

Otte, Hilka

Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 6, S. 243-246

urn:nbn:de:bsz-psydok-28114

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

- F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour) 124
- G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics) 163
- G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms) 79
- G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program) 95
- A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ) 47
- R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children) 203
- W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ... 51
- H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants) 213
- W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers) 55
- R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment) 182
- G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families) 90
- F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy) 37
- B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide) 218
- F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History) 292
- K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”) 42
- K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention) 117
- F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasic Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics) 83
- W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path) 298
- J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses) 115
- T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling) 286
- H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa) 243
- H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare) 8
- U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities) 271
- A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania) 169
- A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child) 1
- H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children) 63
- V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders) 252
- G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa) 247
- L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crisis in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications) 278
- B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter) 175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

- S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress) 70
- P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children) 264
- R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinder- heimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppen- arbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungs- stelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht er- krankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Er- zieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechen- land — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familien- dynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ich- bildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Aus Praxis und Forschung

Aus der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover
(Leiter: Prof. Dr. H. Freyberger)

Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa*

Von Hilka Otte

Zusammenfassung

Die Entwicklung des Anorexia nervosa-Syndroms wird erklärt auf der Grundlage der Familienstruktur-Theorie, der Kommunikations- und Lerntheorie. Das Hungern wird verstanden als eine Kombination aus phobischem und Problemlösungsverhalten, entstanden in einer familiären Doppelbindungssituation. Es wird versucht darzulegen, daß die Schwierigkeiten in der Behandlung der Anorexie teilweise aus einer Doppelbindungssituation des Therapeuten resultieren. Die Konsequenzen für die Behandlung werden diskutiert.

Die Psychotherapie der Anorexia nervosa-Patienten gilt im Vergleich zur Therapie anderer psychosomatischer Erkrankungen als eine der mühevollsten und schwierigsten.

Das objektive Kriterium für Erfolg oder Mißerfolg der Therapie in Form der Gewichtsskala, der Druck zum schnellen, oft „lebensrettenden“ Erfolg und die im besten Falle höchst ambivalente Therapiemotivation bzw. die mangelnde Krankheitseinsicht der Patienten setzen den Therapeuten einerseits unter starken Leistungsdruck in seiner Rolle als „Helfer“, stellen aber im Verhältnis zum Patienten gerade seine Helferfunktion immer wieder in Frage. Einen Zugang zum Verständnis dieser besonderen Rollenproblematik sehe ich in dem verhaltensanalytisch (verhaltenstherapeutisch)-familienstrukturellen Ansatz (vgl. Liebman et al. 1974, Basler et al. 1979), durch den die aktuellen Handlungs/Beziehungsmuster der Patienten und die sie aufrecht erhaltenden Bedingungen (Verstärker) offengelegt werden, wodurch dem Therapeuten seine eigene Rolle im *System der Patienten* leichter durchschaubar wird.

Untersuchungen über die Anorexia nervosa haben, soweit der weitere familiäre Rahmen überhaupt mit in die Betrachtung

einbezogen wurde, mit bemerkenswerter Häufigkeit eine typische familiäre Konstellation zutage gefördert: Die Familien sind meist äußerlich intakt und werden von allen Familienmitgliedern, insbesondere von den Eltern, als harmonisch beschrieben. Konflikte innerhalb der Familie werden „mit dem Mantel der Liebe“ zugedeckt. Die dominierende Person innerhalb der Familie ist in der Regel die Mutter; diese Rollenverteilung wird jedoch wie ein Familiengeheimnis behandelt. Mit dem Vater, der der Gefährdete in der Ehe ist, wird oft geradzue ein gewisser „Kult“ betrieben, um ihn in seiner Rolle als Familienoberhaupt äußerlich zu bestätigen.

