



Aadorfer Fachforum
Psychotherapie

Privat
Klinik
Aadorf

*Persönlich
und diskret.*

Aadorfer Fachforum, 24.10.2024



Dynamik der Entstehung und Behandlung der Anorexia nervosa

Isa Sammet

Prof. PMU Dr. med. Dipl.-Psych.
Chefärztin Bereich Essstörungen

Privatklinik Aadorf

i.sammet@klinik-aadorf.ch

ÜBERSICHT

1) **Epidemiologie und Verlauf**

2) **Biopsychosoziales Modell**

3) **Psychodynamische Thesen**

Autonomie-Abhängigkeitskonflikt

4) **Therapeutische Grundhaltung**



Zitat einer anorektischen Patientin

45 Jahre; seit 25 Jahren krank; arbeitsunfähig; 6. Klinikaufenthalt; Hund als einziger Begleiter; BMI 12,3 kg/qm; entsprechend 166 cm und 34 kg

«Wenn ich etwas esse, spüre ich grossen Druck, sowohl körperlich als auch psychisch. Es entsteht ein starker Ekel. Und der zwanghafte Drang, sofort alles wieder auszuspucken. Wenn ich nicht erbrechen kann, wird der Ekel unerträglich. Das Aufgenommene muss aus dem Körper sofort raus. Ich ertrage nicht, dass die Nahrung meinen Körper verändert. Deswegen esse ich oft fast nichts, obwohl ich starken Hunger habe. Wenn ich weiss, dass ich später erbrechen kann, habe ich oft Essattacken, bei denen ich sehr grosse Portionen verzehre. Von den Gedanken ans Essen und meinen Hungergefühlen kann ich mich nur minutenweise ablenken. Deswegen kann ich im Alltag kaum etwas schaffen. Es ist alles sehr quälend. Ich will unbedingt zunehmen, will ein normales Leben. Aber ich habe das Gefühl zu versagen, wenn ich mir Nahrung gönne. Ein Teufelskreis. Ich werde mir nicht das Leben nehmen, aber vielleicht durch Hungern allmählich von der Welt verschwinden».

Diagnostische Kriterien: Anorexia nervosa (ICD-10 F 50)

- BMI kleiner als 18,5 kg/m²
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
Restriktiver Typ: Nahrungsverweigerung
Aktiver Typ: Selbst-induziertes Erbrechen,
Abführmittelmissbrauch, exz. Sport
- Körperschemastörung: Selbstwahrnehmung als «dick»; überwertige Angst vor «Dicksein»
- Endokrine Störung: Hypothalamus-Hypophysen-Achsenstörung, Folge z.B. Amenorrhoe, Entwicklungsverzögerung



Epidemiologie

Lebenszeit-Prävalenzrate AN in der Schweiz 1,2% bei Frauen und 0,2% bei Männern

Krankheitsbeginn Durchschnitt bei 17 Jahren

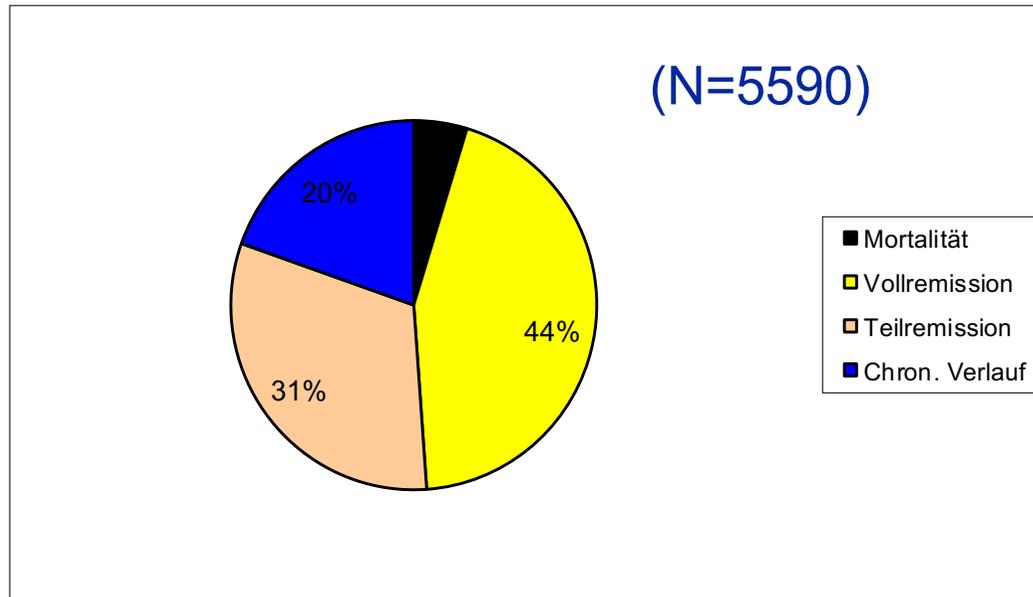
Ca. 25-30000 Frauen?

Tabelle 28 Vergleich der Resultate mit der Studie von Hudson et al. und Preti et al.

