

Kasuistik Anorexie

Selbstkontrolle bis zum Hungertod

Es ist schwer zu begreifen, wenn körperlich gesunde Menschen ohne ersichtliche Not, praktisch vor vollen Tellern, verhungern. Bei der Anorexie passiert genau das und in 95 Prozent sind Frauen betroffen. Prof. Dr. Wolfgang Senf schildert hier einen Fall dieser Ess-Störung und erläutert Ihnen Hintergründe und Therapie.

— Es ist Mitte Mai und Dr. Johanna Schönborn tupft sich ein paar Schweißperlen von der Stirn. Ausgerechnet am ersten heißen Tag im Jahr hat sie Dienst in der internistischen Notaufnahme! Ihre nächste Patientin macht gerade den Oberkörper für die körperliche Untersuchung frei und Dr. Schönborn stutzt: Ein weites Sweat-Shirt, ein langärmeliges T-Shirt, ein T-Shirt und ein Unterhemd muss die 23-jährige Andrea ausziehen. Dann steht sie scheu lächelnd im Raum und die Ärztin kann ihre Bestürzung kaum verbergen – die Patientin ist bis auf die Knochen abgemagert! „Eigentlich geht es mir ganz gut“, hatte sie der Internistin noch zur Begrüßung mitgeteilt. „Mein Vater hat mich nur hierher gebracht, weil er sich Sorgen um mein Gewicht macht.“ Zurecht, wie sich zeigt: Andrea wiegt bei 171 cm Größe nur noch 36 kg, was einem BMI von 12 entspricht (☞ **Tab. 1**). Sie ist vital bedroht! Dr. Schönborn bespricht sich mit einem Kollegen der Psychosomatik. Sie vereinbaren, die Patientin zunächst in der Inneren Klinik aufzunehmen, bis sie sich soweit erholt hat, dass sie psychotherapeutisch behandelt werden kann. Andrea findet sich gar nicht zu dünn, aber sie merkt, wie kraftlos und erschöpft sie ist und willigt deshalb ein zu bleiben.

Hungern bis zum Sarg ▶ Dr. Schönborn ist schnell klar, unter welcher Erkrankung die junge Frau höchstwahrscheinlich leidet: Es ist die Ess-Störung Anorexia nervosa. Ess-Störungen sind Krankheiten, die durch

Besonderheiten des Ess-Verhaltens bedingt sind. Entweder wird bis zur extremen Abmagerung zu wenig Nahrung aufgenommen (Anorexia nervosa) oder die Patientinnen vertilgen in einem Ess-Anfall riesige Kalorienmengen und „regulieren“ dann „gegen“, in dem sie die Nahrung zum Beispiel wieder erbrechen (Bulimie). Eine Erkrankung, die in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat, ist die „Binge-Eating“-Störung. Hierbei leiden die Betroffenen ebenfalls unter Ess-Attacken, sie erbrechen jedoch nicht und bekommen so eine Adipositas (Fettsucht). Die Anorexia nervosa ist eine häufige, ausschließlich psychisch bedingte Krankheit, die ohne Therapie oft tödlich endet – die Mortalität liegt bei 18 Prozent.

» ANOREXIE-PATIENTEN NEHMEN NICHT WAHR, DASS SIE ABGEMAGERT SIND «

Man schätzt, dass knapp ein Prozent der adolescenten Frauen daran leiden, in einigen Risikogruppen, zum Beispiel bei Tänzerinnen und Models, liegt die Prävalenzrate bei sieben Prozent. Das Leitsymptom der Anorexie ist der ständige, unbezwingbare Drang abzunehmen – mit welchen Mitteln auch immer. Gegen jeden Druck von außen, ein bisschen zuzunehmen, leisten die Patientinnen erbitterten Widerstand. Dabei nehmen die Kranken nicht wahr, dass sie abgemagert sind und haben die oft wahnhaft anmutende Vorstellung, trotz ihres Untergewichtes viel zu dick zu

VIA MEDICI SPEZIAL



Rätselhafte Krankheit

Anorexie ist schwer zu verstehen. „Die stille Sehnsucht nach Heimkehr“ aus dem Verlag Freies Geistesleben versucht, die Krankheit zu erklären, „Ich hatte Anorexie“ aus dem Urachhaus Verlag beschreibt sie aus Patientensicht. Wir verlosen je drei Bücher unter www.thieme.de/viamedici/zeitschrift/spezial mit den Stichworten „Anorexie“ bzw. „Heimkehr“. Einsendeschluss ist der 9.1.2006.



