

DIE ANOREXIE

Schlanksein als Schönheitsideal spielt in unserer Gesellschaft eine große Rolle, und Themen wie Übergewicht und Abmagerungskuren nehmen im Alltag breiten Raum ein. Nahrungsaufnahme dient nicht nur der Befriedigung von Hunger, sondern soll oft auch andere Bedürfnisse abdecken wie z.B. Ermöglichung von Sozialkontakten und Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen. Der teilweise entfremdete Umgang mit Nahrungsaufnahme geht manchmal nicht selten in Eßstörungen über, von denen vorwiegend Frauen betroffen sind. Mit einer dieser Eßstörungen, der Anorexia nervosa, möchte ich mich nun im folgenden näher beschäftigen.

Die Anorexie wird den psychosomatischen Krankheiten zugeordnet, obwohl es sich eigentlich um eine Suchtkrankheit handelt. Die Zahl der Betroffenen ist in den letzten Jahrzehnten rapide angestiegen. Dennoch handelt es sich um keine „moderne“ Krankheit, denn sie wurde bereits in der Antike von Sueton um 60 n.Chr. beschrieben und im 19. Jahrhundert kann die wohl prominenteste Anorektikerin, Kaiserin Elisabeth, durchaus als Trendsettern bezeichnet werden.

Eine der Methoden zur Beurteilung des Körpergewichts ist der Body-Mass-Index. Der wünschenswerte Bereich liegt zwischen 20-25 kg/m². Bei Anorektikern liegt der BMI unter 17,5; bei einem BMI von 11 bis 12 ist eine stationäre Aufnahme unumgänglich, da in solchen Fällen Vitalfunktionen bedroht sind.

Bei der Anorexie, die gekennzeichnet ist durch exzessives Hungern und oft auch exzessive körperliche Betätigung, liegt außerdem eine Körperschema-Störung vor, zumal die Betroffenen, selbst bei massivem Untergewicht, noch immer der Überzeugung sind, sie wären zu dick. Daneben besteht große Angst vor Gewichtszunahme, bzw. Angst vor Kontrollverlust und ein gestörtes Eßverhalten: Diäthalten bis hin zur Nahrungsverweigerung. Die dadurch bedingte massive Gewichtsabnahme (mindestens 15% unter dem Normalgewicht) kann lebensgefährlich werden, womit die Anorexie (10-12% der Betroffenen sterben daran) die mit Abstand gefährlichste aller psychischen Erkrankungen sein dürfte. Es kommt außerdem zu Essensritualen und Täuschungsmanövern und schließlich zu einer Reihe von körperlichen Beschwerden und Folgeerscheinungen wie Störungen der Knochendichte (und dadurch zu Spontanfrakturen), Wachstumsstörungen, Störungen im Hormonhaushalt, Hypotonie, Brachykardie, Elektrolytentgleisungen und einem Zusammenbrechen der Immunabwehr, wodurch jede banale Infektion tödlich werden kann.

Bei den Patienten mit Anorexie handelt es sich zu 90-95% um Frauen und Mädchen. Statistischen Angaben zufolge sind 0,5-1% aller jungen Frauen und Mädchen davon betroffen. Die Krankheit erreicht zwei Altersgipfel: den ersten mit dem 14. Lebensjahr, den 2. mit dem 18. Lebensjahr, zu Lebenszeiten also, die als Übergangszeiten bezeichnet werden können (Übergang vom Kind zum Erwachsenen, Übergang von der Ausbildung zum Beruf).

Anorexie wird gelegentlich auch als die „Krankheit der gescheiterten jungen Frauen“ bezeichnet, denn die Betroffenen erzielen im allgemeinen in Ausbildung und Beruf hervorragende Resultate und sind sehr leistungsorientiert.

Die Komorbidität ist bei Anorexie gering, es kommen aber Zwangserkrankungen, vor allem Wasch- und Kontrollzwang, bzw. zwanghafte Persönlichkeitsstörung vor, die bei Besserung der Anorexie oft bestehen bleiben.

