

Jürg Liechti
Monique Liechti-Darbellay

Anorexia nervosa – Verzehrende Suche nach Sicherheit

Wege zur Veränderung im
Kontext naher Beziehungen

1 Einführung

Denken Sie im Umgang mit den Kranken immer daran, dass es jemanden oder sogar viele gibt, für die Ihr Patient das Wertvollste auf der Welt ist und Gegenstand feinfühligster Zuneigung; deshalb ist es Ihre Pflicht, dass Sie sich nicht nur darum bemühen, sein Leben zu erhalten, sondern es auch vermeiden, die Empfindsamkeit eines mitfühlenden Elternteils, einer verzweifelten Ehefrau oder eines liebenden Kindes zu verletzen. Lassen Sie Ihr Verhalten menschlich und aufmerksam sein, seien Sie an seinem Wohlergehen interessiert, und zeigen Sie Verständnis für seine gefährvolle Situation.

Samuel Bard, 1769 (zit. n. Kandel 2006a, S. 313)

1.1 Was will dieses Buch?

Das Mantra der Therapie bei Magersucht (Anorexia nervosa) sind *Behandlungsresistenz* und *Therapieabbrüche* (Drop-out). Sie sind die meistgenannten Gründe für das Risiko von leidvollen, lang dauernden und kostenreichen Verläufen und werden als Folgen unzureichender oder fehlender Therapiemotivation gesehen.

Motivation ist zwar bei allen Anorexie-Patientinnen vorhanden, meistens sogar in erheblichem Ausmaß, aber sie weist in eine der gesunden Entwicklung entgegengesetzte Richtung. Statt auf eine Normalisierung des Gewichts, des Essverhaltens und der Körperwahrnehmung hinzuzielen, ist anorektisches Verhalten darauf ausgelegt, genau das zu vermeiden. Daraus allerdings den Schluss zu ziehen, diese Vermeidung sei das Problem und müsse bekämpft werden – Motto: die AN² ist ein Hungerstreik und die Patientin verweigert das Essen, weil sie nicht essen *will* – führt nicht nur in eine falsche Richtung, es richtet auch Schaden an, indem ein Machtkampf um die Interpretationshoheit über das Hungersyndrom vom Zaun gebrochen wird. Die AN ist kein Hungerstreik (auch wenn es mitunter danach aussieht), sondern eine Krankheit. Die AN-Patientin *muss* hungern, sie *kann nicht anders*, weil jede reale oder auch nur antizipierte Nahrungsaufnahme eine für Gesunde nicht nachvollziehbare, irrationale Angstreaktion (Gewichtsphobie) auslöst. Aus der Sicht der Patientin bedeutet die Essensvermeidung deshalb nicht das Problem, sondern

2 In Fachkreisen ist die Abkürzung AN für die *Anorexia nervosa* üblich.

eine willkommene Lösung, um die krankheitswertige Panik unter Kontrolle zu bringen. Aus medizinischer Sicht wird damit allerdings der Teufel durch den Beelzebub ausgetrieben. Denn der fortdauernde Hungerzustand geht mit dem Risiko einher, dass nicht nur die seelische Entwicklung der Betroffenen behindert wird, sondern dass mit schwerwiegenden körperlichen Schäden gerechnet werden muss, die im Tod enden können.

Die zentrale Frage lautet daher: Welche Umgebung muss Psychotherapie schaffen, in der die Betroffenen lernen, gesunde Ziele anzustreben, statt sie zu vermeiden?

Gelingt es nämlich, Patientinnen möglichst bald nach Erkennen der Krankheit in eine Therapie einzubeziehen, bei der die Gewichtsrehabilitation sowie Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Essverhaltens vorgesehen ist, ist Genesung möglich. Das gilt besonders im akuten Stadium der Krankheitsentwicklung (bis drei Jahre nach einem initialen, markanten Gewichtsverlust) sowie auch noch für das mittlere, subakute Stadium (voll ausgeprägtes Krankheitsbild bis ca. sechs Jahre nach Krankheitsbeginn), während bei länger dauernden Verläufen Heilung immer unwahrscheinlicher wird. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, dass sich Therapieszenarien vermehrt auf die Überwindung der krankhaften Ängste konzentrieren und auf die Motivationsprobleme gerichtet sind, die einen frühzeitigen Therapiebeginn verhindern oder zum Abbruch von begonnenen Therapien führen.

Im vorliegenden Buch befassen wir uns mit diesen Themen. Es geht dabei hauptsächlich um die AN, eine der gefährlichsten entwicklungspsychiatrischen Störungen des Jugendalters, um deren Erscheinungsbild, die Diagnostik, Epidemiologie, Psychologie und um die zahlreichen Erklärungs- und Therapiemodelle. Damit beschäftigen wir uns in unserer psychiatrischen Praxis in der Tat seit vielen Jahren (Liechti 2006, 2007). Es geht aber auch um die Darstellung eines *systemisch-bindungsbasierten* Therapiemodells, das sich losgelöst von einer spezifischen Störung eignet, die im Jugendalter so häufigen Motivationsprobleme zu lösen. Insofern stellt die Therapie mit Menschen mit AN und ihren Bezugspersonen geradezu den »Modellfall« dar. Er vereint praktisch sämtliche Probleme, die sich im Umgang mit anderweitig psychisch belasteten Jugendlichen nur in der einen oder anderen Form ergeben, etwa:

- Fehlende Therapiemotivation, Drop-out, Rückfälle
- Unsichere (im Falle der AN meist vermeidende) und desorganisierte Bindungsmuster
- Symptomatisches Verhalten als Erfahrung von Wirksamkeit und Kontrolle
- »Behaviorale« Probleme, die nur durch die sinnlich-korrektive Erfahrung (Exposition mit dem Unlust auslösenden Reiz) und nicht allein kognitiv (mittels Einsicht) gelöst werden können
- Musterbeispiel eines Problemsystems (problem determiniertes Sozialsystem)
- Notwendigkeit einer komplexitätsgerechten, adaptiven (statt selektiven) Indikation

Das explizierte Therapiemodell nutzt familientherapeutische, systemische und bindungsorientierte Einsichten und Erfahrungen und versteht nahe Beziehungen, Bindungen und die Beziehungsdynamik, die sich um ein beklagtes Problem herum entfaltet, als Therapiekontext und Ressource für die Problemlösung.

Obwohl zahlreiche und hervorragende Bücher zum Thema der AN vorliegen und auch das Problem der sogenannten Behandlungsresistenz als Ursache dramatischer Therapieverschleppung erkannt und benannt wird, werden entsprechende Behandlungsoptionen eher stiefmütterlich und meist auf der Ebene der Dyade Fachperson – Patientin behandelt. Das kontrastiert zur klinischen Erfahrung, dass bei psychisch belasteten Jugendlichen Probleme mit der Therapiemotivation allgegenwärtig sind und darin resultieren, dass professionelle Hilfe gar nicht erst in Anspruch genommen wird.

