

## 6

Brunna Tuschen-Caffier und Claudia Schlüssel

**Essstörungen: Anorexia Nervosa****Zusammenfassung**

Eine 18-jährige Patientin mit der Hauptdiagnose einer Anorexia Nervosa (ICD-10: F50.01; DSM-IV: 307.1;) und der Nebendiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1; DSM-IV: 296.22) wurde in ambulanter Therapie über einen Zeitraum von neun Mo-

naten in einer ca. zweiwöchigen intensiven und anschließend niederfrequenten ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie mit insgesamt 68 Sitzungen à 50 min. behandelt (s. Lehrbuch Kap. 26).

## 1. Therapiebeginn

### 1.1 Kennzeichnung der Patientin

Sophie M. ist 18 Jahre alt und befindet sich im ersten Ausbildungsjahr zur Bankkauffrau. Sie hat zwei Geschwister, eine ältere Schwester im Alter von derzeit 20 Jahren und einen 14-jährigen Bruder. Ihr Vater ist Geschäftsführer einer Firma, die Mutter arbeitet seit zwei Jahren wieder halbtags als Sekretärin in dem gleichen Betrieb wie ihr Vater, nachdem sie zuvor mehrere Jahre nicht mehr berufstätig war und sich um die Erziehung der Kinder und um den Haushalt gekümmert hat.

**Lebensgeschichtliche Entwicklung.** Sophie ist zusammen mit ihrer zwei Jahre älteren Schwester und ihrem vier Jahre jüngeren Bruder im Hause ihrer Eltern aufgewachsen. Zu ihrer Schwester habe sie ein gutes, jedoch leicht konkurrierendes Verhältnis gehabt, mit ihrem Bru-

der, der ihr von seinen Interessen und seinem Temperament her eher fremd gewesen sei, habe sie sich nie sehr verbunden gefühlt.

Ihren Vater beschreibt die Patientin als anspruchsvoll, leistungsorientiert und manchmal ungeduldig und dominant. Früher habe sie Gespräche mit ihm vermieden, da sie sich ihm rhetorisch unterlegen fühlte und befürchtete, von ihm abgewertet zu werden. Heute ist der Vater für sie ein wichtiger Gesprächspartner. Mit ihrer Mutter verstehe sie sich gut, empfinde sie jedoch häufig als naiv und etwas wirklichkeitsfremd.

In der Grundschule habe die Patientin keine Schwierigkeiten gehabt, Kontakte zu knüpfen, auf dem Gymnasium sei ihr dies schon schwerer gefallen. Sie habe zwar eine «beste Freundin» gehabt, sich dieser aber häufig unterlegen gefühlt. Mit 16 habe sie ihren ersten Freund kennengelernt, mit dem sie heute noch zusammen sei. Nach Abschluss des Gymnasiums habe sie sich auf Anraten und Druck der Eltern für eine Ausbildung zur Bankkauffrau entschieden. Im Anschluss daran plane sie, ein BWL-Studium aufzunehmen.

## 1.2

### Beschreibung der Störung und Diagnose

**Aktuelle Symptomatik.** Sophie M. berichtet im Erstgespräch, dass ihr von ihrer Familie und von ihren Freunden nahegelegt worden sei, sich über eine Psychotherapie zu informieren. Sie meinten, dass Sophie für ihre Größe viel zu dünn sei. Sie selbst empfinde dies nicht so, fühle sich sogar manchmal noch «zu fett». Daher stehe sie einer Psychotherapie eher ambivalent gegenüber und sehe diese auch als «nicht so dringlich» an. Sie sei jedoch bereit, sich unverbindlich zu informieren, ob ihr Essverhalten für ihre Gesundheit schädlich sei und was sie ggf. zur Veränderung tun könnte.

Im weiteren Gespräch schilderte Sophie, dass sie, obwohl sie sehr wenig esse, nach jeder Mahlzeit ein schlechtes Gewissen habe und überlege, ob das Essen wirklich notwendig gewesen sei. Lasse sie das Essen ausfallen, sei sie dagegen sehr stolz auf sich. Sie lenke sich von ihrem Hungergefühl ab, indem sie viel trinke oder Weintrauben esse, um ihren Magen zu «beruhigen». Zu Anfang habe sie erbrochen, um rascher abzunehmen. Dies geschehe jetzt nur noch selten, dafür sei sie körperlich sehr aktiv und treibe viel Sport (fast tägliche Besuche im Fitnessstudio).