Die Anorexia nervosa-Mütter leiden oftmals unter dem Gefühl, expansive Tendenzen zugunsten des Ehemanns/der Familie unterdrückt zu haben oder unter einem Schuldgefühl, weil sie diese Tendenzen nicht genug unterdrückt zu haben glauben. Gleichzeitig fühlen sie sich durch die tragende Rolle in der Familie oftmals überfordert und belastet. Die Väter reagieren mit Rückzug und Passivität im familiären Bereich. Die Beziehung zwischen der Patientin und ihrem Vater schwankt oft zwischen zärtlicher Anhänglichkeit und Besorgtheit und einer unterschwellig verächtlichen Ablehnung als „machtloses Anhängsel“. Die Beziehung zur Mutter ist charakterisiert durch eine Art hilflose Bewunderung, kombiniert mit latenter Auflehnung. In den Beziehungen zu den Geschwistern herrscht meist eine ausgeprägte Rivalität um die Gunst der Eltern (Bruch 1976, 1977; Liebmann, Minuchin et al. 1974, 1975; Sperling 1970, Morgan 1975, Baba 1976, Moldofski und Garfinkel 1974, Kehrer 1975).

Diese primär aus der Partnerschaft der Eltern resultierenden Konflikte werden dadurch „gelöst“, daß in der Familie relativ starre, äußere Rollenzuschreibungen erfolgen (aufopferungsvolle Mutter, beruflich angestrebter, schonungsbedürftiger Vater, liebes, tüchtiges kleines Mädchen); daß offene Konfliktaustragung und Protesthaltungen generell tabuisiert werden; daß die Kinder, zumeist die Patientin, zu Ersatzpartnern gemacht werden.

Der Entwicklungsspielraum für die Kinder ist damit stark eingeeignet; erwachende Selbständigkeitsstrebungen oder gar

* Referat, gehalten auf dem Symposium „Behandlungsmethoden in der stationären Psychotherapie“ am 25. November 1978 im Nds. Landeskrankenhaus Tiefenbrunn b. Göttingen.

Protesthaltungen auf seiten des Kindes werden von beiden Elternteilen abgewertet mit meist subtilen Hinweisen „zu klein, zu schwach, zu lieb“. Zuwendung und positive Verstärkung von beiden Eltern und damit das Gefühl der Sicherheit gibt es in der Regel nur, wenn die Patientin sich angepaßt, ausgleichend und bedürfnislos verhält. Oft gibt es in diesen Familien auch vitalere Geschwister, die den Leistungsaspekt der Familie verkörpern und für expansiveres Verhalten belohnt, in ihrem Leistungsstreben aktiv unterstützt werden; es gibt also ein differentiell verstärkendes Verhalten der Eltern, das die latente Rivalität zwischen den Geschwistern noch verschärft.

Im Laufe der Entwicklung kippt diese Beziehung dann jedoch um; es kommt zu einer Sündenbockfunktion der Patientin in dem Sinne, daß sie bzw. ihre Unselbständigkeit als Ursache des Familienproblems und sie selbst zunehmend als Versager und Belastung, auch als Enttäuschung angesehen wird mit dem Ergebnis, daß latent oder auch manifest erheblicher Druck zur Verselbständigung auf sie ausgeübt wird.

Mit dieser Konstellation ist dann eine Art Doppelbindung geschaffen, innerhalb derer die Patientin sich angesichts der paradoxen Elternerwartungen: „Du sollst so zu unserer Verfügung stehen, wie wir Dich brauchen“ und „Du sollst selbständig sein“ nur falsch verhalten kann (Watzlawick et al., 1974). Die Situation ist lerntheoretisch so zu interpretieren, daß es zu den Verhaltensklassen „fremdbestimmt: autonom“ keine systematischen Verstärkerkontingenzen gibt, daß die Patientin also für beide Verhaltensweisen unsystematisch bestraft wird; dies ist eine Situation, die der Erzeugung experimenteller Neurosen nicht unähnlich ist.