Summa summarum: was die motivationale Praxis bei psychisch belasteten Jugendlichen im Allgemeinen und bei AN-Patientinnen im Speziellen betrifft, liegt einiges noch im Argen. Mit diesem Buch möchten wir dazu beitragen, die Chancen für eine möglichst frühzeitige und nachhaltige Therapie der AN zu verbessern. Dabei orientieren wir uns nicht primär an der Pathologie der AN oder an irgendwie gearteten »Defekten«, sondern an den davon betroffenen Menschen, diesen kognitiv oft weit entwickelten, affektiv aber hoch vulnerablen und meist einsamen Menschen, die an reich gedeckten Tischen nicht essen können – sowie an ihren engagierten, oft verzweifelten und ohnmächtigen Eltern, Geschwistern oder Partnern. Dass Therapeutinnen und Therapeuten ihre Optik nicht allein auf die Störung richten

sollten, hat der britische Neurologe, Neuropsychologe und Verfasser einfühlsamer Krankheitsgeschichten *Oliver Sacks* (1933–2015) in aller Deutlichkeit festgehalten; nämlich ...

»... dass Krankheit nie lediglich ein Überschuss oder eine Einbuße ist, sondern dass es immer eine Reaktion des betroffenen Organismus oder des Individuums gibt, die darauf abzielt, etwas wiederherzustellen, zu ersetzen, auszugleichen und die eigene Identität zu bewahren, ganz gleich, wie seltsam die Mittel zu diesem Zweck auch sein mögen« (Sacks 2009, S. 21).

Beispiel 1: Charlotte H. – Eine Sehnsucht nach Beziehung

Charlotte H., 32-jährig, leidet unter Anorexia nervosa vom bulimischen Typ seit ihrem 16. Lebensjahr; zwei stationäre Behandlungen (insgesamt über anderthalb Jahre), fünf Jahre ambulante Therapie, heute Normalgewicht und seit über einem Jahr ohne Erbrechen, kurz vor Abschluss einer von der Invalidenversicherung unterstützten Lehre als Kosmetikerin. Im Folgenden ein Ausschnitt aus der Abschlusssitzung:

THERAPEUT Sie meinen, es wäre besser, wenn Ihre Mutter die Sorge um Sie abgeben könnte?

CHARLOTTE Also, meine Mutter kann das nicht. Sie wird die Sorgen nie abgeben können. Aber heute verstehe ich sie auch besser. Sie hat immer an mich geglaubt.

THERAPEUT Ist das wichtig gewesen für Ihre Gesundheit?

CHARLOTTE Ja. Ich glaube, das Allerwichtigste. Ich denke, die Tatsache, dass meine Mutter so ... so unerschütterlich an mich geglaubt hat, das hat mir gezeigt, dass ich ... Ich weiß nicht, wie ich es sagen soll, vielleicht dass ich kein Recht habe aufzugeben, obwohl ich ja auch einmal fast gestorben bin ... Da habe ich mich irgendwie verpflichtet gefühlt ... Oder nein, es ist eher so gewesen, dass es nicht mehr funktioniert hat, ich meine, die Magersucht ... Auf einmal hat sie nicht mehr funktioniert ... Früher ist der Fressanfall und die ganze Sache drum herum das Wichtigste gewesen ... Alles hat sich um das gedreht, um Punkt fünf ... Am Morgen das Telefon mit der Mutter, dann zwei Stunden Laufen mit der Mutter, dann Putzen und noch einmal Putzen, dann Einkaufen im Shoppy mit der Mutter, dann Vorbereiten in der Küche und dann Fressanfall, Punkt fünf ... Es musste immer um Punkt fünf sein ... Und auf einmal ... Auf einmal hat das nicht mehr funktioniert, das ist zuerst schlimm gewesen, denn ich habe mich nicht mehr

auf den Fressanfall freuen können, das ist furchtbar gewesen, das Einzige, das meinem Leben Sinn gegeben hat, plötzlich hab ich ihn gehasst ... Es hat mich wütend gemacht und traurig, eine Traurigkeit, die neu gewesen ist ... Ich bin so traurig gewesen, obwohl ... Meine Mutter ist ja immer da gewesen ... Aber es ist halt noch etwas anderes dazugekommen ... So eine ... So eine riesige Sehnsucht nach Beziehungen ... und da habe ich ... Da habe ich entdeckt, dass es nicht an den andern liegt ... Dass ich mich selbst ... Oder nein, ich muss es so sagen, früher habe ich mich immer einsam gefühlt ... Dann ist diese Sehnsucht gekommen, eine Sehnsucht zu leben, ja ... Auf jeden Fall bin ich froh, dass ich am Leben bin.

Das Buch richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die trotz schwieriger Erfahrungen mit AN-Therapien nicht aufgegeben haben, Menschen wie Charlotte H. und ihrer verlässlichen Mutter in der ambulanten Praxis beizustehen. Der sehr lückenhafte Stand gesicherten Wissens zur AN erlaubt es nicht, einen einfachen roten Faden durchzuziehen. Jeder einzelne »Fall« verhält sich vielmehr nach eigenen Gesetzen, Möglichkeiten und Grenzen. Wir sind weit davon entfernt, den Hilfesuchenden eine Therapie nach Maß anbieten zu können (methoden- oder manualdefinierte, d. h. für die Störung *selektive* Indikation für eine größtenteils kausale Behandlung). Zwar hat die Therapieforschung in den vergangenen Jahrzehnten einige empirisch gut abgestützte Grundsätze für die AN-Therapie herausgearbeitet (Abschnitt 3.2), indes bleibt es Tatsache, dass jede einzelne Therapie an die individuelle Situation der Hilfesuchenden angepasst werden muss (man spricht von der *adaptiven*, kooperations- und patientenorientierten Indikation, d. h. von einer auf individuelle Prozesse und Erfordernisse abgestimmten Behandlung). Als Praktikerinnen und Praktiker richten wir uns infolgedessen nach Ad-hoc-Heuristiken und nach einer adaptiven Prozessbegleitung (Navigation von Therapieprozessen).

Um unsere Vorstellungen von einer der biologischen, psychologischen und sozialen Komplexität angemessenen Therapie der AN zu erläutern, diese zu illustrieren und zu begründen, haben wir die Informationen in diesem Buch mosaikartig zusammengestellt. Sie stammen vorwiegend aus folgenden Bereichen:

- Wissenschaftliche Informationen und konzeptuelle Ideen aus zugänglichen Quellen

- Äußerungen seitens jener, die ihre Situation am besten kennen: die Patientinnen und ihre Angehörigen
- Zahlreiche authentische Dialogbeispiele und anekdotische Fallsituationen aus unserer klinischen Erfahrung über drei Jahrzehnte³

1.2 Was nottut

In unserer Sprechstunde suchen uns oft Eltern, alleinerziehende Mütter, seltener auch einmal Väter auf, weil sie verzweifelt sind, sich in großer Sorge wähen und ratlos sind. Sie wissen nicht, wie sie mit ihren Töchtern und deren seltsamem Essverhalten umgehen sollen. Sie müssen miterleben, wie schlecht es ihnen geht, diesen begabten Mädchen und jungen Frauen, die allen Grund hätten aufzublühen und stattdessen darben, sich zurückziehen, tief unglücklich sind und sich einem ebenso sonderbaren wie unerbittlichen Hungerregime unterziehen. Gleichzeitig nagen Schuldgefühle und eine tiefe Verunsicherung am elterlichen Selbstwertgefühl, weil diese Entwicklung weder vorgesehen noch vorhersehbar war. Mit der Verschlimmerung der Störung dreht sich in der Familie bald alles nur noch um Essen bzw. Nicht-Essen; das Thema bestimmt alle Aktivitäten, Gespräche und Gefühle der Familie – ganz ähnlich einem Magnet, der herumliegende Eisenspäne nach eigenen Gesetzen in sein Kraftfeld zieht.

