

Fallbericht Essstörung Anorexie

„Essen bedeutet für mich Stress.“

Eine 20-jährige Patientin leidet an einer Anorexie und sucht sich erstmalig Therapie, nachdem der Vater seine Sorgen um sie ausgedrückt hat. Sie fühlt sich vom Thema Essen überfordert, hat außerdem starke Ängste vor Kontrollverlust und zu großer Nähe.

Anlass der Therapie

Angaben zur Person

Eine 20-jährige Geschichtsstudentin meldet sich auf eigenen Wunsch, um eine Therapie wegen ihres Untergewichts (BMI 17,6) und ihres als belastend erlebten Verhältnisses zum Essen zu machen.

Symptomatik

Die junge Patientin berichtet im Erstgespräch unter Tränen von einem ausgeprägtem Kontrollverhalten bzgl. ihres Essens, was sie sehr belastet. Sie ernähre sich seit 3 Jahren ausschließlich vegan, nehme möglichst keine Öle und Fette zu sich, meide Nüsse und Süßes generell und zähle Kalorien. Der Tag sei verplant, wann sie mit wem wohin gehen könne, um nicht in Situationen zu geraten, in denen sie die Nahrungsaufnahme nicht unter Kontrolle hätte. Sie habe vor einem Jahr einen BMI von 14,5 gehabt. Zu diesem Zeitpunkt sei es ihr sehr schlecht gegangen, sie sei häufig umgekippt und habe nicht mehr an Aktivitäten teilnehmen können. Daher habe sie sich wieder stabilisiert zu dem jetzigen BMI von 17,6.

Frau Z. habe keine Lebensfreude mehr, alles sei nur anstrengend und drehe sich nur noch ums Essen. Suizidale Gedanken habe sie keine. Ihre Monatsblutung habe sie schon seit 2 Jahren nicht mehr. Anfänglich habe sie dies gut gefunden, aber mittlerweile merke sie den Wunsch, dass die Menstruation sich wieder reguliere. Sie habe nie erbrochen oder abführende Mittel zu sich genommen, habe aber viel Sport und Bewegung in ihr Leben integriert. Sie fühle eine große Unsicherheit bzgl. ihres Körpers, die Erkrankung habe ihr ihr Vertrauen in den Körper genommen. Generell würde sie ihren Körper nicht mögen, empfinde ihn als hässlich und lehne ihn ab. Am

liebsten würde sie keine Verbindung zu ihm haben. Manchmal führe sie eine Art Bestrafung durch, wenn sie zu viel gegessen habe: Sie schneide sich in die Oberschenkel. Nichts zu essen, sei aber auch hilfreich, um keine Emotionen spüren zu müssen. Das habe vieles einfacher gemacht. Sie könne sich außerdem mit Essen und Essensregeln eine Struktur schaffen. Dies helfe ihr, wenn alles unklar sei. Was hinzu käme, sei, dass sie nicht gut allein sein, aber paradoxerweise auch kaum Nähe zulassen könne. Vor allem körperlicher Kontakt sei mit großem Unbehagen verknüpft.