DER BODY-MASS-INDEX

Ein normales Gewicht liegt bei einem Body Mass Index (BMI) von 18,5 bis 24,9. Der BMI wird nach der Formel $\text{Gewicht in Kilogramm (kg)} / \text{Körpergröße (m}^2\text{)}$ berechnet.

Interpretation des BMI:

☞ Untergewicht (Verdacht auf Bulimie):	<18
☞ Verdacht auf Anorexie:	<17,5
☞ Normalgewicht:	18,5-24,9
☞ Übergewicht	> 25
☞ Präadipositas	25,0-29,9
☞ Adipositas Grad I	30,0-34,9
☞ Adipositas Grad II	35,0-39,9
☞ Adipositas Grad III	> 40,0

▲ ☞ **Tab. 1**

SYMPTOME UND FOLGEN VON ESS-STÖRUNGEN

▼ ☞ **Tab. 2**

Allgemeine Symptome

- ☞ Kältegefühl, Zyanose der Hände
- ☞ dünnere Haare, Haarverlust
- ☞ trockene Haut, brüchige Nägel
- ☞ Gelbfärbung der Haut
- ☞ Lanugo-Behaarung
- ☞ Völlegefühl/Magenschmerzen nach dem Essen (selbst bei kleinen Mahlzeiten)
- ☞ Darmträgheit, Obstipation

Folgen des Erbrechens und des Laxantien-Abusus

- ☞ Hypokaliämie
- ☞ Herzrhythmusstörungen
- ☞ Muskelschwäche
- ☞ Hypochlorämie, -natriämie
- ☞ Metabolische Alkalose/Acidose
- ☞ Knöchelödeme, periorbitale Ödeme (morgens)

- ☞ Hyperamylasämie
- ☞ Dehydratation mit Schwindel und Synkopen
- ☞ Schleimhautschädigungen im Ösophagus, Magen, Colon

Folgen des Untergewichtes und der Unterernährung

- ☞ Low-T3-Syndrom
- ☞ Hypercholesterinämie
- ☞ Panzytopenie
- ☞ Hypoglykämie
- ☞ Hypothermie
- ☞ Hypotonie
- ☞ Bradykardie
- ☞ Polyurie
- ☞ verminderte Knochendichte
- ☞ Zerebrale („Pseudo“)Atrophie
- ☞ Epileptische Anfälle
- ☞ Amenorrhoe

sein. Für die Leistung, dass sie den Hunger unter großen Strapazen überwunden haben, wollen anorektische Patientinnen bewundert werden (☞ **Text „Ein Hungerkünstler“**, **Abb. 1**). Dagegen wird die Bulimie von den Betroffenen aus Scham verborgen und heißt deshalb auch die „heimliche Schwester“ der Anorexie.

