

**Pubertätsmagersucht -
Von der Diagnostik zur systemischen Intervention**

Dr. med. Jürg Liechti
STIFTUNG SYSTEMISCHE THERAPIE UND BERATUNG
ZSB Bern - Zentrum für Systemische Therapie und Beratung
Monbijoustrasse 31 CH - 3011 Bern
Tel. 031 381 92 82, Fax 031 381 93 11
www.zsb-bern.ch, info@zsb-bern.ch

1. Einleitung

Entgegen dem Ziel, den Hunger auszurotten wie die Pocken, stagniert die Zahl der Hungernden in den Entwicklungsländern bei insgesamt 777 Millionen Menschen; und: ‚in den westlichen Industriestaaten sind es 11 Millionen und in Osteuropa und den Transformationsstaaten der ehemaligen Sowjetunion 27 Millionen. Weltweit sind insgesamt 815 Millionen Menschen chronisch unterernährt‘.

Die Jahrhunderte zuvor waren geradezu geprägt von dieser Angst, an Hunger zu sterben. Im alten China sagte man sich nicht ‚Guten Tag‘, sondern fragte: ‚Hast du schon gegessen?‘

‚Hungernde Menschen‘, so der deutsche Bundespräsident Johannes Rau als Hauptredner zum Welternährungstag am 26. Oktober 2001 in Rom, ‚sind eine Anklage an die Weltgemeinschaft. Jeder verhungerte Mensch ist ein Urteil über uns.‘

Die Merkmale eines längerdauernden Unterernährungssyndroms sind:

1. Anfänglich: Zentrierung der Gedanken und des Verhaltens auf Nahrung, Verlust des sexuellen Antriebes, Zunehmende Selbstbezogenheit, Verlust humaner Werthaltung.
2. Später: Inaktivität. Apathie, Reizbarkeit, Rückzug von anderen.

Es ist die absolute Notwendigkeit der Ernährungsfunktion, die es irgendwie nahelegt, mit ihrem Gegenteil zu experimentieren. Das Gegenteil der Nahrungsaufnahme ist das aktive Hinausschieben, der Verzicht der Nahrungsaufnahme, das Fasten, der Hungerstreik. Man kann indes nur verweigern, was hinreichend angeboten wird.

In allen Kulturen hat das Fasten eine zentrale rituelle Bedeutung erlangt. In der Bibel gibt es mehrere Stellen, wo explizite der Stellenwert des Hungerns erwähnt wird; so empfiehlt Christus selbst ‚schliesslich das Fasten und das Beten als Heilmittel für Menschen, die vom Teufel besessen sind. Jahrhunderte später waren Fasten und Beten die üblichen exorzistischen Rituale‘. Fasten wurde auch in den Dienst sozialer Kommunikation gestellt. Von Ethnologen wird beispielsweise berichtet, dass Fasten auch als Waffe gebraucht werden kann: ‚Rache an einem Gegner zu nehmen und ihn zu demütigen, indem man vor dessen Haustür Suizid beging oder ‚gegen ihn fastete‘. Dieser Aspekt, aggressive Impulse gegen sich selbst zu richten, um damit andere zu beschämen und zu demütigen, fand sich z.B. in der japanischen Kultur der zurückliegenden Jahrhunderte‘.

Neben dieser existenziellen Ernährungsfunktion erfüllt Essen seit Urzeiten als örtlich-zeitlicher Treffpunkt von Menschen, die sich zum gemeinsamen Mahl zusammenfinden, eine soziale Funktion. Essen als kultische Handlung diente stets auch der Bestätigung sozialer Strukturen. Unter ‚Symposion‘ verstanden die alten Griechen noch eine Kombina-

tion von Philosophieren und dem Einnehmen einer Mahlzeit (die dann in ein Trinkgelage auszuarten pflegte). In unserer an Zeremoniells verarmten Gesellschaft gehören gemeinsame Mahlzeiten zu den zentralen Ordnungsprinzipien vieler wichtiger Übergangsrituale wie Geburt, Firmung, Konfirmation, Heirat, Berufungen oder Tod. Der Alltag vieler Menschen ist noch heute durch das gemeinsame Einnehmen von Nahrung strukturiert. ‚Das Nachtessen ist die einzige Zeit die Woche durch, wo wir noch gemeinsam an einem Tisch sitzen‘, sagte die Mutter einer schwer magersüchtigen Tochter im Erstinterview.

Die Funktionen des Essens und daher auch ihre Störungen können daher auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. Auf der Ebene **intrapersoneller, psychodynamischer Abläufen** und
2. auf der Ebene **interpersoneller, sozialer Abläufe**.