Lebensgeschichtliche Entwicklung

Familiäre Aufwuchsbedingungen

Die Patientin ist mit einer 3 Jahre jüngeren Schwester bei den Eltern aufgewachsen, beide Lehrer, schon älter bei ihrer Geburt und mit katholischem Glauben. Der Familienalltag sei in den Jahren bis zur Pubertät durch große Strenge und, v. a. durch den Vater, durch viel „körperliche Züchtigung“ geprägt gewesen. Zum Schutz sei sie in einen abschließbaren Raum geflüchtet und habe dort abgewartet, bis der Vater sich wieder beruhigt habe. Die Mutter sei eher zurückhaltend gewesen und versuchte, liebevoll zu sein. Sie habe sich jedoch nie eingemischt, wenn der Vater Frau Z. „züchtigte“. Selten habe die Mutter im Anschluss versucht, sie zu trösten. Zeitweise habe die Mutter viel Alkohol getrunken und sei aus ihrer heutigen Sicht wahrscheinlich auch depressiv gewesen. Mit Beginn der Pubertät sei der Erziehungsstil der Eltern eher sehr vernachlässigend gewesen. Sie beschreibe sich als temperamentvolles Kind und habe bei Auseinandersetzungen mit den Eltern möglichst nicht nachgegeben. Sie diskutiere bis heute viele Dinge übermäßig aus. Ihre jüngere Schwester sei eher das Gegenteil – ruhig und zurückhaltend. Sie hätten sich früher nicht viel miteinander beschäftigt, jeder hätte seine eigenen Freunde und Hobbys gehabt. Auch wenn sie sich viel gestritten hätten, hätte sie immer Mitleid gehabt, wenn der Vater die Schwester z. B. beim Abendbrot beschimpf-

te oder erniedrigte. Sie habe sich aber nie eingemischt. Heute würden sie sich öfter treffen und gemeinsam in Urlaub fahren. Die Schwester wohne aber weiter weg. Während des Aufwachsens habe es häufiger Streitereien in der Familie gegeben, die meist eskaliert seien. Sowohl zwischen den Eltern, vor allem aber zwischen Vater und Kindern. Sie habe nie gesehen, dass der Vater die Mutter geschlagen hätte, aber die Schwester habe er geschlagen.

Ausbildung und berufliche Situation

Das Abitur legte Frau Z. an einer Gesamtschule ab und zog zum Geschichtsstudium in eine größere Stadt um. Hier hätten die Probleme mit dem Essen angefangen. Im Studium habe sie kaum Anschluss gefunden. Sie komme zwar weitestgehend gut zurecht, habe aber häufig mit Prokrastination zu kämpfen. Aufgrund der Erkrankung habe sie das Studium derzeit ausgesetzt, da sie sich nicht mehr konzentrieren könne und körperlich zu schwach gewesen sei.

Aktuelle Partnerschaft und Wohnsituation

Mittlerweile habe sie seit ca. einem halben Jahr ihre erste richtige Beziehung. Davor sei sie ausschließlich kurze Affären mit Männern eingegangen, die in anderen festen Partnerschaften gewesen seien. Einmal habe sie auch eine Beziehung zu einer Frau versucht, dies sei schnell in die Brüche gegangen. In der aktuellen Partnerschaft lasse sich Frau Z. viele Abwertungen und Zurechtweisungen gefallen. Ihr Partner zeige wenig Liebesvolles. Sie lebe in einer WG mit zwei anderen Studentinnen, mit denen sie sich sehr unwohl fühle, auch weil es durch eine Mitbewohnerin immer unordentlich sei. Diese lasse ihre Sachen überall liegen, auch im Zimmer von Frau Z., in das die Mitbewohnerin einfach gehe, wenn sie wolle.

Soziale Kontakte und Ressourcen

Es gebe sowohl im Herkunfts- wie auch am Studienort Freunde und Bekannte, mit denen sie in Kontakt stehe. Während der gemeinsamen Unternehmungen und Gespräche fühle sie sich jedoch häufig unzu-

länglich und beschämt. Als Ressource empfinde sie den Kontakt zu ihrer besten Freundin, Yoga zu machen und viel zu lesen.