Zur Entstehung der Anorexie:

Als Ausgangspunkt kann das moderne Schlankheitsideal, das in Werbung und Medien ständig präsentiert wird, angesehen werden. Da dieses nicht erreicht werden kann, tritt Selbstunzufriedenheit auf. Minderwertigkeit und Insuffizienzgefühle sind die Folge. Einer der Zentralkonflikte ist bei Anorexie der Umstand, daß die Betroffenen mit nichts zufrieden sein können und ständig nach Orientierung suchen („Wenn ich einem bestimmten Schönheitsideal entspreche, dann bin ich etwas.“¹) Das Minderwertigkeitsgefühl wird auf den Körper projiziert und dadurch wird die Unzufriedenheit nicht intrapsychisch erlebt, sondern auf den Körper übertragen. Die Wahrnehmung funktioniert also nur mehr über den Körper, nicht über die innere Befindlichkeit („Weil ich heute 1 kg mehr wiege, fühle ich mich schlecht.“).

Andererseits ist die Anorexie auch ein Versuch, autonom, unabhängig von anderen zu sein. Der Betroffene verspürt meist kein Verlangen nach Gesellschaft mehr und ist auf sich selbst reduziert. Das exzessive Hungern bewirkt aber auch eine Art Hochgefühl, ähnlich dem, das auch Jogger erleben, was mit der Endorphinausschüttung zusammenhängt. Wird das Abnehmen lange genug durchgeführt, gerät man in einen Regelkreis, der psychischer (Abnahme - Essen - Angst vor Dickwerden - Gefühle von Schuld, Scham und Ekel), aber auch physiologischer Natur (Der Körper weiß nicht mehr, ob er satt oder hungrig ist) und nur schwer zu durchbrechen ist.

Die Entstehung der Anorexie hat eventuell auch mit der Situation in der Familie zu tun. Die Väter der Betroffenen sind meist sehr leistungsorientiert, bzw. weder starke noch emotional zugewandte Väter. Die Mütter wiederum sind häufig mit der Erziehung der Kinder überfordert und haben selbst eine gestörte eigene Entwicklung durchgemacht. Die Familien von Anorektikern sind gekennzeichnet durch eine rigide Familienideologie, brüchige Beziehungsdynamik, Rivalitätskonflikte, Pseudohomöostase und Isolation der Frau.

Um die Gründe für seine Erkrankung zu erhellen, könnte man einem Anorektiker (bildlich gesprochen!) folgende drei Fragen stellen:

- 1) Ist du nicht, weil du gegen irgend etwas in deinem Leben / in der Welt protestieren mußt / willst und keine Worte findest?
Anorexie ist nämlich oft als Appell zu verstehen, wobei dies dem Betroffenen allerdings nicht bewußt ist. Er tritt gleichsam in den Hungerstreik und wählt für das Unaussprechliche Aktionssprache.
- 2) Ist du nicht, weil du depressiv bist und in Wirklichkeit nicht leben willst, verhungerst du dich, willst du nicht mehr leben?
- 3) Ist du nicht, weil du die Ausgestaltung des (weiblichen) Körpers verhindern möchtest und damit den Übergang ins Erwachsenenalter?

¹ Die Zitate im Text stammen aus dem Tagebuch einer Anorektikerin, aus dem der Vortragende in der Vorlesung einige Passagen vorlas.

Viele wollen aus unterschiedlichen Gründen im Niemandsland zwischen Kindheit und Erwachsenenalter bleiben, ein Phänomen, für das Max Friedrich den Ausdruck „Peter-Pan- Syndrom“ geprägt hat.

Psychopathologisch relevante Merkmale der Anorexie:

Die Anorexie ist, wie bereits erwähnt, eine Körperschemastörung. Das einzige, was zählt, ist das Gewicht. Viele Anorektiker neigen zu übertriebenem Perfektionismus. Wenn Großes geleistet wird, kommt es zu externer Attribuierung.