	USA N = 2'980			EU N = 4'139			Schweiz N = 10'038		
	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M
Anorexia nervosa	0.6%	0.9%	0.3%	0.5%	0.9%	0%	0.7%	1.2%	0.2%
Bulimia nervosa	1.0%	1.5%	0.5%	0.5%	0.9%	0.1%	1.7%	2.4%	0.9%
Binge Eating Störung	2.8%	3.5%	2.0%	1.1%	1.9%	0.3%	1.6%	2.4%	0.7%

BAG 2012: Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz

Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa



Steinhausen HC, Am J Psychiatry 2002; 159:1284-1293

Höchste Sterblichkeitsrate von allen psychischen Störungen: 5,9%
Weltweit Platz 12 von 300 körperlichen und psychischen Erkrankungen als Grund für den krankheits- und mortalitätsbedingten Verlust von Lebensjahren

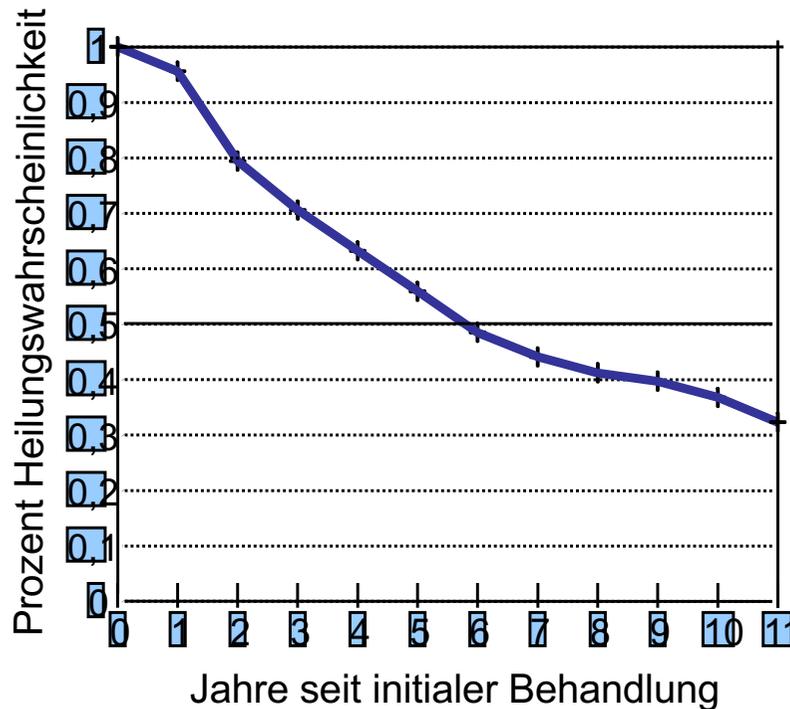
AWMF Leitlinie 2018

Dauer: mehrere Jahre, variabel.

Herzog et al. (1997): durchschnittlich sechs Jahre

Nach 5 Jahren: 67 % normalisiertes Gewicht

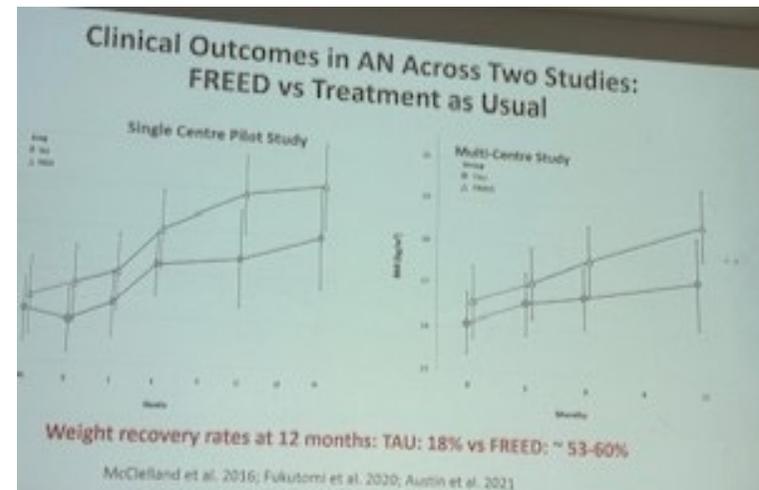
Wahrscheinlichkeit der Genesung von AN-Patientinnen in Abhängigkeit von der Zeit