Der lange Weg zur Anorexie ▶ Einen Monat später stellt sich Andrea in der psychosomatischen Klinik vor. Sie wurde parenteral ernährt und hat auch Elektrolyt-Infusionen bekommen. Ihr Kaliumwert, der vor vier Wochen bei nur 2,8 mmol/l lag, ist jetzt normal und in ihrem EKG findet sich keine Bradykardie mehr (☞ **Tab. 2**). Die Waage zeigt trotzdem immer noch 36 kg. Als sie vom Psychotherapeuten Dr. Achim Brückner begrüßt wird, lächelt Andrea scheu. In den Gesprächen mit dem Arzt ist sie aber sehr kooperativ und so erfährt er nach und nach die lange Geschichte ihrer Krankheit: Alles beginnt mit Fress-Attacken in einer Zeit, als ihre Familie auseinanderbricht. Sie ist 16 Jahre, als ihre Mutter unheilbar an Krebs erkrankt. Die Schwester verlässt gerade zum Studium das Elternhaus und der Vater, der seine Gefühlswelt vor ihr verschließt, hat Freundinnen. Andrea tröstet sich mit Schokolade, hat aber gleichzeitig panische Angst zuzunehmen. Ihre Lösung: Sie steckt sich den Finger in den Hals und erbricht die Süßigkeiten. Weil sie ihre Mutter pflegt, fehlt sie öfter im Unterricht und hat immer weniger Freunde. Das Leben der Teenager um sie herum verpasst sie. „Meine Mitschüler sind ausgegangen und haben sich auf Partys vergnügt“, erzählt Andrea dem Arzt. „Währenddessen saß ich zu Hause bei meiner Mutter und habe Pralinen gegessen. Ausweinen konnte ich mich bei niemandem, schon gar nicht bei meinem Vater.“ Als die Mutter stirbt, finanziert der Vater ihr zwar eine Ausbildung zur MTA, nach wie vor bleibt er für Andrea aber emotional unerreichbar. Sie strengt sich an, um ihm mit guten Noten zu imponieren – die erhoffte Anerkennung bleibt aber aus. Dennoch bestimmen Erfolg und Leistung jetzt zunehmend ihr Leben. „Hunger- und Heißhungergefühle habe ich mit eisernem Willen kontrolliert“, berichtet sie mit leiser Stimme. „Damals fing ich an, jeden Tag zu joggen. Außerdem war ich so oft es ging im Schwimmbad.“ Ihr Gewicht fällt auf 43 kg – im Alter von 20 Jahren hat sich die ehemalige Bulimie in eine Anorexia nervosa verwandelt. Andreas Speiseplan sieht jetzt oft so aus: Zum Frühstück nichts, mittags ein bis sechs Äpfel und abends Salat oder Rohkost mit Essig. Um ihr Hungergefühl zu unterdrücken, trinkt sie riesige Mengen Kaffee. Aber damit nicht genug: Sie schluckt Abführmittel und besorgt sich aus der Klinik, in der sie arbeitet, Diuretika, um zusätzliche Pfunde zu verlieren. Ob sie schon mal richtig verliebt war? „Nein“, auf die Frage des Assistenzarztes schüttelt Andrea den Kopf. Weder zu Männern noch zu Frauen hat sie engere emotionale Bindungen. Ihr Verlangen nach Sexualität ist gering. Die Nahrung zu verweigern vermittelt ihr ein Gefühl von Zufriedenheit. Negative Empfindungen, wie Angst oder die Wut über ihren Vater, spürt sie so weniger intensiv. Die Anorexie ist zu einem Bestandteil ihres Lebens und „normal“ geworden – nur durch die Schwäche ihres Körpers merkt Andrea, dass sie behandelt werden muss.

Tiefe Wurzeln ▶ Die genauen Ursachen der Anorexie sind nicht eindeutig geklärt, auch nicht die Frage, warum sie vor allem bei jungen Frauen auftritt. In der Regel sind bei den Patientinnen aber Konflikte in der Biographie nachweisbar, für die sie keine andere Lösung als das Hungern finden konnten. In der Essstörung äußern sich so existentielle seelische Bedürfnisse. Sie kann zum Beispiel vom „Autonomiebestreben“ einer Patientin zeugen, die versucht, sich gegenüber familiären Ansprüchen oder gegenüber eigenen triebhaften, sexuellen Impulsen abzugrenzen. Auch eine so genannte „Beziehungsabwehr“ kann darin liegen: Auf der einen Seite appelliert die Kranke an eine stützende Person, auf der anderen Seite kränkt sie die angebotene Hilfe, die sie als Einbruch in ihre Autonomie wertet. Bei manchen Anorexie-Kranken drückt die Krankheit eine „Lebensverweigerung“ aus. Sie ziehen sich extrem zurück und weisen ausgeprägte autodestruktive Züge bis hin zum Selbstmord auf.

