

Günter Reich, Antje von Boetticher

Hungern, um zu leben –

die Paradoxie der Magersucht

Therapie & Beratung

Günter Reich, Antje von Boetticher

# **Hungern, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht**

**Psychodynamische und  
familientherapeutische Konzepte**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe  
© 2017 Psychosozial-Verlag  
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen  
Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19  
E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)  
[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Egon Schiele: *Selbstportrait* (1910)  
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar  
Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin  
ISBN 978-3-8379-2443-5

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Anorexie – eine psychosomatische Erkrankung: Das Mehrebenen-Modell</b>	9
<b>2</b>	<b>Der soziale Kontext der Anorexie</b>	11
2.1	Essen und Ernährung sind soziale Ereignisse	11
2.2	Die soziale Kontrolle des Körpers: Perfektion und »Selbstoptimierung«	16
2.3	Anorexie als »ethnische Störung«	22
2.4	Die »Vermittlungswege«	24
2.5	Körperliche, seelische und soziale Folgen des Hungerns	25
<b>3</b>	<b>Zur Psychodynamik der Anorexie</b>	27
3.1	Der anorektische Modus	27
3.2	Das Erleben von Machtlosigkeit und die Verschiebung auf den Körper	28
3.3	Sind Magersüchtige suizidal?	31
<b>4</b>	<b>Zur Genese des Gefühls der Machtlosigkeit und der Konflikte um Grenzen</b>	33
4.1	Entwicklungsstillstand oder Regression?	33
4.2	Brüchige Autonomieentwicklung	34
4.3	Ritualisierte Emotionalität	39

4.4	Emotionalität, Körpererleben und Essverhalten	40
4.5	Die Rolle der Väter	45
4.6	Ödipale Konstellationen bei der Anorexie	47
4.7	Die Über-Ich-Struktur	57
4.8	Typische Abwehrmuster	59
4.9	Auslösende Situationen	60
4.10	Ausformungen der Entwicklungskonflikte um Grenzen und Macht	61
4.11	Fazit: Omnipotenter Negativismus	63
<b>5</b>	<b>Familiodynamische Aspekte der Anorexie</b>	65
5.1	Familientherapie – eine Antwort auf die Herausforderungen der Anorexiebehandlung	65
5.2	Das Modell von Mara Selvini Palazzoli	67
5.3	Das Modell von Salvador Minuchin und Mitarbeiterinnen: Die »psychosomatische Familie«	71
5.4	Die Mehrgenerationenperspektive	73
5.5	Die Funktion der Anorexie im Familiensystem	79
5.6	Empirische Studien zu den Familienbeziehungen von Anorektikerinnen	80
5.7	Ein Familienmodell der anorektischen Essstörungen	81
5.8	Geschwister – die horizontale Ebene der Familiodynamik	82
<b>6</b>	<b>Anorexie bei männlichen Jugendlichen und Männern</b>	95
<b>7</b>	<b>Störungsorientierte psychodynamische Therapie der Anorexie</b>	103
7.1	Vorbemerkung	103
7.2	Zwei Extreme in der Behandlung der Anorexie	104
7.3	Die notwendige Aktivität des Therapeuten	107
7.4	Ablehnung von Psychotherapie durch die Patientinnen	109

7.5	Der erste Schritt: Erläuterung des Störungsmodells und des Vorgehens. Die Anfänge des Arbeitsbündnisses	110
7.6	Der zweite Schritt: Störungsorientierte Diagnostik	112
7.7	Weitere zentrale Aspekte der Diagnostik	116
7.8	Die Stabilisierung	121
7.9	Die vertiefte Bearbeitung der Abwehrmuster und der Konflikte	125
7.10	Abschluss	134
<b>8</b>	<b>Eine kombinierte Einzel- und Familienbehandlung einer Jugendlichen mit Anorexie</b>	139
<b>9</b>	<b>Familientherapie bei Anorexie</b>	169
9.1	Unterschiedliche Modelle der Familientherapie	169
9.2	Schuldgefühle und Schuld	170
9.3	Die Indikation zur Familien- und Paartherapie	172
9.4	Familientherapie in drei Phasen	173
<b>10</b>	<b>Paardynamik und Paartherapie bei Anorexie</b>	187
10.1	Anorexie und Paarbeziehungen	187
10.2	Sexuelle Beziehungen von Anorektikerinnen	188
10.3	Die These der Homogamie	189
10.4	Muster und Konflikte in den Paarbeziehungen anorektischer Patientinnen	190
10.5	Paartherapie bei Anorexie	193
10.6	Besonderheiten bei der Paartherapie	194
10.7	Skizze einer Paartherapie	195
<b>11</b>	<b>Schlusswort Keine Angst vor Anorexiebehandlungen</b>	203
	<b>Literatur</b>	207