Ruft die überindividuelle, soziale Funktion des Essens offensichtlich gesellschaftliche, soziale oder familiäre Kräfte auf den Plan, so ist es doch mehr als erstaunlich, dass bei der diagnostischen und therapeutischen Beurteilung von Essstörungen diesem Aspekt tendenziell nicht die ihr gebührende Beachtung geschenkt wird. Setzen doch zahlreiche Untersuchungen zum Thema Essstörungen beim essgestörten Individuum an, während die überindividuellen Zusammenhänge, wenn überhaupt, nur am Rande Erwähnung finden. Wer in der Behandlung von Essgestörten routinemässig die Eltern in den therapeutischen Prozess einbezieht, kennt deren verzweifelte Ohnmacht und die damit verbundene, potentielle Veränderungsmotivation angesichts ihrer essgestörten Töchter. Kräfte, die wohl im System potentiell vorhanden sind, durch die paradoxe Situation in der Kerntriade, die an den klassischen Double-bind erinnert, scheinen sie indes blockiert zu sein. Ein bekannter Anorexieforscher, Manfred M. Fichter, hält denn auch fest: ‚Die Therapie bei Magersüchtigen ist erschwert durch die meist eingeschränkte Krankheitseinsicht der Patientin, 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.‘ Tatsächlich besteht eines der eindrücklichen Symptome bei Essstörungen in der Verleugnung der Krankheit. Indes: Es könnte sein, dass dieses Symptom eher als Zeichen einer fremdbestimmenden Diagnostik zu verstehen ist. Werden nämlich SymptomträgerInnen umsichtig als AuftraggeberInnen behandelt, lassen sich hilfreiche Einsichten in die psychosoziale Dynamik sowie erstaunliche Vorschläge für eine wirksame Therapie gewinnen.

Systemische Therapie hat es sich seit ihren Anfängen aus der Zeit der klassischen Familientherapie zu ihrer Aufgabe gemacht, Interventionen zu entwickeln, um dieses Reservoir an Veränderungskräften in Sozialsystemen zur Linderung menschlichen Leides nutzbar zu machen. In diesem Vortrag möchte ich nun den Schwerpunkt auf systemische Interventionen bei Essstörungen setzen und berichten, wie wir in den vergangenen Jahren an unserem Institut, dem Zentrum für Systemische Therapie und Beratung, ZSB Bern (Stiftung Systemische Therapie und Beratung, www.zsb-bern.ch), damit umzugehen lernten.

2. Zur Diagnose der Magersucht

Essstörungen sind weit mehr als das Produkt von Körper, Kilos und Kalorien. Neben der sichtlich physischen Dimension weisen sie eine psychologische und soziale Dimension auf.

Magersucht ist eine tendenziell unterschätzte, 5 - 10% der Fälle tödliche Krankheit, sie ist die zweithäufigste Todesursache im Jugendalter. In Katamnesestudien zur Krankheit werden Mortalitätsraten von 0 - 22% berichtet. Magersucht kommt überwiegend bei Mädchen und jungen Frauen vor, wobei der Anteil männlicher Patienten von ungefähr 5 - 10% in den letzten Jahren deutlich zunimmt. Es ist keine 'neue' Krankheit – medizinisch wurde sie schon vor etwa 300 Jahren, nämlich 1689 vom engl. Arzt Richard Morton beschrieben, der ihr den Namen 'Nervösen Atrophie' gab.

Ausschnitt aus der Fallbeschreibung von Richard Morton um 1689:

Ich erinnere mich nicht, jemals in meiner ganzen Praxis etwas Lebendes gesehen zu haben, das so sehr von der Schwindsucht befallen war (wie ein Skelett, nur noch Haut und Knochen). Sie hatte kein Fieber. dagegen aber Kältegefühl im ganzen Körper. Sie zeigte keinerlei Anzeichen von Husten oder Atmungsschwierigkeiten oder irgendeiner anderen Lungenerkrankung sowie keine Anzeichen einer anderen inneren Erkrankung. Sie hatte schlaffe Haut und keine Kolliquation und zeigte auch keine abnorme Erhöhung der Magensäfte. Einzig ihr Appetit war verringert und ihre Verdauung erschwert; und sie wurde häufig von Ohnmachtsanfällen überfallen.

An den Begriff der Magersucht sind gemäss diagnostischer Leitlinien ICD-10 (F 50.0) folgende Symptome geknüpft:

1. **Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten, entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht.** Der Body-Mass-Index zeigt 17,5 oder weniger (den Body-Mass-Index berechnet man folgendermaßen: Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in Meter zum Quadrat: kg/m^2). Bei PatientInnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. **Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt** durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen, Fasten und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - Selbstinduziertes Erbrechen
 - Selbst induziertes Abführen
 - Übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
3. **Körperschema-Störung** in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine **Endokrine Störung** auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust.
5. **Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt:** Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung; primäre oder sekundäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich.

Die Mehrfaktoren-Genese der Magersucht

Der sichtbare Beginn fällt typischerweise in die Zeit der Pubertät oder der anschliessenden Jugendzeit. Viele Untersuchungen weisen allerdings darauf hin, dass verschiedene Faktoren, die mit der Krankheit im Zusammenhang stehen, lange vor deren Ausbruch bereits im Spiel sind. Gemäss dem Mehrfaktoren-Modell können insbesondere individuelle, familiäre und gesellschaftliche Faktoren unterschieden werden.