Eine besonders große Rolle spielt die sogenannte „weight-phobia“, darunter versteht man eine starke Angst vor Gewichtszunahme. Diese Angst wird auf den Körper projiziert („Mein Körper macht mir Angst.“). Je weniger man wiegt, desto stärker wird diese Angst. Anorektiker haben daher auch eine Riesenangst vor jeglicher Therapie und weder Krankheitsgefühl noch Krankheitseinsicht („Krank sind meine Eltern, ich könnte jederzeit essen.“)

Da sich Anorektiker verloren fühlen und keinen Halt, auch nicht in ihrer Familie, die meist nicht mit Anorexie umgehen kann und nur Angst um den Patienten hat, finden, neigen sie zu einer zwanghaften Ritualisierung des Tages. Die minutiöse Einteilung des Tages gibt ein Gefühl des Haltes. Ein Anorektiker muß pausenlos beschäftigt sein, sonst läuft er Gefahr, sich selbst wahrzunehmen. Die zwanghafte Einteilung des Tages bis auf die Minute dient somit der Vermeidung der eigenen Wahrnehmung. Da ein Anorektiker auch ständig die Kontrolle haben muß, braucht er sehr lange zum Essen, weil er alles, bevor er es zu sich nimmt, gleichsam atomisiert.

Anorexie bedeutet den Verlust jeglicher Spontaneität. Nahrung ist nicht mehr Lust und Genuß, sondern reines Kalorienzählen. Nahrung wird somit auf die Zahl reduziert. Es kommt auch zum Horten von Lebensmitteln, was typisch für ein Suchtverhalten ist. Essen wird als verboten betrachtet, und wenn doch gegessen wird, entstehen massive Gefühle von Scham, Schuld und Ekel. Anorektiker können auch nur sehr schwer Entscheidungen treffen, dadurch wird selbst das Einkaufen zu einer sehr langwierigen und zeitaufwendigen Prozedur.

Im allgemeinen sind Anorektiker sehr ernste Menschen, die sich auch im sozialen Bereich stark isolieren, weil sie das Zusammensein mit Freunden als „leere Zeit“ empfinden. Sie neigen zu Selbstvorwürfen und einem despektierlichen Umgang mit sich selbst.

Da Anorexie eine ichsyntone Störung ist, haben Anorektiker keinerlei Krankheitseinsicht. Sie beziehen ihr Ich über die Krankheit („Ich bin Anorexie“.). Die Symptome der Anorexie werden nicht als fremd erlebt. Eine Behandlung würde bedeuten, daß man dem Anorektiker gleichsam sein Ich wegtherapiert („Dann bin ich nichts mehr.“). Erst wenn sie im Zuge ihrer Krankheit körperlich schwach werden, wenn Konzentrations- bzw. Merkfähigkeitsstörungen auftreten, begeben sie sich in Therapie, da der Verlust der Kontrolle über ihre Autonomie droht.

Ein typischer Anorektiker muß immer Höchstleistungen erbringen, sei es beim Studieren, sei es beim Sport (80 km auf dem Heimtrainer sind keine Seltenheit...). Das Schlimmste ist für

einen Anorektiker die Normalität, denn dann fühlt er sich als Nichts, quasi als ein Sandkorn in der Wüste.

BESCHREIBUNG EINER PATIENTIN MIT ANOREXIE

Zur Person und zum Zustand der Patientin

Die Patientin ist zwanzig Jahre alt und hat soeben die Matura bestanden. Sie gibt an keine allzu gute Schülerin gewesen zu sein. Seit der Scheidung ihrer Eltern vor nunmehr neunzehn Jahren lebt sie gemeinsam mit ihrer Schwester, die ebenfalls an Anorexie litt, bei ihrer alleinerziehenden Mutter.

Sie gibt an, sich seit nunmehr sechs Jahren in „diesem Zustand“ zu befinden. Ausgelöst wurde dieser durch das Beispiel ihrer Schwester, die meinte, sie wäre zu dick, und der die Patientin das Abnehmen nachmachen wollte. Vor drei Jahren war sie bereits einmal wegen ihrer Eßstörung in der Klinik. Die Patientin treibt jetzt, im Gegensatz zu der Zeit vor ihrem ersten Spitalsaufenthalt, keinen übermäßigen Sport, meint aber, motorisch eher unruhig zu sein und nicht stillsitzen zu können. Zu ihrem sozialen Leben befragt, antwortet die Patientin, sie habe schon Kontakte zu Leuten außerhalb ihrer Familie, diese seien allerdings nicht besonders intensiv. Über körperliche Beschwerden befragt, berichtet sie von Magenschmerzen nach dem Essen und sie erklärt weiters, Hungergefühle nicht wirklich zu kennen.

