

Deegener, Günther

## **Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31 (1982) 8, S. 291-297

urn:nbn:de:bsz-psydok-29403

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . .	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . .	25
In Memoriam Hermann Stutte . . . . .	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) . . . . .	207
<b>Aus Praxis und Forschung</b>			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . .	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . .	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . .	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . .	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . .	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices) . . . . .	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . .	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . .	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . .	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . .	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . .	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . .	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . .	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . .	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . .	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . .	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . .	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . .	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . .	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . .	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling) . . . . .	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . .	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . .	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . .	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . .	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . .	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		<b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b>	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . .	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . .	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . .	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei früh-kindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children). . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

# Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa

Von Günther Deegener

## Zusammenfassung

Es wird davon ausgegangen, daß ödipale Konflikte bei der Therapie von Patienten mit Anorexia nervosa oft nicht genügend beachtet werden. Nach allgemeinen theoretischen Einführungen zum ödipalen Konflikt sowie der psychosexuellen Entwicklung im Rahmen verschiedener Modellvorstellungen werden diese Probleme dann speziell in den Zusammenhang der Psychodynamik und Pathogenese der Anorexia nervosa integriert.

Die Darstellungen werden anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht.

## 1. Einleitung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die Krankengeschichte der 17jährigen Jugendlichen U. H., welche mit der Diagnose einer Anorexia nervosa (A. n.) zur stationären Behandlung überwiesen wurde. Die bekannte Psychopathologie sowie Pathogenese bei A. n. wurde bei dieser Jugendlichen sehr stark beeinflusst und überlagert durch eine ödipale Konfliktsituation. Solche ödipalen Aspekte könnten bei der A. n. vielleicht deswegen häufig vom Therapeuten übersehen werden, weil die sich aus ihnen entwickelnde Psychodynamik und Symptomatologie z. T. auch mit den sonst geläufigen Konzepten zur A. n. scheinbar hinreichend erklären lassen und deshalb die sehr frühen Wurzeln der Psychopathologie nicht immer aufgespürt und erkannt werden. Es ist nicht die Absicht, ödipale Konstellationen bei A. n. generell zu unterstellen – es erscheint andererseits aber auch wichtig, diesen möglichen Aspekt bei der Diagnosefindung und Erhellung der Pathogenese nicht aus den Augen zu verlieren. Dies schließt mit ein, daß selbstverständlich die ödipalen Konflikte bei A. n. auch auf vielfache Weise mit präödipalen verbunden sind und so die Bedeutung frühester Entwicklungsstörungen (z. B. gekennzeichnet durch den Begriff der „prolongierten Symbiose“ zwischen Mutter und Kind) nicht vernachlässigt werden darf (Berger, 1977).

## 2. Ödipale Konflikte und psychosexuelle Entwicklung

In diesem Abschnitt soll eine kurze Übersicht zum ödipalen Konflikt sowie der psychosexuellen Entwicklung gegeben werden, welche sich nach den folgenden Modellvorstellungen bzw. Theorien gliedert: klassische Psychoanalyse; Neopsychoanalyse; Psychoanalyse mit familientherapeutischer Ausrichtung; Lerntheorie und Verhaltenstherapie; Sozialisationsprozeß der Übernahme der Geschlechtsrolle.

Diese Darstellungen mögen den Eindruck erwecken, als ob es sich hierbei um sehr stark divergierende und kaum miteinander in Einklang zu bringende Theorien und Therapieformen handelt – es wird allerdings die Meinung vertre-

ten, daß Forschung und Praxis hier erst am Anfang einer Entwicklung stehen, die auch die Konvergenz therapeutischer Methodik und Therapie herausarbeitet und so u. a. Methodenpluralismus nicht nur negativ im Sinne einer eklektischen Standpunktlosigkeit ansieht (siehe z. B. Bachmann, 1972; Heigl und Triebel, 1977).

Im Rahmen der klassischen Psychoanalyse wird – vergrößernd dargestellt – angenommen, daß in der phallischen (ödipalen) Phase zwischen dem 3./4. und 6. Lebensjahr universell Inzestphantasien beim Kinde gegenüber dem Elternteil des anderen Geschlechts auftreten, verbunden mit Eifersucht und Todeswünschen gegenüber dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Zu Beginn der ödipalen Phase sind beim Jungen wie auch Mädchen die Objektbeziehungen am stärksten zur Mutter ausgeprägt, wobei im weiteren Verlauf sich diese Beziehung intensiviert durch erste erwachende genitale Triebwünsche zur Mutter, durch den Wunsch, zum alleinigen Liebesobjekt der Mutter zu werden, sowie den Wunsch und die kindlichen Phantasien, erwachsen zu sein und den Vater gegenüber der Mutter zu ersetzen. Parallel dazu treten Eifersucht, Aggressionen und Vernichtungswünsche gegenüber allen Rivalen des Kindes (insbesondere dem Vater, aber auch z. B. gegenüber den Geschwistern) auf. Aus dieser Situation heraus entstehen beim Kinde Angst vor Strafe, Liebesverlust, Ablehnung usw., wobei die ödipale Konstellation bis zu diesem Zeitpunkt der Entwicklung für Jungen und Mädchen gleich verläuft. Die weitere Entwicklung wird für Jungen mit der Bezeichnung ‚Kastrationsangst‘, für Mädchen mit ‚Penisneid‘ charakterisiert, gemeinsam verbleibt für beide Geschlechter letzters die Verdrängung der ödipalen Wünsche (wobei als weitere wichtige Mechanismen der Konfliktbewältigung auch Triebregression, Abspaltung und Projektion erwähnt werden sollen). Verschärft werden kann der ödipale Konflikt durch ‚äußere‘ Ereignisse (z. B. Tod eines Elternteils, sexuelle Verführung des Kindes) wie ‚innere‘ Bedingungen (relative Stärke der maskulinen bzw. femininen Komponenten des Sexualtriebes). Letztlich wird angenommen, daß die ödipalen Konflikte unbewußt bis in die Adoleszenzzeit und darüberhinaus bestehen bleiben können, sowie z. B. in der Pubertätszeit wieder durchbrechen können, was sich z. B. in der Partnerwahl äußern kann. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang weiter an die Verbindung zwischen ödipaler Phase und Über-Ich-Entwicklung, wobei davon ausgegangen wird, daß das Über-Ich vom Ursprung her aus den internalisierten, introjizierten moralischen Aspekten der Eltern in der ödipalen Phase besteht und die Strenge des Über-Ichs u. a. abhängt von der Intensität der aggressiven, feindseligen Impulse gegenüber den Eltern, woraus Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Wiedergutmachungstendenzen, Selbstbestrafungswünsche u. a. m. entstehen können.