- Wichtige **individuelle** Faktoren, die signifikant mit der Entwicklung von Essstörungen zu korrelieren scheinen, haben affektiv-emotionalen Charakter. Dies zeigen prospektive Längsschnitt-Untersuchungen. In einer Studie von Gloria R. Leon wurden beispielsweise an mehreren hundert Mädchen unter 10 Jahren Daten erhoben. Diese zum Zeitpunkt der Erstmessung erhobenen Daten wurden dann im Verlaufe der folgenden Jahren darauf geprüft, ob sie mit dem Entstehen von Essstörungen korrelieren. In der Studie fand sich eine starke positive Korrelation mit **Störungen im emotionalen Bereich** (genauer: ‚body dissatisfaction‘, ‚negativ emotionality‘, ‚lack of interoceptive awareness‘). In einer andern Studie, welche nach Risikofaktoren für die Entstehung einer Magersucht suchte, zeigten sich **Perfektionismus** und **vermindertes Selbstvertrauen** als starke Faktoren, beides ohne Zweifel mit emotionalen Faktoren konfundierend.

Auf weitere individuelle Faktoren weisen Untersuchungen, die zeigen, dass Essstörungen mit andern psychischen Störungen korreliert sind. Eine Untersuchung an 34 Magersüchtigen ergab, dass nur bei 13 keine zusätzliche psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Bei einem grossen Anteil der PatientInnen musste eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C-Formenkreis nach DSM-IV (ängstlich vermeidende, zwangshafte oder abhängige Persönlichkeitsstörung) diagnostiziert werden. Die Magersucht sei denn bei vielen Patienten keine alterstypische Erkrankung in Form einer einzigen Episode, sondern ein Glied in einer langen Kette von Störungen bei einer im psychiatrischen Sinn hochvulnerablen Persönlichkeit.

- Was die **familiären** Faktoren betrifft, so haben bereits die Ärzte GULL aus England (1874) und LASEGUE aus Frankreich (1873) erkannt, dass der **anorektische Prozess** in seiner Vollständigkeit nur dann verstanden wird, wenn er über die direkt betroffene Person hinaus gesehen wird. So schrieb der Neuropsychiater Charles LASEGUE bereits vor 130 Jahren:

"Man hätte eine verkehrte Auffassung von der Krankheit, wenn man die Untersuchung nur auf den Patienten beschränken würde".

- Auf **gesellschaftliche**, die Krankheit begünstigende Faktoren, weisen folgende Tatsachen:

- Schlankheitsideal: Heranwachsende Mädchen die intensiv eine Diät machen haben ein 18-fach erhöhtes Risiko eine Essstörung zu entwickeln. Mädchen, die in mäßigem Ausmass eine Diät machen immerhin noch ein 7-fach erhöhtes Risiko. Da letztere häufiger sind, sind sie auch für ungefähr 2/3 der Essstörungen ursächlich.
- Mädchen die Diät machen, scheinen mehr an ihren Eltern orientiert zu sein als Vergleichsgruppen, sie scheinen ausserdem stärker Konkurrenz orientiert zu sein, und weniger väterliche Unterstützung wahrgenommen zu haben.

- Subjektiv empfundene Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Erscheinung, die bis zum Körperdysmorphie-Syndrom reichen kann, führt bei Essgestörten zu Schlankheitsbestrebungen. In diesem Zusammenhang bemerkenswert ist der Befund, dass Jugendliche mit hoher äusserer Attraktivität gefährdeter zu sein scheinen.
- Daß junge Männer seltener erkranken hängt auch damit zusammen, daß sie seltener Diäten machen und auch im Pubertätsalter und danach seltener psychiatrische Auffälligkeiten aufweisen.
- Sport als Mittel der Gewichtskontrolle spielt zwar auch bei Essgestörten eine wesentliche Rolle, der Sport stellt aber ein deutlich geringeres Risiko dar als dies Diäten tun.
- Psychiatrische Auffälligkeiten bei Mädchen und jungen Frauen führen zu einem 7-fach erhöhten Risiko eine Essstörung zu entwickeln. Umgekehrt zeigt ein grosser Anteil der Patienten eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster-C-Formenkreis nach DSM-IV (ängstlich vermeidende, zwangshafte oder abhängige Persönlichkeitsstörung).

Behauptungen wie: 'Die Ursache der Magersucht liegt darin, dass die Patient/innen nicht erwachsen werden wollen'; oder: 'Die wahre Ursache der Magersucht ist hormonell zu suchen'; oder: 'Die Ursache der Magersucht liegt in einem Inzestverhältnis'; oder: 'Die Magersüchtige hat zuwenig Liebe erhalten'; oder, eine schon etwas bizarre Sichtweise, die ich kürzlich auf einem Kongress gehört habe: 'Es handelt sich um eine Phantasie oraler Befruchtung', solche Behauptungen mögen für ihre Urheber vielleicht spannenden sein, meist indessen sind sie retrospektiv konstruiert und können bestimmt nicht den Anspruch auf letztendliche Erklärung erheben. Auch die zuweilen heftigen und eskalierenden Streite zwischen Müttern und anorektischen Töchtern, die familientherapeutischen PraktikerInnen allzu bekannt sind, können genau so gut als Wirkung im Zusammenhang eines anorektischen Prozesses verstanden werden. In prospektiven Studien kommen sie genau so wenig als Ursachen in Frage wie die sogenannte 'magersüchtige Familie'.

Die Frage nach Ursachen

Was die Frage nach Ursachen betrifft, interessiert sich die systemisch arbeitende Therapeutin nicht allein für die **effizienten Kausalität**.

