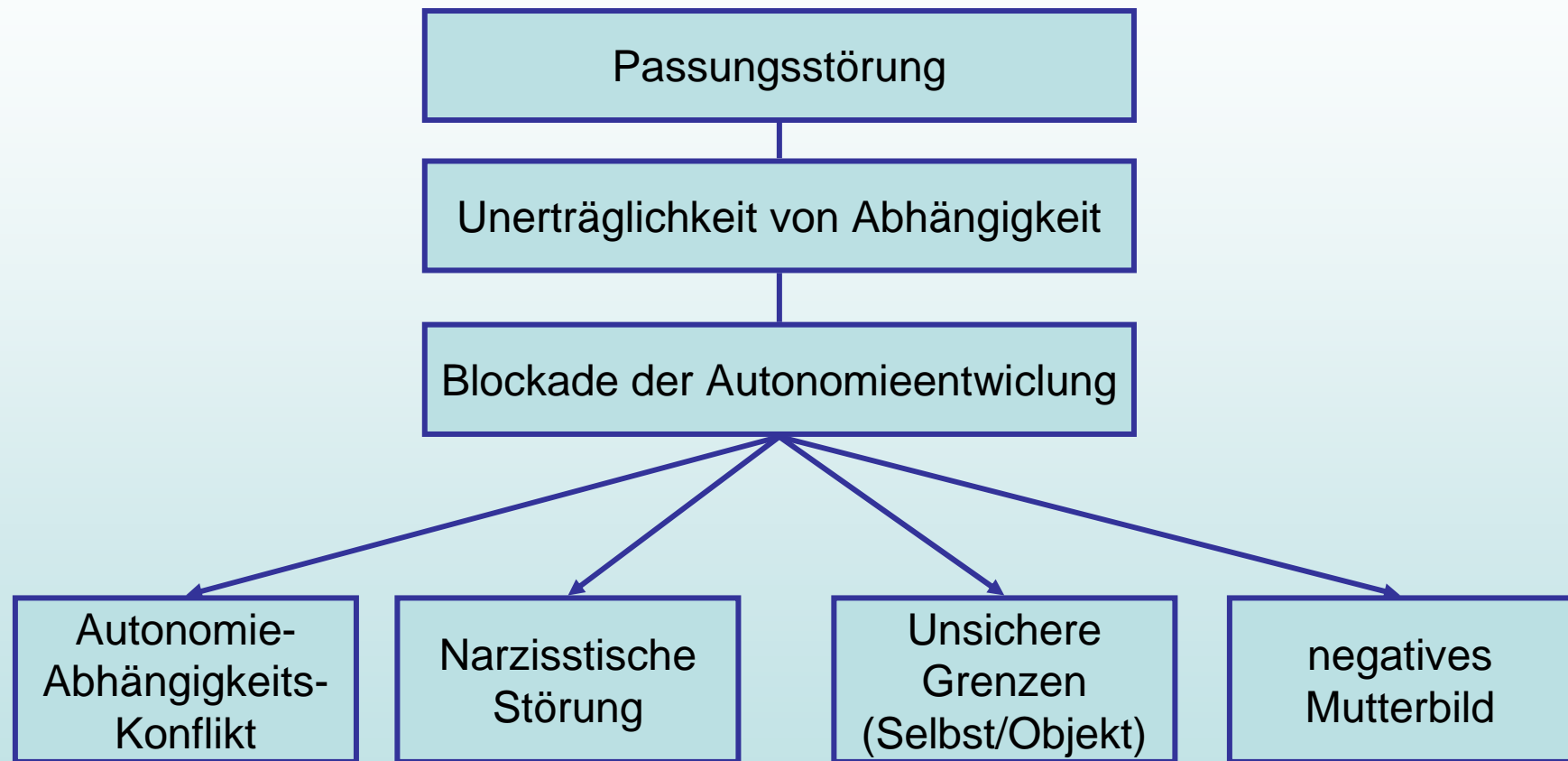
Die Kehrseite des perfekten Kindes

- Anpassung an den Goldenen Käfig durch
 - Aufgeben des „Wahren Selbst“ zugunsten eines „falschen Selbst“ (Winnicott)
 - Verzicht auf Autonomie
 - Aufgeben der eigenen Grenzen – Grenzverwischung („wir wollen“)

Die Anfänge

- „Stillsituation“
 - „orale Triebbefriedigung“
 - narzisstisch-fusionäres Erleben
 - Angenommensein, Spiegelung
- Frühe Passungsstörung mit dem Primärobjekt
- Folgen:
 - „orale Frustration“ -> Spannung, „Wut“ -> Objektverlust
 - Selbstverlust, Fragmentierung
 - Kontrollverlust
- Notwendigkeit, derartige Zustände zu verhindern, also Angst vor Abhängigkeit und deren Folgen

