

„Ess-Störungen“

„Krankheiten“ oder Folgen eines
„Psychotraumas“?

Neuss, 16. Januar 2015

www.franz-ruppert.de

1



Schönheit oder Krankheit?



Wohlstand oder Schutzpanzer?

Grundformen von sogenannten Essstörungen

- Übermäßiges Essen, Binge eating
- Übermäßiges Fasten
- Nicht-Essen, sog. „Magersucht“
- Wechsel zwischen Nicht-Essen und Binge eating, sog. „Bulimie“

Body Mass Index (BMI) =

Körpergewicht (kg)

dividiert durch

Körpergröße (m)²

Beispiel: $65:(1,68 \times 1,68) = 23,03$

Definition von Unter- und Übergewicht

Untergewicht: BMI unter 19 bei Frauen
unter 20 bei Männern

Normalgewicht: BMI von 19 bis 24 bei Frauen
von 20 bis 25 bei Männern

Übergewicht: BMI ab 25

Behandlungs-
bedürftig: BMI über 30

Psychiatrische Diagnosekriterien der sog. „Magersucht“ (ICD 10, F50.0)

- Deutliches Untergewicht (BMI unter 17,5)
- Selbstinduzierter Gewichtsverlust
- Körperschema-Störung
- Endokrine Störung (Amenorrhoe/Libido-, Potenzverlust)
- Verzögerte körperliche Reifung



Psychiatrische Diagnose Kriterien der sog. Ess-Brechsucht („Bulimie“) (ICD 10 F50.2)

- Fressgier und Essattacken
- Selbstinduzierte Gewichtsreduktion
- Extreme Furcht vor dem Dickwerden





Essen, Fasten und das Serotoninsystem

- Das Serotoninsystem im Gehirn stellt fortlaufend einen Zustand innerer Harmonisierung und Ruhe her
- Kohlehydrate und Fette erhöhen die Verfügbarkeit von Serotonin
- Schokolade eignet sich daher gut zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung
- Beim Fasten bleibt das Serotonin länger im Gehirn wirksam und erzeugt dann ab dem 3. Tag eine ausgedehnte Wohlfühlstimmung
- http://www.youtube.com/watch?v=kNFn_rLO2us

Gängige Annahmen zur Entstehung „Anorexia Nervosa“

- „Die Entstehung und Aufrechterhaltung der Magersucht ist ein multifaktorielles Geschehen, bei dem die intrapsychische Entwicklung im Rahmen biologischer Einwirkungen und unter dem Einfluss soziokultureller und familiärer Interaktionen verläuft.“ (Friedrich u.a. 2013, S.36)
- Genetik, Dysfunktion des serotoninergeren Systems
- Zu starke Orientierung an Diäten und Schlankeitsidealen
- Verstrickung in der Familie, Kampf um Autonomie
- Konfliktvermeidung, niedriger Selbstwert
- Ablösekonflikte, Kind bleiben wollen
- Angst vor Übernahme der Frauenrolle



Einwände zu den gängigen „Magersuchts“theorien

- Diäten- und Schlangheitswahn ist nur eine Rechtfertigungsmöglichkeit für „Magersüchtige“, nicht zu essen, nicht deren Ursache
- Warum sollen Betroffene Angst vor der Frauenrolle haben, wenn die Mütter der „Magersüchtigen“ oft zu den gesellschaftlich erfolgreichereren Frauen gehören?
- Der vermeintliche „Kampf um Autonomie“ ist de facto mehr ein Suchen nach einer sicheren Bindung mit der Mutter

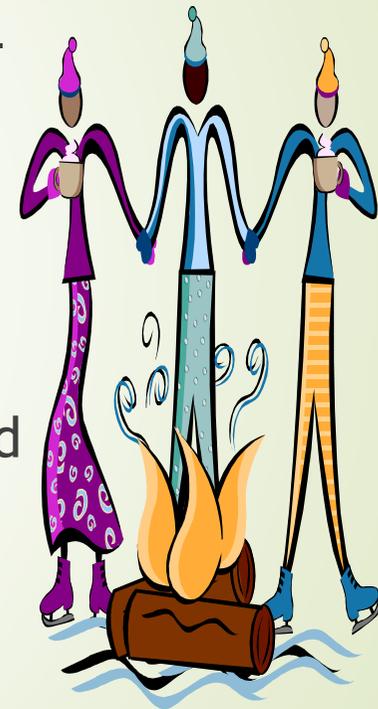
Familiencharakteristika bei Essstörungen