So brachte eine alleinerziehende Mutter, deren Tochter eine schwere AN entwickelt hatte, ihre Verzweiflung wie folgt auf den Punkt: »Ich habe alles versucht. Zuerst habe ich mit Sarah gestritten, dass sie doch essen soll, habe ihr den vollen Teller hingestellt und sie gezwungen, zumindest am Tisch zu bleiben. Als ich merkte, dass das nicht weiterführt, habe ich sie einfach machen lassen. Doch das führte dazu, dass sie noch weniger gegessen hat. Jetzt, nachdem ich einiges über die Störung gelesen habe, habe ich damit begonnen, Sarah mit Ich-Botschaften zu begegnen, etwa: Ich bin der Meinung, du

³ Zur Authentizität der Beispiele und Verbatime: Allesamt sind sie realen Therapien der vergangenen 30 Jahre Praxistätigkeit entnommen. Die Dialoge sind direkte Transkriptionen von Videoaufnahmen (mit Dank an Frau Monika Genini, die einen Teil der anspruchsvollen Arbeit übernommen hat). Insofern sind sie verändert, als sie aus dem Mündlichen ins Schriftliche und aus dem Dialekt in die Schriftsprache übersetzt wurden. Außerdem wurde dem Bedürfnis der Patientinnen und ihrer Angehörigen nach Datenschutz Rechnung getragen, indem Namen, Orte, Zeiten und weitere Informationen, die eine Gefährdung bedeutet hätten, anonymisiert wurden.

hast nicht genug gegessen. Doch ich muss zugeben, auch das bringt nichts. Das Einzige, das ich unterdessen wirklich begriffen habe, ist, dass ich machtlos, verzweifelt, in größter Sorge und völlig erschöpft bin« (Sarah V., Erstinterview, 06.04.2005).

Lange Zeit wurde elterliche Hilflosigkeit und Ohnmacht als ein »familiäres Defizit« – wenn nicht gar als Ursache der AN – gesehen. Das hatte zur Folge, dass die Familie oder Eltern als »Störfaktoren« betrachtet und aus der Therapie ausgeschlossen wurden. Aus heutiger Sicht ist die elterliche Ohnmacht in erster Linie Ausdruck einer ganz normalen und gesunden (Fürsorge-)Reaktion auf die bedrohlichen Körper- und Wesensveränderungen ihres Kindes. Die Überforderung beruht auf einer störungsbedingten, widersprüchlichen Beziehungsdynamik: Je größer die Sorge und das Engagement der Eltern(-personen) um das Wohl ihrer hungernden Tochter, umso vehementer ist deren Widerstand (bzw. Reaktanz). Die Bindungstheorie, deren Konzepte in den vergangenen Jahrzehnten Eingang in das psychotherapeutische Repertoire gefunden haben, bietet dazu nicht nur den Verständnisrahmen, sondern liefert überdies daraus ableitbare Strategien zur Bewältigung des Paradoxons. Ihr räumen wir in diesem Buch viel Platz ein.

Insofern richten wir uns auch an die Eltern. Die Bedeutung der Eltern und deren Stellenwert in Bezug auf das Sicherheitsbedürfnis der Patientin werden von Fachleuten unterschätzt. In Nachbefragungen hört man von AN-Patientinnen oft Sätze wie: »Für den Einstieg in die Therapie ist es für mich wichtig gewesen, von meiner Mutter zu hören, es gehe nicht um einen Klinikeintritt, sondern um mich und meine Verantwortung« oder: »Nur meinen Eltern habe ich geglaubt und vertrauen können, als man mir gesagt hat, es werde in der Therapie nicht über meinen Kopf bestimmt«. Eltern sind weder Störfaktor noch Ursache der AN (aus heutiger Sicht eine obsoleete Kausalzuschreibung), im Gegenteil, sie sind die wichtigsten Ressourcen für das Schaffen eines motivationalen Therapierahmens.

Beispiel 2: Sally T. – Auf (Beziehungs-)Prozesse bauen

Nach einem abrupten Gewichtssturz bei der 12-jährigen Sally, einer hoffnungsvollen Fußballerin mit ausgeprägtem Torinstinkt in der regionalen, von ihrem Vater gecoachten Fußballmannschaft, beschloss der beigezogene Kinderarzt eine sofortige stationäre Zuweisung in die Kinderklinik des Universitätsspitals. Vor dem Spitalportal zeigte Sally

verzweifelt auf die oberen Stockwerke des Hochhauses und drohte den Eltern: »Wenn ihr mich da hineinbringt, springe ich von dort oben zum Fenster hinaus.« Unverrichteter Dinge kehrten die Eltern nach Hause und erkundigten sich gleichentags beim Kinderarzt über mögliche Alternativen. Sie wurden an unsere Praxisambulanz verwiesen und erhielten einen Ersttermin für einen Montagmorgen. Am Sonntagabend davor ruft der Vater den Therapeuten auf der Privatnummer an, die er irgendwie ausfindig gemacht hat, und schildert die missliche Lage wie folgt, während im Hintergrund verzweifelt Schluchzen des Kindes zu hören ist:

VATER Wir wissen nicht, was wir tun sollen. Sally droht uns Eltern, sie wolle sich lieber umbringen, als morgen zum Termin zu Ihnen zu kommen.

THERAPEUT Verstehe ich das richtig, Sie haben eine Tochter, die sich durchsetzen kann mit ihrem Willen?

VATER Ja, da haben Sie Recht, das ist schon immer so gewesen, sie hat einen ausgeprägten Willen ...

THERAPEUT Na gut, dann wissen wir wenigstens, woran wir sind. Ich denke übrigens nicht, dass sie nicht kommen will, sondern ich gehe davon aus, dass sie das einfach nicht kann, weil sie riesige Angst davor hat.

VATER Ja, das denken wir auch, dass sie Angst hat. Aber ohne Therapie geht es auch nicht, und wir Eltern sind überfordert, wir halten das einfach nicht mehr aus, immer diese Kämpfe, bei jeder Mahlzeit ... Jeder Bissen wird gleich zum Zankapfel.