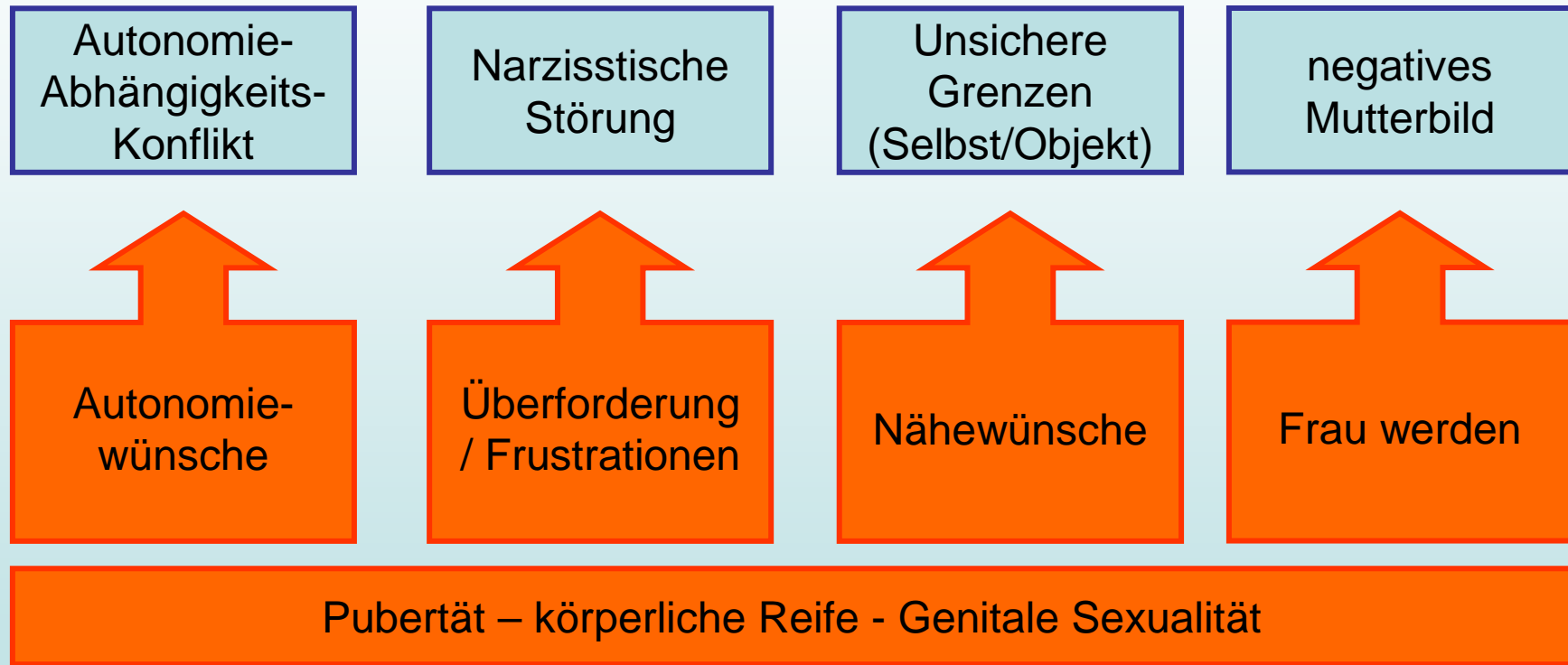
Folgen der frühen Passungsstörung



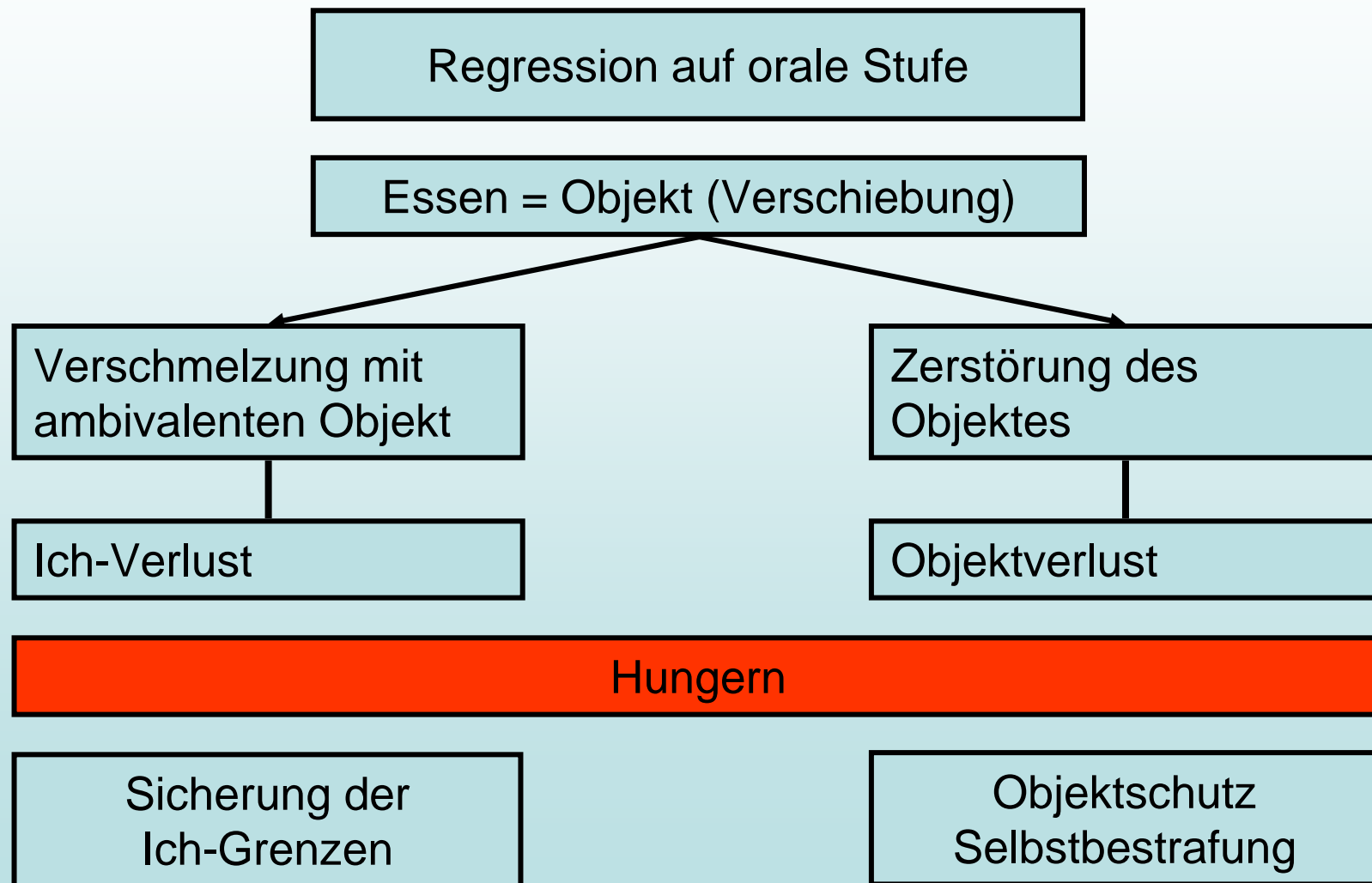
Grundlegende Pathologie

- **Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt**
 - Abhängigkeit als existenzielle Bedrohung
- **Narzisstische Störung**
 - Gefühle von Ohnmacht und Wertlosigkeit vs. Allmachtswünsche
- **Ich-strukturelle Störung**
 - unsichere Grenzen zwischen Selbst und Objekt
- **Triebtheorie**
 - Orale Ambivalenz