In solchen Situationen gibt es für die Patientin zwei Möglichkeiten der Angstreduktion: Sie kann „klein bleiben“ mit der Folge, daß sie einen Kampf gegen die Zeit und die körperliche Entwicklung führen muß (phobische Reaktion), oder sie kann „erwachsen werden“ und sich den damit verbundenen Erfordernissen wie Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Selbstkontrolle aussetzen, wozu ihr jedoch wesentliche Voraussetzungen fehlen (coping-Reaktion). Diese Möglichkeiten werden hier um der größeren Klarheit willen als Alternativen dargestellt, spielen aber vermutlich bei jeder anorektischen Reaktion mit unterschiedlicher Gewichtung eine Rolle (Schäfer und Schwarz 1974).

Bei der phobischen Reaktion steht die Angst vor dem Erwachsenwerden im Vordergrund, die sich teilweise an den äußeren Merkmalen der Reifung festmacht. Bei einer „normalen“ phobischen Reaktion würde die Patientin solche Reizsituationen vermeiden und dadurch ihre Angst reduzieren. Da sie jedoch vor ihrem eigenen Körper nicht weglaufen kann, muß sie andere Strategien der Reizvermeidung entwickeln, nämlich das Hungern und die Gewichtsreduktion. Dieses Vermeidungsverhalten hat jedoch, abgesehen von der Angstreduktion, auch die positive Konsequenz, daß es als *selbstbestimmtes Verhalten* überhaupt vorhersehbare Konsequenzen hat, daß also die Patientin in einer Situation allgemein unklarer Beziehungen und Verhaltenskonsequenzen positiv erlebt, daß sie Kontrolle über eine Situation ausüben kann. Man kann dieses Geschehen also als doppelte Verstärkung interpretieren: Es wird nicht nur der Angstreiz

beseitigt, sondern auch die Strategie zur Beseitigung von Angstreizen allgemein verstärkt. Wenn dann ein pathologischer Hungerzustand erreicht ist, der auch für die Patientin bedrohliche und angstauslösende Aspekte hat, wird sie paradoxerweise auf die Strategie der Angstreduktion zurückgreifen, die am intensivsten und eindeutigsten verstärkt worden ist, nämlich das Hungern (nach dem Motto „mehr-desselben“, Watzlawick u. a. 1974). Somit wäre dann ein pathologischer Kreislauf endgültig geschlossen.

Die zweite Reaktionsmöglichkeit wäre zu sehen als soziales Verhalten im engeren Sinne, das in der Beziehung zu der unmittelbaren Umgebung eine ganz erhebliche Durchschlagskraft entwickeln kann. Die Patientin ist in der Regel konditioniert auf angepaßt-abhängiges Verhalten durch liebevolle oder auch aggressive Kontrolle durch die Eltern. Durch die Anpassung gewinnt sie zwar ein gewisses Maß an Sicherheit, sieht dieses jedoch wieder bedroht, wenn mit zunehmendem Alter der Ablösungsdruck hinzukommt. Wenn sie dann unter zusätzlichen Streß gerät (auslösende Situation) und zunächst mit einer normalen Appetitlosigkeit oder aber mit Diätbemühungen im Sinne der ersten Reaktionsweise reagiert, wird die Familie, die ihrerseits sensibilisiert ist für abweichendes Verhalten, alarmiert sein und sich bemühen, das für die gesamte Familie angsterzeugende Verhalten abzustellen. Damit hätte die Patientin einen Mechanismus, der ihr genau das sichert, was sie zu verlieren glaubte. Von einem bestimmten Punkt des aktiven Hungerns und zunehmender Essensmanipulation ab wird sich jedoch bei den Eltern außer Sorgen und positiver Beachtung auch Wut über das manipulative Verhalten der Tochter einstellen, womit zwar die Beachtung weiterhin gesichert ist, aber das Konfliktklima verschärft wird. Als positive Konsequenz erlebt die Patientin auch hierbei die Beachtung und vor allem die Möglichkeit der Kontrolle der Durchsetzung gegen die Eltern. Gleichzeitig wirkt der Ärger der Eltern jedoch angstauslösend, was bei ihr wiederum die Ohnmachtsgefühle steigert und im Sinne des sich einschleichenden *Circulus vitiosus* dazu führt, daß sie die eben erfolgreich erprobte Strategie zur Sicherung von Beachtung und Sorge mit größerer Wahrscheinlichkeit einsetzen wird.