THERAPEUT Ja, ich denke auch, das hat keine Zukunft. Im Gegenteil, wenn man nicht handelt, wird es schlimmer.

VATER Sollen wir sie denn zwingen zu kommen? Aber sie droht, etwas zu tun, wenn wir sie zwingen, und davor haben wir Angst.

THERAPEUT Ich glaube nicht, dass Sie das tun sollten, es wäre wohl nicht sinnvoll, und ich glaube auch nicht, dass das notwendig ist. Darf ich Ihnen einen Vorschlag machen?

VATER Das wäre eine große Hilfe.

THERAPEUT Gut. Sagen Sie Ihrer Tochter Folgendes: »Der Therapeut hat gesagt, wenn du morgen nicht mitkommen willst, dann ist das in

Ordnung. Er glaubt, dass es dir einfach zu große Angst macht. Vielleicht haben wir Eltern das bisher nicht richtig verstanden. Deshalb gehen wir auf jeden Fall hin, um es besser zu verstehen. Du kannst also wählen, ob du mitkommst, aber wir Eltern gehen auf jeden Fall hin.« Wiederholen Sie das am nächsten Morgen und überlassen Sie die Entscheidung Ihrer Tochter. Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass sie mitkommen wird. Wenn nicht, dann kommen Sie ohne Sally zur Erstsitzung und wir besprechen in Ruhe das weitere Vorgehen. Wenn Sally mitkommt, dann vermeiden Sie irgendwelche Kommentare, bis Sie im Wartezimmer sind, hier sagen Sie zu ihr: »Wenn du ins Sprechzimmer kommen willst, ist das in Ordnung, wenn nicht, dann auch, denn wir wissen, dass du große Angst hast. Aber wir Eltern gehen auf jeden Fall hinein.« Wahrscheinlich wird sie dann mit in die Sprechstunde kommen. Hier werde ich es ihr ebenfalls freistellen, ob sie etwas sagen will oder nicht. Und ich werde ihren Mut anerkennen, dass sie trotz allem mitgekommen ist. Ich werde Sallys Entscheidung hundertprozentig respektieren. Hauptsache, ein Erstkontakt kommt sobald als möglich zustande. Sie sehen: Es geht zu allererst darum, der Angst den Boden zu entziehen und Sally die reale Erfahrung zu ermöglichen, dass hier nicht über ihren Kopf hinweg gehandelt wird. Meistens haben Mädchen mit dieser Erkrankung eine panische Angst vor Kontrollverlust. Im innersten Herzen wissen sie genau, dass etwas nicht stimmt mit ihnen, aber sie haben Angst, dass es noch schlimmer wird, wenn sie die Kontrolle abgeben.

Wenn wir den (videobasierten) Fall von Sally in der Weiterbildung zeigen, wird mitunter moniert, dass mit diesem Vorgehen der »Machtkampf« nur auf später verschoben, nicht aber aufgehoben würde. Gewiss ist dieser Einwand legitim, unterschlägt aber die Tatsache, dass die Bewertung einer Situation im Kontext eines prozesshaften Beziehungsgeschehens veränderungssensibel ist; ganz im Sinne von Werden und Wandel: »Wer in dieselben Flüsse hinabsteigt, dem strömt stets anderes Wasser zu« (Heraklit). Beziehungsprozesse haben eine Ablaufgestalt auch in der Zeit, es sind »Zeitgestalten« (Dörner 1990). In jeden Zustand fließt die Information des vorherigen mit ein. Damit führen Zustandsveränderungen fortlaufend zu Neubeurteilungen. Die telefonische Empfehlung des Therapeuten an den Vater bezweckt, Sally die mit dem Arztbesuch assoziierte Angst vor Kontrollverlust zu nehmen, um zu bewirken, dass sie überhaupt herkommt und die sinnliche Erfahrung macht, dass die Angst unberechtigt war. Es geht nicht darum, sie zu »ködern« oder in eine Falle zu locken, sondern ganz im

Gegenteil, sie als Hauptperson zu behandeln und ihr die legitime Erfahrung zu bieten, dass die Beunruhigung mit dem Arztbesuch nicht zu-, sondern abnimmt.

Sally erschien tatsächlich zur Erstsitzung, prüfte den Therapeuten durch Schweigen und erfuhr zu ihrer Überraschung, dass das ganz in Ordnung war. Bereits in der zweiten Sitzung äußerte sie sich auf die Frage, ob es für sie immer noch schlimm gewesen sei herzukommen: »Viel weniger, weil ich ja gewusst habe, was mich erwartet und dass niemand mich zwingt, Dinge zu tun, die ich nicht will.«

In den vergangenen Jahren wurden in der Schweiz in praktisch allen größeren Städten essstörungsspezifische Therapiestellen eingerichtet. Das ist eine erfreuliche Entwicklung, die insoweit aber relativiert werden muss, als sich die Hilfen allzu oft auf die medizinische Abklärung, Diagnostik und (Ernährungs-)Beratungen beschränken, sich dabei vorwiegend an die AN-Patientin im traditionellen Einzelsetting richten oder allenfalls separat an die Eltern. Angebote für die Einzeltherapie sind aber insofern problematisch, als AN-Patientinnen eine Therapie aus störungsbedingten Gründen vermeiden und daher durch die Maschen des Versorgungsnetzes fallen (oder sie kommen ein einziges Mal her, um ihre Eltern oder eine zuweisende Fachperson zu beruhigen, bleiben aber weiteren Kontakten fern). Angebote separat an die Eltern sind zwar sinnvoll, da Eltern motiviert und auch bereit sind, sich den störungsbedingten Fragen zu stellen. Insofern sind sie aber ungenügend, als damit die intrafamiliären und störungsaufrechterhaltenden Interaktions- und Kommunikationsmuster für die Therapie nicht oder nur indirekt zugänglich sind. Im Spontankontakt zu Hause bleiben Eltern weiterhin überfordert (der Großteil dieser Muster ist »unbewusster« Natur, es handelt sich also um prozedurale Faktoren, die nicht durch Information und Psychoedukation zu erreichen sind). Das filigrane Wirkgefüge einer die Psychopathologie aufrechterhaltenden Interaktion und Kommunikation beschrieb der amerikanische Psychoanalytiker mit österreichischen Wurzeln *Otto Friedmann Kernberg* (geb. 1928) wie folgt:

»Man findet psychische Störungen in den besten Häusern und organisiertesten Familien ohne jedes Trauma ... Es gibt da sehr subtile Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, die im Allgemeinen sehr schwer zu erkennen sind« (Kernberg 2000).