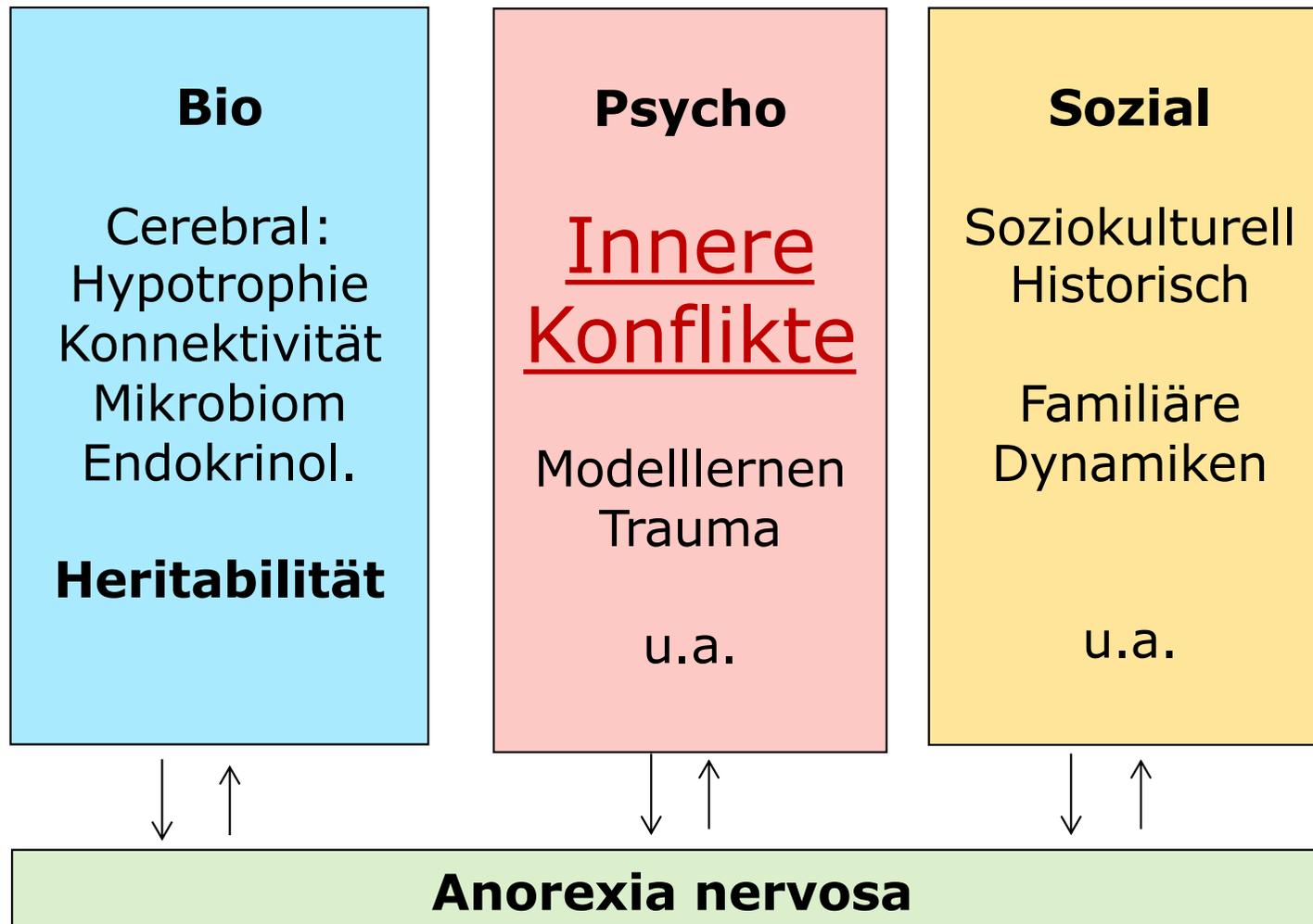
Herzog (1997) J of Consult and Clin Psychol

Durchschnittliche
Erkrankungsdauer bis Behandlung
29,9 Monate (Austin et al. 2021)

FREED-Projekt, Kings College London
(Foto vom Vortrag U. Schmidt,
Weltkongress Psychosomatik 2024)



Multifaktorielle Genese „Metabo-psychiatrische Erkrankung“



Heritabilität (Zwillingsstudien)

Autoren	Stichprobe (Paare)	Konkordanzrate Monozygot (MZ)	Konkordanzrate Dizygot (DZ)
Schepank et al. 1992	14	57%	0%
Holland et al. 1984	30	56%	7%
Holland et al. 1988	45	66%	5%
Treasure et al. 1989	50	66%	0%

Heritabilitätsschätzung 58% (95 CI 33-84%)

Wade et al. Am J Psychiat 2000; 157:469-471

Duncan et al. 2017: signifikanter Genloкус für AN auf Chromosom 12

Heritabilität

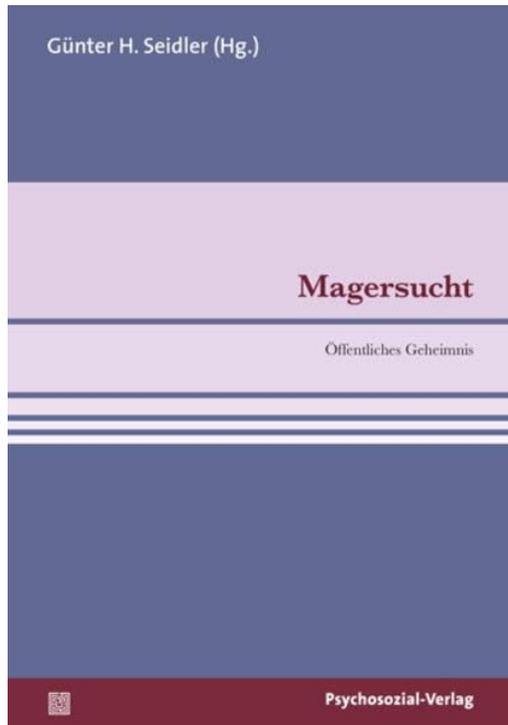
Watson et al. (2019) Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. Nat. Genet.