Unter **effizienter Kausalität** verstehen wir seit Aristoteles eine Erklärungsstruktur, die dreierlei umfasst:

Eine **Ursache**,
eine **Wirkung** und
eine **Transformationsregel**, z.B. ein Naturgesetz.

Beispiel: Die Mutter der magersüchtigen Sara reagierte wütend, als die 16-jährige Sara mit einem Gewicht von 39 kg behauptete, alle ändern wären vielleicht magersüchtig, nur sie selber nicht, denn sie esse ja noch und habe alles im Griff. Da die Mutter angesichts dieser Störrischkeit ihre Wut nicht mehr im Zaune halten konnte, schrie sie ihre Tochter an, sie ruiniere die ganze Familie mit ihrem magersüchtigen Theater. Zuerst noch zurückschreiend, der Mutter Paroli bietend, kippte Sara schliesslich in ein herzzerbrechendes Schluchzen, worauf sie sich zurückzog.

Populärpsychologisch könnte man sagen:

Der Überforderungszustand der Mutter, der sich in Wut ausdrückt, ist die **Ursache**, der verzweifelte Rückzug der Tochter ist die **Wirkung**.

Psychotherapeutisch könnte man die Machtdemonstration der Mutter und die damit einhergehende Verlagerung der Ohnmacht von der Mutter auf die Tochter als **Regel der Transformation** interpretieren.

Würde man Sara fragen, warum sie verzweifelt sei, würde sie vielleicht antworten, weil sie sich von ihrer Mutter ungerecht behandelt fühlt. Würden wir ihr Recht geben? Mit dem Erklärungsmuster recht-unrecht hätten wir dann eine weitere effiziente Kausalität eingeführt: Sara ist verzweifelt (Wirkung, Resultat), weil die Mutter dominant, kontrollierend, überbemutternd oder kalt reagiert (Ursache, Grund). Die transformierende, wiederkehrende Regel hiesse dann Machtausübung von der Mutter auf die Tochter. Das effiziente Kausaldenken bringt es mit sich, dass wir einen Zusammenhang in einer Richtung erkennen: Die dominante Mutter bewirkt die Verzweiflung bei der Tochter. Die effiziente Ursache wirkt gewissermassen von hinten, wie es der Psychologe, Philosoph und Mathematiker Anatol Rapoport ausdrückt. In diesem Denken ist dann die Magersucht nur eine weitere Wirkung in einer Kette von Wirkungen. Diese Art des Denkens führt logischerweise zu therapeutischen Konsequenzen, welche die als pathologisch erkannte Ursache auszuschalten trachten, was sich darin zeigen kann, dass magersüchtige Töchter aus ihren Familien herausgenommen werden. Man nennt dies auch ‚Parentektomie‘.

Aristoteles nennt aber drei weitere Formen von Ursachen, wovon hier nur die **finale Kausalität** erwähnt werden soll. Das finale Muster von Ursache-Wirkungs-Zusammenhang beschreibt eine umgekehrte Richtung: Die Wirkung geht gewissermassen der Ursache voraus. Am Beispiel von Sara könnten wir dies folgendermassen darstellen:

Stellen Sie sich eine Therapeutin und einen Therapeuten vor, die zusammen die Videoaufnahme einer Sitzung betrachten, wo Sara, deren Mutter und Vater anwesend sind. Nun beobachten sie genau diese Szene, wo die Mutter die Tochter anschreit, die Tochter zuerst zurückgibt und schliesslich zu weinen beginnt. Dazwischen sitzt der Vater, offensichtlich beengt vom hohen emotionalen Wellenschlag und mit einem Gesichtsausdruck, der Rückzugs- bzw. Meidebedürfnisse signalisiert. Das Therapeutenteam, auf der Suche nach relevanten Beobachtungen, findet auch an anderen Stellen der videographierten Sitzung dieselben Abläufe, unabhängig von den Inhalten, was sie dazu bewegt, von einem **Muster triadischer Interaktion** zu sprechen. Sie fragen sich: Könnte es sein, dass nicht die individuellen Absichten, sondern dieses überindividuelle Muster die Ursache darstellt. Diese Ursache wäre dann gewissermassen den individuellen Vektoren übergeordnet und die Richtung der Wirkung ginge dann ‚von oben nach unten‘, vom Muster zu den Menschen, oder mit einem neudeutschen Ausdruck aus der Systemtheorie: Top-down. In dieser Sicht sind dann ebenso Sara's Verzweiflung wie die Wut der Mutter - und auch die väterlichen Rückzugs- oder Meidetendenzen - Wirkungen. Damit wird eine finale Kausalität postuliert: Das überindividuelle Verhaltensmuster ist die Ursache (Plan, Skript) für die beobachteten Abläufe. Die Eltern und Sara folgen unabhängig von individuellen Absichten einer lautlosen Choreographie oder einem Plan, einem über Jahre gemeinsam eingeübten Coping- oder Bewältigungsmuster, geprägt von allen Faktoren die ein Familienleben mit seiner Geschichte, seinen Werten, Träumen, Erfolgen, Missverständnissen und Überforderungen mit sich bringt. Über die zeitliche Achse gesehen ergibt sich daraus eine **zirkuläre Kausalität**, eine Wirkkette, die vom familiären Muster zum Individuum, und vom Individuum zum familiären Muster führt (in diesem Sinn behauptete vor etlichen Jahren Mary Bateson, die Ursache für die Sense sei das Kornfeld).