Die Gewichtsabnahme der Patientin bringt nun die Eltern in eine Doppelbindungssituation, da sie sowohl durch liebevolle Zuwendung als auch durch ärgerliche Ablehnung oder Kontrolle das pathologische Verhalten verstärken, aber auch nicht „nicht reagieren“ können, da der immer bedrohlicher werdende Zustand ihrer Tochter eine Nichtbeachtung nicht zuläßt. In diesem Stadium der Entwicklung beherrscht die Patientin dann das Feld.

Die enorme Kraft, die die Patientin in diesem Geschehen aufzubringen scheint, um gegen den primären Trieb des Hungers anzukämpfen, wird m. E. nur verständlich, wenn man sich vor Augen führt, daß

- a) ein sehr potenter Lernmechanismus am Werk ist: „Je schneller der Erfolg, desto stärker die Verfestigung der Verhaltenstendenz“, daß also die *kurzfristige* Angstreduktion bzw. das unmittelbar erlebte soziale Erfolgserlebnis der Nahrungsverweigerung erheblich stärker wirken als die Bedrohungen in der fernerer Zukunft, und

- daß die Nahrungsverweigerung deshalb im Laufe der Zeit selbst einen starken Belohnungscharakter bekommt,
- b) die Patientin dadurch eine Verhaltensstrategie lernt, mit der sie auch die durch das Verhalten selbst erzeugten Ängste und Belastungen bekämpfen kann, allerdings im Sinne eines *Circulus vitiosus*, und
 - c) sie unter einem eklatanten Mangel an anderen Verhaltensstrategien zur Angstreduktion und Durchsetzung leidet.

Diese aus so zahlreichen und sich teilweise scheinbar gegenseitig ausschließenden Motiven heraus verstärkte rigide Verhaltenstendenz und die *double-bind*-Situation der direkten Bezugsperson, also auch des Therapeuten, sind es, die den therapeutischen Zugang so schwer machen.

Konkreter gesprochen gibt es meiner Ansicht nach bei der Anorexia nervosa-Therapie vor allem die beiden folgenden Schwierigkeiten:

1. Das Gesetz des Handelns muß wieder auf den Therapeuten übergehen, obwohl er sich zunächst einmal in der gleichen hilflosen, erpreßbaren Situation wie die Eltern befindet. Therapeutische Methoden, die nur mit liebevoller Zuwendung oder nur mit Druck und Kontrolle arbeiten, werden zumindest in der Anfangsphase in der Regel nicht erfolgreich sein, da sie leicht in den *Circulus vitiosus* hereingeraten. Am schlimmsten jedoch dürfte ein unbedachtes Wechselbad zwischen Druck und Zuwendung sein, da die Manipulierbarkeit des Therapeuten hierbei besonders deutlich zutage tritt.
2. Eine „Löschung“ (im verhaltenstherapeutischen Sinne) des unangepaßten Verhaltens durch Nichtbeachtung ist meines Erachtens nicht möglich, solange der Therapeut nicht bereit ist, ein ernsthaftes Risiko einzugehen. Er kann also ebensowenig wie die Eltern „nicht reagieren“; die Patientin kann sich im Zweifel die Beachtung erzwingen. Dies dürfte zumindest für alle die Fälle gelten, in denen sich ein anorektischer *Circulus vitiosus* bereits etabliert hat.