N=17000 Pat. vs. 55000 Gesunde

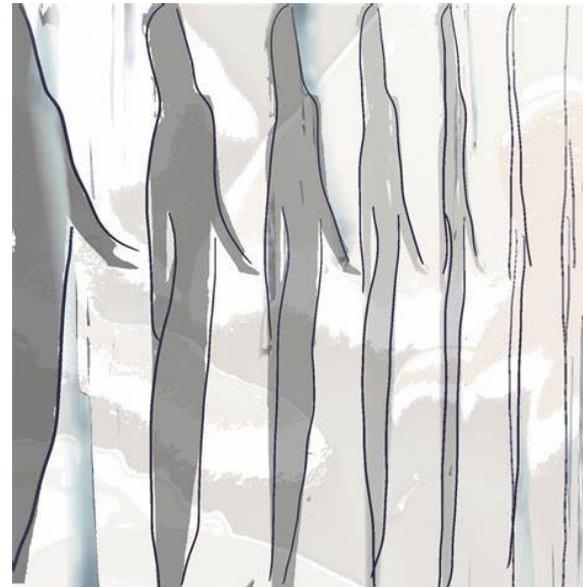
- 8 auffällige DNA-Sequenzen bei 6 Chromosomen
- auch für das Bewegungsverhalten mitverantwortlich
- treten auch bei Schizophrenie und Zwang auf
- beeinflussen auch Blutzucker und Stoffwechsel



Psychodynamische Theorie und Behandlung (Auswahl)



2013



Rätsel des
Unbewussten. Folge 64.
Die anorektische
Dynamik

[https://psy-
cast.org/de/folge-64](https://psychocast.org/de/folge-64)



Psychotherapie im Dialog 4 • 2

Hans-Christoph Friederich • Wolfgang Herzog • Beate Wild • Henning Schauenburg

Fokale Psychodynamische Psychotherapie der Anorexia nervosa

Ein Behandlungsmanual für mehr Appetit aufs Leben

Im Zuge der wachsenden Bedeutung von Evidenzbasierung und Störungsorientierung von Psychotherapie ist die Entwicklung von Behandlungsmanualen auch für die Psychodynamische Therapie unverzichtbar geworden. Im Rahmen einer großangelegten, multi-zentrischen Vergleichsstudie zur ambulanten Psychotherapie der Magersucht (Anorexia Nervosa Treatment of Outpatients, ANTOP) wurde ein Manual zur fokalen Psychodynamischen Psychotherapie der Anorexie verwendet, das im folgenden Beitrag vorgestellt wird.

Friederich H-C. et al.
PID 2013

Probleme bei der Behandlung

„Ich-syntones“ Symptom

Oft größte Widerstände gegen Gewichtszunahme und ausreichendes Essen

z.B.

- heimliches Horten von Lebensmitteln auf der Station
- Heimliches Erbrechen
- Trinken von großen Mengen vor dem Wiegen
- Ständiges Verhandeln um kleinste Mengen von Nahrung oder Kontrolle des Essverhaltens
- Exzessiver Sport

Therapie als Machtkampf!!??



Psychodynamische Theorie: Aushandeln von Grenzen

Anorexie als dysfunktionaler Versuch der
Abgrenzung des Selbst vom Aussen

Zentrale Frage: ***Darf etwas hinein*** in Körper und Seele?
Nahrung, Ratschlag, Wollen des Anderen?



**Identitätsentwicklung:
Wer "Nein" sagt, sagt immer auch "Ich"**

Nahrung als fundamentales menschliches Bedürfnis

- „Nahrung aufnehmen“ erhält Leben
- Gesunde Entwicklung: „selbstverständlich“!
- Aber: Innere und äussere Konflikte können Nahrungsaufnahme stören, auch bei Depression, Binge Eating, somatof. Störungen