Psychischer Befund

Die hager wirkende, etwas „alternativ“ gekleidete, aber gepflegt aussehende Patientin, zeigt sich im Kontakt innerlich sehr angespannt und unsicher, zu Beginn häufig den Blickkontakt meidend. Sie wirkt etwas jünger, in Kombination mit der Kleidung fast kindlich. Sie zeigt sich dennoch freundlich zugewandt und beim Berichten offen, mit einem hohen Leidensdruck und Traurigkeit. Keine Gedächtnisstörungen, subjektiv werden Konzentrationsstörungen berichtet. Formal werden Grübeln und Sorgengedanken über sich und ihr Leben und Essen bzw. Gewicht berichtet. Keine inhaltlichen Denkstörungen, kein Wahn, keine Ich-Störungen, keine Sinnestäuschungen. Stimmung objektiv leicht gedrückt. Leicht reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit. Leichte Antriebsarmut. Leichte Interessenminderung, Libidoverlust, Lustlosigkeit und Hilflosigkeit werden berichtet. Zeitweise Durchschlafstörungen. Gewichtsverlust (BMI = 17,6 kg/m²), Magen-Darm-Beschwerden. Psychomotorisch unauffällig. Keine Suizidgedanken und -intentionen. Zeitweise Selbstverletzungen, Schnitte in die Oberschenkel, wenn vermeintlich zu viel gegessen. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft gegeben. In der Vergangenheit Alkoholkonsum zur Emotionsregulation, aktuell keine Hinweise auf Substanzmissbräuche oder -abhängigkeiten.

Diagnose

Neben der F50.1, der Atypischen Anorexia Nervosa wurde auch ein leichte depressive Episode F31.0 vergeben. Im Screening-Fragebogen BDI-II wurden vor allem Selbstabwertung, Enttäuschung über sich selbst und eine Entschlussunfähigkeit beschrieben.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Diana Kunitz

M.Sc., Psychologische Psychotherapeutin in der Fachkunde Verhaltenstherapie. Nach einem Maschinenbaustudium, Studium der Psychologie an der Universität Leipzig mit

anschließender Psychotherapieweiterbildung. Langjährige Tätigkeit am Klinikum Naumburg im stationären Bereich und der Psychiatrischen Institutsambulanz. Seit 2020 selbständig in eigener psychotherapeutischer Privatpraxis in Leipzig. Tätig als Dozentin an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie und als Supervisorin und Dozentin in Unternehmen zu Themen psychischer Gesundheit und gesunder Führung.

Kommentare

Tiefenpsychologischer Ansatz

Erste Ideen

Die Essstörung begann mit 17 Jahren, in welchem Alter anscheinend auch schon der Beginn des Geschichtsstudiums und der Auszug aus dem Elternhaus stattfand. Das könnte auf eine bereits seit langem bestehende hohe Leistungsorientierung hindeuten (Klasse übersprungen? Sehr gutes Abitur? Kein Ausgleich nach Abitur, sofortiger Beginn des Studiums). Dazu finden sich keine Angaben, es würde aber zur Gesamtsymptomatik einer Anorexie gut passen. Die Patientin meldet sich, nachdem der Vater „seine Sorge um sie“ ausgedrückt habe. Das passt weder zu dem strengen „züchtigenden“ Vater noch dazu, dass es meist die Mütter sind, die über den Gewichtsverlust beunruhigt sind. Die Mutter aber bleibt in der gesamten Darstellung blass.

Weiterführende Fragen

Interessant ist, dass die Patientin anscheinend ohne Unterstützung ihren BMI von 14,5 auf 17,6 erhöhen konnte. Das wäre prognostisch günstig. Hinweise auf Vorbehandlungen wie z. B. stationäre Behandlungen finden sich nicht. Die Patientin zeigt das Vollbild einer Anorexie (also m. E. keine atypische Anorexie) mit Hyperaktivität, sozialem Rückzug, Kreisen der Gedanken um Essen und Gewicht, BMI unter 19. Eine ko-

morbide depressive Symptomatik, die sich meist bei einer Anorexie zeigt, findet sich im Grübeln und der reduzierten Schwingungsfähigkeit, dazu kommen untypische Impulsdurchbrüche (Schneiden, Alkohol). Ungewöhnlich sind auch die kurzen sexuellen Beziehungen, da Hungern meist zu Libidoverlust führt, und die eventuell einen Protest gegen den Vater darstellen könnten. Nun reinszeniert sie die Beziehung zum Vater mit dem aktuellen Partner, der „wenig Liebevolles zeige und sie abwerte und zurechtweise“.