3. Systemische Interventionen

Im folgenden möchte ich Ihnen einige systemische Interventionen vorstellen, wie wir sie an unserem Zentrum in Bern über die vergangenen ca. 10 Jahre erarbeitet haben. Als ‚systemisch‘ können diese Interventionen deshalb bezeichnet werden, weil sie Prämissen berücksichtigen, die in ihrer Ganzheit die systemische Schule auszeichnen:

- **Aktiver Einbezug** signifikanter Personen und Sachverhalte in den Hilfeprozess.
- **Konstruktivistische** Erkenntnisposition (zirkulärer Kausalität und Interdisziplinarität)
- Aktivierung systemeigener **Ressourcen**, Motivierung zu **Wachstum** und **Entwicklung** sowie Deblockierung stagnierender Entwicklungsprozesse.
- Herstellen **kooperativer, lösungsorientierter Kommunikation** (Verzicht auf den ‚alleswissenden‘ Expertenstatus; aktives Vermeiden von kulpabilisierenden bzw. pathologisierenden Modellen)
- **Dialektische** Orientierung (Koordination und Organisation der helfenden Massnahmen; Hilfreiches Konfliktmanagement; Kontinuität und umsichtige Regulierung des Hilfeprozesses)

Im folgenden möchte ich Ihnen am Beispiel der magersüchtigen Sara einige Stationen der systemischen Therapie vorstellen.

Im Erstinterview richtet sich die TherapeutIn u.a. nach folgende Leitlinien:

- Wahrung der **Neutralität** (empathische Zugeständnisse an alle vom Problem Betroffenen);
- **Joining up** Haltung (allseits anschlussorientierte Kommunikation)
- **Explizite Klientenzentrierung** (Sara explizite darüber aufklären, dass im Rahmen der Therapie nichts geschieht, wo sie nicht selber dazu ihre Zustimmung gibt);
- Signalisieren eines tieferen Verständnisses des **anorektischen Teufelskreis**;
- **Kranke Teile, gesunde Teile**: Ansprechen der Ambivalenzen; **Externalisieren** der Kranken Anteile (z.B. die magersüchtigen Impulse als ‚Teufelchen‘)
- Anbieten einer ersten Problembeschreibung zur Überwindung des **anorektischen Paradoxes**.

Der anorektische Teufelskreis:

Sofern man danach fragt, hört man von Magersüchtigen präzise Selbstberichte von ihren Schwierigkeiten, ihre Emotionalität einzuordnen. Sie fühlen sich erregt, leer, traurig oder angstvoll, können aber nicht genauer sagen, ob sie nun traurig, angeekelt oder wütend

seien - sie erleben nur Erregung, Unruhe, Angst, und vor allem: Sie werten diese Kategorie von Gefühlen als negativ und bedrohlich (negative Emotionalität). Die einen ziehen sich in diesem allgemein aufgeregten Zustand eher zurück, die andern verhalten sich streitsüchtig oder ausfällig. Dieser allgemein negativen Grundstimmung scheint der triebhafte und natürliche Affekt des Hungers willkommen zu sein, da er aktiv beeinflussbar ist. Dies scheint das Gefühl des Ausgeliefertseins zu mindern und stärkt statt dessen das Gefühl der Selbstwirksamkeit (self-efficacy), also ein Gefühl der Selbstkontrolle. So meinte eine Magersüchtige: ‚Die Gewichtsabnahme ist das einzige, das ich noch kontrollieren kann‘. Während der vorherrschende Gefühlszustand der Leere, Angst und Unruhe als bedrohlich wahrgenommen wird, scheint der mittels Fasten zunehmende Affekt des starken Hungers - der interessanterweise auch als Wut interpretiert werden kann - eine Orientierung zu geben. Dadurch installiert sich ein Verstärkersystem, das durch den Affekt des Hungers kontrolliert wird (Fasten ist ein Verhalten, das die Betroffenen ‚im Griff‘ haben). In dieser Logik verstärkt Essen die negative Emotionalität (Leere, Angst, Unruhe durch Verlust des orientierenden Affektes des Hungers), während Fasten sie mindert (vgl. Grafik).

Das anorektische Paradox:

Der anorektische Teufelskreis dreht nicht im luftleeren Raum, sondern zwingt das Umfeld (vor allem die Eltern und Geschwister) zum ‚Mitmachen‘, wobei die Beziehungsdynamik bzw. die Systemprozesse im Sinne der ‚Top-down-Kausalität‘ die Familie zunehmend ‚versklaven‘. Es sind nicht mehr die vorausplanenden Handlungen der Betroffenen, die den Fortgang bestimmen, sondern die durch Vermeidungs- und Überforderungsverhalten resultierenden Muster. Die Befindlichkeit in dieser Situation wird von Eltern typischerweise als **ohnmächtig** beschrieben: ‚Ich kann machen was ich will, es ist in den Augen von Sara immer falsch!‘ meinte die Mutter. Durch das Ineinandergreifen der Prozesse auf Seiten der Eltern und auf Seiten der Magersüchtigen entsteht eine sich verstärkende Vermeidungspirale, die wir als das **anorektische Paradox** bezeichnen: Die Magersüchtige erlebt einerseits ein **Gefühl des Kontrollgewinns, wenn sie hungert bzw. abnimmt** (positiver Verstärker des anorektischen Prozesses), andererseits ein **Gefühl des Kontrollverlustes, wenn sie isst bzw. zunimmt** (negativer Verstärker des anorektischen Prozesses). Demgegenüber erleben die Eltern umgekehrt die **Gewichtsabnahme als Kontrollverlust** und **Gewichtszunahme als Kontrollgewinn**. Die allseitige Überforderung löst destruktive Formen der Auseinandersetzung aus (Eltern machen in ängstlich-vermeidender oder impulsiver Weise Vorwürfe, machen Schuldzuweisungen oder geben Du-Befehle wie ‚Iss jetzt endlich!‘. Oder: Du solltest weitere Hosen anziehen!‘ oder: Du bist total magersüchtig!‘ Demgegenüber antworten Magersüchtige mittels Rückzug, Suiziddrohungen, Eskalation oder weiterer Gewichtsabnahme.

Problembeschreibung zur Überwindung des anorektischen Paradoxes:

Das anorektische Paradox ist ein Produkt unterschiedlicher und inkompatibler Wirklichkeitskonstruktionen auf Seiten von Sara einerseits und der Eltern andererseits. Der anorektische Teufelskreis, ein verhängnisvolles Verstärkersystem mit Suchtcharakter, führt auf Seiten von Sara zu einem Meideverhalten (Kognitionen, Emotionen, Handlungen), die zwar Selbstwirksamkeit mehrten und selbstwertdienlich sind, allerdings zum Preis der Vermeidung einer realistischen Einschätzung lebensbedrohlicher Signale (Unterernährungssyndroms). Auf Seiten der Eltern, insbesondere der Mütter gelingt meist eine realistische Einschätzung der Krankheitszeichen - was hingegen misslingt, ist eine für Sara an-

schlussfähige Kommunikation. Je mehr die Mutter als Repräsentantin des Bezugssystems auf Veränderung pocht, umso mehr klammert sich Sara an ihre Wirklichkeitskonstruktion : Gewichtszunahme ist gleich Kontrollverlust. Bereits der französische Arzt Charles La-sègue hat dies erkannt, als er seine Erfahrungen vor über hundert Jahren beschrieb : ‚L'excès d'insistance appelle un excès de résistance'.

Zur Überwindung des anorektischen Paradoxes stellen wir Sara im Einzelgespräch folgende Frage: ‚Gut, Ihre Eltern scheinen völlig überfordert mit der Situation zu sein. Was ist Ihnen denn lieber: Überforderte Eltern, die sich ab und zu Luft verschaffen, indem sie ausrasten, sich beklagen, Ihnen Vorwürfe machen - oder aber Eltern, die ihre emotionale Balance aufrecht erhalten, indem sie von ihrer eigenen Verzweiflung und Sorge sprechen? Wir haben noch nie eine Patientin erlebt, die sich nicht - oft sehnlichst - letzteres wünschte!‘

Im Sinne der Klärung und wechselseitigen Versicherung fragen wir nach: Ist Ihnen bewusst, Sara, dass Eltern, die ihre emotionale Balance aufrecht erhalten, indem sie ihre eigenen Probleme benennen, auch Eltern sein mögen, die eine Auseinandersetzung suchen? Sind Sie sich bewusst, dass Ihre Entscheidung die Eltern motivieren könnte, Ihre Sicht der Dinge deutlicher anzubringen?

Meistens antworten Magersüchtige: ‚Das wäre mir lieber als Vorwürfe' . Dadurch ist auch ein Auftrag formulierbar, der dahin zielt, die Eltern zu unterstützen, von ihren eigenen Ängsten zu berichten statt Sara zu kontrollieren.

Auch die Eltern benötigen kognitiv-emotionale Hilfen. Wir benutzen ein Reframing (In-einen-neuen-Rahmen-stellen), das ihnen hilft, Sara's lebensgefährliche Wirklichkeitskonstruktion zu verstehen und zu akzeptieren. An die Eltern: ‚Stellen Sie sich da draussen auf dem Meer ein Schiff vor, das ist die Magersucht, sie ist so weit vom Ufer entfernt, dass darauf Sara gerade noch erkannt werden kann. Hier ist ein Feldstecher. Versuche Sie nun, sich in Sara's Lage zu versetzen: Das Schiff ist bereits tief abgesunken und Wasser strömt über Deck. Sara steht da und weiss: Jedes Kilogramm lässt das Schiff noch tiefer absinken, bis es untergeht. Und dass Sara fürs Leben noch nicht schwimmen kann, weiss sie zu gut. Wenn Sie nun vom Ufer her rufen: Nimm zu! Dann lösen Sie bei Sara Todesängste aus, und dies kann nicht Ihre Absicht sein. Nun gibt es auf dem Schiff eine Funkerabteilung. Das ist das Gesunde im Kranken. In dieser Abteilung kann Sara Sie verstehen, denn sie weiss auch, dass sie sterben wird, wenn sie so weitermacht. Geben Sie auf, zu rufen: Nimm zu! Nehmen Sie statt dessen Funkkontakt auf, aber drücken Sie Ihr eigenes Problem aus: Du kannst nicht erwarten, dass wir Dich sterben lassen! So wird es möglich sein, mit der Zeit zusammen mit Sara das Schiff in weniger gefährliche Zonen zu lotsen, wo Sara ohne Ängste aussteigen kann.'