Fürsorgliche und unterstützende Beziehungen gehören zu den wichtigsten (Lebens-)Erfahrungen des Menschen. Auf weiten Strecken hängt davon seine Entwicklung, seine Gesundheit, ja sein Überleben ab. Diese Art des Lernens in Gegenwart anderer Menschen, die man mag oder nicht mag, zu denen man Vertrauen hat oder die man fürchtet, geht auf das durch Bindungspersonen vermittelte Bindungslernen zurück. Bindungslernen heißt, dass die Bewertungen eigener Ziele und die Anstrengungen, mit der sie verfolgt werden (= Motivation), nicht im sozialen Vakuum gründen, sondern im Kontext bedeutsamer Beziehungen.⁴ Nicht nur aus unserer klinischen Praxis, wo der Einbezug der Eltern bei AN-Therapien Standard ist, sondern auch aus Verlaufsstudien geht hervor, dass Bindungslernen in Bezug auf eine Verbesserung der Sekundärprävention bei der AN wichtig ist. Beim Einbezug der familiären Bezugspersonen geht es nicht – wie oft missverstanden – um die sozialanthropologische Einheit der »Familie«, sondern um Bindungsbeziehungen als Therapieangebote, welche die Patientinnen und ihre Angehörigen in einem frühen Stadium der Krankheitsentwicklung erreichen und zusammenführen, um die problemstabilisierenden Interaktions- und Kommunikationsmuster zu unterbrechen (Kaplan 2002; Lock et al. 2010; Treasure a. Russel 2011; Koenig u. Pauli 2015).

1.3 Fatale Unterversorgung

Die Therapie bei Magersüchtigen ist erschwert durch die meist eingeschränkte Krankheitseinsicht der Patienten, das suchtartige Wesen der Erkrankung sowie eine ausgeprägte Abwehr bei den Patienten (und nicht selten auch der Angehörigen) gegen Eingriffe in die Homöostase des Familiensystems.

Manfred M. Fichter (1985, S. 8)

1.3.1 Ein Paradox

Einer spindeldürren und kränklich aussehenden jungen Frau gegenüber sitzen, die medizinisch »eigentlich nichts hat«, nur dass sie scheinbar beschlossen hat, vor den Augen ihrer Angehörigen zu verhungern, eröffnet eine völlig andere Perspektive als ein depressiver Patient, der sich für jede Aufmerksamkeit offen und dankbar zeigt. Mitzuerleben, wie die junge Frau in einem fanatischen »Verleugnungsakt« die dringend benötigte Medizin – in diesem Fall einfach

⁴ Klaus Grossmann 2006, anlässlich eines Seminars am ZSB Bern (22.–23.06.2006).

den Teller leerzuessen – verweigert, ist für Angehörige wie auch für Fachleute eine kaum zu ertragende Prüfung. Niemand kann sich in dieser Situation den verwirrenden Gefühlen entziehen. Die Palette reicht von Mitgefühl und Fürsorglichkeit bis zur ohnmächtigen Wut und Verzweiflung. Praktisch unmöglich ist es, dabei Gleichgültigkeit zu empfinden, und wenn es einmal der Fall ist, dann aus Gründen des Selbstschutzes (oder als Zeichen einer seelischen Störung). Reagiert die junge Frau überdies noch unverhohlen ablehnend oder gar mit blankem Hass, nur weil wir gerade versuchen, sie vor dem Hungertod zu retten, so ist das eine geradezu unerträglich paradoxe Erfahrung. Es ist die Erfahrung vollkommener Hilflosigkeit, wie sie schon vor über 100 Jahren beschrieben worden ist:

»Man fleht, man bittet um die Gunst, um den allerhöchsten Liebesbeweis, dass die Kranke sich doch noch einmal dazu durchringe, ihre Mahlzeit, die sie als beendet betrachtet, noch um einen einzigen Bissen zu erweitern ... Indes: je stärker das Engagement auf der einen Seite, umso deutlicher der Widerstand auf der andern: ... L'excès d'insistance appelle un excès de résistance.«⁵

Diesem »anorektischen Paradox« liegt das *Paradox der Autonomie* zugrunde, das die Grundlage jeder Psychotherapie bildet. »Autonomie im Sinne der Selbstentscheidung und -verantwortung steht am Anfang und ist doch das Ziel einer Therapie« (Fintz 2009, S. 331). Der Patient sucht Hilfe, weil er (ein Stück) Autonomie verloren hat; gleichzeitig setzt westliche Prinzipienethik voraus, dass er in Autonomie selbst entscheidet, ob er Hilfe benötigt (die Selbstreferenz erinnert an das »klassische« Paradox des Kreters *Epimenides*, der sagt, alle Kreter lügen).

Paternalistische Modelle der Arzt-Patient-Beziehung, wie sie lange Zeit in der somatischen Medizin und Klinik-Psychiatrie gang und gäbe waren, haben das Paradox durch eine komplementäre Beziehungsdefinition aufgelöst. Dabei begeben sich Hilfesuchende vertrauensvoll und ohne Anspruch auf Mitsprache in Obhut der Helfer. Insofern hat das Vorteile, als komplementäre Beziehungen ein System stabilisieren (im Extrem: der narkotisierte Patient auf dem Operationstisch). Der Nachteil ist die daraus resultierende »Einbahnhilfe«: Eigene Initiative

5 So 1873 vom Neuropsychiater Dr. Charles Lasègue festgehalten; das Zitat stammt aus Vandereycken, van Deth u. R. Meermann (2003, S. 207), zu Deutsch etwa: »Beharrliches Drängen schafft beharrlichen Widerstand«.

der Hilfesuchenden, die Auseinandersetzung mit dem Helfer und die Suche nach dem eigenen Potenzial, eigenen Ressourcen und Lösungen sind nicht vorgesehen, werden blockiert oder sind unerwünscht.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde, zuerst im Zusammenhang mit Krebs-Therapien, die Helfer-Hilfesuchende-Beziehung zunehmend durch die *Patientenkompetenz* definiert, die als Beitrag des Patienten zu seiner Genesung verstanden und gefördert wird. Das hat nicht nur Gründe in der Patientenethik und in der Emanzipation des mündigen Patienten, sondern darüber hinaus in Ergebnissen aus Forschung und Wissenschaft, die das Selbstheilungspotenzial, den »inneren Arzt« als vernachlässigte Kraft entdeckten. Die wachsende Emanzipation des Patienten findet ihren Niederschlag in Begriffen wie *Recovery-Ansätze* (patientenorientierte, ganzheitliche Modelle, wo Patient und Fachperson auf Augenhöhe und diskursiv nach Lösungen suchen) oder *Empowerment* (die betroffenen Menschen werden ermächtigt und darin unterstützt, Selbstverantwortung zu übernehmen).