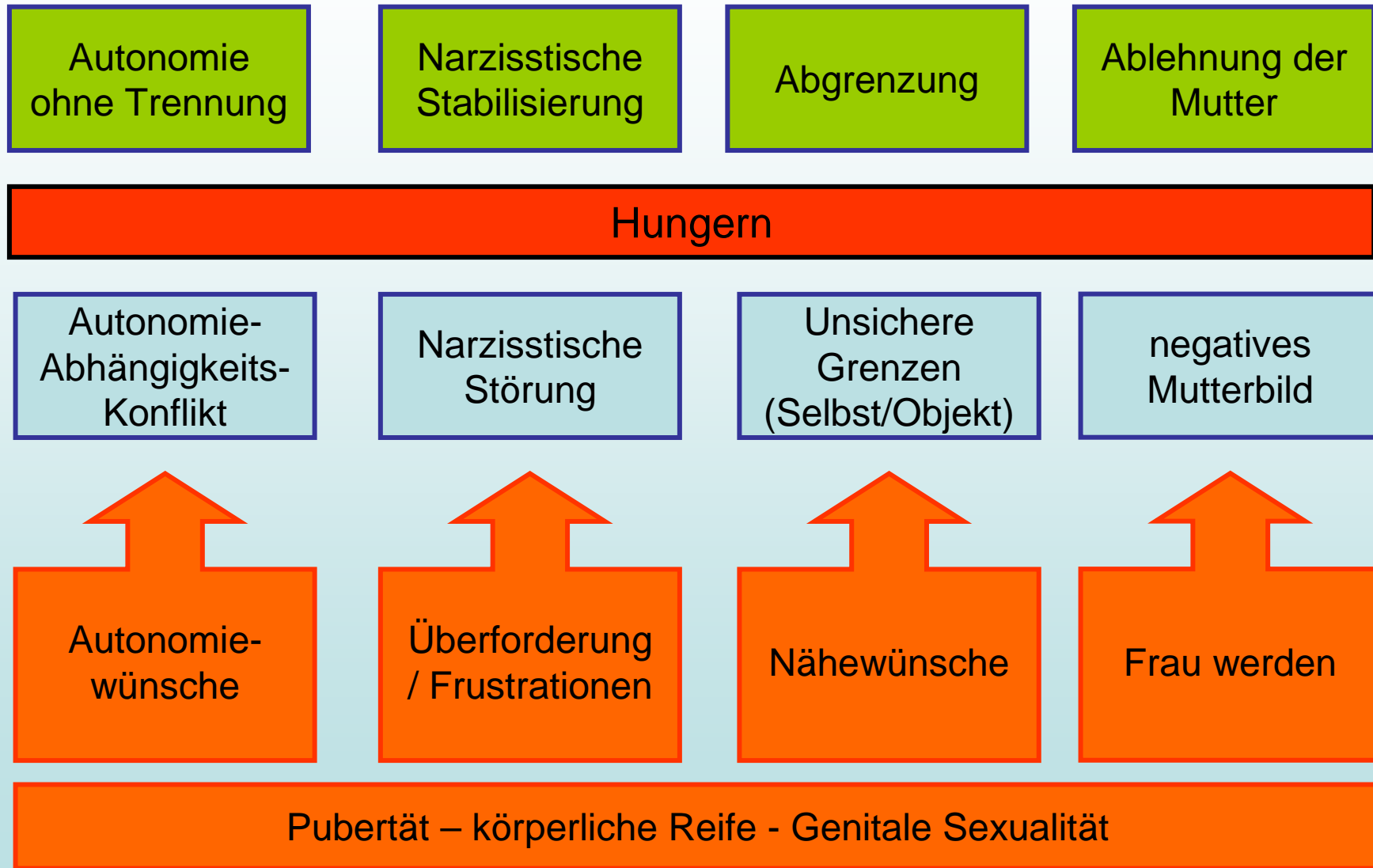
Aktivierung der Problemfelder



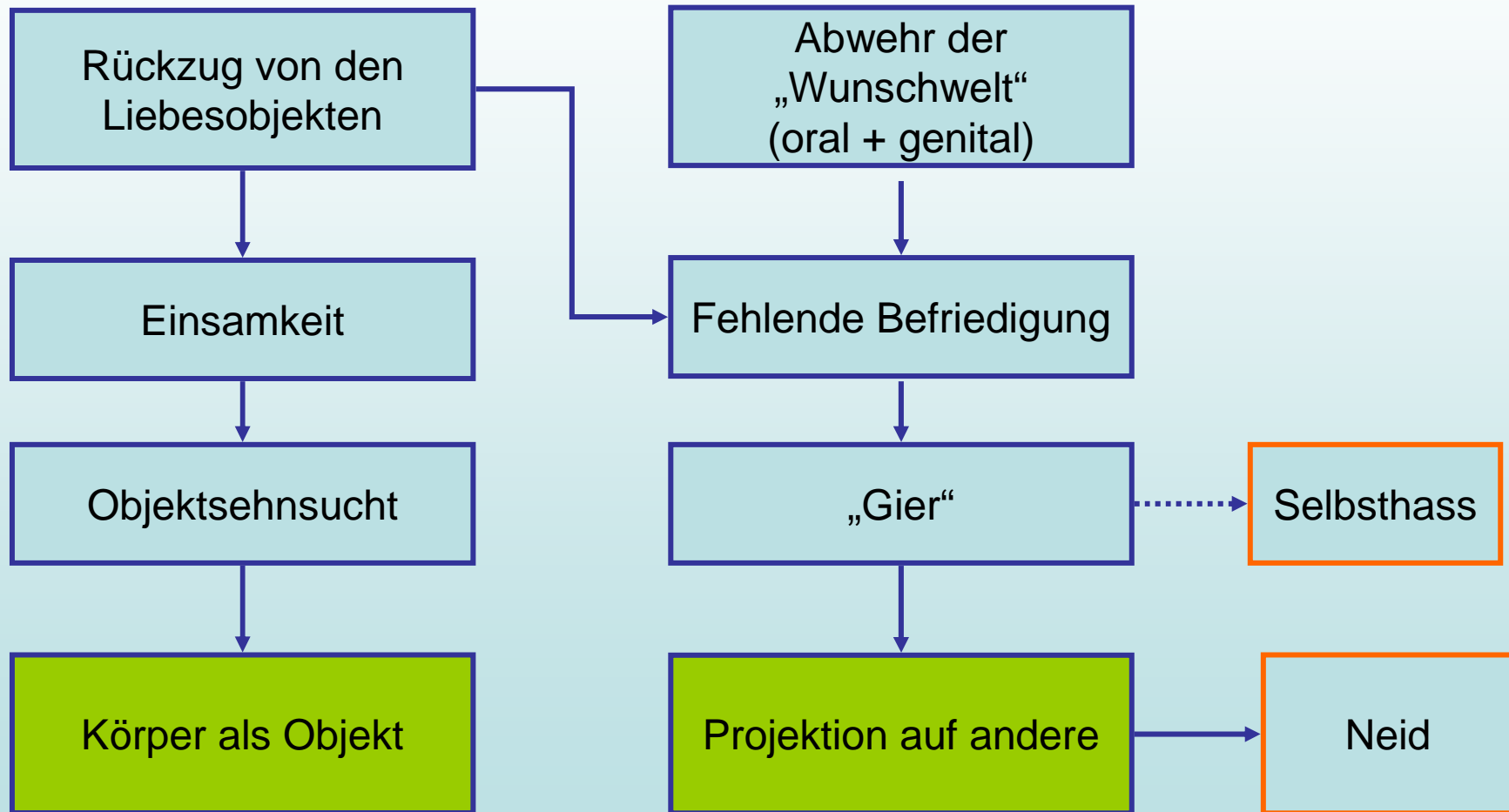
Der Weg in die Anorexie - Regression



Hungern als Lösung



Weitere Stabilisierungsmaßnahmen



Über-Ich und Ich-Ideal

■ Über-Ich

- Harmonie
- Aggressionsfreiheit
- Verbundenheit
- Aufopferung
- Verzicht

- streng
- tyrannisch
- introjektartig

■ Ich-Ideal

- Leistung
- Perfektion
- Selbstkontrolle
- Autonomie

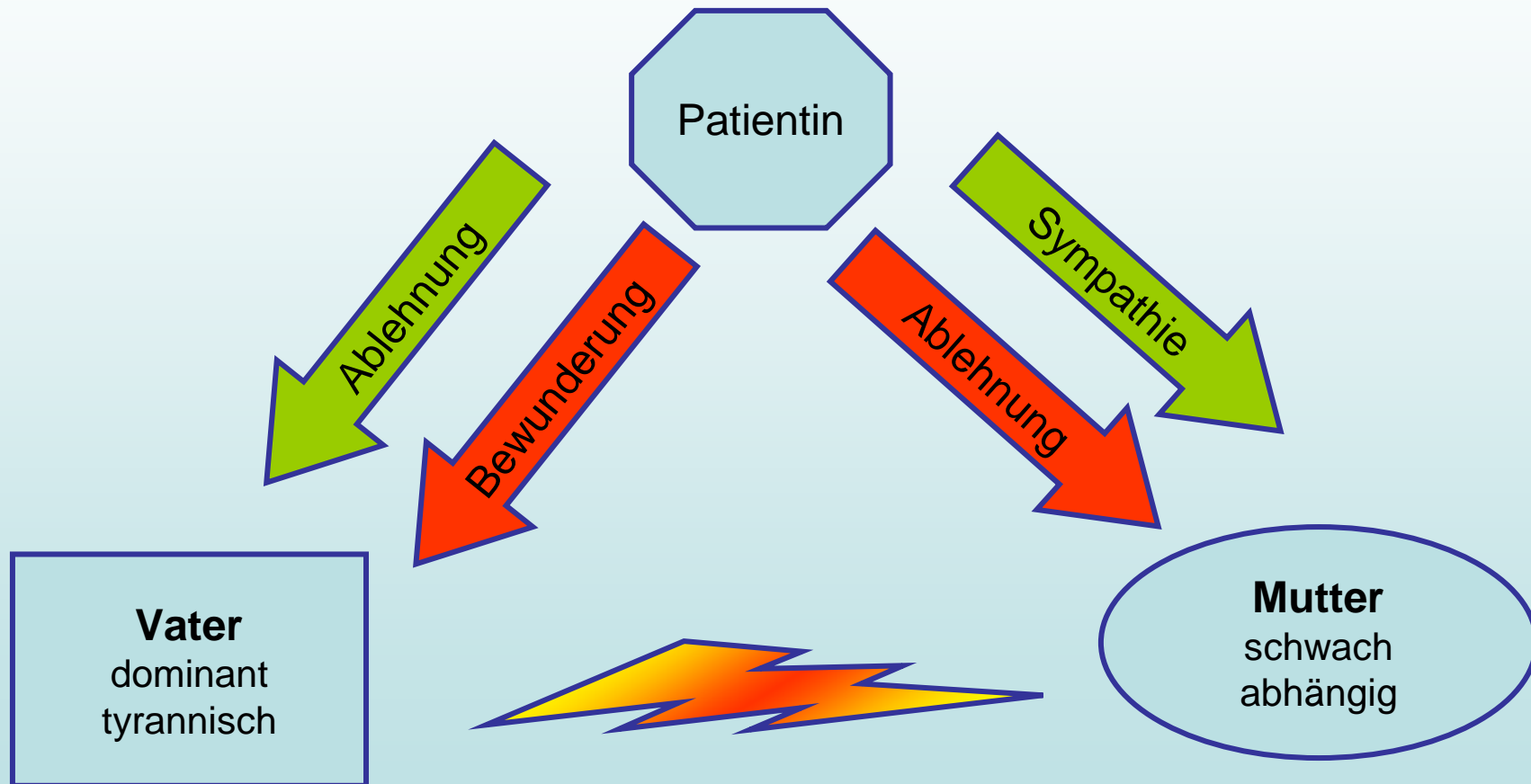
- überhöht
- weit entfernt vom Real-Ich

Interpersonelle Dynamik

- Projektion von Wünschen und Gefühlen auf anderen
 - Wünsche: oral (Essen), Macht und Kontrolle
 - Ängste und Ohnmacht
- Annahme der Projektionen durch andere – Projektive Identifikation
 - Wunsch die Pat. möge Essen
 - Wünsche die Patientin zu kontrollieren, zu zwingen
 - Hilflosigkeit und Ohnmacht
- Kampf gegen die Projektionen bei den anderen