Viele Eltern zeigen sich dankbar für dieses Bild, da es Ihnen wie ein ‚missing link' erscheint und plausibel macht, weshalb ihre Tochter scheinbar sterben will (jetzt wissen sie, Sara will gar nicht sterben!). Vielmehr wünscht sie, dass die Eltern sich selbst verändern statt Vorwürfe machen (Ausdruck informierender statt kontrollierender Affekte; der Unterschied zwischen informierenden und kontrollierenden Affekten liegt darin, dass erstere nicht einengen, sondern im Gegenteil Optionen mehren, während kontrollierende Affekte Optionen mindern, Zwang ausüben). In dieser Sicht ist Sara's ‚excès de résistance' auch als ganz normale Reaktanz zu interpretieren, also als eine gesunde Emotionslage des Widerstandes, die sich bei jedem Menschen immer dann einstellt, wenn seine subjektiv als legitim empfundene Freiheit irgendwie bedroht wird.

Die starken Affekte der Eltern dienen Sara als Orientierungshilfen, indem sie die Hungeraffekte ersetzen, die durch Fasten auf einer passenden Intensität gehalten werden mussten. Weil die Veränderung stets im Auftrag von Sara geschehen, erlebt sie letztlich keinen Zwang, sondern ein In-die-Pflicht-genommen-werden.

In diesem Zusammenhang ist uns wichtig zu erläutern, was mit der Unterscheidung zwischen Zwangs- und Verpflichtungsprozessen gemeint ist. Unter einem **Zwangsprozess** verstehen wir ein Handeln, das völlig fremdbestimmt und durch ein Machtgefälle gespeist ist. Gezwungene haben nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv keine echte Wahl und keine Möglichkeit, ohne grössere Risiken die Beziehung einzuklagen oder aufzukündigen. Oft ist der Aspekt des Zwangs nicht in den Absichten der Menschen enthalten, sondern in den ihr Handeln bestimmenden Strukturen, Programmen und Abläufen (z.B. in Kliniken). Ein Zwangsverhältnis ist daher von tendenziell fixierter Komplementarität geprägt. Ein wesentlicher Aspekt dieser Asymmetrie besteht darin, dass die zwingende Seite Macht über die gezwungene Seite ausübt und auf diese Weise in der Lage ist, eigene Ziele mit geringeren eigenen Kosten zu erreichen (ohne sich selber verändern zu müssen). Es versteht sich von selbst, dass Zwangskontexte wenig konfliktfreundlich sind (Konflikte labilisieren eine Beziehung und öffnen neue Möglichkeiten). In diesem Sinn haben sie auch entwicklungshemmende Wirkung, denn ein dialektischer Prozess kommt gar nicht erst in Gang.

Unterschiede zwischen Zwang und Verpflichtung

Zwang

Strukturelle Macht

Machtgefälle

Beziehungsdefinition nicht einklagbar

Fixierte Komplementarität

Einfluss Unidirektional:
enges Affektspektrum
(Angst-Aggression)
Veränderung asymmetrisch:
Nur eine Seite verändert sich

Double-binds allgegenwärtig

Konfliktfeindlich

Entwicklungshemmend
(fremdwirksam, gehorsam)

Verpflichtung

Ausgehandelte Macht

Machtausgleich

Beziehungsdefinition einklagbar

flexible Komplementarität

Einfluss bidirektional:
weites Affektspektrum
(Trauer, Wut, Respekt u.a.)
Veränderung symmetrisch:
Beide Seiten verändern sich

Double-binds stets auflösbar durch Auftrag

Konfliktfreundlich

Entwicklungsfördernd
(selbstwirksam)

Demgegenüber basiert eine **Verpflichtungsbeziehung** auf grundsätzlicher (struktureller) Symmetrie, Wechselseitigkeit und Aushandelbarkeit (es ist gewissermassen ein plebiszitäre

rer Prozess). Bekanntlich kann eine Verpflichtung auch affektiven Druck erzeugen (vgl. Steuerrechnung); im Unterschied zum Zwangsaffekt gibt es indes Verbindungen zu einer intrinsischen Motivation (wenn auch wenig erfreut, bezahlen wir letztlich unsere Steuern - im moralischen Sinn - doch freiwillig ein; vgl. Kohlbergsche Stufen des moralischen Urteils). Zwar kann der Affektdruck in einer Verpflichtungsbeziehung durchaus vergleichbar gross sein wie der Affektdruck in einer Zwangsbeziehung, aber ersterer ist offensichtlich deutlicher mit Autonomie vereinbar und entwicklungsfähiger als letzterer (eine weitere therapeutische Variante besteht darin, auf die Herstellung von Affektdruck ganz zu verzichten, was in der Regel auf kognitiver Ebene damit einhergeht, den Suchtaspekt der Krankheit auszublenden).