Es bedeutet, im Gespräch mit einem Patienten, der beispielsweise vor einer risikvollen Herzoperation steht, jene Informiertheit herzustellen, die es ihm erlaubt, eine autonome Entscheidung zu treffen (»informed consent«). Im äußersten Fall legitimiert ihn das Selbstbestimmungsrecht dazu, die Operation abzulehnen, auch wenn er damit sein Leben verkürzt. Voraussetzung dazu ist allerdings seine intakte Urteilsfähigkeit. Wird diese nämlich infrage gestellt, beispielsweise bei gleichzeitiger Diagnose einer psychischen Störung, sind die Fachleute erneut und mitunter in verzwickter Weise mit dem Paradox der Autonomie konfrontiert. Ist die Weigerung einer AN-Patientin, sich selbst zu ernähren, gleichzeitig ein Zeichen verminderter Urteilsfähigkeit? Diese Frage bringt Fachleute in die Bredouille. Soll das Leben einer Patientin im äußersten Fall durch eine Zwangsernährung gerettet werden oder soll man ihren »freien Willen« respektieren? Hier sind Fachleute in der Pflicht und aufgefordert, Antworten zu geben. Bei AN-Patientinnen kann das eine außerordentlich schwierige Aufgabe sein, da einerseits trotz elender Körperverfassung logisches Denken sowie die Argumentations- und Reflexionsfähigkeit erhalten sind, oft sogar in geschärfter Weise. Andererseits ist es stets fraglich, wie »frei« der Wille einer AN-Patientin ist und um wessen Autonomie es geht. »Im Grunde ist die Störung autonom geworden, nicht die Patientin« (Fintz 2009, S. 332).

Beispiel 3: Jane B., 22-jährig – Urteilsfähig oder nicht?

Die Eltern, ein Verleger-Ehepaar und die Besitzer eines mittelgroßen Verlages im Nachbarland, suchten uns nach einem Vortrag auf und schilderten uns die tragische Geschichte ihres einzigen Kindes, Tochter Jane. Während ihres 12. Lebensjahrs erkrankte sie an einer schweren AN, wovon sie sich in den folgenden zehn Jahren bis zu ihrem Tod nicht mehr erholen sollte. Zahlreiche Therapien, medizinische, psychologische, ambulante und stationäre Therapien, unter anderem auch in einem für AN spezialisierten Zentrum in Kanada, hatten keinen bleibenden Erfolg. Mehrmals wurde Jane auch per Zwangsmaßnahmen in einer Klinik untergebracht. Von da wurde sie entweder entlassen, weil sie das Gewichtssoll erreicht hatte und unbedingt austreten wollte (um sich nach Austritt innert weniger Wochen wieder auf BMI⁶ 12 zu hungern) oder weil im Gegenteil über längere Zeit in der Klinik keine Fortschritte festzustellen waren. Zwischen den Klinikaufenthalten fristete Jane ein einsames und zurückgezogenes Leben im Elternhaus, wo sie die Tage mit frühmorgendlichen Turnübungen, stundenlangem Abzeichnen von Tierbildern und Ausmalen von Figuren verbrachte, sofern sie nicht gerade mit dem Einkaufen von speziellen Nahrungsmitteln, Zählen von Kalorien, minuziösem Abwägen von Reis, Flocken und dergleichen oder mit dem Reinigen von eigenen Kochutensilien, Geschirr und Händen beschäftigt war. Regelmäßig erhielt sie – auch zur Entlastung der täglich eingespannten Eltern – Unterstützung durch Spitex-Leute oder von an der Universität angeheuerten Studentinnen. Die Besuche von Cousinen und anderen Verwandten wurden hingegen mit der Zeit seltener. Teils gelang es den hinzugezogenen Betreuern, mit Jane in einen guten Kontakt zu treten, teils blieb es bei einer reinen Überwachung der zunehmend schwächlichen Jugendlichen.

Es gab auch immer wieder Phasen, wo plötzlich Hoffnungen aufflammten, bei den umsorgenden Eltern, bei den erfahrenen Fachleuten sowie bei Tochter Jane selbst. Doch sie verflohen ebenso rasch wie sie aufkeimten, da sich erneut Gewichtsverluste, Krisen und Verzweiflung auf allen Seiten einstellten.

⁶ Body-Maß-Index, BMI, auch Quetelets-Index: eine von der World Health Organization WHO anerkannte Art der Berechnung des Normalgewichts, benannt nach dem belgischen Astronomen und Statistiker Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796–1874). Der Index bringt Körpergewicht und Größe in ein Verhältnis und berechnet sich als Körpergewicht, dividiert durch die Körpergröße im Quadrat: kg/m^2 .

Beide Eltern bestätigten: Jane wollte Leben, sie hatte Pläne, sie hatte Talente. Aber die Gewichtsphobie war stärker als alles andere. Am Ende ihres jungen Lebens, nachdem es die Hausärztin als ethisch nicht vertretbar beurteilt hatte, die Todkranke zu Hause verhungern zu lassen, wurde Jane einmal mehr in die Universitätsklinik überführt. Eines Morgens erhielten die Eltern die Nachricht, dass die Tochter die Klinik unerlaubterweise verlassen hätte und unauffindbar sei.

Später am gleichen Tag kam die Nachricht aus einer Palliativklinik, wohin sich Jane geflüchtet hatte, weil sie sterben wollte. Die zuständige Chefärztin und ihr Team respektierten den Sterbewunsch der Patientin, da sie deren Urteilsfähigkeit als intakt beurteilten. Die in Panik geratenen Eltern erhielten die Mitteilung, dass Jane keinen Besuch mehr wünschte. In der Folge nahmen sie mit einem ihnen bekannten namhaften Psychiatrie-Professor der Uniklinik Kontakt auf und dieser bewirkte, dass die zuständige Ethikkommission einberufen wurde. Während dieser Zeit sagte Jane zu einem Arzt der Klinik, der das Zitat überlieferte: »Ich habe weniger Angst vor dem Sterben als davor, noch einmal an Gewicht zunehmen zu müssen.«

Drei Wochen nachdem die Ethikkommission im Rahmen eines unter Zeitdruck erstellten Gutachtens die Haltung der Palliativklinik bestätigt und damit den Sterbewunsch gutgeheißen hatte, war Jane tot. Tod durch Organversagen im Zustand massivster Unterernährung.

Leider ist die Geschichte von Jane B. kein Einzelfall und schon gar nicht ein Ereignis »aus früheren Zeiten«. Am Mittwoch, den 5. Juni 2019 meldeten sich laut Online-Portal *NEON* (Stern.de) die Eltern der 17-jährigen Holländerin *Noa Pothoven* zu Wort, nachdem ihre schwer magersüchtige Tochter in einer Palliativklinik durch Sterbefasten gestorben war: »Wir, die Eltern von Noa Pothoven, trauern tief um unsere Tochter. Noa hatte sich entschieden, nicht mehr zu essen oder zu trinken. Wir wollen betonen, dass dies der Grund für ihren Tod war. Wir waren bei ihr, als sie am Sonntag verstarb ...« (verfügbar unter: <https://www.stern.de/neon/herz/psyche-gesundheit/noa-pothoven--die-17-jaehrige--die-erlaubnis-zu-sterben-bekam-8741368.html> [letzter Zugriff: 09.06.2019]). Unabhängig von ihrer Vorgeschichte – die eine ganz andere war als jene von Jane B. – schien auch bei dieser Patientin das Schicksal schließlich durch eine extreme Gewichtsphobie besiegelt; laut NZZ am Sonntag (Hossli 2019, S. 21) war essen für Noa am Schluss qualvoller als zu hungern. Auch in diesem Fall betrachtete eine Ethikkommission die Urteilsfähigkeit der Patientin als gegeben und

insofern wurde ihre Entscheidung zu sterben – die Inanspruchnahme des Rechts auf Abwehr einer lebensrettenden Therapie – als Ausdruck der Autonomie höher gewichtet als die Pflicht der Helfer, Leben »um jeden Preis« zu retten.