Manchmal mache sie sich über ihren Gesundheitszustand Sorgen: Sie fühle sich körperlich und seelisch nicht mehr so belastbar wie früher, leide unter Konzentrationsproblemen, was ihr vor allem bei der Arbeit große Probleme bereite. Auch fehle es ihr an Gelassenheit, sie «explodiere sehr schnell», sei «gereizt», aber auch ängstlich oder traurig. Früher sei sie überaus «lebensfreudig und positiv» gewesen, heute würden ihre Gedanken fast ausschließlich um das «Thema Essen» kreisen. Dies schränke sie sehr ein. Aus Angst, etwas essen zu müssen, ziehe sie sich zunehmend zurück und sage Verabredungen mit ihren Freundinnen ab. Aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes und aus Angst, beim Essen beobachtet zu werden, habe sie sich kürzlich ein ärztliches Attest besorgt, um nicht an einem mehrtägigen Seminar ihrer Ausbildungsgruppe teilnehmen zu müssen. Sie sei über diese

Entscheidung zwar einerseits froh gewesen, andererseits habe sie sich jedoch einsam und ausgeschlossen gefühlt. Sie habe Angst, noch mehr aus dem Klassenverband ausgegrenzt zu werden, als dies wegen ihrer Probleme ohnehin schon der Fall sei. Zu dieser Zeit habe sie erneut begonnen, täglich zu erbrechen, an «schlechten» Tagen sogar mehrfach (bis zu 5-mal täglich). Des Weiteren habe es häufiger Konflikte mit ihrem Freund gegeben. Dieser sei bisher immer ein guter Ansprechpartner für sie gewesen, er habe viel Verständnis für ihre Essproblematik gehabt. In letzter Zeit sei er aber zunehmend «genervt», wenn sie von ihrem Problem berichte und habe auch schon gedroht, sich von ihr zu trennen, wenn sie nicht bald «normal» werde.

**Beziehungsaufbau.** Ein zentrales Ziel des Erstgesprächs war, zu Sophie eine positive Beziehung aufzubauen, indem sich die Therapeutin unter Berücksichtigung von Basisfertigkeiten einer empathischen klinisch-psychologischen Gesprächsführung kompetent und einfühlsam gegenüber der Patientin verhielt (z. B. aufmerksames Zuhören, Quittierungsreaktionen, Paraphrasieren; vgl. z. B. Tuschen-Caffier & Florin, 2002). Im Vergleich zu anderen Patientinnen mit vergleichbarer Symptomatik war es deutlich leichter, mit Sophie in Kontakt zu kommen und sie zunächst dazu zu motivieren, an einer Reihe diagnostischer Gespräche und diagnostischer Untersuchungen teilzunehmen. Es wurde vereinbart, dass erst im Anschluss an die diagnostische Phase gemeinsam überlegt werden sollte, ob eine Psychotherapie sinnvoll sein könnte. Der Patientin wurde auch mitgeteilt, dass für die Diagnostik bis zu fünf Sitzungen erforderlich sein können. Der Hinweis, dass die Teilnahme an den diagnostischen Gesprächen und Erhebungen noch nicht automatisch in eine Therapie mündet, war für die Patientin sehr entlastend und erleichterte ihr, sich auf den diagnostischen Prozess einzulassen.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Erstgesprächs lag auf einem Gespräch über die aktuelle Symptomatik und dem aktuellen Anlass für die Psychotherapie. Im Anschluss an das Erstgespräch wurde eine biographische Anamnese durchgeführt, die sich auf die Erhebung von In-

formationen zur lebensgeschichtlichen Entwicklung der Patientin (s. dazu auch oben) und auf die Krankheitsanamnese konzentrierte.

**Krankheitsanamnese.** Sophie berichtet, dass die Themen *Figur und Gewicht* in ihrer Familie immer wichtig gewesen seien: Ihre Mutter neige zu Übergewicht und habe daher häufig Schlankheitskuren gemacht und einmal pro Woche einen «Fastentag» eingelegt, an dem sie ausschließlich Obst gegessen habe. Die zwei Jahre ältere Schwester sei insbesondere während der Pubertät um ihre Figur sehr bemüht gewesen; sie sei zwar nicht übergewichtig gewesen, habe aber doch insgesamt «kräftiger» als Sophie ausgesehen. Ihrem Empfinden nach sei ihre Schwester daher immer ein bisschen neidisch auf ihre Figur gewesen; die Schwester habe auch manchmal versucht, ihr (Sophie) kalorienreiche Sachen «anzudrehen».