Wer Erfahrung mit systemischer Therapie bei Magersucht hat weiss, dass damit ein Lernprogramm skizziert ist, das über mehrere Monate ‚durchgespielt‘ wird, bis sich neue Formen des Erlebens stabilisiert haben.

Abschliessend möchte ich zusammenfassen, was systemische Interventionen im Sinne finaler Kausalität im therapeutischen System bewirken können:

- Eine passende, allseits zumutbare, Veränderung bewirkende, realistische, einleuchtende, faire Problembeschreibung des anorektischen Paradoxes;
- Die Erkenntnis, dass anorektische Töchter nicht anders können, als sich bedroht zu erleben, solange die Aussenwelt auf Gewichtszunahme pocht (subjektives Erleben eines Kontrollverlustes);
- Die Erkenntnis, dass der anorektische Teufelskreis von Angst genährt wird und dass es darum geht, allseits diese Ängste zu mindern;
- Die Erkenntnis, dass die beste Art, Angst zu mindern, darin besteht, Selbstwirksamkeit (Selbstkontrolle) zu mehren, was als Konsequenz mit sich bringt, dass die Magersüchtige nicht zur Gewichtszunahme gezwungen werden sollte (Zwang = Kontrollverlust), dass indes auch die Eltern nicht dazu verurteilt werden sollten, ihre Ängste ‚zu schlucken‘ (bzw. die Tochter zu schonen);
- Die Erkenntnis, dass es darum geht, die ‚gesunden Teile‘ bei der Tochter zur Kooperation abzuholen (Magersüchtige wissen auch, dass sie verhungern, falls sie so weitermachen);
- Die Erkenntnis, dass Magersüchtige dann allenfalls bereit sind zu kooperieren, wenn Kontrollerleben und Essen unterschieden werden: Es wird ihnen die Macht des Auftrages zugesprochen, d.h. sie behalten damit die Kontrolle über Essen oder Nichtessen; die Eltern erhöhen gleichzeitig den Druck wechselseitiger Verpflichtung (sie sind nicht mehr bereit, ihre Ängste wirkungslos zu vermeiden; mit andern Worten: Die positiven und negativen Verstärker des anorektischen Teufelskreises werden durch das affektive ‚Coming-out‘ der Eltern abgeschwächt);
- Die Erkenntnis, dass es hilfreich ist, wenn Eltern (als Repräsentanten der sozialen Umwelt) zu ihren intensiven Affekten (Sorgen, Ängste, Zorn, Empörung etc.) stehen und sie auch auszudrücken lernen;
- Die Erkenntnis, dass Aggression (sich zur Wehr setzen, sich abgrenzen, Ansprüche erheben etc.) positiv zu werten ist und dass aggressives Verhalten nicht primär mit Scham-, Angst- oder Schuldgefühlen verknüpft wird;
- Die Erkenntnis, dass Ich-Botschaften klärender sind als Du-Botschaften;
- Die Erkenntnis, dass das elterliche Subsystem einen (insbesondere emotionalen) gemeinsamen Nenner finden muss, was angesichts der allseitigen Verunsicherung durch das Geschehen nicht einfach ist; und schliesslich

- die Erkenntnis, dass die Ursache für die Magersucht nicht die Familie ist, sondern das Verstricktwerden in verhängnisvolle, prekäre Gleichgewichte.

Die starken Seiten systemischer Therapie liegen in ihrer einleuchtenden, beziehungsorientierten Praxis. Eine jüngst durchgeführte umfangreiche Studie zur **Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie, EAST**, dokumentiert zudem, dass systemische Behandlungen wirksam sind, und ‚dass die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Untersuchungen als gut beurteilt werden können‘. Berücksichtigt man die niedrige Anzahl der verrechneten Therapiestunden, nämlich knapp 11 Sitzungen pro Fall, so kann man bei diesen systemischen Behandlungen von einer sehr guten Wirtschaftlichkeit sprechen.

Die schwachen Seiten der systemischen Therapien liegen, im Vergleich zu anderen bewährten Therapierichtungen wie die Verhaltenstherapie, in der bisher zuwenig konsequent durchgeführten Konzeptualisierung pragmatischer Therapiepraxis. Einerseits liegt dies in der Komplexität des Mehrpersonen-Settings (Triaden und grössere Systeme), das sich einer Operationalisierung und Standardisierung entgegenstellt. Andererseits darf nicht vergessen werden, dass die systemische Richtung die jüngste der drei anerkannten Therapierichtungen darstellt (neben der psychoanalytischen sowie der verhaltenstherapeutischen). Es ist an den SystemikerInnen, hier neue Tatsachen zu schaffen.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Literatur:

Bericht der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) zum Welternährungstag am 26. Oktober 2001 in Rom.

Gloria R. Leon et al., 1993, S. 438-444

Christopher G. Fairburn et al., 1999, Arch. Gen. Psychiatrie, 56, 468-476

B.Herpertz-Dahlmann, 22. Interdisziplinäres Forum 'Fortschritt und Fortbildung in der Medizin' der Bundesärztekammer, Köln

In Anlehnung an: Karl C. Mayer, 2001

Lynn Segal, 1986, ‚Das 18. Kamel oder die Welt der Erfindung‘, Piper, S. 88

Weitere Literatur zu den im Text eingeführten Zitate beim Verfasser erhältlich.