Beide tragischen Fallgeschichten weisen auf ein ethisches Dilemma hin, das wegen der störungsimmanenten Paradoxien in jeder AN-Therapie mitschwingt. Dass Zwangsmaßnahmen nicht in jedem Fall abzulehnen sind, dafür gibt es gute Gründe – vor allem das Jugendalter der Patientinnen, aber auch positive klinische Erfahrungen mit erfreulichen Verläufen. Sie sollten aber als letzte Option in Betracht gezogen werden und erst, nachdem ambulante Therapieversuche unter Einbezug des nahen Umfeldes nicht zur Symptomverbesserung geführt haben. Selbst wenn eine Zwangseinweisung unvermeidlich ist, macht es einen Unterschied, ob sie im Rahmen einer behördlichen oder ärztlichen Beurteilung »von außen« angeordnet wird (bei Gefährdungsmeldung aus der Nachbarschaft, bei lebensbedrohlichen Körperstatus) oder ob sie als Ergebnis einer fachlich assistierten Auseinandersetzung zwischen Patientin und ihren Eltern(-personen) nachvollziehbar ist und gemeinsam als Ultima Ratio beschlossen wird.

Der gänzliche Verzicht auf Zwangsmaßnahmen bei lebensbedrohlichen Körperstatus, so wie er in den beiden Fällen den tödlichen Verlauf besiegelte, sollte in einer rechtsstaatlichen Gesellschaft durch ein entsprechendes Gremium und nach Anhörung aller betroffenen Seiten entschieden werden.

Eine permissive oder gar nihilistische Haltung gegenüber den anorektischen Widersprüchen ist hingegen fehlt am Platz. Eine ins Fahrwasser der Anorexie geratene und sich der fachlichen Hilfe verweigernde Jugendliche einfach sich selbst zu überlassen, in der Hoffnung, dass sich eine Heilung wie bei einer Grippe von selbst ergibt, wird durch Verlaufsstadien eindeutig widerlegt. Vielmehr ist das (Gesundheits-)Risiko statistisch gesehen umso größer, je später eine symptomatische Therapie einsetzt.

Wie bei allen »Vermeidungs-Störungen«, wo ein bestimmtes Symptomverhalten im Sinne eines Abwehrrituals die Patientin vor antizipierten irrationalen Ängsten schützt (Phobien und panikbasierte Störungen), wird das Ausmaß des Leidens oft unterschätzt; denn solange die Betroffenen nicht dem phobischen Reiz – hier einer realen Gewichtszunahme – ausgesetzt sind, fühlen sie sich »gut«. Trifft dies

aber zu, verfallen sie nicht selten einem psychoseähnlichen Zustand, der das ganze seelische Ausmaß der Krankheit überhaupt erst fassbar macht. Es ist der Ausdruck höchster Verzweiflung. Die anorektische Gewichtsphobie darf deshalb nicht verharmlost werden, ihrem Wesen nach ist sie eine Vernichtungsangst, wenn auch mit irrationalen Auslösern. Sie ist daher auch nicht einfühlbar, während sie für die Patientin selbst ein absolut reales Erleben bedeutet. Die Gewichtsphobie zeigt ihr grausamstes Gesicht bei tödlichen Verläufen.

1.3.2 Probleme mit der Therapiemotivation

Dass die Heilungschancen im frühen Stadium der AN-Entwicklung umso besser sind, je eher nach Beginn der Erkrankung eine Normalisierung von Gewicht und Essverhalten einsetzen, ist gut belegt (Fairburn et al. 1999; Treasure a. Russell 2011; Gebhard, Dorogi u. Holzer 2016). Vor diesem Hintergrund könnte man annehmen, dass eine breit angelegte Prävention zum Aussterben der Erkrankung führt, so wie in der Vergangenheit durch verbesserte Zahnpflege und Fluorid-Prophylaxe die Karies eingedämmt wurde oder so wie die Jodierung des Tafelsalzes (Jodprophylaxe nach Bayard) die noch vor hundert Jahren in Alpenländern grassierenden Jodmangelkrankungen (Kretinismus) in die Schranken wies. Weit gefehlt, trotz rigoroser Aufklärung in Schulen und Medien bleibt die Inzidenz der AN praktisch konstant oder nimmt in gewissen Kreisen (z. B. Ausdauersport) und Alterssegmenten sogar zu.

Bereits vor dreißig Jahren deckte eine Motivationsstudie auf, dass nur 19 % der AN-Patientinnen freiwillig Hilfe aufsuchen (Bemis 1986). Aus jüngerer Zeit stammt eine Prävalenzstudie mit dem schockierenden Ergebnis, dass zwei Drittel der epidemiologisch erfassten AN-Kranken nicht oder unterbehandelt werden. Nur etwa ein Drittel erhält fachlich angemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe (Hoek 2006). In einer kürzlich erschienenen Studie, die sich auf die Diagnose Essstörung (ICD-10 F50.X) bezieht, sind es sogar nur 25,1 % der Betroffenen, das heißt, drei Viertel haben keine ambulante fachspezifische Psychotherapie in Anspruch genommen (Mühleck et al. 2018).

In einem Satz: zwei Drittel der AN-Patientinnen bzw. drei Viertel der Patientinnen mit Essstörungen, die von einer heute gängigen Therapie profitieren könnten, werden von den Fachleuten nicht er-

reicht, zumal nicht früh oder konsequent genug. Insofern könnte paraphrasiert werden: *It's the motivation, stupid!*⁷

In jüngsten Jahren scheint sich freilich einiges zu bewegen. So konnte die zitierte Studie (Mühleck et al. 2018) belegen, dass in der untersuchten Periode von 2010 bis 2014 die Inanspruchnahme fachspezifischer Hilfe leicht zugenommen hat. Die mediale Aufklärung über die Kurz- und Langzeitfolgen, die Einrichtung niederschwelliger Anlaufstellen und die Enträtselung des »Rätsels Magersucht« (nach Bruch 1982) scheinen Wirkung zu zeigen. Nichtsdestotrotz werden die Compliance- und Motivationsprobleme schlicht unterschätzt (Nordbø et al. 2012; Abbate-Daga et al. 2013), auch von Fachleuten, indem sie verharmlost oder umgedeutet werden (»Die Patientin ist selber schuld, wenn sie keine Hilfe will«).