Da die Patientin selbst nicht kochen kann, ißt sie nur, was ihr ihre Mutter vorsetzt, sonst gar nicht. Dabei kommt es immer wieder zu Streitigkeiten, weil die Patientin große Angst davor hat, daß ihr die Mutter „zu große“ Portionen gibt. Ist dies der Fall, so protestiert sie dagegen, und wenn die Mutter ihr dann Vorhaltungen in der Art: „Schau, du bist so dünn, iß, sonst kommst du ins Spital“ macht, so fühlt sich die Patientin dadurch unter Druck gesetzt, bzw. „entmündigt“, sie „schaltet auf stur“ und ißt gar nichts mehr. Ihr Verhalten der Mutter gegenüber begründet die Patientin auch mit Frustration, die sie empfindet, wenn die Mutter nicht zu Hause ist, und sie meint, sie wolle die Mutter mit ihren heftigen Reaktionen wohl auch dafür bestrafen, daß sie arbeiten müsse und sie allein ließe. Die ganze Kommunikation mit ihrer Mutter dreht sich nur ums Essen.

Über ihr Eßverhalten berichtet die Patientin, daß sie große Entscheidungsprobleme habe und aus diesem Grund oft nichts esse. Seit sie klein war, hatte sie diese Schwierigkeiten. Meist wußte sie auf die Frage: „Was möchtest du?“ keine Antwort. Sich zu entscheiden war jedoch problemlos, sobald ihr ein Vorschlag gemacht wurde. Dies spricht dafür, daß die Patientin unter mangelndem Selbstwert und mangelnder Initiative leidet. Manchmal, vor allem wenn die Mutter nicht zu Hause ist, ißt die Patientin Naschereien, bis ihr schlecht wird. Das Essen bestimmt ihre Tageseinteilung, sie achtet ständig darauf, nicht zu spät oder nicht in zu kurzen Intervallen zu essen. Zweimal pro Tag steigt sie auf die Waage und sie empfindet große Angst vor der darauf angezeigten Zahl, denn sie will unbedingt dünner als ihre Schwester sein. Als Zielgewicht nennt die Patientin 42kg (ihr niedrigstes Gewicht war 32kg bei einer Größe von 1,62m), hat dabei aber gleichzeitig schon wieder große Angst, daß das zuviel sein könnte und nennt als Grund: „Dann bin ich ja nichts Besonderes mehr.“

Die Patientin gibt an, sehr unsicher über sich selbst zu sein, sie weiß auch nicht, ob sie irgend etwas an sich selbst mag, sie hält sich für unverträglich und kommt sich deswegen schlecht

vor. Sie meint weiters, streitsüchtig zu sein, nicht nachgeben bzw. nicht zugeben zu können, wenn sie im Unrecht sei, und, wenn sie endlich einmal zu einer eigenen Meinung gekommen sei, diese auch um jeden Preis durchsetzen zu wollen.

Die Patientin gibt weiters an, „noch nie eine Regel gehabt“ zu haben, sie leidet also offensichtlich unter primärer Amenorrhoe.

Als Gründe für ihre stationäre Aufnahme nennt die Patientin Schwierigkeiten mit dem Essen, mit Entscheidungen und mit den Mitmenschen. Zum Zeitpunkt ihres Besuches in der Vorlesung befand sie sich seit einer Woche im AKH und hatte bereits eine Zwangsernährung hinter sich, weil ihre Gewichtszunahme zu gering war. Dabei, so gibt sie an, habe sie große Angst empfunden, einerseits Angst vor dem Schlauch, andererseits Angst vor den anderen. Sie glaubt nicht, Anorexie zu haben, und sie will auf keinen Fall als Anorektikerin „abgestempelt werden“. Im Spital fühlt sie sich völlig fehl am Platz, denn sie fühle sich ja nicht krank und im Vergleich mit den anderen Patienten gehe es ihr hervorragend.

Versuch einer Interpretation:

Die Patientin leidet an einer klassischen Anorexie, obwohl sie nicht wirklich ins Schema zu passen scheint, da sie ihre Krankheit verstecken muß, und zwar am meisten vor sich selbst. Der Beginn ihrer Erkrankung erfolgte in ihrem 14. Lebensjahr, das als einer der Altersgipfel der Anorexie gilt. Das Essen und der Schritt auf die Waage bestimmt ihr Leben, die ganze intrafamiliäre Kommunikation dreht sich offensichtlich darum. Auch die primäre Amenorrhoe paßt ins Bild, ebenso wie die fehlende Krankheitseinsicht und der Umstand, daß die Patientin ihr Ich aus ihrer Dünnhheit bezieht. Was ihr soziales Leben anbelangt, so scheint die Patientin zwar nicht isoliert, aber doch sozial nicht besonders integriert zu sein.