Der Vater scheint eine große Rolle im Leben der Patientin zu spielen, aber wo bleibt die Mutter? Die Beziehung zum Vater wird ausführlich beschrieben mit dramatischen Bildern (Flucht in eine Art Panic Room), während die Mutter depressiv und alkoholisiert anscheinend nicht erreichbar war. So könnte es sein, dass die Sehnsucht nach der Mutter abgewehrt werden muss. Dann könnte man die Anorexie als eine Abwehr des Weiblichen verstehen, da es keine positive Besetzung von Mütterlichkeit und Frausein gibt. Sie unterdrückt ihre Affekte depressiv und durch das Hungern. Hier fragt die Interviewerin nicht nach, um welche es sich dabei genau handelt (Wut, Trauer, Angst, Sehnsucht). Dies hätte eventuell Aufschluss darüber gegeben, inwieweit die Patientin zur Affektdifferenzierung in der Lage ist und damit darüber, ob es sich hier eher um eine Struktur- oder Konfliktpathologie handelt. Affekte waren in der Kindheit der Patientin gefährlich. In der Pubertät wird sie hingegen vernachlässigt, wobei auch hier unklar bleibt, was das genau bedeutet. Bei der Falldarstellung fällt generell auf, dass Themen angerissen, aber nicht vertieft werden. Dies könnte eventuell mit der Gegenübertragung der Therapeutin zusammenhängen, der Patientin nicht zu nahezutreten und damit wie der übergriffige und verfolgende Vater zu sein.

Psychotherapeutische Behandlungsideen

Zu Beginn müsste zunächst der ambivalente Bindungsstil der Patientin bearbeitet werden, um eine tragfähige therapeutische Beziehung herstellen zu können. Sie kann sich weder richtig einlassen noch sich wieder trennen. Die Unfähigkeit allein sein zu können spiegelt die Beziehung zu den Eltern wider: keine beruhigenden inneren

Objekte (abwesende Mutter) und destruktive innere Objekte (der angsterregende Vater). Die Essstörung lenkt von dem Gefühl der Verlassenheit ab und vermittelt vermeintlich Kontrolle, um nicht ohnmächtig ausgeliefert zu sein – wie als Kind dem gefährlichen Vater.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Susanne Kaut-Reylaender
Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Tiefenpsychologische Psychotherapeutin mit ambulanter Praxis für Erwachsene in Hamburg seit 1985, Schwerpunkt u. a.

Essstörungen, Dozentin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin an verschiedenen Instituten, Gutachterin der KBV im Richtlinienverfahren für TP/Erwachsene.

Systemische Gedanken

Erste Ideen

Die Patientin zeigt typische Begleitsymptome einer Anorexie: Grübeln über Essverhalten und Gewicht, Ablehnung des eigenen Körpers, Amenorrhoe, gedrückte Stimmung und sozialer Rückzug. Auffällig ist jedoch, dass sie im letzten Jahr selbstständig an Gewicht zugenommen hat und nun diagnostisch nicht mehr die Kriterien der Anorexie erfüllt. Bemerkenswert ist auch, dass die Sorge des Vaters ausreichte, um die Patientin zur Therapie zu bewegen.