Im Rahmen der Neopsychoanalyse wird die ödipale Phase von der Überaktzentuierung der Sexualität und

weiterer o.a. Prämissen befreit, wodurch allerdings nicht die Existenz an sich bei neurotischen Fehlentwicklungen oder bestimmten Umwelteinflüssen abgestritten wird. Der Akzent wird allerdings verlegt auf die Lernprozesse des Kindes im Zusammenhang mit seiner Geschlechtsrolle, wobei ‚sexuelle‘ Betätigung im Rahmen der allgemeinen kindlichen Neugier als Normalerscheinung gewertet wird: Natürlich kann es auch hier zu Störungen der Entwicklung kommen, z.B. zu exzessiver Onanie oder neurotischer sexueller Verwahrlosung.

Im Rahmen der psychoanalytischen Theorie mit familien-therapeutischen Ausrichtungen liegen die Arbeiten von *Richter* (1967) über die Rollenzuweisung des Kindes durch die Eltern sowie von *Stierlin* (1975, 1976) über das Kind als Delegierten seiner Eltern vor. So beschreibt *Richter* z.B. die Rolle des Kindes als Gatten-Substitut, wobei meist sexuelle Konflikte und Ängste die Eltern dazu führen würden, vor ihrer eigentlichen Aufgabe in der Partnerbeziehung auszuweichen und die Kinder in Gatten-Ersatz-Rollen zu führen. Selten würden diese Väter oder Mütter über eine ausgereifte sexuelle Erlebnisfähigkeit verfügen, und es würde weiter eine Stimulation der kindlichen Sexualität in diesem Beziehungsfeld um so eher zu erwarten sein, je weniger die libidinöse Wurzel der elterlichen Ansprüche durch Sublimation verdeckt wird. Ob dann die sexuellen Impulse beim Kind auch zum Durchbruch kommen, hängt mit davon ab, ob die von dem jeweiligen Elternteil ausgehenden unbewußten Verführungen des Kindes gleichzeitig mit hinreichenden repressiven Verboten verbunden wurden oder nicht. Von *Stierlin* (1976) sei ein Beispiel für eine überwiegend auf der Es-Ebene erfolgende Delegation wiedergegeben: Der Delegierte (das Kind) liefert hierbei einem Elternteil ‚Es-Nahrung‘, d.h. dieser Elternteil muß stellvertretend über das Kind genießen. So kann z.B. ein Elternteil einen Delegierten mehr oder weniger unterbewußt dazu führen, sich auf sexuelle Eskapaden einzulassen, gleichzeitig aber den eigenen Anteil an diesem Verhalten durch Bestrafung des Kindes negieren.

In der Lerntheorie und Verhaltenstherapie wird – allgemein gesehen – sexuell abweichendes Verhalten als erlernt angesehen. *Eysenck* und *Rachmann* (1970) gehen dabei davon aus, daß in der frühen Lebensentwicklung ein sexuelles Erlebnis zufällig mit einer bestimmten Handlung gleichzeitig aufgetreten ist und die bis dahin neutrale Handlung nach dem Modell der klassischen Konditionierung eine sexuelle Tönung erhält. Die weitere Festigung eines ggf. entstehenden devianten sexuellen Verhaltens ist durch instrumentelle Konditionierung erklärbar: Durch die betroffene Person wird diejenige Handlung mit größerer Wahrscheinlichkeit als andere Verhaltensweisen wiederholt, die durch das Erlebnis sexueller Erregung verstärkt worden war. Die im Ablauf der jeweiligen Verhaltenskette sofort einsetzende positive Bekräftigung (sexuelle Erregung) unterhält dabei die Deviation, wodurch die verzögert einsetzende Ablehnung bzw. Bestrafung des von der Gesellschaft unerwünschten Verhaltens nicht zu einer hinreichenden Unterdrückung führen kann. *Kockott* (1975) ergänzt in diesem Zusammenhang, daß beim sexuell devianten Patienten in der Kindheit einmal die sexuelle Impulse die im

weitesten Sinne ablehnende Haltung erfuhren, so daß sie dadurch zu angstausslösenden Reizen wurden. Zum anderen entsteht dadurch als Ersatz für das unerwünschte, bestrafte Verhalten ein sexuell deviantes Verhalten. Insgesamt erreicht dieses deviante Verhalten dann zwei Ziele, nämlich die Befriedigung des Sexualtriebes und die Reduktion von Angst. Von Bedeutung erscheint im Zusammenhang der Thematik der vorliegenden Arbeit auch die Bedeutung von Masturbationsphantasien: treten diese Phantasien während der Masturbation in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Orgasmus oder allgemein starker sexueller Erregung auf, so wird dabei nach dem Modell der klassischen Konditionierung der Lustgewinn mit den ‚devianten‘ Masturbationsphantasien gekoppelt sowie durch immer häufigere Wiederholungen dieser speziellen Koppelung die verwendeten Phantasien für die betreffende Person immer stärker an Wert gewinnen. Andere oder ähnliche Masturbationsphantasien werden parallel dazu umgekehrt immer seltener und treten vielleicht schließlich überhaupt nicht mehr auf. Die Deviation entsteht dann, wenn diese devianten Vorstellungen im realen Alltag verwirklicht werden, wobei sicherlich spezifische Entwicklungsbedingungen und momentane Reizkonstellationen diesen Übersprung von der Phantasie in den Alltag erleichtern können.

Neben den o.a. Modellvorstellungen und Theorien soll abschließend noch der Sozialisationsprozeß der Übernahme der Geschlechtsrolle gesondert angeführt werden, wobei dieser Prozeß auch durch psychoanalytische und lerntheoretische Modelle beschrieben werden kann. Oft werden diese Theorien jedoch verbunden mit Ansätzen aus der Sozial- und Entwicklungspsychologie, der Anthropologie und Soziologie sowie den Erziehungswissenschaften. Meist wird hier in der Sexualität eher ein sehr unspezifisches Grundbedürfnis gesehen, welches durch soziale Normierung sowie gesellschaftliche Erwartungen und Erziehungsprozesse in verschiedenen Kulturen zu äußerst unterschiedlicher Ausformung gelangen kann in bezug auf Geschlechtsrollen, Geschlechtsbeziehungen und Sexualmoral. Im kleineren Rahmen gilt dies analog natürlich auch für die Familien der Patienten mit ihren jeweiligen Einstellungen u.a. zu Religiosität, Sexualmoral und Rollenerwartungen. Neben dem soziokulturellen Ansatz wird von einigen Autoren mehr die Bedeutung biologisch-physiologischer Determination für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen betont, wobei *Dührssen* (1969) die verschiedenen Hypothesen dahingehend abwägt, daß die Wahrheit wohl in der Mitte liegen würde mit je nach Einzelfall abzuklärender Gewichtung.