- Grenzüberschreitungen und Koalitionen zwischen den Generationen und innerhalb der Subsysteme
- Asketisches Familienideal, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Gedanken und Wahrnehmungen
- Rationale Widerlegung und Missachtung direkt geäußerter Bedürfnisse
- Verhinderung von Autonomie, um den anderen vorgeblich vor Misserfolgen zu bewahren
- Hoher Stellenwert von Krankheit, Leistung, äußerem Erscheinungsbild
- Keine Vermittlung unbedingter Wertschätzung
- Leugnung aggressiver Gefühle und von Konflikten
- Keine Duldung von Zweierbeziehungen

Quelle: Gerlinghoff & Backmund (1995)

„Magersucht“ aus Sicht der mehrgenerationalen Psychotraumatologie/1

- Massive Bindungsstörung im Verhältnis Mutter-Kind
- Mutter lehnt das Kind ab und/oder kann es emotional nicht an sich heranlassen
- Kind verhungert emotional
- Mutter vermeidet aufgrund eigener Traumaerfahrungen emotionale Nähe zum Kind
- Weil es in der Mutter kein spürbares Gegenüber gibt, spürt das „magersüchtige“ Kind sich selbst und seinen Körper nicht.
- Kind leidet unter einem „Trauma der Liebe“

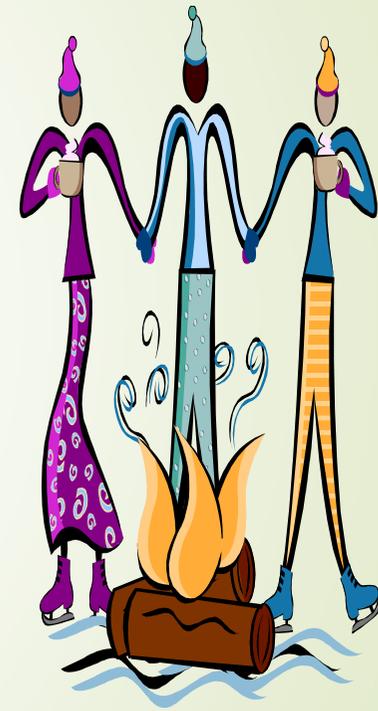


In der Mutter eines „magersüchtigen“ Kindes gibt oft es einen Anteil, der diese Kind nicht haben wollte.

Aussage von Magersüchtigen „Ich fühle mich am Bauch zu dick“ als Hinweis darauf, dass die Mutter nicht mit diesem Kind schwanger sein wollte.

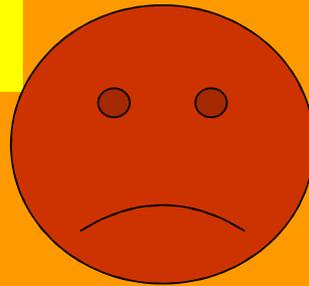
„Magersucht“ aus Sicht der mehrgenerationalen Psychotraumatologie/2

- Mutter hat meist eigene sexuelle Missbrauchserfahrung erlitten
- Mütter sehen unbewusst in einer Tochter ihr eigenes traumatisiertes, inneres Kind
- Sexueller Missbrauch ist oft schon seit Generationen in einer Familie vorhanden
- Kind wird dann oft auch Missbrauchsopfer
- Traumaerfahrungen der Mutter wie ihrer Kinder werden tabuisiert, daher hat „Magersucht“ auch etwas Wahnhafte