Weiterführende Fragen

Wie hat es Frau Z. trotz der Angst vor Gewichtszunahme und streng kontrolliertem Essverhalten geschafft, zuzunehmen? Könnte eine Symptomverschiebung in die depressive Symptomatik stattgefunden haben? Im Familiensystem der Patientin scheint es üblich zu sein, Missstände nicht zu benennen und in Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu verharren. Dies führt zu der Frage, ob Mutter oder

Schwester den offensichtlichen Gewichtsverlust angesprochen haben oder ob auch hier weggesehen wurde. War die Abnahme ein Versuch, gesehen zu werden, und ermöglichte erst das Scheitern dieses Versuchs die Gewichtszunahme? Welche Emotionen versucht Frau Z. durch wenig Essen zu unterdrücken? Dienen die Anorexie und das selbstverletzende Verhalten als Autoaggression, um Wut nicht zeigen zu müssen? Inwiefern wurde die körperliche Gewalt des Vaters im System thematisiert oder nach außen verdeckt? Was hat sich im System verändert, seitdem die Anorexie aufgetreten ist?

Denkrichtungen

Frau Z. hat selbst eine Funktion der Anorexie benannt: Struktur zu schaffen, die ihr möglicherweise durch den Umzug verloren gegangen ist. Denkbar ist, dass ihr bereits früher Struktur gefehlt hat, etwa durch die passive und als depressiv erlebte Mutter. Dies könnte zu einer Parentifizierung geführt haben, wodurch die Patientin versucht hat, sich gegenüber den Eltern auf einer Erwachsenenenebene durchzusetzen. Dass sie heute kindlich wirkt, könnte darauf hindeuten, dass sie nun versucht, die Rollen zu tauschen und wieder Kind zu sein. Vielleicht war der Ausdruck der Sorge des Vaters etwas, was Frau Z. erreichen wollte und was ihr den Weg in die Therapie ermöglicht hat. Offensichtlich wiederholt sie Beziehungsstrukturen aus ihrem Herkunftssystem, indem sie Affären mit Distanz und ohne Zukunft eingeht oder eine Beziehung mit viel Abwertung führt, möglicherweise aufgrund des Glaubenssatzes, dass sie nichts Besseres verdient hat. Dass sie kaum soziale Kontakte hat, könnte darauf hindeuten, dass sie sich im Familiensystem allein gelassen gefühlt und nie verlässliche Beziehungen erlebt hat.

Assoziationen

Eine ausführliche Genogrammarbeit könnte aufdecken, was auf Großelternebene dazu geführt haben könnte, dass der Vater gewalttätig ist und die Mutter wegsieht. Das könnte der Patientin Erleichterung verschaffen, da sie erkennt, dass das Verhalten nicht auf ihr eigenes Zutun zurückzuführen ist. Durch eine Externalisierung der Anorexie könnte veranschaulicht werden, welche Funktion diese für die Patientin und im Fa-

miliensystem hat und ob es einen Weg gibt, sie in den Hintergrund zu rücken.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Viola Windgassen

geb. 1985 ist Psychologin (M. Sc.), systemische Einzel-, Paar und Familientherapeutin (DGSF) und Systemaufstellerin i. A. Sie leitet seit 2017 eine Beratungsstelle für Essstörungen in München

und bietet systemische Therapie in eigener Praxis an. Sie ist Autorin des Buches „Deine Welt dreht sich nur um dich“. Auf Ihrer Instagram-Seite @die.systemische.therapeutin klärt sie über systemische Therapie auf, gibt Denkanstöße für mehr Selbstreflexion und informiert über Essstörungen und ihre eigene Geschichte.

Verhaltenstherapeutische Perspektive

Esstörung und selbstverletzendes Verhalten

Die Patientin hat es offenbar geschafft, selbstständig vor der Therapie Gewicht zuzunehmen von einem bedrohlichen BDI von 14,5 – Angabe von Gewicht und Größe wären hilfreich – zu 17,6. Sie scheint also über die Fähigkeit zur strukturierten Gewichtszunahme zu verfügen. Interessant wäre hier eine genaue Exploration: Wie hat sie das geschafft? Wie ist sie mit den einhergehenden Veränderungen umgegangen?