In bezug auf die Familien der Patientinnen mit A. n. ist in diesem Zusammenhang weiter an den ‚Drei-Generationen-Aspekt‘ zu erinnern: Nicht selten wird man in den Magersuchtsfamilien Großmütter mit besonderer Ordnungs- und Sauberkeits-Liebe finden, die in ihrer ängstlich zwanghaften Erziehung bei ihren Töchtern ausgeprägte Abwehrmaßnahmen gegenüber den eigenen Trieb-Konflikten herbeiführen. Z.T. finden sich dann in den Generationen typische Konflikte, Rollenzuweisungen, Ablehnungen und Beängstigungen gegenüber der Lebensform und -situation der weiblichen Personen, die von Generation zu Generation weiterge-

geben werden (Sperling, 1965; Sperling und Massing, 1970; Selvini, 1970; Mester, 1981; Dührssen, 1965, 1967).

### 3. Zur Psychodynamik der Anorexia nervosa

In diesem Abschnitt sollen psychodynamische Aspekte bei A. n. nur insoweit aufgeführt werden, als sich überlagernde Einflüsse und gleichgerichtete Kräfte in Verbindung mit ödipalen Konstellationen ergeben können. Ansonsten sei auf die Arbeiten und Übersichten z.B. von Steinhausen (1979), Meyer und Feldmann (1965), Thomä (1961), Vigersky (1977) sowie Ziolko (1966) verwiesen.

In Anlehnung an Meyer (1970) sowie Köhle und Simons (1979) seien die möglichen intrapsychischen Prozesse bei A. n. nach den folgenden Punkten gegliedert:

1.) Abwehr aller weiblichen sexuellen Bedürfnisse (Kampf gegen die Sexualität als Trieb).

Nach Ansicht der Autoren richtet sich die Abwehr einerseits gegen die Übernahme der weiblichen Rolle, zum anderen erfolgt über den Weg der Regression in der Pubertätszeit eine Abwehr der genital-sexuellen Triebimpulse, welche in den oralen Bereich zurückverlegt werden: „Im Anschluß an die Regression erreicht die Abwehr jetzt neben dem innerpsychischen Erfolg (Angstreduktion) auch eine reale Wirkung: Mit zunehmender Abmagerung schwinden die sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale und sistiert die Menstruation, und damit in der Phantasie und auch bald in der Realität die erotisch-sexuelle Anziehung“ (Köhle und Simons, 1979).

2.) Der Kampf um Autonomie (Abwehr von Essen und Anstreben von Magerkeit als Kampf von Geist gegen Trieb).

Die Aushungerung des gesamten Triebbereiches wird hier erreicht und ausgebaut über ‚anale Kontrolle‘ bis hin zur Pubertätsaskese, wobei Triebkontrolle und eigene Autarkie verbunden sind mit narzistischen Gefühlen (infantiles Größen-Selbst), die an die Stelle einer sich gesund entwickelnden Regulation der Selbstwertgefühle des Erwachsenenalters treten.

3.) Abwehr des Essens als Kampf gegen den Wunsch nach Annäherung (bis zur Verschmelzung mit der Mutterfigur oder anderen Personen).

In diesem Zusammenhang werden unbewußte orale Vereinnahmungswünsche der Patienten abgewehrt; symbolisch gesehen wäre der abgemagerte Körper dann als Verneinung der Bedürfnisse an andere Personen zu werten.

4.) Vorgänge, über die sich eine bereits angelaufene Anorexie selbst verstärkt bzw. perpetuiert.

Erwähnt werden sollte in diesem Rahmen die zunehmende soziale und psychische Isolation und Interesseneinengung der Anorexiereichen sowie die ‚altruistische Abtretung‘ im Sinne von A. Freud, wobei nicht gelebte Triebansprüche über Projektion und Identifikation bei anderen Personen befriedigt werden.

Otte (1980) referiert ergänzend einige Überlegungen zur A. n. auf der Grundlage der Familienstruktur – sowie der

Kommunikations- und Lerntheorie, die hier im Ausschnitt knapp wiedergegeben werden sollen: Etwa bis in die Latenzzeit hinein wird von den Eltern gegenüber der Patientin eine Beziehung hergestellt, die Anpassung, Unselbstständigkeit und Gefügigkeit fordert. Im Laufe der weiteren Entwicklung, in der Regel also in der Pubertätszeit, treten weitere Elternerwartungen an die Patientin heran, in denen latent oder manifest erheblicher Druck zur Verselbstständigung ausgeübt wird. In dieser Art Doppelbindung (Otte charakterisiert die paradoxen Elternerwartungen mit: „Du sollst so zu unserer Verfügung stehen, wie wir Dich brauchen“ gegenüber „Du sollst selbständiger sein“) kann sich die Patientin nur noch falsch verhalten, so daß ihr nach Otte noch 2 Möglichkeiten der Angstreduktion zur Verfügung stehen: Die ‚phobische Reaktion‘ mit Angst vor dem Erwachsenwerden sowie Flucht vor der körperlichen Reifung oder aber das Erlernen der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zum Erwachsenwerden (wobei ihr zu letzterem aufgrund ihrer Erziehung und der familiären Psychodynamik aber die Voraussetzungen fehlen). Auf beiden Wegen – die sich z.T. überlagern – wird die Patientin nun zur Verminderung der Angst mit Abmagerung reagieren, einmal als Vermeidungsverhalten (Hungern und Gewichtsabnahme als Angstreduktion verbunden mit der positiven Konsequenz selbstbestimmten Verhaltens), zum anderen durch die Essensmanipulation als Möglichkeit der Kontrolle des Elternverhaltens sowie der Erhaltung der kindlichen Rolle, die sie zu verlieren fürchtet (und erneut ambivalent verbunden ist mit dem Erleben eigener Stärke und Selbständigkeit). Die Folge ist eine Doppelbindungssituation der Eltern (und später auch des Therapeuten): was sie auch tun (z.B. ob Zuwendung oder Ablehnung), die Patientin wird mit Abmagerung reagieren.