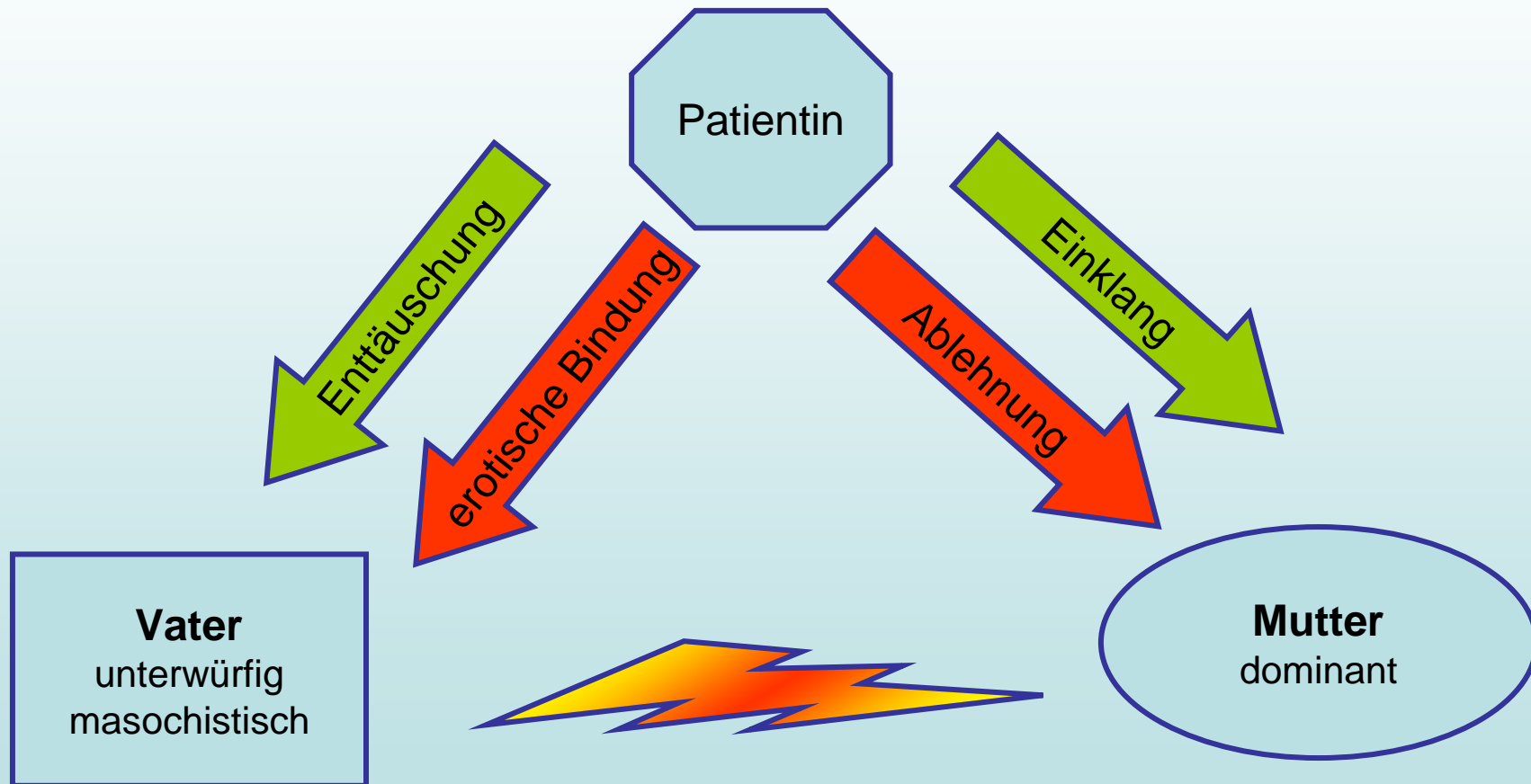
Familiendynamik im ödipalen Dreieck (G. Reich)

„Der bekämpfte Vater und die umworbene Mutter“

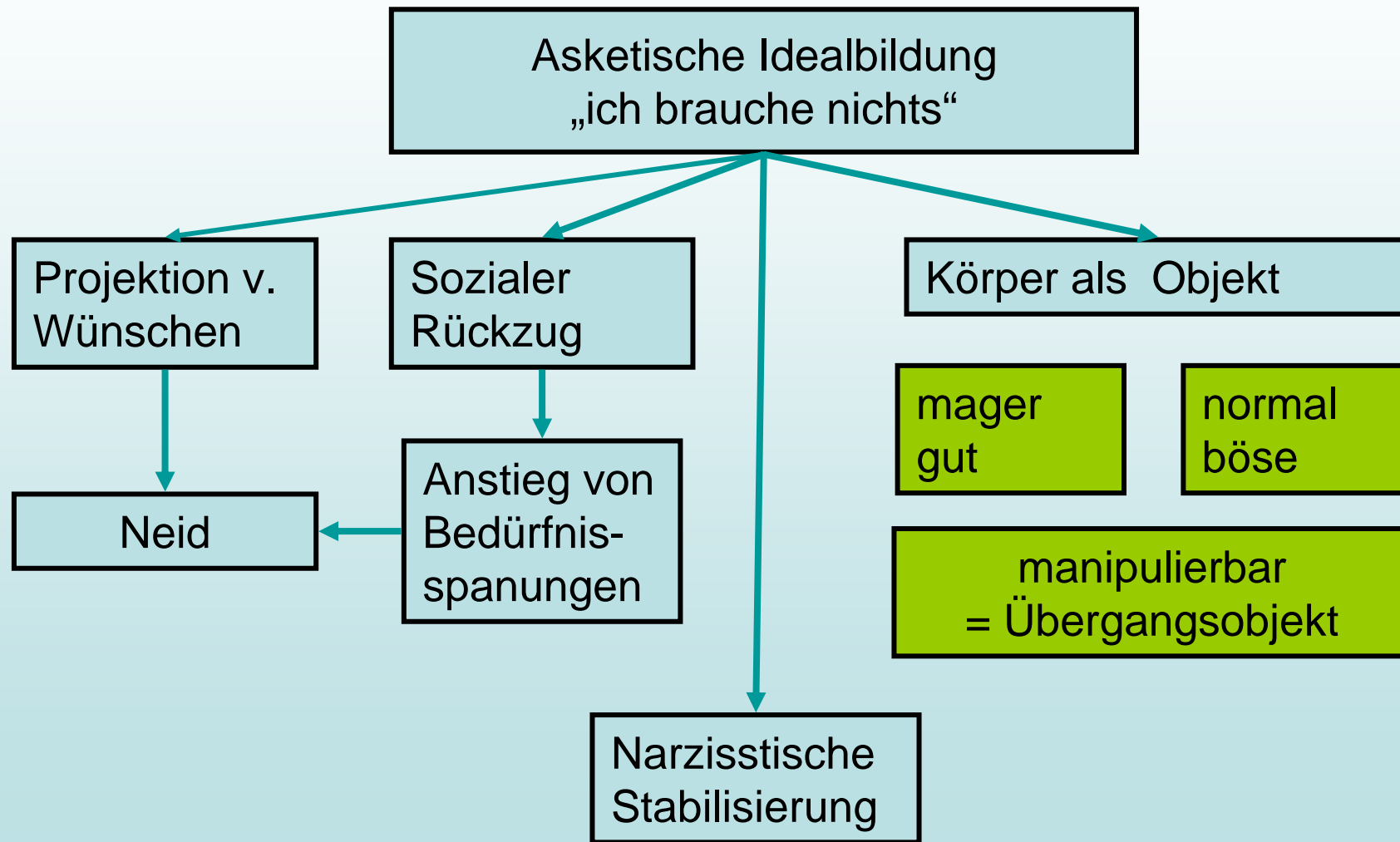


Familiendynamik im ödipalen Dreieck (G. Reich)