Es ist davon auszugehen, daß die Patientin ihre innerhalb des familiären Rahmens „bewährte“ Verhaltensstrategie auch in der therapeutischen Beziehung einsetzen wird. Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß der Therapeut der Patientin *auch* auf einer *Verhaltensebene* begegnen muß, wenn er den *Teufelskreis* durchbrechen will, daß er also die therapeutische Beziehung in besonderer Weise gestalten muß. Ich betone das „auch“ in diesem Zusammenhang deshalb, weil hier der Dissens zwischen den psychoanalytischen und den verhaltenstherapeutischen Methoden besteht und weil gerade die Verhaltenstherapeuten den phobischen, also den Angst-/Erlebnisscharakter der Anorexia nervosa zu oft ignoriert haben, ebenso wie die Analytiker meines Erachtens den Verhaltenscharakter und seine eigenständigen Gesetzmäßigkeiten unterschätzt haben.

Der Therapeut muß also zweierlei tun: Er muß einmal die Situation, die Beziehungen, die Verhaltenskonsequenzen für die Patientin möglichst einfach, klar und durchschaubar machen, um so den therapeutischen Gegensatz zu den Verhältnissen im Elternhaus zu schaffen, und er muß selbst eine Verhaltensstrategie entwickeln, die er der Strategie der Patientin entgegensetzen kann, um im Sinne der Sicherheit

der Patientin die Zügel in der Hand zu behalten. Er muß also den Doppelbindungstendenzen der Patientin eine Art therapeutische Doppelbindung entgegensetzen und die Situation a priori so konstellieren, daß die Patientin sich im Sinne der Therapeutenerwartungen „richtig“ verhalten muß.

Auf der Verhaltensebene muß der Therapeut ihr strukturierte Hilfen bei der Gewichtszunahme geben, er muß die Konsequenzen der Nahrungsaufnahme bzw. -verweigerung deutlich machen und der Patientin dabei einen gewissen Spielraum belassen. Dies ist mit Hilfe der operanten (Belohnungs-) Methoden der Verhaltenstherapie möglich (Otte u. a. 1978); gleichzeitig muß er der Nahrungsverweigerung und den oftmals mit ihr verbundenen Manipulationsversuchen der Patienten den sozialen Durchsetzungscharakter dadurch nehmen, daß er von Anfang an eine problematische Therapienentwicklung mit weiterem Gewichtsrückgang oder zumindest Stagnation als die wahrscheinlichste Entwicklung bezeichnet, und zwar nicht deshalb, weil die Patientin seine „effizienten“ Therapiemethoden aus Bösartigkeit unterläuft, sondern weil nach seiner therapeutischen Erfahrung all die möglichen negativistischen Erscheinungen bei der Patientin zu dem Krankheitsbild gehören. Er manipuliert damit die Beziehung nur teilweise dadurch, daß er zweckvoll so offen seine eigene therapeutische Realität mit all seinen Befürchtungen und auch Verdächtigungen darlegt. Ich glaube, daß die vom Therapeuten von Anfang an geäußerte Skepsis über den Verlauf einer an sich gut und flexibel geplanten Therapie nicht demoralisierend wirkt, sondern für beide eine gewisse Stütze bedeutet, weil sie der Realität der Anorexia nervosa Rechnung trägt. Wenn die Patientin durch einen relativ komplikationslosen Therapieverlauf die pessimistischen Erwartungen des Therapeuten „Lügen straft“, dann ist dies im Sinne des Therapieziels. Wenn jedoch die Therapie nicht zu funktionieren scheint, so ist es insofern auch gut, als sich diese Entwicklung im Rahmen der Therapeutenerwartungen bewegt und nicht deshalb erfolgt, weil der Therapeut oder die Therapie oder – wie es ja meistens von beiden verstanden wird – die Patientin schlecht sind. Von allem Anfang an muß also meines Erachtens über mögliche Manipulationsversuche der Patientin, wie heimliches Erbrechen, Laxantienabusus, Wassertrinken vor dem Wiegen und dergleichen, gesprochen werden, ebenso wie über mögliche Selbstmordversuche und den vorzeitigen Abbruch der Therapie durch die Patientin. Der Therapeut muß sich von Anfang an klar darüber sein, wie er auf solche möglichen Verhaltensweisen der Patientin reagieren wird und dies der Patientin, und natürlich auch ihren Beziehungspersonen, mitteilen. In einer so geklärten Beziehung wird auch die Sonde viel von ihrem dramatischen Vergewaltigungscharakter verlieren und wieder zu der nüchternen medizinischen Notwendigkeit werden, als die sie ja auch zu betrachten ist. Die Ankündigung der möglichen Schwierigkeiten durch den Therapeuten ist natürlich keine Garantie, daß diese Schwierigkeiten nicht auftreten; sie dient in erster Linie der Sicherheit von Patientin und Therapeuten, weil der mögliche Machtkampf von beiden verstanden ist und damit der Patientin eine gewisse Basissympathie und ein Mindestmaß an verständnisvoller Zuwendung seitens des Therapeuten sichert, da er selbst von dem Erfolgswang entlastet ist.