Im Folgenden sollen noch einige Aspekte ausführlicher aufgeführt werden, die auf Verknüpfungen von ödipalen Konflikten mit den in der Literatur oft beschriebenen psychodynamischen Vorgängen bei A. n. hinweisen. Zunächst ist an die ausgeprägten Schuld und Unzulänglichkeitsgefühle der A. n. Patienten zu erinnern, auch in Zusammenhang mit der Aushungerung des gesamten emotionalen Bereiches: Hier spielen sicherlich nicht nur reale Frustrationssituationen und Unterlegenheitsgefühle eine Rolle, sondern es ist auch an die Entwicklung des Über-Ich zu denken in Verbindung mit der ödipalen Phase. Die feindseligen Impulse werden z.Z. gegen das eigene Ich gerichtet, u.a. auch durch Selbstbestrafungstendenzen, und gleichzeitig erfolgt die Abwehr der so entstehenden Minderwertigkeitsgefühle durch Autonomiestreben und überhöhten Ehrgeiz. Schuld- und Schamgefühle entstehen aber auch im Rahmen der allgemein triebfeindlich eingestellten Familien, wie auch in Zusammenhang der eigenen sexuellen (auch inzestuösen) Wünsche, was auch zum Ideal der vergeistigten, asexuellen äußeren Gestalt führt. Mester (1981) erwähnt eine Patientin, die – im Gegensatz zu ihrer früheren Schamhaftigkeit – sich erst nach starker Abmagerung den Eltern gegenüber im knappen Bikini zeigen konnte: Auf diese Weise war es ihr erlaubt, sich ohne „sexuelle Note“ zu zeigen, d.h. gefahrlos mit der Mutter zu konkurrieren, sich selbst gegenüber die Angst- und Schuld-

gefühle zu reduzieren und dennoch dem Vater sich nähern zu können. In solchen Konfliktsituationen können die ohnehin engen Beziehungen zwischen Mutter und Tochter symbiotisch werden sowie die folgenden familiären psychodynamischen Kräfte auftreten: Die Tochter flieht vor ihren inzestuösen Wünschen in die Rolle des kleinen Kindes zurück; die Mutter umklammert das Kind um es vom Vater fernzuhalten; die Tochter verhindert die Annäherung des Vaters an die Mutter; der Vater gerät nicht in Versuchungssituationen gegenüber der Tochter und diese ist auch wegen ihrer Abmagerung nicht mehr so begehrenswert; die Konflikte der Ehepartner selbst treten in den Hintergrund; die Mutter kann die Patientin nicht nur bezüglich der Nahrung wie ein kleines Kind überwachen; die Tochter wird z.T. zum Substitut für den Ehepartner; zum Teil ist hier auch an das ‚Freizeitverhalten‘ der Patientin zu erinnern: Versuchungssituationen werden ausgeklammert, die Patientin begibt sich in soziale Isolation und ‚ernsthafte‘ Interesseneinengung; letztlich igelt sich die Familie ein, es dringt nichts nach draußen und Therapieversuche werden abgeblockt, die o.a. Doppelbindungssituationen entstehen fast zwangsläufig zur Erhaltung des pathologischen psychodynamischen Gleichgewichts der Familie. *Mester* (1981) hebt in diesem Zusammenhang noch die Bestrafung der Eltern durch die Patientin hervor: Der Vater wird für seine Hinwendung zur Mutter bestraft, indem sie ihm ständig vor Augen führt, „was er aus ihr gemacht hat“, die Mutter wird für ihre Beziehung zum Vater (was die Tochter sich selbst „niemals verzeihen könnte“) bestraft, weil sie das Wohlergehen der Tochter nicht erreicht: „Unbewußt werden also die Eltern und insbesondere der Vater in eine Position gedrängt, die ihnen starke Mitschuld vor Augen führt, so daß ein Gegengewicht zu den eigenen Gewissensbissen entsteht.“

Letztlich ist mit *Mester* (1981) noch darauf hinzuweisen, daß ungelösten bzw. unlösaren genitalen Konflikten regressiv ausgewichen und dabei auf orale Fixierungen zurückgegriffen wird: „Die Abwendung von der genitalen Sexualität und die Verschiebung von genitalen Impulsen in den Bereich der Oralität“ würde sich nach Ansicht des Autors „in jedem Einzelfall als wesentlich psychodynamischen Mechanismus nachweisen“ lassen, und in diesem Zusammenhang würden auch unbewußte Gleichsetzungen zwischen Essen und Schwangerschaft (Angst, dick = gravide zu werden) bestehen.

Angeführt werden muß in diesem Rahmen allerdings auch der Aspekt, daß die Patientin nicht nur die ödipale Rivalität zur Mutter fürchtet, sondern daß sich dabei auch eine Überlagerung ergibt hinsichtlich der als Beängstigung erlebten Identifikation mit der Mutter sowie deren weiblicher Lebensform und -situation.

Abschließend sei noch eine Untersuchung von *Levitan* (1981) mitgeteilt: Der Autor erfaßte von 6 Patientinnen mit A. n. die Träume über einen mittleren Zeitraum von 16 Monaten und erhielt die oben dargestellten Ergebnisse.

Insgesamt erscheint die Anzahl der berichteten Träume mit inzestuösen Inhalten recht hoch, wobei weiter folgende – vom Autor nicht erwähnte – mögliche Zusammenhänge beachtenswert erscheinen: Bei den Patientinnen D, E und F

Pat.	Anz. der ber. Träume	Pat. im Traum als Aggressor	Pat. im Traum als Opfer von Aggressor	Inzest/ Träume
	N	%	%	%
A	99	27	17	8
B	91	28	23	8
C	32	10	3	7
D	89	6	18	1
E	72	8	18	2
F	3	0	66	0

sind diejenigen Träume mit aggressiven Inhalten relativ am häufigsten, in denen sie sich als Opfer von Aggressionen erleben. Es erscheint nun kein Zufall, daß gerade bei diesen Patientinnen die Anzahl der Inzest-Träume geringer ist als bei denjenigen Patientinnen (A, B, C), die in ihren Träumen selbst sehr viel stärker aggressiv sein dürfen.