Anorexia nervosa

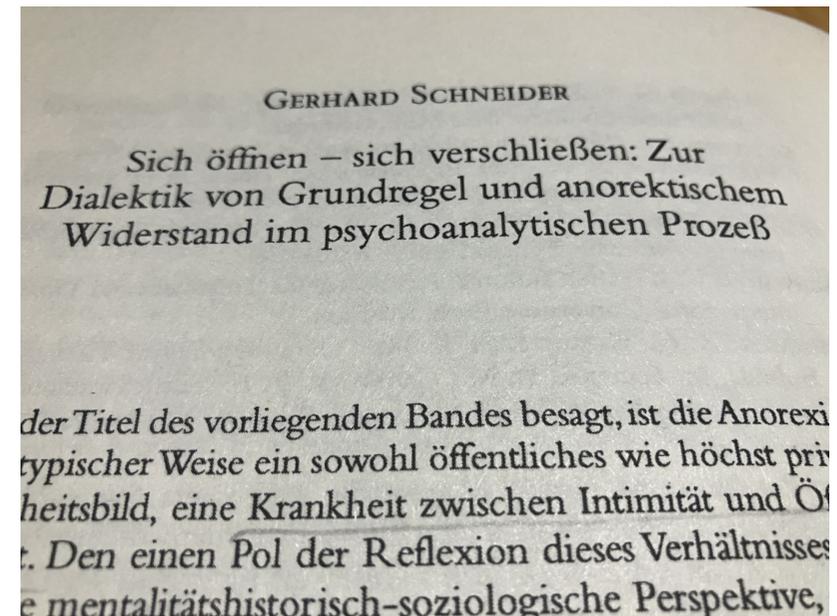


Anorexia als „Kranksein am Leben“

- Versuch, das vom Leben nicht Ablösbare, loszuwerden: Begehren, „Gerichtet-Sein“ auf Etwas
- Aufhören, zu wünschen
- Ablösung von der Abhängigkeit
- Ideal einer mächtigen Autonomie

Todesnähe

In: Seidler G. (2013)



Symptome als Folge von Autonomie- und Selbstwertkonflikt

Der Körper als Bühne:
Essverhalten und Gewicht als
sichtbare Zeichen der Autonomie

Bulimisches Erbrechen:
Schwäche „ungeschehen
machen“

Perfektionismus:
zur Vermeidung von Abhängigkeit

Ambivalenz, Störung
aufzugeben: Hunger
als das „Eigene“, als
„verlässlicher
Begleiter“

Selbsthass nach Essen:
weil „schwach geworden“

Ganztägige
Beschäftigung
mit Essen:
heimliche
Selbsttäuschung;
Hunger bleibt
besonders groß

Ambivalenz: Störung
aufzugeben: paradoxe
Abhängigkeit, die
„eigentlich“ ersehnt wird

(Fehlender) Selbstwert und Identität:
Askese als „besondere Leistung“.

Autonomiekonflikt

Unterschiedliche lebensgeschichtliche Ursachen

**Das eigene Verlangen wird von anderen nicht erkannt
oder fehlinterpretiert.**

Beispiele, eigene Bedürfnisse schmerzhaft zurückzustellen

- Schicksalhaft: Krankheit der Bezugsperson oder *eigene* längere Krankheit (Bsp)
- Unausgetragene Konflikte in vordergründig harmonischen Familien
- Abgrenzungsverbot, „Nicht Nein-Sagen dürfen“
- Unsicheren, Eltern Freude bereiten (müssen)
- Sexuelle Traumatisierung
(40% der Anorexie-Patientinnen)



Konflikt K1 Individuation - Abhängigkeit nach OPD

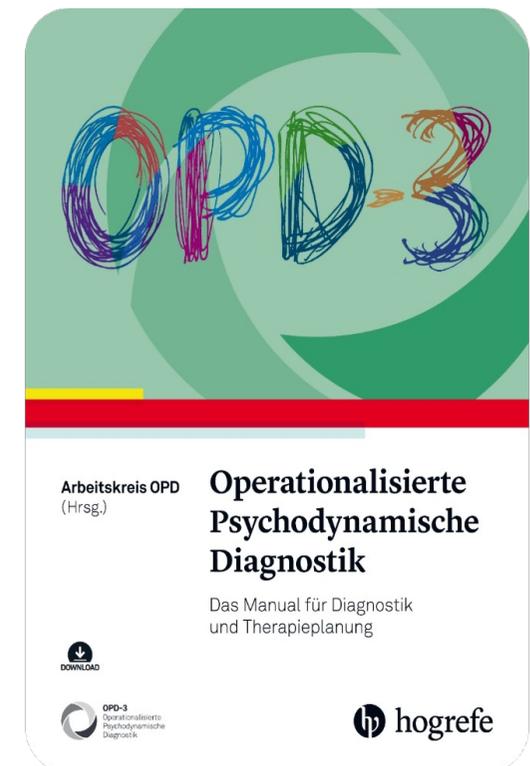
**Existenzielle Furcht vor Verlassenheit oder Nähe:
Forcierte (Pseudo)-Selbständigkeit**

„Ausgeprägtes Streben nach emotionaler Unabhängigkeit von Beziehungen, es dominiert ein emotionales Allein-sein-Müssen.

Abgewehrt wird die Sehnsucht nach engen Beziehungen und die darin enthaltene Angst vor Verschmelzung oder Verlassen-werden.

Körperliche Bedürfnisse werden im Regelfall ignoriert und körperliche Leistungsfähigkeit als Idealbild von Unabhängigkeit kultiviert.“

Grundkurs in
Aadorf am 8./9.11.