Als Sophie 14 Jahre alt war, sei die damals 16-jährige Schwester sehr depressiv gewesen und habe einen *Suizidversuch* (Einnahme einer höheren Dosis eines Schlafmittels und Alkoholkonsum) unternommen. Die Eltern hätten sich große Sorgen um die Schwester gemacht, während Sophie und ihr jüngerer Bruder aus den Familiengesprächen ausgeschlossen worden seien. In ihrem jüngerem, damals 10-jährigen Bruder, habe sie in der damaligen Situation keinen «Verbündeten» gesehen, mit dem sie über ihre eigenen Gefühle hätte sprechen können. Sie habe sich damals sehr «allein gelassen» und «ausgeschlossen» gefühlt; dabei habe es zu dieser Zeit auch in ihrem Leben viele Probleme gegeben, die sie belastet hätten. So hätte sie sich in einen Jungen verliebt, der aber viel mehr Interesse an ihrer besten Freundin gezeigt hätte als an ihr selbst. Das sei sehr kränkend für sie gewesen und sie sei sich hässlich vorgekommen. Zudem hätten sich ihre *Leistungen in der Schule verschlechtert*. Ausgerechnet in Mathematik, das sonst ihr Vorzeigefach gewesen sei und bei dem sie immer viel Lob von ihrem Vater erhalten habe. Sie habe daran gezweifelt, ob sie die Schule überhaupt schaffen könne. Manchmal sei sie auch so enttäuscht von sich gewesen, dass sie tagelang «gereizt» und traurig gewesen sei.

Warum sie bereits damals angefangen habe, weniger zu essen, könne sie sich eigentlich selbst nicht wirklich erklären. Es sei sicher eine Mischung daraus gewesen, dass sie zum einen «bei all dem Stress» einfach keinen Hunger gehabt habe, zum anderen habe sie vielleicht auch die Aufmerksamkeit ihrer Eltern ein bisschen auf sich ziehen wollen. Anfangs sei die Sorge der Eltern um sie durchaus angenehm für sie gewesen, später habe sie sich aber «genervt» gefühlt, wenn die Eltern, insbesondere die Mutter, sie zum Essen aufgefordert hätten.

Als sie mit 16 ihren *Freund* kennengelernt habe, hätten ihre Eltern versucht, ihn ihr auszureden, da er nicht zu ihr passen würde. Sie habe sich allerdings geweigert, die Beziehung zu beenden, und habe sogar gegen den Willen der Eltern bei dem Freund übernachtet. Daraufhin habe der Vater tagelang nicht mehr mit ihr gesprochen und sei auch später ihr gegenüber emotional sehr distanziert gewesen. Darunter habe sie sehr gelitten. Um die Konflikte zu beheben, sei sie dann in den Sommerferien mit den Eltern und dem jüngeren Bruder in den Urlaub gefahren, obwohl sie dazu eigentlich keine Lust gehabt habe. Nach den Sommerferien habe sie eine *Diät* begonnen, da sie während des Urlaubs zugenommen habe. Sie sei täglich ins *Fitnessstudio* gegangen und habe sporadisch das Abendessen ausfallen lassen. Sie habe zu dieser Zeit auch zum ersten Mal willentlich erbrochen. Sie habe dann mit dem Abnehmen nicht mehr aufhören können; sie sei stolz auf sich gewesen, dass sie nicht mehr «schwach» wurde, selbst wenn es ihre Lieblingsspeisen gab. Ihre ältere Schwester, die inzwischen ihr Medizinstudium begonnen hatte und von zu Hause ausgezogen war, habe sie bei einem Besuch «im Vertrauen» angesprochen und ihr erklärt, wie gefährlich ihr Essverhalten sein könne, wenn sie es auf Dauer so weiterführt. Das habe sie sehr «geschockt». Die Schwester habe ihr auch geraten, mit ihren Eltern zu sprechen. Bei ihrem Vater sei ihr dies zunächst sehr schwergefallen, da ihre Beziehung zu ihm wegen ihres Freundes immer noch sehr gespannt war. Als sie ihn auf ihr Problem angesprochen habe, hätten sie ein langes und intensives Gespräch geführt. Seitdem habe sich die Be-

ziehung zwischen ihnen stark verbessert und intensiviert.

**Somatischer Befund.** Sophie wurde medizinisch untersucht, um (a) eine organische Verursachung des Untergewichtes ausschließen zu können und (b) körperliche Folge- bzw. Begleitprobleme der Anorexia Nervosa abklären zu lassen. Die medizinischen Untersuchungen ergaben leichte Elektrolyt-Inbalancen, körperliche Folgeprobleme der Anorexia Nervosa wurden allerdings – bis auf eine seit einem halben Jahr bestehende Amenorrhoe – nicht diagnostiziert.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf maximal 2 Seiten:

- 1.) Konzipieren Sie je nach Ausbildungsstand, ein funktionales Bedingungsmodell.
- 2.) Erstellen Sie einen adäquaten Therapieplan.
- 3.) Theoretische Erklärungsmodelle der Anorexia Nervosa.