„Einfach mehr essen“ ist keine Therapie ▶ Eine Therapie, die auch die seelischen Probleme der Erkrankten behandelt, kann erst erfolgreich sein, wenn der körperliche Zustand der Patientinnen stabil oder ▶▶▶

EIN HUNGERKÜNSTLER

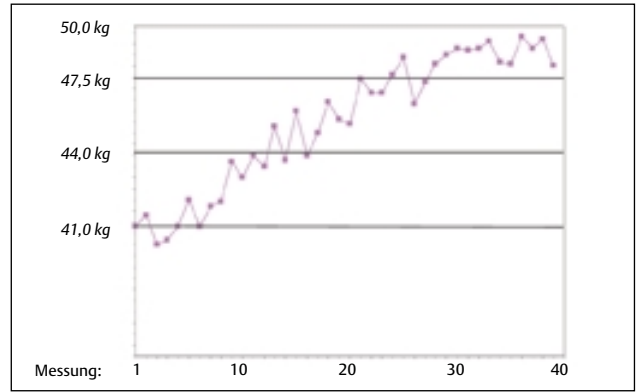
(Franz Kafka, 1924, Auszug)

„Du hungerst noch immer?“ fragte der Aufseher, „wann wirst du denn endlich aufhören?“ „Verzeiht mir alle“ flüsterte der Hungerkünstler; nur der Aufseher, der das Ohr ans Gitter hielt, verstand ihn.
„Gewiss“, sagte der Aufseher und legte den Finger an die Stirn, um damit den Zustand des Hungerkünstlers dem Personal anzudeuten, „wir verzeihen dir.“
„Immerfort wollte ich, dass ihr mein Hungern bewundert.“ sagte der Hungerkünstler.
„Wir bewundern es auch“, sagte der Aufseher entgegenkommend.
„Ihr sollt es aber nicht bewundern“, sagte der Hungerkünstler.
„Nun, dann bewundern wir es also nicht“, sagte der Aufseher, „warum sollen wir es denn nicht bewundern?“
„Weil ich hungern muss, ich kann nicht anders“, sagte der Hungerkünstler.
„Da sieh mal einer“, sagte der Aufseher, „warum kannst du nicht anders?“
„Weil ich“, sagte der Hungerkünstler, hob das Köpfchen ein wenig und sprach mit wie zum Kuss gespitzten Lippen gerade in das Ohr des Aufsehers hinein, damit nichts verloren ginge, „weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt. hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgegessen wie du und alle.“ Das waren die letzten Worte, aber noch in seinen gebrochenen Augen war die feste, wenn auch nicht mehr stolze Überzeugung, dass er weiterhungere.





▲ **Abb. 1:** Für ihre Leistung, dass sie den Hunger überwunden haben, wollen Anorektikerinnen bewundert werden. Das Bild einer Blume, das die Patientinnen oft so in der Gestaltungstherapie malen, drückt diesen narzisstische Zug gut aus.



▲ **Abb. 2:** Diese Zickzack-Kurve ist der Gewichtsverlauf einer anorektischen Patientin während der stationären Therapie: Immer wieder verliert sie auch Gewicht, die Zunahme ist mühsam. Die Patientinnen werden zweimal pro Woche gewogen.

►►► zumindest nicht mehr lebensbedrohlich ist. Daher steht am Anfang im Vordergrund, dass die Erkrankten zunehmen. Anorektische Patientinnen haben große Schwierigkeiten, ihr Essverhalten zu ändern. Sie verleugnen, dass sie zu wenig essen und erfinden phantasievolle Ausreden, warum sie nichts zu sich nehmen können. Deshalb ist eine stationäre psychotherapeutische Betreuung wichtig. Die Gewichtszunahme verläuft oft kompliziert und Rückschläge sind häufig (**Abb. 2**).


Andrea und Dr. Brückner vereinbaren in einem Behandlungsvertrag ein Zielgewicht: 50,8 kg. Das soll Andrea erreichen, indem sie jede Woche 0,7 kg zunimmt. Ein Normalgewicht wird in der Regel zunächst nicht angestrebt, möglichst aber ein BMI von 18. Das Zielgewicht ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie: Die Patientinnen müssen so viel wiegen, dass sie selber ihr Gewicht auch noch akzeptieren, sie gleichzeitig damit aber ungefährdet leben können. In dieser einigermaßen stabilen Lage kann die Psychotherapie ihnen dann Lösungen für ihre Probleme eröffnen, so dass sie nicht auf das Hungern als Lösungsstrategie zurückgreifen müssen. Bei jüngeren Patientinnen, die noch zu Hause leben, wird oft eine Familientherapie durchgeführt, in der auch die Eltern und Geschwister am Behandlungsprozess teilnehmen.