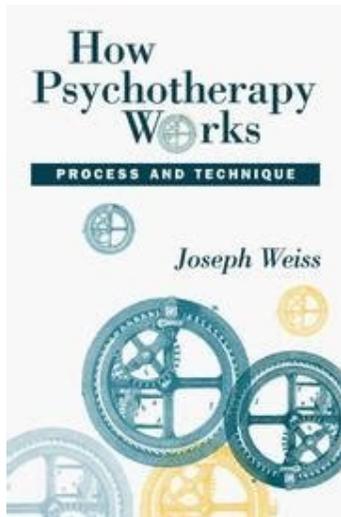


Projektive Identifikation

Umkehr des Wünschens nach Aussen:

Das Wünschen und Wollen wird beim Anderen untergebracht!

Die *Anderen* wollen, dass ich esse: kommen dadurch in die abhängige und ohnmächtige Position. *Pat. lässt uns damit das erleben, was sie selbst schmerzlich erfahren hat.*



Theorie der korrigierenden Beziehungserfahrung

„**Control Mastery Theorie**“: Pat. testet unbewusst,

wie Andere mit der Ohnmacht umgehen, um

dadurch eigene neue Wege finden zu können,

in der Hoffnung, die schlechten Erfahrungen sind

widerlegbar

(z.B. Weiss 1993; Sammet et al. 1997)

Behandlung



Phase 1: Schwerpunkt auf Symptomorientierung/ ther.Rahmen

(Wieder-)Erlernen einer regelmäßigen, ausgewogenen und ausreichenden Ernährung

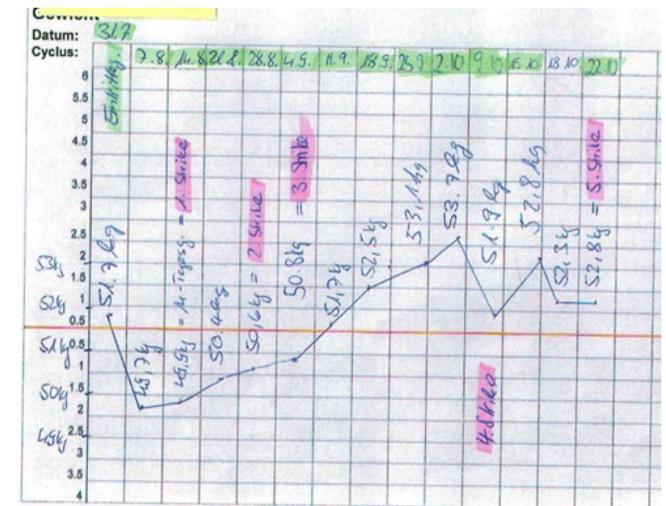
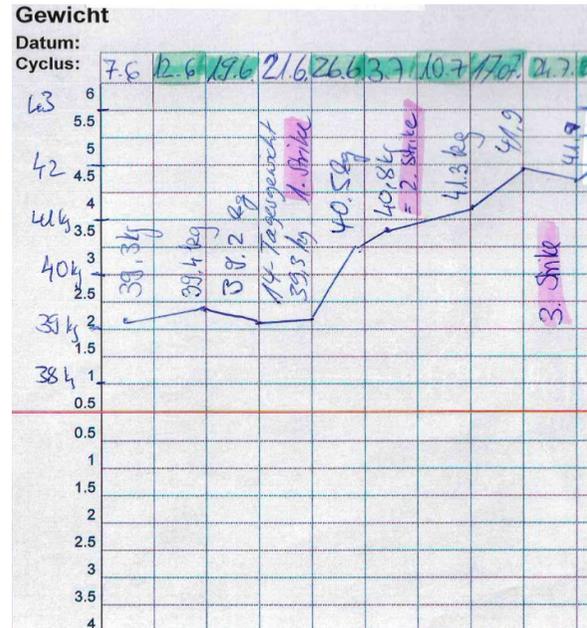
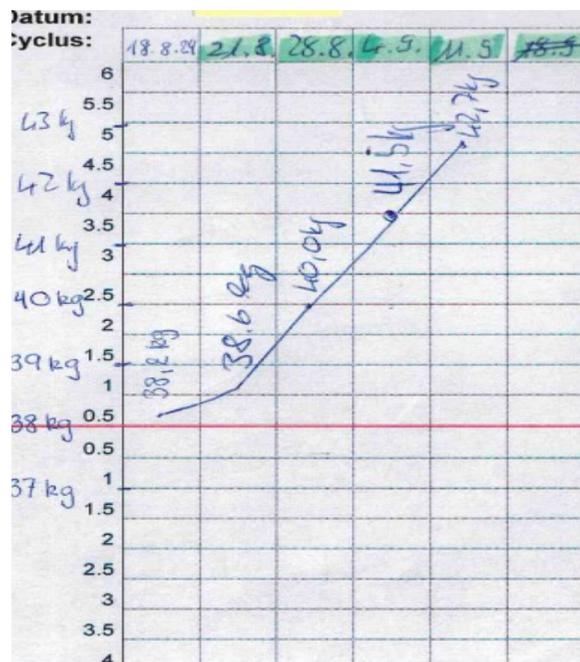
- Essensplan mit Integration „angstbesetzter“ Nahrungsmittel, Stufenplan (Vollkost, Trinknahrung, Magensonde)
- Kochgruppe: Mahlzeiten zubereiten und Mengen abschätzen
- Essbegleitung

Gewichtsregulation

- Gewichtsvertrag (5-700g/Woche)
- Unterstützende Maßnahmen bei Nicht-Erreichen (z.B. Ausgangsbeschränkung)



Gewichtsverläufe



Erfolge stat. Behandlung, aber manchmal ...