Bei Jugendlichen im akuten Stadium, wenn sie noch in der Familie leben, dürfte der Anteil der Unterbehandelten noch größer sein, als offizielle Zahlen angeben. Zwar wissen besorgte Eltern sowie Haus- und Frauenärztinnen unterdessen, dass ein somatisch nicht zu erklärender Gewichtssturz von zehn oder fünfzehn Kilo innerhalb von drei oder vier Monaten ein dringender Anlass für die Überweisung an eine spezialisierte Beratungsstelle ist. Oft geschieht das auch und die Diagnose wird prompt bestätigt. Insofern sind alle beruhigt, umso mehr als die Jugendliche bereit ist, regelmäßig eine Therapie aufzusuchen. Aber leider wird dabei in vielen Fällen die Gewichtsphobie unterschätzt. Denn die Gegenüberstellung mit der Diagnose und den Therapieaussichten einer Gewichtszunahme verstärkt bei der AN-Patientin die Tendenz, entweder die Besuche im Sand verlaufen zu lassen oder aber auf Themen auszuweichen (besonders das Thema »Autonomie« fällt bei Fachleuten auf fruchtbaren Boden), deren Hauptzweck darin besteht, eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Im schlimmsten Fall wird eine solche Alibi- oder Feigenblatt-Therapie ein Teil des Problems bzw. Problemsystems und mit ein Grund, dass die Krankheit ins Erwachsenenleben verschleppt wird.

Der Hauptgrund für die Unterversorgung von AN-Patientinnen – und dieser verhängnisvolle Umstand kann nicht genügend betont werden – liegt in der Störung selbst: AN heißt auch *Hungern*, um ein Kontrollgefühl zu erzeugen, bzw. *Rückzug*, um antizipierten Kontroll-

7 In Abwandlung des politischen Kampagnen-Slogans des Wahlkampfstrategen James Carville aus der USA-Clinton-Ära (»*The economy, stupid!*«) [Es ist die Wirtschaft, Dummkopf!].

verlust zu vermeiden. Hungern vermittelt der Patientin eine Gewissheit, »alles« im Griff zu haben. Der Haken dabei ist, dass dieses Erleben nicht (mehr) der bewussten Kontrolle unterliegt und in der Realität keinen Kontrollgewinn, sondern einen Kontrollverlust bedeutet.

Magersüchtig zu sein, ist keine Wahl, es ist eine Krankheit (vergleichbar mit Asthma, Diabetes etc.). Sie geht mit einem *ich-syntonen* (zu sich selbst gehörenden) Erleben der AN-Symptome einher. Die Patientin nimmt ihren ausgehungerten Körper und das exzessive Hungern, das ihn erzeugt, als »normal« wahr. Sie ist einsichtsblind für Gefahren und Risiken ihres Verhaltens, sie erlebt sich weder als krank noch hat sie den Eindruck, Hilfe zu benötigen. In Umkehrung gesunder Verhältnisse, wo das Dissonanzgefühl des Hungers zum Essen anregt, scheint sich bei der AN das Hungern selbst als Methode der Dissonanzreduktion installiert zu haben. Nicht-Betroffene können anorektisches Erleben nicht nachvollziehen. Sie gehen davon aus, dass Essen der freien Entscheidung unterstellt ist. Es wird suggeriert, Magersucht sei eine Koketterie und die Mädchen könnten jederzeit damit aufhören, wenn sie nur wollten. Das ist grundfalsch! Die Verzerrungen der Wahrnehmung, des Denkens und Fühlens nehmen, je länger die Krankheit dauert, den Charakter von pathologischen Zwängen und eines Wahns an.

Eine angemessene Versorgung von AN-Patientinnen ist auch durch die Fachwelt selbst gefährdet. Neben dem erwähnten Risiko, dass Angebote mit der diagnostischen Abklärung enden, hat die Störung unter Fachleuten ganz allgemein eher schlechte Presse. Magersüchtige gelten weitherum als »interaktionell schwierige Patienten« und viele Kolleginnen und Kollegen rümpfen die Nase, wenn es um eine Therapiezuweisung geht. »Diese Mädchen und jungen Frauen sind aufs Essen und Nicht-Essen fixiert und verleugnen ihre Krankheit, sie haben nichts anderes als Kalorien im Kopf, sie sind abweisend und wollen gar keine Therapie; und wegen des Untergewichts sind sie ohnehin nicht introspektionsfähig und daher für die Psychotherapie ungeeignet«, bekommt man zu hören. Diese pessimistische Sicht ist aufgrund neuer Erkenntnisse aber nicht zu rechtfertigen. Im Gegenteil, die Therapien bei adolescenten Patientinnen im frühen und mittleren Stadium sind mit einem familienbasierten und symptomorientierten Zugang mit guten Heilungsraten assoziiert (Herpertz et al. 2011).

Kurzum: Die Motivations- und Versorgungsprobleme wiegen bei der AN umso schwerer, als Spontanheilungen die Ausnahme sind. Nicht- oder Unterbehandlung vergrößern das Verschleppungs- und Drop-out-Risiko und gehen mit einem Anstieg der Häufigkeit komplexer und negativer Krankheitsverläufe über die Lebensspanne einher. Für die Betroffenen und deren Angehörigen ist das mit unermesslichem und unter Umständen lebenslangem Leid verknüpft; gleichzeitig fallen dem Gesundheitssystem entsprechend hohe Kosten an.

1.3.3 Essstörungen haben (noch) keine Lobby

In den Jahren 1993 bis 2002 sind in deutschschweizerischen Medien 12 647 Artikel zu Drogensucht, 5403 Artikel zum Alkoholmissbrauch und praktisch ebenso viele zur Nikotinabhängigkeit erschienen. Zum Thema AN und Bulimia nervosa waren es gerade 232 Artikel. Während in den eidgenössischen Räten von 1990 bis 2003 zum Vergleich 173 Vorstöße zum Drogenproblem und 38 zum Alkoholmissbrauch gemacht wurden, erregten die psychogenen Essstörungen kein einziges Mal die Aufmerksamkeit der Volksvertreterinnen und Volksvertreter (Spinatsch 2004). Angesichts der Leidens-, Problem- und Kostenlawine, die durch manifeste Essstörungen (nicht zu reden von der rasch zunehmenden Adipositas) auf uns zurollt, darf die Politik indessen nicht abseitsstehen.

Erfreulicherweise hat sich diese Situation in den vergangenen Jahren bis heute (2019) deutlich verbessert. Etliche Vereinigungen, die Fachleute aus Klinik, Wissenschaft und Psychotherapie zusammenbringen und das Thema der Essstörungen bzw. die Hilfen an die davon Betroffenen auf ihre Fahne schreiben, sind wie Pilze nach einem Regen aus dem Boden gesprossen. In Deutschland versteht sich beispielsweise die deutsche Gesellschaft für Essstörungen, DGESS e. V., explizit als Kristallisationspunkt für Forschung und als Lobby für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Die positive Entwicklung hat auch in der Schweiz nicht Halt gemacht, wo sich beispielsweise die Schweizer Gesellschaft für Essstörungen (SGES, hervorgegangen aus dem Expertennetzwerk Essstörungen Schweiz, ENES) für die Anliegen der Menschen mit Essstörungen und ihren Angehörigen starkmacht (<https://sges-ssta-ssda.ch>).