# 1 Anorexie – eine psychosomatische Erkrankung: Das Mehrebenen-Modell

Anorexie ist eine schwere psychosomatische Erkrankung. Die schwerste, die eine Person im Jugendalter überhaupt entwickeln kann. Sie chronifiziert rasch und entwickelt eine hohe Behandlungsresistenz. Die Mortalitätsrate liegt auch bei behandelten Fällen im Langzeitverlauf bei ca. 15%. Die Suizidrate ist gegenüber gleichaltrigen Vergleichsgruppen ca. 50fach höher (vgl. Reich u. Cierpka, 2010). Die Erkrankung ist mit einer Reihe psychischer Komorbiditäten verbunden, oft mit affektiven oder Angststörungen, zudem mit erheblichen körperlichen Schäden, die bleiben, z. B. Osteoporose, oder Hirnatrophien, deren Remission zumindest teilweise fraglich ist. Bei der Anorexie müssen die biologische, die soziale, die familiär-interpersonelle und die psychische Ebene unterschieden werden. Alle Ebenen sind miteinander verknüpft. Aber jede Ebene hat ihre Eigengesetzmäßigkeiten, denen sie folgt. Keine der Ebenen kann das Krankheitsbild in seinen verschiedenen Manifestationen vollständig erklären und letztlich ist keine der Ebenen allein spezifisch für die Anorexie, vermutlich auch die psychische Ebene nicht (Cierpka et al., 1998). Wenn wir in diesem Buch hauptsächlich die psychodynamische und die familiäre Ebene darstellen, so heißt dies nicht, dass die anderen Ebenen weniger bedeutsam sind, vor allem die biologische. Auch diese hat, einmal verändert, anscheinend eine durchaus gefährliche Eigendynamik, die unbedingt berücksichtigt werden muss.

Ein Teil der Störungen und Verhaltensweisen, die Magersüchtige zeigen, können z. B. als Folgen der Mangelernährung gesehen werden, nicht als deren Ursachen oder als Ausdruck des Charakters der Patientinnen. So kann die erhöhte körperliche Aktivität von Anorektikerinnen auf den erniedrigten Leptininspiegel im Serum und im Liquor zurückzuführen sein, erhöhter Bewegungsdrang und Schlankheitsstreben bei erheblichem Untergewicht auf eine Dysfunktion

im dopaminergen Belohnungssystem (Ehrlich u. Holtkamp, 2015). Auch subtile kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, z. B. in der kognitiven Flexibilität, sind auch nach der Gewichtsrestitution nachweisbar (Schulte-Rüther u. Konrad, 2015). Die Folgen der chronifizierten Mangelernährung für das psychische und psychosoziale Funktionieren magersüchtiger Patientinnen wird von psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten leider oft unterschätzt.

Anorexie ist also als bio-psycho-sozialer Gesamtprozess in einer Ko-Evolution der unterschiedlichen Ebenen zu sehen, in dem die Patientin und auch die durch die Starvation in Gang gesetzten körperlichen, z. B. neurobiologischen, Prozesse eine aktive Rolle spielen. Die Behandlung muss daher alle diese Ebenen berücksichtigen. Wir werden insbesondere bei der Darstellung der Therapie auf dieses Problem zurückkommen.

Wir hoffen, mit diesem Buch den gesamten Kontext der Anorexie-Entwicklung verständlicher und gleichzeitig Mut zur psychodynamischen und familientherapeutischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild zu machen.

## 2 Der soziale Kontext der Anorexie

### 2.1 Essen und Ernährung sind soziale Ereignisse

Die Interaktionen um das Stillen und Füttern herum gehören zu den ersten und elementarsten Beziehungsbereichen, in denen Kommunikation stattfindet. Der intensive und intime Austausch zwischen Pflegeperson, in unserem Kulturtkreis in der Regel der Mutter, und dem Baby, stillt nicht nur den Hunger und gibt auf diese Weise Befriedigung, sondern ist zugleich ein äußerst intensiver, wenn nicht der intensivste Kontakt, den Menschen in der Anfangszeit ihres Lebens erfahren können. Die hier stattfindenden Interaktionen bilden eine wesentliche Folie, auf der neurophysiologisch, intrapsychisch und interaktionell Muster von (Objekt-)beziehungen, Schemata entworfen werden. Dabei spielen von vornherein Wechselwirkungsprozesse eine Rolle. Nicht nur die Pflegeperson hat Einfluss auf das Erleben des Kindes. Auch das Kind ist von Anfang an aktiver Interaktionspartner, der die Beziehungsperson und damit das Beziehungsgeschehen beeinflusst, z. B. durch sein Temperament.