- Lange Aufenthaltsdauern, z.T. wegen unzureichender Motivierbarkeit oder niedrigem Gewicht
- Unzureichende Stabilität bei Entlassung, Körperlich: BMI zu niedrig.

Beispielrechnung:

Aufnahmegewicht 37 kg bei 165 cm, BMI 13,6 kg/qm.

Für BMI 17,5 kg/qm 10 kg Zunahme erforderlich. Bei stetiger Zunahme um 500g/ Woche 20 Wochen Behandlungsdauer

- Psychisch (anorektisches Denken besteht fort)
- Befundverschlechterungen, intern. Einweisung, FU
- Rückfälle (poststationär mindestens ein Drittel; Eggel et al. 2019)

Erfolge stat. Behandlung, aber manchmal ...

enge Kooperation aller BehandlerInnen und aller Disziplinen
erforderlich.

Zum Wohle der Pat UND BehandlerInnen.



Tel. Klinik
Aadorf

052 368 8888

“Auffütterung” unter Druck- Kann Unterwerfung zur Gesundung führen?

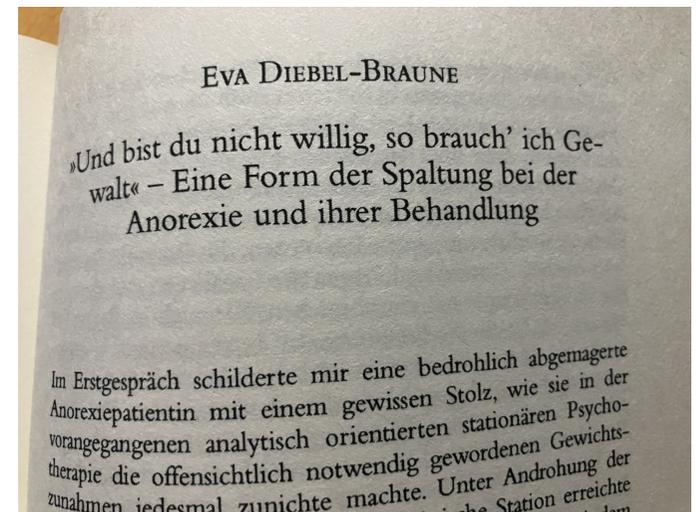
Hungern als herausragende Leistung: dient der Abgrenzung und Selbstwertregulierung

Erzwungener Verzicht auf diese Selbstabgrenzung: bedroht **die fragile Identität, Kränkung**

Wahrnehmung der BehandlerIn
haltgebend aber die Autonomie verletzend

Mechanismus der Selbstwertstabilisierung wird weggenommen,
z.T. auf eine moralisierende Weise

In: Seidler G. (2013)



Interaktionelle Folge: Machtkampf

Aufforderungscharakter der Symptomatik reinszeniert den Kampf um Unterwerfung.

- vereinnahmende Beziehungsform, der ursprünglich ihre Abwehr galt.
- Viele Pat. unterwerfen sich innerlich nicht, sondern grenzen sich innerlich noch weiter ab

z.B. Innerer Schwur, poststationär wieder abzunehmen



Nach Diebel-Braune

Empfehlungen aus AWMF-Leitlinie (2019) zur therapeutischen Grundhaltung

S. 53ff

Cave: Bei Drängen auf Verhaltensänderung (z.B. Teller leer essen müssen), verstärkte Verteidigung des dysfunktionalen Denkens und Handelns; vermehrte Vermeidungsstrategien

Besser:

- ✓ Exploration von Diskrepanzen
- ✓ Keine sanktionierende Rolle einnehmen (keine „erhobener Zeigefinger“)
- ✓ Eigenverantwortung der PatientIn betonen (PatientIn trifft die Entscheidungen)
- ✓ Gefühle, Ziele ernst nehmen und nachvollziehen

Beispiel: *„Jeder anderen Patientin würde ich empfehlen, die Ernährung umzustellen, denn dadurch gehen die Essanfälle erfahrungsgemäß deutlich zurück. Aber Sie sind sich da ja ganz sicher, dass das bei Ihnen nicht helfen wird. So, wie ich Sie einschätze, sagen Sie das ja nicht nur so daher, sondern Sie haben da bestimmt Erfahrungen gemacht ... Lassen Sie uns doch nächstmal darüber reden ...“*

AWMF-Leitlinie 2019, S.54, zitiert nach Tuschen-Caffier und Florin 2012, S. 46).