Ich möchte hier noch einen ganz kurzen Exkurs zu der Doppelbindungssituation einfügen. Der entscheidende „Vorteil“ der erwachsenen Patientin gegenüber dem Therapeuten ist, daß sie im Grunde keinem wirklichen double-bind unterworfen ist, zu dem außer der paradoxen Handlungsaufforderung auch gehört, daß das „Opfer“ des double-bind nicht aus dem Felde gehen kann. Eine erwachsene Patientin kann aus dem Felde gehen, indem sie die Station verläßt, zumeist legitimiert dadurch, daß sie den Therapeuten zuvor zu einem schlechten, d. h. bösen oder unfähigen Therapeuten, gemacht hat.

Der Therapeut kann sich dagegen natürlich nur sehr schwach schützen; er kann a) das Aus-dem-Felde-gehen dadurch verhindern, daß er die Patientin durch harte Sedierung quasi außer Gefecht setzt (Prinzip der „chemischen Keule“) und daß er den Kontakt zu den Eltern über längere Zeiträume nicht zuläßt; oder b) er kann von Anfang an das Weglaufen der Patientin als eine mögliche Form der Beendigung der Therapie offen ansprechen. Dazu muß er sich selbst und seiner Patientin deutlich machen, daß seine Methode auch nicht dem Anspruch nach eine omnipotente, d. h. einzig mögliche Methode ist und daß er sich deshalb nicht unter Erfolgszwang setzen und in einen Machtkampf hineinmanövrieren läßt, sondern die Patientin im Zweifel tatsächlich einfach gehen läßt. Dabei muß der Patientin natürlich auch klar werden, daß sie mit dem Abruch der Therapie über den Essensmachtkampf auch die anderen Therapieangebote im emotionalen und sozialen Bereich aufgeben müßte.

Dies ist für den Therapeuten im Zweifelsfall eine außerordentlich schwierige Entscheidung; wenn er, bei kritischen Gewichtsverhältnissen, nicht wirklich riskieren will, daß die Patientin stirbt, so kann er das „Gehelassen“ nur dann riskieren, wenn sichergestellt ist, daß andere Formen der Therapie, die dann in der Regel Zwangsscharakter haben, einsetzen können. Auch dies muß der Patientin vorher deutlich sein. Eine solche Lösung würde jedoch eine sehr enge Kooperation zwischen der psychosomatischen und der internistischen Station sowie dem Hausarzt voraussetzen. Ich glaube aber nicht, daß beide Formen der Anorexie-Therapie auf ein und derselben Station realisiert werden können, nämlich einmal eine psychotherapeutisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapie, die beide zumindest ein Minimum an Kooperationsbereitschaft der Patientin voraussetzt, und eine Zwangstherapie, die zumindest am Anfang gegen den erklärten Willen der Patientin überhaupt stattfindet.