#### 4. Fallbeispiel

##### 17jährige Patientin U. H.

Die Patientin wird überwiesen wegen A. n. und Hyperventilationstetanie. Sie selbst gibt im Erstgespräch an, daß sie eine Mager-sucht habe, sie würde nach dem Essen alles erbrechen und z.T. alles in sich hineinschlingen, was vor ihr stehe. Die Schwierigkeiten mit dem Essen würden seit gut einem Jahr bestehen, vor einem  $\frac{3}{4}$  Jahr sei sie 8 Wochen in einer inneren Klinik gelegen, spätere Aufnahmen in psychosomatischen Kliniken seien vom Vater verhindert worden. Ihr Vater würde sie nichts machen lassen, dieser hätte Angst, ihr könne etwas passieren, er dürfe auch nicht wissen, daß sie einen Freund habe. Ihren Vater könne sie überhaupt nicht ausstehen, sie sei froh, daß er von Berufs wegen über die Woche hin von zu Hause fort sei. Geschwister habe sie „3 Stück“, einen Bruder von 13 Jahren, der sie immer ärgern würde, sie hätten sich aber trotzdem beide sehr gerne, das Verhältnis zur 12- und 14jährigen Schwester sei unauffällig. Die Familie sei vor 2–3 Jahren in der Türkei gewesen, die Patientin sei sehr gerne dort gewesen, sie habe gar nicht mehr in die BRD zurückkehren wollen. Vor diesem Aufenthalt habe der Vater jedes Jahr gesagt, er wolle mit der Familie in die Türkei ziehen, letztlich habe die Mutter aber den Anstoß gegeben, daß sie wirklich dorthin gezogen waren. Nach dem 2jährigen Aufenthalt dort habe der Vater aber aus beruflichen Gründen wieder in die BRD zurückkehren wollen. Auf weitere Befragung gibt die Pat. an, daß sie z. Z. die 9. Klasse der Realschule besuchen würde mit Durchschnittsnoten, davor sei sie auf dem Gymnasium gewesen und habe eine Klasse wiederholen müssen. Weiter sei sie sehr ordentlich, habe einen Putzfirmel, sie würde sehr viel aufräumen, wolle alles sauber machen, würde unheimlich gern kochen. Sie sei eher zurückgezogen und habe sich von anderen isoliert. Sie sei nicht gerne ein Mädchen, sei froh, daß sie ihre Periode nicht habe. Andererseits hätte sie aber auch Angst, daß sie keine Kinder bekommen könne. Ihre erste Menarche sei mit 13 Jahren aufgetreten, sei danach auch regelmäßig gewesen, dann aber mit Beginn des Eßproblems ausgeblieben. So mit 10–11 Jahren habe sie lieber ein Junge sein wollen. In diesem Zusammenhang fängt die Patientin an zu weinen, sie hätte vor 2 Jahren in der Türkei einen SMV mit Schlaftabletten unternommen, der Vater sei damals aus der BRD zu Besuch gewesen, habe sie aufklären wollen,

sie hätte sich dabei auch ausziehen müssen, sie sollte ihm ihre Brust zeigen, weiter hätte er sie auch unten hingefaßt, hätte sie aufgefordert, wie früher mit ihm Ringkämpfe zu machen, hätte sie dabei angefaßt. Seitdem sie es zu einem völligen Bruch mit dem Vater gekommen. Sie habe viel später versucht ihrer Mutter und den Schwestern davon zu erzählen, diese hätten sie aber nicht verstanden und würden ihr auch nicht glauben. Die Mutter gibt bei der Erstvorstellung an, daß ihr Mann Türke sei, sie aber voll und ganz hinter seinen Wertvorstellungen stehen und lieber in der Türkei leben würde. Der Vorschlag einer stationären Psychotherapie wird von der Mutter mit den Überlegungen beantwortet, daß die Familie vielleicht in einem halben Jahr wieder in die Türkei übersiedle und man auch noch Verbindung aufgenommen habe mit einer anderen Klinik. Weiter habe sie selber eine Beratungsstelle aufgesucht, um zu erfahren, wie sie ihrer Tochter besser helfen könne. (Es sei eingefügt, daß die Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung unauffällig waren.)

Die Familie stimmte dann doch der – von der Tochter gewollten – stationären Aufnahme zu. In den ersten Wochen sprach die Patientin fast ununterbrochen über ihre familiären Probleme, d.h. es kam zu ausgedehnten Haß-Tiraden: Der Vater sei einengend, unbeherrscht, dominierend, ungerecht, würde sie nicht verstehen, die Mutter würde immer zu ihm halten, auch wenn er die idiotischsten Ansichten hätte. In diesem Zeitraum zeichnet sie die „verzauberte Familie“ und fügt eigene Erläuterungen bei: Sie malt einen Baum, der keine Blätter mehr trägt, das Böse sei in ihm, der Zauberer solle den Baum zum Blühen bringen. In den Baum malt sie mit eigenen Ergänzungen ein Auge (weint nicht mehr, wieder glücklich), eine Taube (Friedenstaube), 2 Schwäne (mehr Verständnis füreinander, zärtlich), eine Sonne (das Ganze soll Licht haben, gibt Wärme ab), einen Mund (keine beleidigten Gesichter mehr, auch mal wieder lachen), eine Wolke (normaler Krach, der dazu gehört, früher wäre das ganze Bild schwarz gewesen). Links und rechts vom Baumstamm werden eine Spinne und eine Schlange gemalt (sind das Böse gewesen, jetzt ausgeschlossen, darf nicht mehr eindringen). Die „Familie in Tieren“ wird folgendermaßen gemalt und erläutert: in der linken unteren Bildhälfte ein schwarzes Schaf (Patientin) von Stacheldraht umgeben (Barrikade zur Familie). Darüber eine Spinne und eine Schlange, ineinander gezeichnet (beide Male der Vater, beide Male das Böse, die Schlange ist schlau, die Spinne falsch, die roten Flecken würden auch auf etwas Gutes hinweisen, aber mehr als die Hälfte sei schwarz). Eine Taube sei die Mutter, sie versuche immer Frieden herzustellen, schaffe es aber nicht. Der Affe sei die eine Schwester, sie benimmt sich affig, nie ernst, Pfeile zwischen Vater und Schwester sollen den festen Zusammenhalt zwischen beiden kennzeichnen, und die Schwester sei eine Schlange. Ein Häschen verkörpert die jüngere Schwester, ein Ochse (rotes Tuch gegenüber der Mutter) den Bruder, zwischen diesen beiden ebenfalls Pfeile, sie halten gegenüber der Patientin fest zusammen. Die Schwester hoppelt herum, weiß nicht was sie machen soll, der Ochse bekommt noch ein rotes (gutes) Herz gemalt. Es soll in diesem Zusammenhang noch angeführt werden, daß im Problemfragebogen für Jugendliche in allen Bereichen Prozentränge von 80 bzw. 95 auftraten. Im Freiburger Persönlichkeitsinventar ergab sich das Bild einer eher irritierbaren, gehemmten, depressiven sowie emotional labilen Persönlichkeit. Im Gießen-Test ergaben sich beim Vater Extremwerte in Richtung ‚Dominanz‘ und ‚Zwanghaftigkeit‘, während die Mutter insbesondere hohe Werte in Bezug auf ‚negative soziale Resonanz‘ sowie ‚Depressivität‘ aufwies.