„Der enttäuschende Vater und die abgelehnte Mutter“



Weitere Elemente der anorektischen Lösung



Psychodynamik

(n. Schneider, 2004)

- A. als Identitätsversuch / -entwurf:
Wunschlosigkeit
= narzisstisches Ideal
- Damit verbundene Konflikthaftigkeit
 - Selbsthass bei „Schwäche“ = Ausleben von Wünschen
 - Essen als primäres „Schlachtfeld“
 - Liebe und Sexualität als weiterer Wunschbereich, der mittels Identifizierung/Verschiebung über Essen mitabgewehrt wird
 - „Hunger“ als Begleiter – selbstgeschaffener Objektersatz

Psychodynamik II: Wunsch-Abwehr-Dynamik

(n. Schneider, 2004)

- Nach Innen /in der Beziehung zu sich selbst
 - Ichspaltung/Selbstverheimlichung/Selbsttäuschung
- Nach Aussen / in der Beziehung zu anderen: Projektiv identifikatorische Prozesse
 - Wünsche (Essen, zunehmen)
 - Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle
 - Rollenumkehr (Pat. kontrolliert andere)
- Geheimnis/Geheimhaltung

Der Blick nach vorne: Therapie

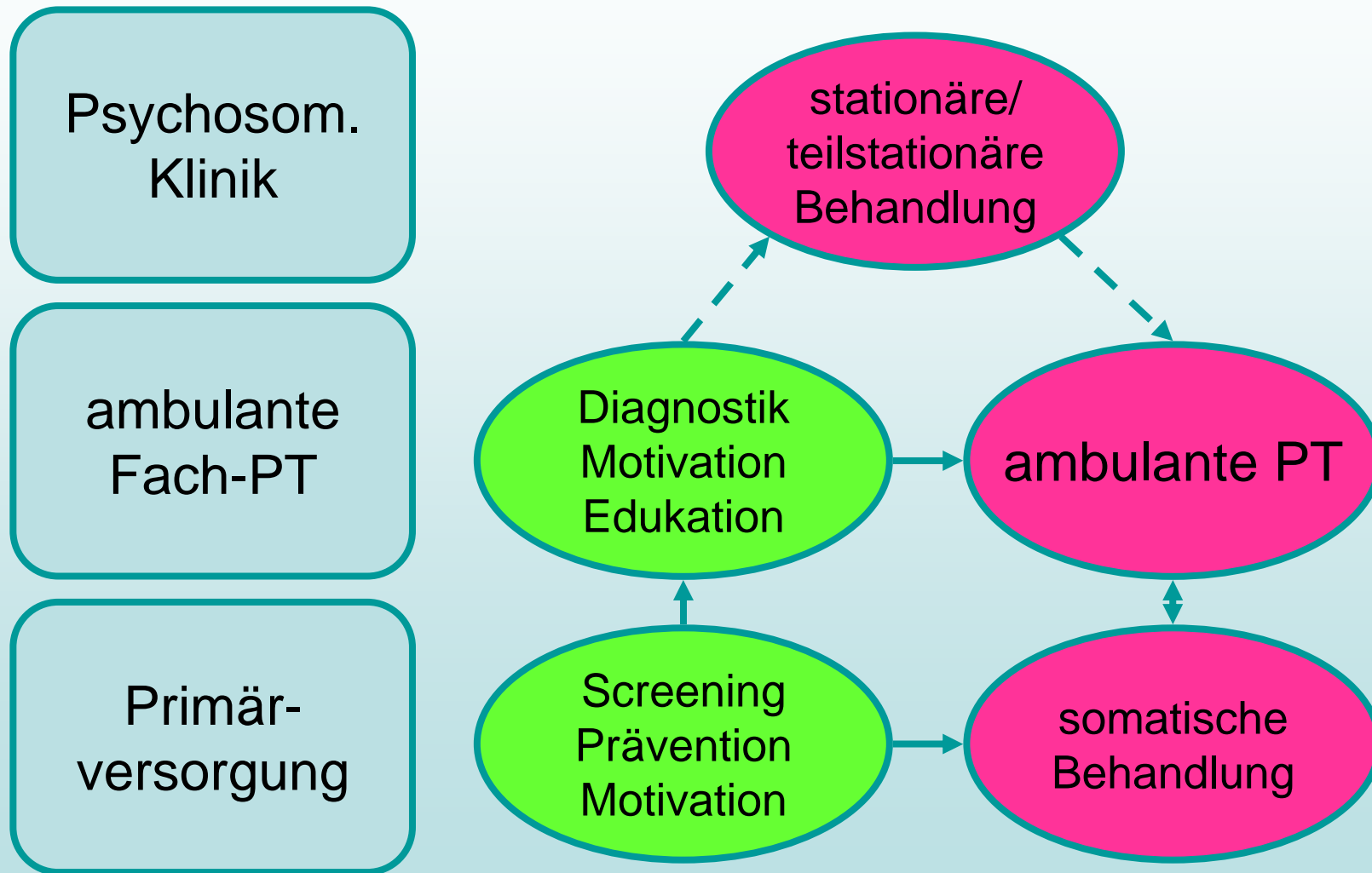
Behandlung der Magersucht

- Grundlagen -

- Magersucht als chronische Krankheit, die die Koordination verschiedener Therapien über längere Zeit erfordern
- Gesamtbehandlungsplan
- Therapie der Wahl ist die **Psychotherapie**

Behandlung von Essstörungen

- Behandlungsketten -



Hilfreiche Grundhaltung

- Essstörungen sind Erkrankungen wie alle anderen auch
 - keine Vorwürfe, keine Belehrungen, keine Drohungen
- auch das Verheimlichen ist Teil der Erkrankung
 - keine Vorwürfe, keine Belehrungen, keine Drohungen
- Essstörungen sind meist zu großen Teilen für die Patientinnen „ich-synthetisch“:
 - was der Umgebung als Problem erscheint ist für die Patientin die Lösung
- Veränderungsmotivation ist das Ergebnis der ersten Therapiephase, nicht die Vorraussetzung

Behandlungsgrundsatz für Essstörungen

- „Mit einem Patienten der hungert, kann man keine sinnvolle therapeutische Arbeit leisten.“
 - Hilde Bruch, 1980
- „Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts.“
- „Die somatischen Folgen des Hungerns können nicht durch Deutungen und Einsicht behoben werden – Deutungen sind kalorienfrei -, sondern nur durch ausreichende Ernährung“
 - R. Schors, D. Huber, Essstörungen: Therapieführer für psychodynamische Behandlungskonzepte, Schattauer, 2004
- „Es ist nicht mehr vertretbar, Patientinnen mit Anorexia nervosa symptomorientierte Behandlungskomponenten vorzuenthalten.“
 - Herzog T et al., PpMP, 1996

Gründe für die Integration Symptomorientierter Techniken in die psychodynamische Therapie

- Essstörung als Handlungssymptom
- gegenseitige Bedingtheit von körperlicher und psychischer Störung
- „Deutungen sind kalorienfrei“
- „Gewichtszunahme ist nicht alles, aber ohne Gewichtszunahme ist alles nichts“
- Realität (Gewicht) als Triangulierung

Psychodynamische Anorexietherapie

- Einleitungsphase
 - Motivationsarbeit
 - Anorexie als „Leistung“/Vorteile
 - viel Struktur – Stabilisierung des Essverhaltens
- Mittlere Phase
 - von Essen und Gewicht hin zu
 - Affekten/Beziehung/Konflikt
 - abgewehrte Wünsche
- Endphase
 - Trennung als zentraler Konfliktbereich
 - Stabilisierung
 - Umsetzung im Alltag
 - Rückfallprophylaxe
 - Grenzen des Erreichten