Fazit

nach psychodyn. Behandlungsmanual von Friederich HC et al. (2013)

Ambulant: Gewichtszunahme 400-600g/Woche

1x/Woche vor Sitzung wiegen

Gewichtskurve durch Pat. Führen lassen

Jede Sitzung Thematisierung der Gewichtsentwicklung

Nicht-wertendes Akzeptieren der Wunschlosigkeit

Möglichst ohne Druck

Einfühlen in die inneren Ängste

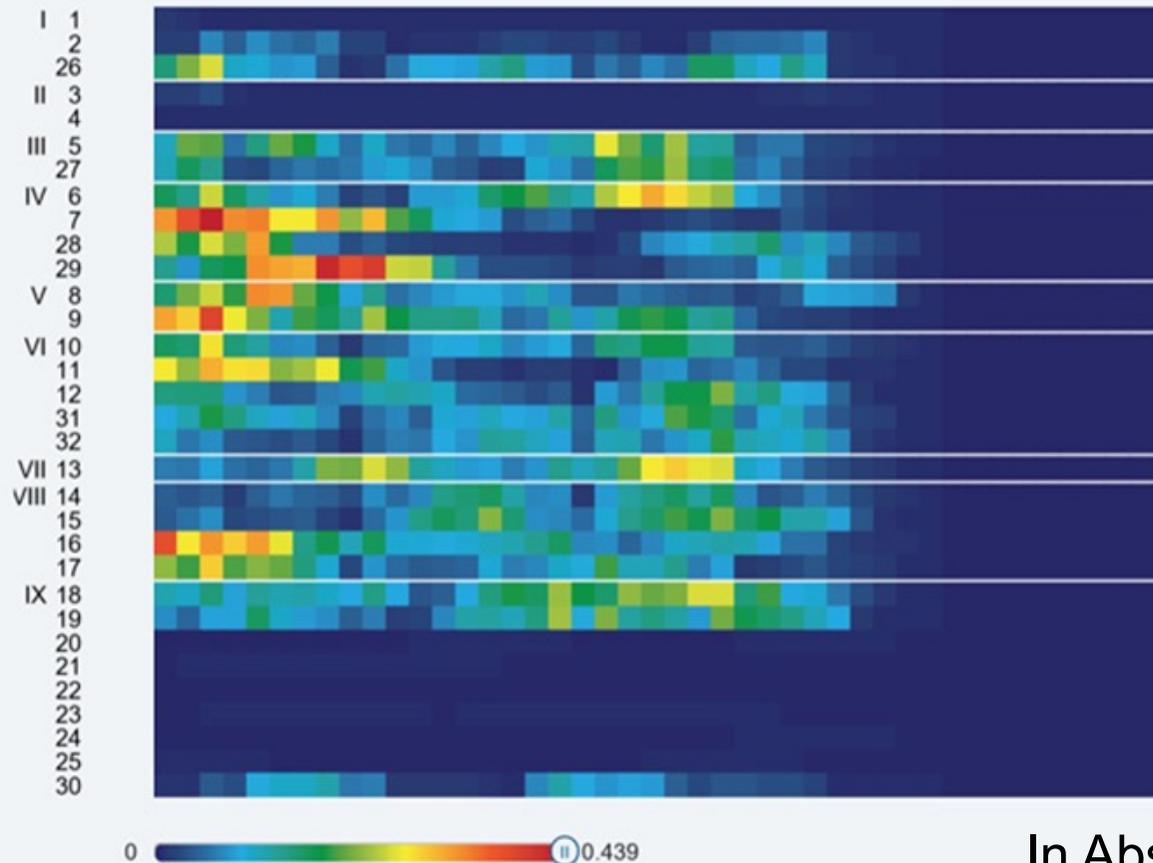
Akzeptanz des Hin und Her als Teil des Veränderungsprozesses

Aushalten eigener Ohnmacht

Diskrepanz zwischen aktuellem und angestrebten Zustand herausarbeiten

„Wiederbeleben“ verbotener Prozesse des Erlebens.

Poststationäres Monitoring mit dem Synergetik Navigationssystem SNS zur Rückfallprophylaxe: Start November



In Abstimmung mit WeiterbehandlerIn

Zitat Patientin

„Ich bin für jegliche therapeutische Unterstützung und für alle, die mich nicht aufgeben, dankbar“.



Literatur

- AWMF S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörung (2018)
- Seidler G. (2013) Magersucht. Öffentliches Geheimnis. Psychosozial Verlag
- Diebel Braune E (2013) „Und bist Du nicht willig, so brauche ich Gewalt“. Ebd.
- Schneider G (2013): Sich öffnen- sich verschliessen. Zur Dialektik von Grundregel und anorektischem Widerstand im psychoanalytischen Prozess.
- Friederich HC et al. (2013) Fokale Psychodynamische Therapie der Anorexia nervosa. Ein Manual. PID 4, 201
- Joseph Weiss (1993): How psychotherapy works.
- Rätsel des Unbewussten. Die anorektische Dynamik. <https://psychocast.org/de/folge-64>



Aadorfer Fachforum
Psychotherapie

Privat
Klinik
Aadorf

*Persönlich
und diskret.*