Neben den heilspädagogisch geführten Gruppen bestand die Therapie der Patientin insbesondere aus psychoanalytisch geführten Gesprächen: Im weiteren Verlauf wurde immer deutlicher eine ambivalente Haltung gegenüber dem Vater sichtbar, wobei der Patientin die ödipale Problematik versucht wurde vorsichtig zu

deuten. Schließlich wurde die Patientin gebeten einmal niederzuschreiben, was ihr über sich und den Vater einfiele. Sie gab dann am folgenden Tag etwas widerstrebend den folgenden Text ab: „Ich und mein Vater. Ich haße und liebe ihn wie die Pest. Ich bin im Zwiespalt. Alles was ich und er tue, ist bei beiden Seiten total falsch. Nichts kommt richtig an und wird so aufgenommen, in der Seele, wie es eigentlich gemeint ist. ... wir sind sehr fest aneinander gebunden und doch gibt es Haß zwischen uns. Der Anfang meines Lebens bis 11½ Jahre war gut und schön. Mein Vater gab mir die Liebe, Zuneigung und Zärtlichkeit wie es ein Kind echt braucht. Ich fühlte mich auch sehr wohl dabei und gewann ihn von Tag zu Tag immer mehr lieb. Auch wollte ich ihn immer heiraten, er war das Idealbild für mich, in allen Situationen und Fällen. Doch mir wurde dann erklärt, daß dies nicht ginge, und ich wollte, konnte nicht verstehen. Ich hatte Angst den Papa zu verlieren. Ich hing wie eine Klette an ihm. Auf der Straße und auch sonstwo wurden wir als Liebespaar bezeichnet. Ich war auch auf Mama eifersüchtig, Angst, daß sie ihn mir wegnimmt. Ich ... gab auch nicht den Gedanken auf, Papa zu heiraten. ... Auch habe ich schon geträumt, mit ihm zu schlafen. Ich wollte die Zuneigung, Liebe auch nachts, wenn er nicht bei mir war, bekommen, nicht verlieren. Zwar nur in den Träumen, doch dadurch war ich dann befriedigt und glücklich. Blutschande und solchen Kram habe ich dabei nicht denken wollen. Dies war auch grausam. Ich fing an Papa zu hassen, als er uns in der Türkei alleine ließ. ... Ich fühlte mich alleine, einsam und weggestoßen. ... Ich haßte auch auf einmal und kam mir wie ein riesiges Schwein vor. Er kam wieder und ich hatte plötzlich riesige Angst vor dem Mann. ... Er wollte mich aufklären und dies war ich schon durch die Schule. Ich ärgerte mich darüber, da er dies wußte, diese Sau. Er wollte mir mir ringen, ich ließ alle Wut dabei an ihm ab, und plötzlich packte er mich an der Scheide an. Ich wurde ganz wütend, und war sehr verstört. Sein Atem war erregt. Ich sagte ihm, daß ich das nicht mag und lief weg. Seitdem habe ich vor meinen Gefühlen Angst. ... Auch habe ich Angst, daß ich mich verlieren könnte, ganz plötzlich. Ich möchte ihn umarmen, doch dann habe ich vor mir und ihm Angst. Wenn er weg ist, liebe ich ihn ... wenn er da ist, haße ich ihn, da ich Angst um meine Gefühle ihm gegenüber habe. ... Ich flüchte und das ist saudoof. Ich will Kind sein, um die Zärtlichkeit zu bekommen, die ich brauche. Da ich sie aber nicht bekomme, flüchte ich in meine Scheiß-Zustände. Also ich fühle mich wohl in diesem Zustand. Ihn abzuschalten geht nicht, da ich Angst habe selbständig zu werden. ... Als Baby behandelt zu werden bei allem und jedem ist auf der einen Seite sehr schön, auf der anderen Seite schrecklich für mich, nicht als erwachsen anerkannt zu werden, da ich daran glaube, keine Zuneigung zu bekommen. Das ist ein schrecklicher Gedanke. ... Ich werde mit meinen Problemen nicht fertig und fange an zu fressen ... und versuche dadurch ein riesiges Loch zu stopfen. Doch das ging nie. ... Ich wurde dick und fett und Pa sagte, ich solle abnehmen. Als ich dann abnahm wollte er, daß ich wieder zunehme. Was will er eigentlich? Ich weiß auch nicht, was er und ich wollen. Er will, daß ich selbständig werde, behandelt mich wie ein Baby und paßt wie ein Schiefhund auf mich auf (hat Angst, mich zu verlieren). ... Bin ich selbständig, werde ich angeschaut. ... Er brüllt dann wie ein Irrer und verbietet mir den Mund. Weil er Angst hat, die Wahrheit zu hören und zu akzeptieren. ... Er ist schwach. ... Er hat zuviel Angst um mich, und er ist sehr eifersüchtig. ... Ich bekomme bei allem Schuldgefühle und komme mir Scheiße vor. Doch ich kann nicht an jedem schuld sein. ... Jeder unserer Familie ist schuld, ... Scheiß-Kotzen, ich kotze, weil ich mich dann freier fühle. ... Ich habe Angst, alles zu lösen. Ich fühle mich hilflos, ich kann meine Gefühle nicht mehr zeigen, habe Angst sie zu zeigen. Ich bin ein Versager. Ich kann nicht mehr. ...“

Etwa zu diesem Zeitpunkt der Therapie erfolgte das erste Gespräch mit dem Vater, der bis dahin von Berufs wegen nicht kom-



men konnte. Er ist sehr erregt, dominierend, unbeherrscht, zeigt sich enttäuscht von den schulischen Leistungen der Patientin, diese habe „noch nicht kapiert, daß diese Gesellschaft auf Leistung aufgebaut“ ist. Erst nach fast einer Stunde platzte der Vater damit heraus, daß die Therapeutin seiner Frau in der EB gesagt habe, seine Tochter liebe ihn: „entweder die ist verrückt ...“ – der Satz wird nicht fortgeführt.

Zum nächsten Elterngespräch kommt nur die Mutter, sie sei „hohl, ausgelaugt von ihrer Tochter“, könne auf diese nicht mehr zugehen, und sie überhäuft den Therapeuten mit massiven Vorwürfen, was er ihrem Mann angetan hätte im letzten Gespräch, dieser würde krank werden, nicht mehr kommen wollen usw.