Die Notwendigkeit einer möglichst klaren und für beide durchschaubaren Struktur der Patient-Therapeut-Beziehung und der damit verbundenen konsequenten Haltung des Therapeuten, die man auch Verlässlichkeit nennen könnte, darf sich natürlich nicht nur auf die negativen Seiten der Therapie, die in der Regel mit dem Eßverhalten verbunden sind, beziehen, sondern muß den sozial-emotionalen Bereich mit einschließen und somit auch die längerfristigen Therapieziele bzw. Perspektiven. Auch hier ist es meines Erachtens nützlich, wenn diese Ziele in einzelne überschaubare Schritte und Teilbereiche gegliedert werden und die Patientin nicht mit allgemeinen Vorstellungen wie „Selbständigwerden“ konfrontiert wird. Der Sinn der Gesamttherapie und auch

die Erreichbarkeit müssen deutlich werden. Ich denke, daß vieles dafür spricht, einen Patienten, der durch ein Zuviel an unklarer Kontrolle krank geworden ist, zunächst nicht mit einem Zuviel an Selbstbestimmung zu konfrontieren, sondern das Gleichgewicht zwischen Fremd- und Selbstkontrolle langsam, aber durchschaubar zugunsten größerer Autonomie zu verschieben. Ich habe bei einigen Anorexiopatientinnen erlebt, daß sie sich trotz aller Widerstände nach dem verhaltenstherapeutischen Plan, der Aufsicht durch die Schwestern und sogar nach der Sonde zurückgesehen haben, weil ihnen die Aussicht auf Selbstkontrolle so beängstigend erschien.

Hierin, denke ich, liegen die besonderen Chancen einer gut durchdachten Verhaltenstherapie.

Summary

Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa

The development of the anorexia nervosa syndrome is explained on the basis of family structure theory, a communication theory, and an learning theory. The rejection of food is understood as a combination of phobic and coping reactions, arising from a double-bind-situation in the patient's family. The difficulties in the therapy of the anorectic are seen to some extent as a result of a double-bind-situation on the part of the therapist. Some essentials in the patient-doctor-relationship are discussed.

Literatur

- Baba, K.: Anorexia nervosa – einige Betrachtungen zur Psychogenese und Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. u. Psychoanal.* 22; 267 (1976). – Basler, H. D., Otte, H., Schneller, Th., Schwoon, D.: Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. Kohlhammer, Stuttgart, 1979. – Bruch, H.: The treatment of eating disorders. *Mayo Clin. Proc.* 51; 266–272 (1976). – Ders.: Anorexia nervosa. In: Wittkower, E. D., Warus, H. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications. Harper and Row, New York, 1977. – Kehrler, H. D.: Behandlung der Pubertätsmagersucht mit Verhaltenstherapie. *Nervenarzt* 43; 129–135 (1972). – Liebmann, R., Minuchin, S., Baker, L.: An integrated treatment program for anorexia nervosa. *Amer. J. Psychiat.* 131; 432–436 (1974). – Liebman, R., Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L.: The treatment of anorexia nervosa. *Curr. Psychiat. Ther.* 15; 51–57 (1975). – Moldofsky, H., Garfinkel, P. E.: Problems of treatment of anorexia nervosa. *Canad. Psychiat. Ass. J.* 19; 169–175 (1974). – Morgan, H. G., Russell, G. F. M.: Value of family background. Clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 5; 355–371 (1975). – Otte, H., Basler, H. D., Schwoon, D. R.: Zur Theorie und Behandlung der Anorexia nervosa aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Therapiewoche* 28; 8037–8055 (1978). – Schäfer, K., Schwarz, D.: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die Anorexia nervosa. *Z. Klin. Psychol. Psychother.* 22; 267–284 (1974). – Sperling, E., Massing, A.: Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa. *Z. Psychosom. Med.* 16; 130 (1970). – Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D.: Menschliche Kommunikation. Stuttgart, 1974.

Ansch. d. Verf.: Dr. Hilka Otte, Dipl.-Psych., Abt. für Psychosomatik, Medizinische Hochschule Hannover, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.