Etwas bleibt unerreichbar ► Draußen fallen die Blätter von den Bäumen, der Sommer ist zu Ende. Auf der psychosomatischen Station sieht Dr. Brückner Andrea beim Mittagessen. Sie isst – zwar schafft sie keine Riesenportion, aber doch wesentlich mehr als vor ihrer Aufnahme. Auch das Repertoire, welche Lebensmittel sie zu sich nimmt, ist erheblich größer geworden. Seitdem sie hier ist, hat sie jeden Tag zusammen mit einer Schwester und anderen Patientinnen an vier Mahlzeiten zu festen Zeiten teilgenommen. Häufig hat sie in Begleitung Lebensmittel eingekauft und dann in der Kochgruppe gelernt, wie man daraus ausgewogene Mahlzeiten und normal große Portionen zubereitet. Sie wiegt jetzt 48 kg. Trotzdem seufzt der Arzt leise, als er später über ihrer Akte brüht. Eigentlich liefen die Gespräche mit Andrea gut. Sie kann klar denken und gut formulieren. Alle wichtigen Probleme konnten sie in der Therapie besprechen und

Andrea ist dabei einiges klar geworden. Sie versteht jetzt, unter welchem hohen Druck sie sich mit ihren Leistungsidealen setzt und was für Ängste und Selbstwertprobleme dahinter stecken. Sie begreift, wie sich ihre Ess-Störung damals entwickeln konnte und welche „Funktion“ die gestörte Nahrungsaufnahme dann im Laufe ihres Lebens übernommen hat. Ihr wird klar, dass ihr großer Wunsch nach Zuwendung und Anerkennung durch den Vater wohl immer unerfüllt bleiben wird und akzeptiert ihre Wut und Enttäuschung darüber. Gleichzeitig hat Andrea gelernt, wie sie ihre Angst reduzieren und ihr Selbstwertgefühl stärken kann – Qi-Gong und auch der Lesekreis der Patientinnen helfen ihr dabei.

In den nächsten Tagen soll sie entlassen und weiter ambulant therapiert werden. Dr. Brückner klappt die Patientenakte zu und seufzt wieder. Die Therapie bei

» DIE MORTALITÄT DER ANOREXIA NERVOSA LIEGT BEI 18 PROZENT «

Andrea scheint erfolgreich zu sein, aber etwas stört das positive Bild: Sie leidet immer noch unter einer ausgeprägten Gewichtsphobie. Ungewöhnlich lange – bis vor ganz kurzer Zeit – konnte sie nur zunehmen oder ihr Gewicht halten, wenn sie von außen kontrolliert wurde, das heißt, wenn sie regelmäßig Mahlzeiten zusammen mit einer Schwester aß. Sobald sie für ihr Essen selbst verantwortlich war, zum Beispiel am Wochenende, schränkte sie die Nahrungsaufnahme wieder ein. Trotz Therapie kann Andrea eine stärkere Selbstkontrolle nicht übernehmen und deshalb erreicht sie auch ihr Zielgewicht von 50,8 kg nicht. Diese massive Gewichtsphobie macht ihre Prognose ungewiss. Manchmal kann einer Anorexie solch eine Eigendynamik „innewohnen“, die sich als „letzter Rest“ der Therapie entzieht. Andrea wird die Klinik bald verlassen – was bei Dr. Brückner, Schwestern und Pflegepersonal zurückbleiben wird, ist ein Gefühl der Machtlosigkeit. Ein Kern von ihr bleibt unerreichbar. 

Prof. Dr. med. Wolfgang Senf

Prof. Dr. med. Wolfgang Senf ist Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin an der Universität Essen.

Foto:

Via  exklusiv Weitere Kasuistiken finden Sie unter „Kasuistik/Notfälle“.