Für die Therapie ist aus verhaltenstherapeutischer Sicht ein Behandlungsvertrag über eine systematische Gewichtszunahme von ca. 300–500 g wöchentlich wichtig. Das Zielgewicht liegt bei BMI = 19; eine Obergrenze für die Gewichtszunahme wird ebenfalls formuliert. Den Ernährungsstil vegan würde ich nicht in Frage stellen, sondern als Regel die Verteilung der Nährstoffe laut den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung festlegen. Den

Kalorienbedarf sollte die Patientin unter Berücksichtigung ihres Bewegungsprofils selbst anhand ihrer Größe und des Bewegungsprofils recherchieren; dabei bekommt sie ebenfalls viel Kontrolle.

Auch für das selbstverletzende Verhalten würde ich im Sinne der DBT-Strategien vertragliche Regeln festlegen. Wochenprotokolle von Anspannung, Stressoren etc., der Einsatz von Hochstress-Skills und Verhaltensanalysen stehen zu Beginn sicherlich im Vordergrund.

Biographie und Emotionsregulation

Hier fällt mir zunächst die ambivalente Beschreibung des Vaters auf: Offensichtlich misshandelte er die Patientin und ihre Schwester wiederholt. Die Misshandlungen können invalidierend gewirkt haben, chronischen Stress und Angsterleben bewirkt haben oder auch im engeren Sinne traumatisch bei Kontrollverlust, starkem Chaos und hoher Bedrohlichkeit der Gewalt. Für die Einschätzung ist auch das Entwicklungsalter der Patientin relevant. Hier braucht es eine klare Diagnostik, inwiefern die Symptomatik Folge einer Traumastörung ist oder die Kriterien für eine emotional instabile Störung erfüllt sind.

Wichtig ist aber auch, dass es offenbar der Vater war, der sich besorgt über den Zustand seiner Tochter gezeigt hat und sie dazu bewogen hat, ihr Verhalten zu ändern und zuzunehmen. Die Haltung der als offenbar sehr schwach erlebten, „liebvollen“ Mutter wird in dem Bericht nicht deutlich.

Erste Gedanken zur psychosexuellen Entwicklung der Patientin: Sie vermeidet Nähe – emotionale Nähe oder körperliche? Lebt sie in ihrer Beziehung oder auch für sich Sexualität? Aus eigenen Antrieb oder auf Verlangen des Partners? Letzterer wird auch der Partner als emotional missbräuchlich beschrieben. Hier könnte ein Paargespräch helfen, sich ein genaueres Bild zu machen: Erlebt die Patientin ihn als abwertend? Zeigt er sich abwertend aufgrund eigener Frustrationen aufgrund der Störungsdynamik? Oder hat die Patientin sich – wie der Bericht nahelegt – auf einen Partner eingelassen, der ihr aufgrund biographischer Erfahrungen vertraut erscheint?

Erst nach genauer Exploration dieser verschiedenen Hypothesen würde ich mich auf einen Behandlungsplan festlegen. Im Vordergrund steht sicherlich die Bearbeitung der Essstörung und der vermutlichen Körperschemastörung. Inwieweit eine traumatherapeutische Intervention im engeren Sinne notwendig für eine dauerhafte Stabilisierung ist, kann nur auf der Basis eines klaren Störungsmodells entschieden werden. Inwiefern der Einbezug von Bezugspersonen zur Veränderung der Beziehungsdynamik beitragen könnte, muss ebenfalls im Verlauf unter Einbezug von mehr Information entschieden werden.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Anne Trösken

Dr. phil., Dipl. Psych., geb. 1971, Psychologische Psychotherapeutin (VT), seit 2012 Leitende Psychologin der Hochschulambulanz der FU Berlin und in eigener Praxis psychotherapeutisch und supervisorisch tätig, 1998–2002 Ausbildung und Promotion am Lehrstuhl von K. Grawe in Bern (CH), ab 2004 in Berlin v. a. im tagesklinischen Setting tätig. Seit 2013 Vertreterin der FU Berlin in der Landespsychotherapeutenkammer Berlin.