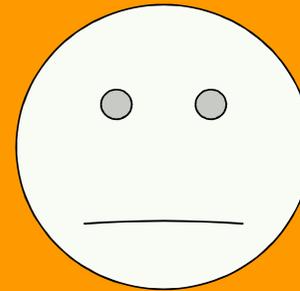


Spaltung der menschlichen Psyche nach einer Traumaerfahrung

Traumatisierter Anteil



Überlebensanteil



Gesunder Anteil



„Magersucht“ als Traumaüberlebensstrategie

- Die eigentlichen Traumata (Liebes- und Sexualtraumata) werden nicht benannt und zur Sprache gebracht
- Es entwickelt sich eine innerfamiliäre und innerpsychische Täter-Opfer-Dynamik, bei der die Täter und Opfer im Verborgenen bleiben
- Die Diagnose „Magersucht = Krankheit“ entlastet die Betroffenen, ihre Familien und das Helfersystem
- Die „Krankheit Magersucht“ wird zum Sündenbock
- Das Helfersystem leistet Täterschutz bzw. unterstützt die Täter-Opfer-Umkehr

Opferhaltung 1: Anerkennung über Leistung

- **Leistung** zu erbringen ist der vergebliche Versuch des Kindes, die Mutter emotional aufzuwecken und ihre Liebe zu gewinnen.
- Die Suche nach **Anerkennung** durch Leistung ist der Abschied von der Hoffnung, um seiner selbst willen als Kind geliebt zu werden.

Opferhaltung 2: Beachtung erzwingen

In der Nahrungsverweigerung **zwingt** das „magersüchtige“ Kind seine Mutter/seine Eltern, sich beständig mit ihm zu befassen.

Opferhaltung 3: Selbstbestrafung

Das Kind lebt mit der „Magersucht“
seine **ohnmächtige Wut** auf seine
Eltern aus, indem es sich selbst
ablehnt.

Opferhaltung 4: Suizidalität

„Magersucht“ ist der Versuch, sich selbst aufzulösen und aufzugeben für die eigenen Eltern (**Suizid durch Verhungern**).

Opferhaltung 5: Täterschonung

- Mutter ist beim „Trauma der Liebe“ die Haupttäterin
- Vater, Stiefvater ... ist nicht selten beim sexuellen Missbrauch der Täter

„Magersucht“, „Bulimie“ und sexueller Missbrauch

- Versuch, die Körperreaktionen unter Kontrolle zu bringen
- Der Körper soll keine Lust empfinden als Reaktion auf die erzwungene sexuelle Stimulation
- Ekel vor Nahrung, wenn Nahrung an orale Vergewaltigung erinnert
- Erbrechen aus Ekel bei oraler Vergewaltigung
- Dem Körper nicht erlauben, sich zu einem Frauenkörper zu entwickeln, um für Missbrauchstäter unattraktiv zu sein

Ein Therapie, die am Symptom „Essen“ ansetzt und die „Magersüchtigen“ zum Essen erziehen und zwingen will, verschleiert die Traumata bei den Betroffenen und ihren Eltern.

Sie ist ein sinnloser Kampf mit den Überlebensstrategien der Betroffenen, wirkt retraumatisierend und verstärkt deren innere Spaltungen.

- „Magersucht“ verliert als Symptom seine Bedeutung, wenn die dahinter liegenden Traumata (nicht gewollt sein, Symbiosetrauma, sexueller Missbrauch) **ans Licht** gebracht und psychotraumatheapeutisch bearbeitet werden.
- Auch bei anderen Formen sog. Ess-Störungen ist es sinnvoller, statt an den Symptomen an der traumatischen Ursachen anzusetzen.

Mögliche Ursachen für das Über-Essen

- Bereits vorgeburtliche Bedrohung zu verhungern (weil die Mutter nicht genug zu essen hat oder bewusst hungert)
- Erfahrung der Mangelernährung nach der Geburt
- Suche nach Trost und Ablenkung im Essen
- Sich durch Dicksein unattraktiv machen für Missbrauchstäter

Literatur

- Friedrich, H.C., Herzog, W., Wild, B. & Schauenburg, H. (2013). Fokale psychodynamische Psychotherapie der Anorexia Nervosa. In Psychotherapie im Dialog, Heft 4, 2013 (S.36-40).
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1994). Magersucht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (Hg.) (1995). Therapie der Magersucht und Bulimie. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Ruppert, F. (2012). Trauma, Angst und Liebe. München: Kösel Verlag.
- Ruppert, F. (2014). Frühes Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Wardetzki, B. (1996). „Iß doch endlich mal normal!“ München: Kösel Verlag.