Die Familie fährt dann – unter Zustimmung des Therapeuten – während der Sommerferien in die Türkei und kommt auch erst eine Woche später als mit der Tochter verabredet zurück – entgegen ihren Beteuerungen, wie schwer ihnen dieses Alleinlassen der Tochter in der Klinik falle. Während dieser Zeit wird versucht, die ödipale Problematik mit der Patientin durchzuarbeiten; ihre Persönlichkeit stabilisiert sich, regressiv-orales Verhalten wird geringer, die narzistische Kränkbarkeit nimmt ab, sie erscheint letztlich vom Sozialverhalten und der Kontaktfähigkeit her recht unauffällig, Hyperventilationstetanien treten nicht mehr auf, die Periode tritt seit 1½ Jahren zum 1. Mal wieder auf. Eine Woche vor der Rückkehr der Familie beginnt die Patientin wieder über Ängste gegenüber ihrem Vater zu berichten, wobei sie allerdings vor allen Dingen die reale Angst vor seiner Erziehungshaltung anspricht, sie bekommt auch wieder Hyperventilationszustände, aus denen sie aber wieder leicht und schnell herauszuführen ist. Weiter äußert die Patientin Besorgnis darüber, daß die Eltern sie vorzeitig zu den Verwandten in die Türkei schicken wollen, einmal wegen der Schule, zum anderen wegen der weiteren Therapie, und letztlich wohl wegen der größeren Kontrollmöglichkeit gegenüber der Tochter und den geringeren „Verführbarkeiten“ der Tochter in der Türkei.

Die Patientin behielt recht. Eine Woche nach der Rückkehr der Familie erscheint die Mutter und bringt eindeutig zum Ausdruck, daß die Eltern keinerlei Kontakt der Patientin zum männlichen Geschlecht wünschen, wenn die Tochter weiter z.B. darauf bestehen würde alleine auszugehen, so müsse sie „wie ein eitriges Geschwür aus der Familie entfernt werden“, sie solle dann machen, was sie wolle, die übrige Familie würde jedenfalls dann ohne sie in die Türkei zurückkehren. Außerdem solle die Patientin jetzt für einige Wochen in die Türkei fahren, um sich dann zu entscheiden, welchen Weg sie gehen wolle.

Vor dem Hintergrund der in den Abschnitten 2 und 3 gegebenen theoretischen Ausführungen erübrigt sich wohl eine Diskussion dieses Fallbeispiels: Zu fragen bleibt, ob eine Familientherapie im engeren Sinne nicht sinnvoller gewesen wäre.

## 5. Diskussion

Ödipale Konflikte bei Anorexia nervosa werden in der Literatur kaum herausgestellt, Ausnahmen (Mester, 1981) bestätigen fast diese Regel. Aus den bisherigen Abschnitten wurde ersichtlich, daß die Kräfte der ödipalen Konflikte z.T. in die gleichsinnigen (bzw. auch paradox wirkenden) Richtungen (Zwickmühlen) führen wie diejenigen psychodynamischen Kräfte, die gemeinhin in der Literatur über Anorexia nervosa aufgeführt werden. Dies führt zur Gefahr, daß ödipale Konstellationen in der Therapie nicht

hinreichend bearbeitet werden, was wohl auch für die eigenen früheren Behandlungen galt: Der ‚blinde Fleck‘ (was im psychodynamischen Sinne vielleicht zu neutral ausgedrückt ist) des Autors wurde so auch erst durch das Lernen mit der o.a. Patientin aufgehellt. Es wurde dann weiter versucht, bei nachträglicher Durchsicht von Krankengeschichten von Patienten mit A. n. ggf. Hinweise auf übersehene bzw. mögliche ödipale Konstellationen zu erhalten. Es seien hier einige Beispiele angeführt, die durchaus nicht zu spekulative Hinweise liefern, wenn sie sich auch mit diesem Untersuchungsansatz nicht hinreichend verifizieren lassen und zudem auch mit den geläufigen Konzepten bei A. n. erklären ließen:

1.) Die Patientin D. S. besteht auf täglichen Besuch von ihrem Vater und nicht von der Mutter, nur der Vater kann sie dann in ihrer agierend-ängstlichen, trotzig-weinerlichen Haltung beruhigen und ihre Zustimmung zum Verbleib in stationärer Behandlung erhalten. Gewichtszunahme weckt bei der Patientin die Angst, ihr Vater würde nicht mehr kommen, sie „nicht mehr lieb haben“.

2.) Die Mutter von C. L. verbietet der Tochter Fernsehfilme zu sehen, in denen sich Menschen küssen; in bezug auf die Schwangerschaft weiß die Patientin, daß „ein Bazillus im Mutterleib“ wächst; die Mutter läßt die Tochter in ihrer überfürsorglichen Einengung nicht aus den Augen, auf der anderen Seite wird die Schwester der Patientin als „Vitalbombe“ geschildert, die „sexuell sehr entwickelt“ sei; der Onkel berichtet später im Einzelgespräch, daß die Eltern äußerst religiös seien, die Schwester der Patientin den Eltern entglitten sei, mache, was sie wolle, auch sexuell, und der Vater sei zu Hause „Hahn im Korb“.

3.) Die Patientin E. W. bildert in der 2. Sitzung mit dem katathymen Bilderleben, daß sie in einem Buch von einem 14jährigen Mädchen liest, welches mit ihrem Vater lebt und sich dagegen wehrt, eine Schwiegermutter zu bekommen; in den nächsten Sitzungen hilft sie laufend ihrer Mutter in Küche, Haushalt und Garten, pflückt ihr Blumen und bringt ihr Geschenke.

4.) Die Patientin P. K. hat 20,- DM Einkaufsgeld für sich behalten, die Mutter will dies abends dem Vater berichten, ist äußerst entrüstet über das unmoralische Verhalten des Kindes: Die Patientin begeht vor der Rückkehr des Vaters einen SMV.

5.) Die Mutter der Patientin H. S. läßt sich im Erstgespräch sehr viel über ihr frühreifes Kind aus sowie über ihren Schwiegervater, der seine Frau „kein bißchen geliebt habe“, worauf sie in Tränen ausbricht.

6.) Bei der Patientin K. S. sind die Eltern über die kindliche Entwicklung sehr uneins, der Vater meint, das Kind habe sich immer brav und lieb entwickelt, habe an ihm sehr gehangen, die Mutter entgegnet, es sei schon immer schwierig, patzig und trotzig gewesen.

7.) Die Eltern der Patientin M. H. berichten, daß sie sich einmal gezankt hätten, die Mutter sei aus dem Zimmer gelaufen mit der wütenden Bemerkung zum Vater: „Rutsch mir den Buckel runter“, worauf die Patientin unmittelbar mit der Hand die Fensterscheibe eingeschlagen habe.