Die Patientin grenzt sich sehr stark von den anderen Patienten ab. Sie gehört nirgends richtig dazu und scheint das auch nicht zu wollen („Ich bin die absolut Gesundeste auf der Station“, eine Äußerung, die auch ihr fehlendes Krankheitsbewußtsein dokumentiert.). Sie befindet sich noch auf der Suche nach ihrer eigenen Identität (Die Anorexie hilft ihr dabei, zu einem Ich zu kommen) und weiß nicht, wie sie sich entscheiden soll. Die Oppositionsrolle nimmt sie wahrscheinlich aus Mangel an eigener Identität bzw. eigener Entscheidungsfreiheit an.

Obwohl sie ihren Angaben zufolge große Angst vor der Zwangsernährung hat, ließ sie es anscheinend durch mangelnde Gewichtszunahme darauf ankommen. Das könnte als Austesten der Grenzen interpretiert werden, nach dem Motto „Kann ich mich auf das verlassen, was die auf der Station mir sagen?“. Anorektiker sind ja auf der Suche nach Halt; kaum ist dieser jedoch gefunden, wird der Versuch unternommen, ihn zu überwinden. Deshalb ist es sehr wichtig, im Umgang mit Anorektikern konsequent zu sein, denn sie brauchen Leitlinien und vor allem Stabilität.

Das Verhältnis zu ihrer Mutter ist ein sehr ambivalentes. Einerseits verhält sich die Patientin der Mutter gegenüber extrem aggressiv, andererseits tut es ihr aber gleichzeitig leid, wie weh sie ihrer Mutter mit ihrem Verhalten tut. Die Patientin „benutzt“ ihre Anorexie der Mutter gegenüber auch als eine Art Anklage ohne anzuklagen, denn sie gibt als einen Grund für ihr Eßverhalten an, die Mutter dafür bestrafen zu wollen, daß sie sie immer wieder allein lasse.

Das aggressive Verhalten der Patientin zeigt sich, Aussagen des Vortragenden zufolge, auch auf der Station. Es darf aber, genauso wie die permanente Abwertung der Behandlung („Die ganze Therapie ist eigentlich unsinnig.“) nicht persönlich genommen werden, sondern es ist Ausdruck von Angst und Not.

In der Beziehung zur Schwester spielt Rivalität offensichtlich eine große Rolle, dabei handelt es sich aber um Rivalität ohne offen zu rivalisieren. Es geht immer um die Aufmerksamkeit der Mutter. Bei Anorexie gibt es meist extreme Wünsche nach Nähe, nach im Mittelpunkt Stehen, die so stark sind, daß die Person sie abwehren muß. Je abwehrender eine Person sich aber verhält, umso größer sind die Verschmelzungswünsche.

Im Verhalten zeigt die Patientin typisch pubertäre Verhaltensweisen. Sie ist zwar zwanzig Jahre alt, in Verhalten, Geist, Sprache und emotionalem Ausdruck hingegen maximal vierzehn.

Die Wahrnehmung der Patientin erscheint verändert, denn eine der wahrscheinlich Dünnssten erlebt die anderen noch dünner als sich selbst.

Das Abmagern ist eine Kompromißlösung - der Versuch einer Abgrenzung von anderen, aber auch der Versuch der Autarkie durch ein Suchtmittel. Bei Anorexie kann man autonom sein, ohne sich trennen zu müssen. Das zeigt sich auch an der Patientin: Sie meint „Ich lasse mir nichts vorschreiben“ und postuliert das auch stark, bleibt aber dennoch innerhalb ihrer Familie. Auch das zeigt, daß sie emotional noch nicht so alt ist wie körperlich.

Quellenangabe:

eigene Mitschriften aus den Vorlesungen „Psychopathologie II“ (SS 2000), „Kinder- und Jugendpsychiatrie I und II (WS 2000/01, SS 2000), Klinische Psychiatrie II (SS 2000) und "Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin I" (WS 1998).

Mag. Margarete Pökl, 7300178