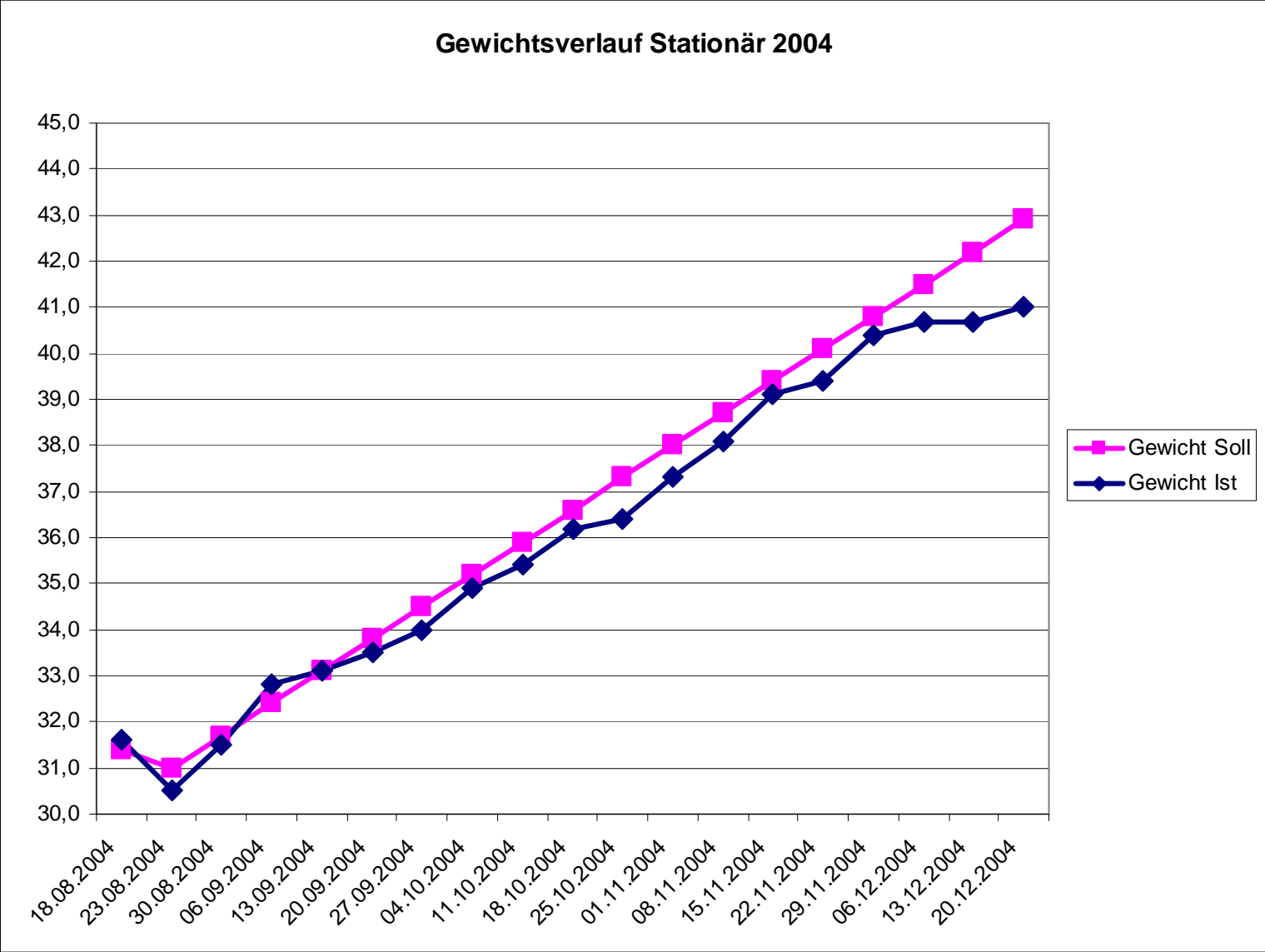
Einleitungsphase

- Bearbeitung der Selbstwertproblematik - Selbstwertstabilisierung
- Bearbeitung der Ambivalenz gegenüber der Therapie
 - Ausführliche Bearbeitung der Vorteile der Essstörung
 - Vorsichtige Bearbeitung der Nachteile der Essstörung
 - Verantwortung für Veränderung liegt bei der Patientin
- Ausführliches Betrachten des konkreten Essverhaltens und sonstiger Symptome

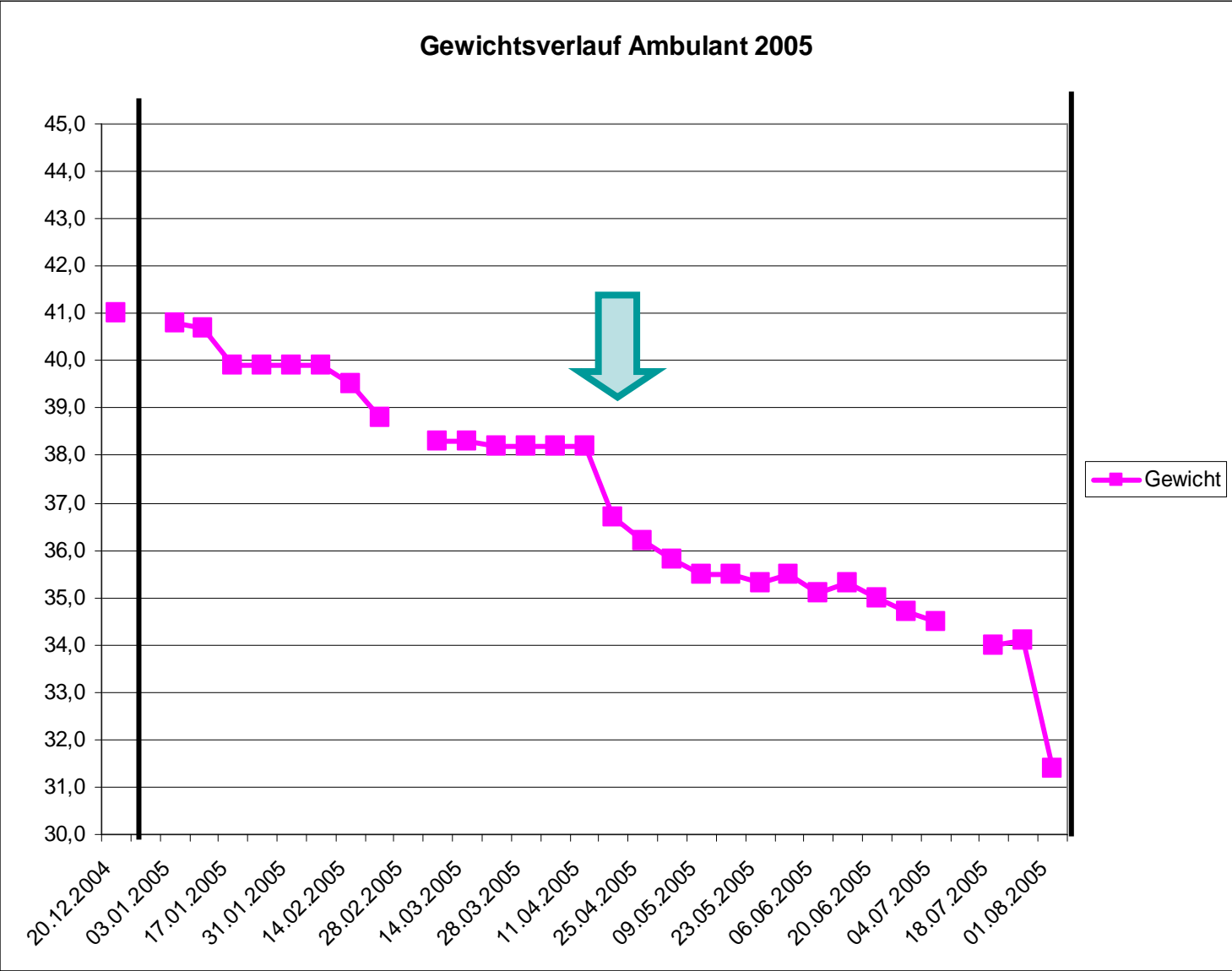
Symptomzentrierte Maßnahmen

- Information und Vorschläge zum Essen
- Esstagebuch
- Wiegen
- Gewichtskurve
- Vereinbarung zur Gewichtszunahme und zu den Grenzen der Therapie

Beispiel Gewichtskurve – stationär



Beispiel Gewichtskurve ambulant



Beispiel Essensplan – Teil 1

(Kostaufbau nach langem Fasten)