8.) Die Patientin B.F. berichtet, sie habe sich im Vorschulalter in der Nähe des Vaters immer pudelwohl gefühlt, ihre Mutter habe damals schon immer etwas an ihr auszusetzen gehabt. Als die Eltern sich später trennten, sei sie eigentlich sehr froh gewesen, sie hätte dann angefangen, mehr zur Mutter zu halten, diese habe sie ja auch gebraucht. Wenn sie jetzt manchmal zum Vater gehen würde, sei die Mutter sehr eifersüchtig, so daß sie Angst habe, ihr damit sehr weh zu tun. Weiter käme ihr auch immer der Gedanke, sie würde noch heute ihre Mutter mit dem Vater „betrügen“, und diese Ängste hätte sie auch gegenüber dem neuen Bekannten der Mutter. Die Bekannte des Vaters wird z.T. ausgesprochen aggressiv-eifersüchtig abgelehnt, z.Z. aber auch äußerst unrealistisch in einem positiven Gegensatz zur Mutter gestellt.

9.) Die Patientin R.L. bekommt vom Vater heimlich Briefe, von denen die Mutter nichts wissen darf.

10.) Summarisch sollen noch angeführt werden die für viele Patientinnen zutreffenden folgenden Punkte:

- a) können nicht schmusen, wehren Körperkontakt ab,
- b) Mangel sexueller Aufklärung und triebfeindliche Familien,
- c) wollen lieber Jungen sein; Ekel vor Periode; Ablehnung der weiblichen Rolle und der körperlichen Entwicklung zur Frau,
- d) Eltern vermuten sexuelles Trauma als Auslöser der Erkrankung,
- e) äußerst leicht erweckbare Schuldgefühle der Patientinnen gegenüber ihren Müttern, verbunden mit starken Wiedergutmachungstendenzen,
- f) soziale Isolierung, auch als Folge der Angst vor Versuchungssituationen,
- g) z.T. ausgeprägte Eifersucht gegenüber den Geschwistern,
- h) Schwangerschaftsängste,
- i) Trennung der Eltern wird von den Patientinnen oft ausgeprägt als durch sie mitverschuldet erlebt,
- j) Hyperaktivität und Betriebsamkeit u.a. als Mittel, um andrängende sexuelle (und aggressive) Impulse abzuwehren.

Abschließend zu diesen Beispielen in Bezug auf mögliche Hinweise von ödipalen Konflikten bei A. n. sei nochmals betont, daß ödipale Konstellationen bei A. n. nicht generell unterstellt werden sollen – andererseits erscheint es aber auch so, daß ödipale Konflikte bei A. n. oft übersehen werden und therapeutisch nicht genügend bearbeitet werden.

### Summary

#### *Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa*

It is considered that the oedipus complex often isn't noticed in the treatment of the anorectic patients. After general theoretical introductions about the oedipus com-

plex as well as the psychosexual development with reference to different theories and viewpoints these problems are discussed specifically in context of the psychodynamic and pathogenesis of anorexia nervosa. The considerations are explained with a case report.

### Literatur

- Bachmann, C.H. (Hrsg.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Fischer, Frankfurt/Main, 1972. – Berger, M.: Zur Psychodynamik der Mutter-Kind-Beziehung bei psychosomatischen Erkrankungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 5, 151–164 (1977). – Dührssen, A.: Neurotische Persönlichkeitszüge bei Kindern und Jugendlichen mit anoxischen und hyperphagen Reaktionen. In: Meyer, J.-E. u. H. Feldmann (Hrsg.): Anorexia nervosa, 38–50. Thieme, Stuttgart 1965. – Dies.: Prognose neurotischer Verhaltensstörungen im Kindesalter. Jb. Jugendpsychiat. V, 64–70. Huber, Bern 1967. – Dies.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für Med. Psychologie, Göttingen, 1969. – Eysenck, H.J. und Rachman, F.: Neurose – Ursachen und Heilmethoden. VEB Dtsch. Verlag Wissensch., Berlin 1970. – Heigl, F.S. und Triebel, A.: Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Huber, Bern, 1977. – Köhle, K. und Simons, C.: Anorexia nervosa. In: Thure von Uexküll (Hrsg.), Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban und Schwarzenberg, München 1981. – Kockott, G.: Verhaltenstherapie sexueller Störungen. In: Sigusch, G. (Hrsg.), Therapie sexueller Störungen. Thieme, Stuttgart, 1975. – Levitan, H.L.: Implications of certain dreams reported by patients in a bulimic face of anorexia nervosa. Can. G. Psychiatry, 1981, 26, 228–231. – Mester, H.: Die Anorexia nervosa. Springer, Berlin 1981. – Meyer, J.E. und Feldmann, H.: Anorexia nervosa. Thieme, Stuttgart 1965. – Otte, H.: Überlegungen zur Arzt-Patienten-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa. Praxis 29, 243–246 (1980). – Richter, H.E.: Eltern, Kind und Neurose. Rowohlt, Reinbek 1967. – Selvini-Palazzoni, M.: The families of patients with anorexia nervosa. In: Anthony, E.J. und Koupernik, C. (Hrsg.), The child in his family. Wiley, New York, 319–332, 1970. – Sperling, E.: Die „Magersuchtsfamilie“ und ihre Behandlung. In: Meyer, J.E. und H. Feldmann (Hrsg.), Anorexia nervosa, 156–160. Thieme, Stuttgart 1965. – Sperling, E. und Massing, A.: Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. Zschr. Psychosom. Med. 16, 130–141, (1970). – Steinhausen, H.C.: Anorexia nervosa – eine aktuelle Literaturübersicht. Z. Kinder-Jugendpsychiat., 1979, 7. Teil 1: Diagnostische Aspekte, S. 149–160. Teil 2: Therapie und Verlauf, S. 249–271. – Stierlin, H.: Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1975. – Ders.: Familientherapie bei Adoleszenten. In: Richter, H.E., Strotzka, H., Willi, J. (Hrsg.), Familien und seelische Krankheit. Rowohlt, Reinbek, 1956. – Thomä, H.: Anorexia nervosa. Huber, Bern, 1961. – Vigersky, R.A. (Hrsg.), Anorexia nervosa. Raven Press, New York 1977. – Ziolkow, H.U.: Anorexia nervosa. Fortschr. Neurol. Psychiat. Nervenkr. 1966, 34, 353–396.

Anschr. d. Verf.: Dr. Günther Deegener, Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitäts-Nervenklinik, 665 Homburg/Saar.