Die zentrale soziale Bedeutung der Nahrungsaufnahme für weitere Interaktionen beschränkt sich nicht auf das Säuglings- und Kleinkindalter. Essen kann als »soziales Totalphänomen« (Marcel Mauss, zit. n. Barlösius, 2011) verstanden werden.

Der Umgang mit dem Thema »Essen«, das Kochen und das Szenario der Mahlzeit können nicht nur wie in einem Brennspiegel das *Zusammenleben und die Dynamik der jeweiligen Familie wiedergeben* (Cierpka u. Reich, 2010), *alle dominanten sozialen Prozesse und Verhältnisse wirken sich auf das Essen aus und drücken sich in der Art, wie gegessen wird aus* (Barlösius, a.a.O., S. 21). Essen ist immer sozial und kulturell gestaltet. Dabei hat Essen einen Doppelaspekt,

es verbindet, ähnlich wie die Sexualität, Natur und Kultur. Essen ist ein »Naturereignis«, überlebensnotwendig, triebhaft vollzogen. Gleichzeitig ist es ein Kulturereignis, das sich in der Zubereitung von Mahlzeiten, im Bevorzugen bestimmter Speisen und der Tabuisierung bestimmter anderer sowie der Art, wie die Nahrung zu sich genommen wird, ausdrückt.

Essen wird sozial differenziert. Essstile wiederum differenzieren sozial. Essstile und Geschmack können als soziale Distinktionsmittel (Barlösius, a. a. O., S. 41) verstanden werden. Über Speisen, deren Art der Zubereitung sowie der jeweiligen Einstellung dazu definieren sich soziale Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit. In der Art der Ernährung drücken sich u. U. religiöse Ge- und Verbote aus, das Verbot, Schweine- oder Rindfleisch zu essen, bestimmte Nahrungsmittel von anderen getrennt zu halten, Genuss bei einigen Nahrungsmitteln, Ekel bei anderen.

Ernährung unterliegt einerseits dem Diktat des Notwendigen. So hat einem u. U. das zu schmecken, das man sich ökonomisch leisten kann, also das, »wozu man ohnehin sozial verdammt ist« (vgl. Barlösius, 2011, S. 110). Nahrung hat somit auch die Funktion eines sozialen und kulturellen Zeichens, weit über die mögliche religiöse Bedeutung hinaus. Die Konsummuster von Nahrung sind zu einem guten Teil Resultat und Ausdruck der ökonomischen Möglichkeiten, das heißt der Klassenzugehörigkeit. Bourdieu (1984, zit.n. Barlösius, 2011, S. 115ff.) beschrieb zwei Konsummuster beim Essen: das aus Not und Zwang geborene Essen, bei dem gleichermaßen zu nahrhaften und kostensparenden Nahrungsmitteln gegriffen wird, und der aus der Freiheit von ökonomischen Zwängen geborene Geschmack. Bei der einen Art des Essens kommt es hauptsächlich darauf an, den Hunger zu stillen und die Arbeitskraft zu erhalten. Bevorzugt werden hier preiswerte und massenhaft vorhandene Nahrungsmittel. Diese Art der Ernährung kann als schwer und nahrhaft umschrieben werden. Den Gegenpol bildet der Luxusgeschmack mit zarter und exquisiter Auswahl und einer entsprechenden Tischkultur. Diese kann als distinguiert gelten, gegenüber der vulgären Ernährungsweise der ökonomisch und kulturell mittellosen Klasse. Der Geschmack ist also ein kulturelles und soziales Zeichen. In unteren sozialen Lagen werden im Allgemeinen weniger frisches Gemüse und Obst konsumiert, dafür mehr Fett und zuckerreiche Lebensmittel und solche, die als sättigend angesehen werden. In den höheren Einkommensschichten werden mengenmäßig mehr Käse, Quark, Vollmilch, Joghurt, Eier, Obst, Gemüse, Butter verbraucht, dagegen weniger Kartoffeln, Brot und Margarine. Seit gut 30 Jahren, mit der massenhaften Fleischproduktion, hat sich das Verhältnis im Fleischkonsum verändert. War Fleisch, vor allem mageres, Kenn-