8 Uhr	Frühstück	1 Scheibe Vollkornbrot 1 Teel. Butter/Margarine 1 Essl Quark (20%Fett i.T.) 2 Teel. Marmelade 1 Glas Fruchtsaft
10 Uhr	Zwischenmahlzeit	1 Joghurt mit Früchten (200g Becher, 3,5% Fett i.T.) 1 Stück Obst (Apfel, Birne, Banane)
12 Uhr	Mittagessen	1 Dessertschüssel Blattsalat 1 Essl. pflanzliches Öl 1 Teel. Essig ½ Tasse Reis (roh) 2 Gemüsepaprika 60 g Putenbrust 1 Schöpflöffel Bratensoße

Beispiel Essensplan – Teil 2

15.30 Uhr	Zwischenmahlzeit	1 Joghurt mit Früchten (200g Becher, 3,5% Fett i.T.)
19 Uhr	Abendessen	1 Scheibe Vollkornbrot 1 Teel. Butter/Margarine 1 Scheibe Schnittkäse oder Aufschnitt 2 Tomaten
21.30 Uhr	Gute-Nacht-Snack	2 Stücke Schokolade (ca. 10 g)
		1500 kcal

Beispiel Essensplan – Teil 1

(nach KostaufbauKostaufbau)

8 Uhr	Frühstück	<ul style="list-style-type: none"> 1 Scheibe Vollkornbrot 1 Teel. Butter/Margarine 1 Essl. Quark (20%Fett i.T.) 2 Teel. Marmelade 6 Essl. Früchte-Müsli 200 ml Milch (3,5 % Fett) 1 Glas Fruchtsaft
10 Uhr	Zwischenmahlzeit	<ul style="list-style-type: none"> 1 Scheibe Vollkornbrot 1 Teel. Butter/Margarine 1 Scheibe Schnittkäse oder Aufschnitt 1 Stück Obst (Apfel, Birne, Banane)
12 Uhr	Mittagessen	<ul style="list-style-type: none"> 1 Dessertschüssel Blattsalat 1 Essl. pflanzliches Öl 1 Teel. Essig $\frac{3}{4}$ Tasse Reis (roh) 2 Gemüsepaprika 150 g Putenbrust 2 Schöpflöffel Soße

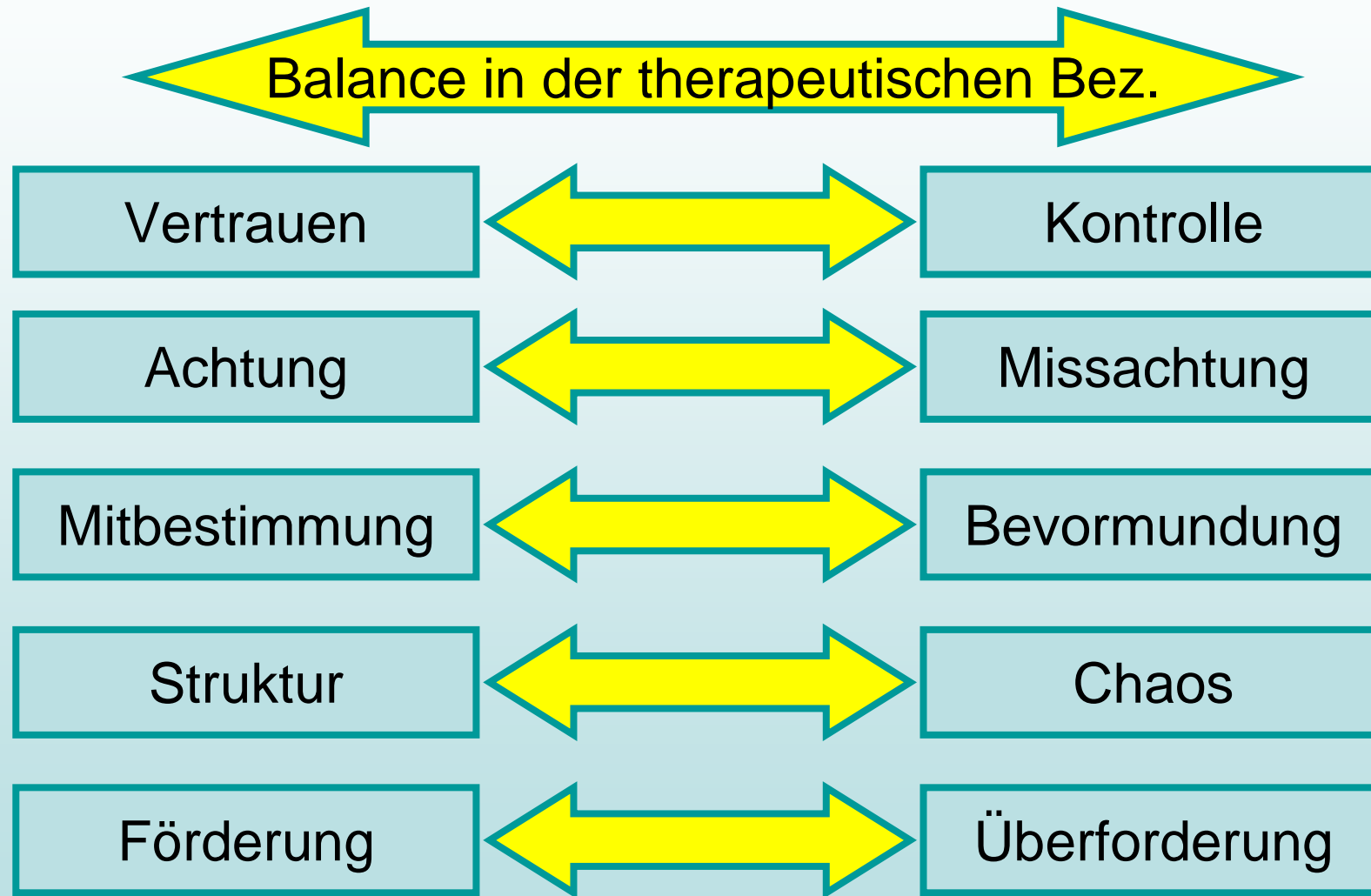
Beispiel Essensplan – Teil 2

15.30 Uhr	Zwischenmahlzeit	1 Stück Marmorkuchen 1 Glas Fruchtsaft
19 Uhr	Abendessen	2,5 Scheiben Vollkornbrot 3 Teel. Butter/Margarine 3 Teel. Kräuterquark (40 % Fett i.T.) 1 Scheibe Schnittkäse oder Aufschnitt 2 Tomaten 1 Glas Tomatensaft
21.30 Uhr	Gute-Nacht-Snack	1 Schoko-Riegel (z.B. Mars) 20 Gummibärchen
		3000 kcal

Der Umgang mit essgestörten Patientinnen erfordert

- Klarheit
- Struktur
- Offenheit (=> Motivation!)
- Transparenz
- Berechenbarkeit

Therapeutische Haltung bei Essstörungen - psychodynamische Sicht -



Mittlere Therapiephase

- Übersetzungsarbeit: was bedeuten Essen und Gewicht hinsichtlich
 - Affekten
 - Beziehungen
 - Konflikten
 - abgewehrten Wünschen
- Je nach Dynamik erfolgt die Arbeit eher
 - strukturbezogen
 - konfliktorientiert

Typische Themen der Therapie

- **Strukturbezogenes Arbeiten**
 - Differenzierung von Affekten und Konfliktwahrnehmung
 - Selbstwertstabilisierung
- **Konfliktbezogenes Arbeiten**
 - Kontrolle/Macht/Beherrschung/Omnipotenz
 - Schuld, Moral

Therapie

(n. Schneider, 2004)

- Unmöglichkeit: „Geheimnis“ vs. Offenheit
- Möglichkeit
 - Abstinenz gegenüber der Pat. (umkämpft in der Dynamik)
 - Lebendigkeit des Ther. als Identifikationsmöglichkeit

„2-Phasen-Modell“ analytischer Therapie

(n. Schneider, 2004)

- **Vorbereitungsphase**
 - Geheimhaltung als „Identitätswiderstand“
 - „virtuelle“ analytische Arbeit
 - „Mach du ruhig, ich spiele auch durchaus mit, aber ich werde nicht anders“.
 - Probeübertragung, Identifikationen unter Vorbehalt

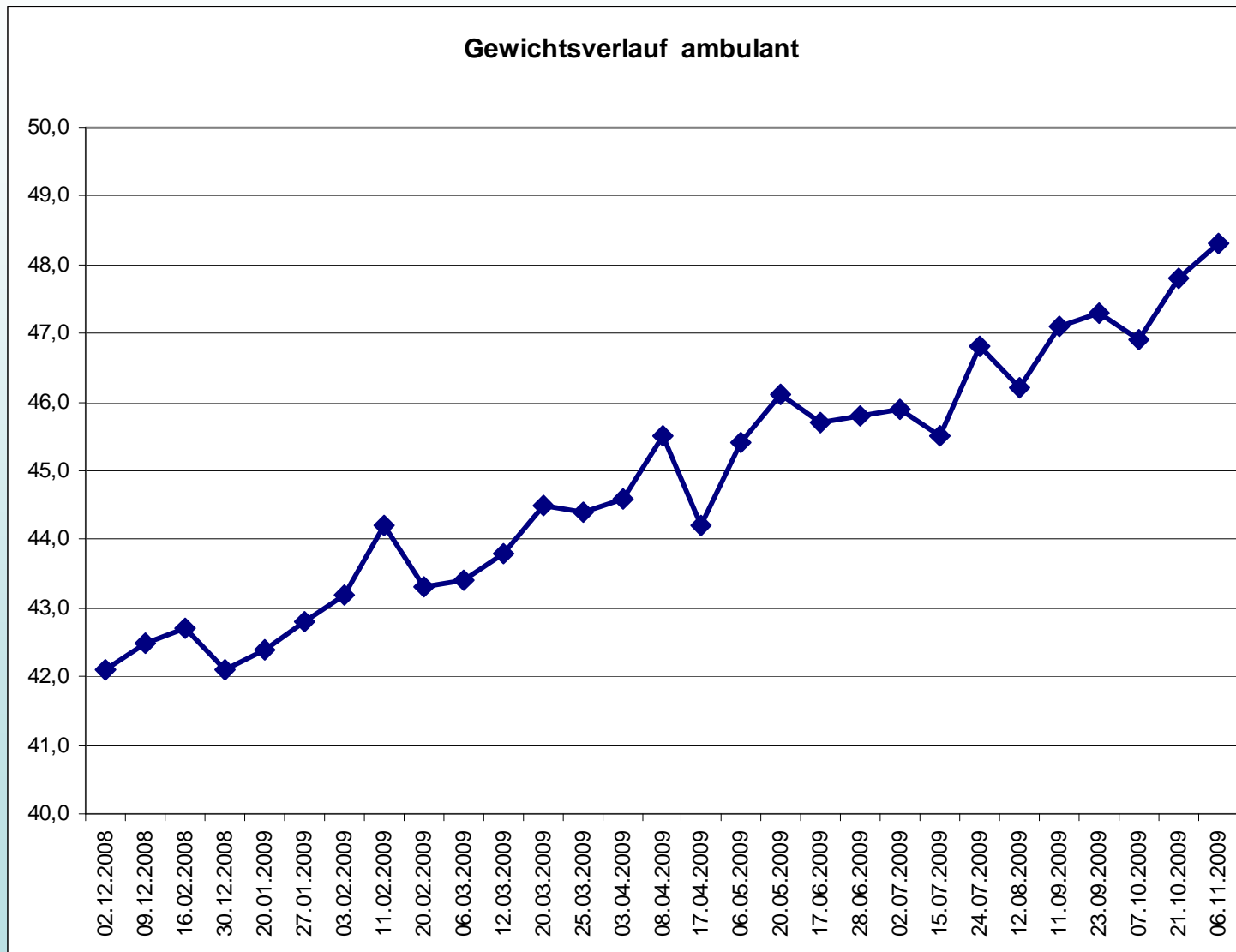
„2-Phasen-Modell“ analytischer Therapie

(n. Schneider, 2004)

- 2. Phase: Analytische Arbeit im engeren Sinne
 - anorektischer Identitätswiderstand wird ich-dyston
 - Erleben der frühen Konflikte in der Übertragung
 - Integration des „objektbezogenen Begehrens“ und damit der Abhängigkeit

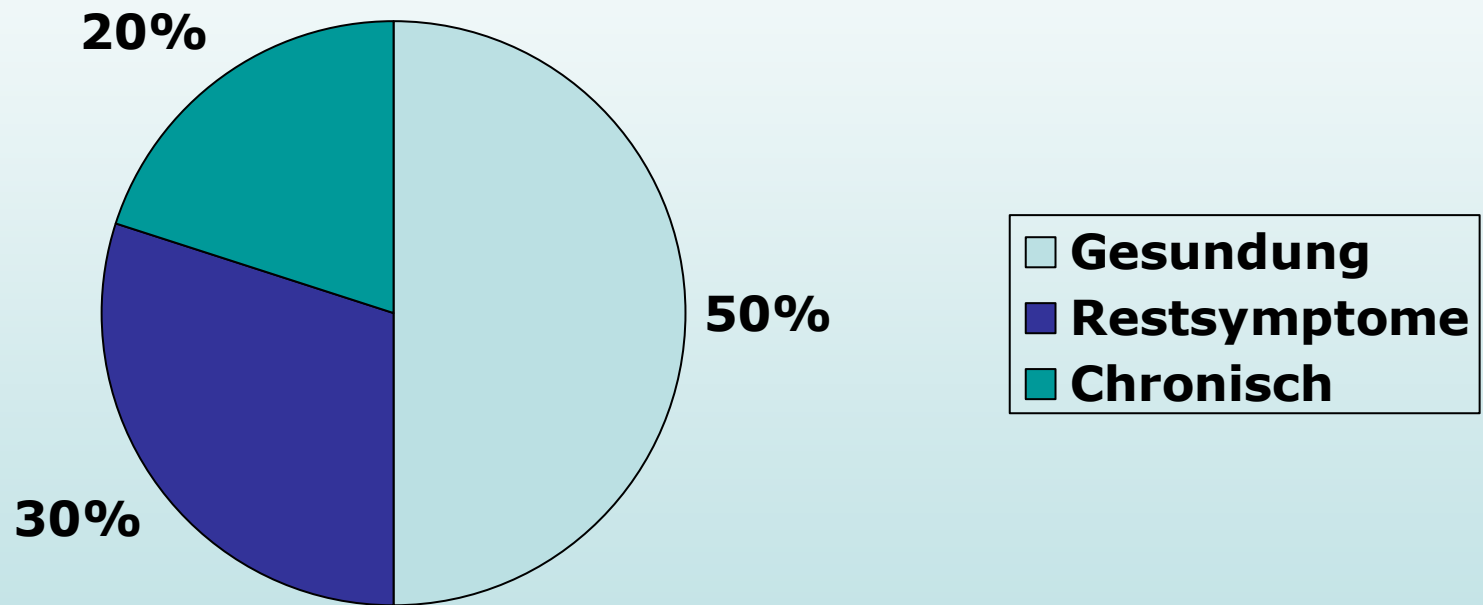
Ambulante Therapie über 1 Jahr

BMI anfangs 15,5 , zuletzt 17,7



Prognose

10-Jahres-Letalität: 6%



Literatur

- Reich G u. Cierpka M (Hrsg): Psychotherapie der Eßstörungen. Stuttgart: Thieme, 1997,
 - Reich G (1997): Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. S. 44-60
 - Reich G : Ambulante psychodynamische Therapie bei Anorexie und Bulimie. S. 61-71
- Herzog/Munz/Kächele: Essstörungen. Stuttgart: Schattauer, 2004
 - Schneider G: Die psychoanalytisch fundierte Behandlung anorektischer Patientinnen – ein Zwei-Phasen-Modell. S. 94
 - Schors R, Huber D: Psychoanalytisch Denken, verhaltenstherapeutisch handeln?. S. 60

Adressen

- dick und dünn e.V. in Nürnberg
 - <http://www.fen-net.de/dickundduenn/>
- ESS-O-ESS
Netzwerk Essstörungen Erlangen
 - <http://www.essstoerungen-erlangen.de/>