

## Paarbeziehungen essgestörter Menschen –AES Nachrichten 2/2001

Dr. phil Erika Toman, Leitende Psychologin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hohenegg, Meilen und Vorstandsmitglied AES

Welchen Einfluss haben Essstörungen auf die Beziehungsgestaltung der betroffenen Menschen ? Obwohl diese Frage von grosser praktischen Bedeutung ist, wird sie in der Öffentlichkeit selten gestellt. Wir im Vorstand der AES haben uns gefragt, warum dem so ist. Und wir haben beschlossen, diesem wenig beschriebenen, doch im Alltag der Betroffenen und Ihrer Behandler allgegenwärtige Thema einen Beitrag in unserer Zeitung zu widmen. Grundsätzliche Überlegungen zum Thema werden ergänzt durch ein Gespräch, das Herr Dr. med. Krämer \* gezielt mit dem Partner einer Betroffenen geführt hatte (siehe Kasten).

### Einführende Informationen

Zu den Essstörungen werden die Magersucht (Anorexie), die Ess-Brech-Sucht (Bulimie), die unspezifischen Essstörungen und seit kurzem auch das Uebergewicht mit Essanfällen gezählt.

Ich werde mich nachfolgend auf die Beschreibung der Anorexie und ihrer Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung konzentrieren. Die Dynamik, welche die verschiedenen Essstörungen in den Beziehungen zu nahen Bezugspersonen auslösen, ist nämlich je nach Art der Essstörung recht unterschiedlich. Das zur Illustration angefügte Interview beschreibt die Situation einer anorektischen jungen Frau und ihres Partners.

### **Symptome**

Zu den Symptomen der Anorexie gehört nebst einem **starken Untergewicht** und der Tatsache, dass **der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt** wird, eine **Körperschema-Störung** und eine **Störung des Hormonhaushaltes** (endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse).

**Die Körperschemastörung** bewirkt, dass die Betroffenen sich dick sehen, obwohl objektiv bereits ein Untergewicht besteht. Sie können sich aufgrund ihrer

Körperschemastörung nicht so sehen, wie sie eigentlich sind und von anderen gesehen werden. Betrachten sie sich z.B. im Spiegel, so fassen sie in ihrer subjektiven Wahrnehmung die geringsten Hautfalten als riesige Fettpolster auf.

**Die endokrine Störung** manifestiert sich bei Frauen als Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe), bei Männern als Libido und Potenzverlust.

Wenn die Erkrankung vor der Pubertät auftritt, ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt; durch den Wachstumsstopp bleibt bei Mädchen die Brustentwicklung und die erste Regelblutung (primärer Amenorrhoe) aus, bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich. Zum Glück können diese fehlenden Pubertäts-Entwicklungsschritte nach einer Genesung nachgeholt werden, mit Ausnahme des Wachstumsstopps.

An einer Anorexie erkranken zu 90 % Frauen, zu ca. 10 % Männer. In 5 – 20 % der Fälle verlaufen Anorexie-Erkrankungen tödlich.

Aus der oben aufgezählten Symptomatik und der Information zum Verlauf ergeben sich bereits deutliche Implikationen für die Beziehungsgestaltung, und zwar alleine schon durch die Tatsache, dass diese Krankheit vorhanden ist. Auf welchem Hintergrund diese entstanden ist, ist dabei zunächst nicht von Bedeutung. Ich werde nachfolgend die Auswirkungen dieser Erkrankung für die Beziehungen einer erkrankten Frau und eines erkrankten Mannes gesondert beschreiben.

### **Auswirkungen bei Frauen**

Durch die Erkrankung kommt es zu deutlichen Veränderungen der körperlichen Erscheinung, der hormonalen, der metabolischen und der Neurotransmitter-Ebene. Der Körper einer anorektischen Patientin gleicht in seiner Erscheinung und seiner hormonellen Situation demjenigen eines vorpubertären Mädchens.

Bezeichnenderweise wird bei den Frauen bei den endokrinen Störungen vom Ausbleiben der Menstruation gesprochen, bei Männern vom Verlust der Libido und der Potenz. Wichtig ist zu wissen, dass auch bei Frauen der Libido- und der Potenzverlust einsetzt, der Verlust der Menstruation jedoch das am besten sichtbare Merkmal dieser Veränderungen darstellt. Eine deutlich untergewichtige, anorektische Frau empfindet aufgrund ihrer hormonalen Lage jedoch, ähnlich wie der Mann, meist

**kein libidinöses Begehren.** Die metabolischen Veränderungen führen zu Schwäche, gesteigertem Kälteempfinden und gestörter Verdauung. Die Veränderungen der Neurotransmitter-Ebene unterhalten **Veränderungen der Stimmung, der Konzentration und des Denkens.** Im Teufelskreis der Symptome verändert sich die innere Welt der Betroffenen. Die starke Beschäftigung mit den Themenbereichen Essen und Gewicht führt dazu, dass den üblichen Lebensbereichen immer mehr Energie und Aufmerksamkeit entzogen und das Leben ausserhalb der Teufelskreisthematik immer entleerter und unattraktiver wird, bis Essen, Gewicht, Körper und Aussehen schliesslich zum fast einzigen Lebensbereich der Patientinnen wird, der mit Leben (Libido, Energie) angereichert ist und um das Denken der Patientinnen fast ausschliesslich kreist. **Soziale Kontakte werden gemieden,** da sie die essgestörte Eigenwelt der Patientin durcheinander bringen.

Erschwert wird die Situation im Kontakt mit einem Gegenüber, durch die bereits erwähnte Körperschemastörung. Für einen Aussenstehenden ist es praktisch unvorstellbar, wie eine bereits deutlich abgemagerte Frau sich übergewichtig fühlen kann oder aufgrund des Verzehrs von einigen Bissen Brot oder Schokolade sich bereits als monströs aufgebläht erleben kann.

### **Auswirkungen bei Männern**

Bei Männern stellt sich die Situation ähnlich dar, nur dass sie aufgrund ihrer spezifischen Physiognomie den deutlichen Libido- und Potenzverlust kaum kaschieren können und Beziehungen zum anderen Geschlecht dadurch meist von vorneherein als rein platonisch, zum Teil sogar als unmöglich angesehen werden.

### **Zum Interview**

Die Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung wurden sehr anschaulich und ausführlich beschrieben, so der Umgang der Freundin mit dem Essen, der sozial sehr einschränkend war. Nicht gemeinsam kochen können, oft auch nicht gemeinsam essen können, soziale Anlässe und Kontakte mit Freunden, die mit Essen verbunden wären, meiden müssen. Sehr gut beschrieben ist auch das zwanghafte Verhalten und Kontrollbedürfnis der Partnerin beschrieben, das bei ihr

zum Aufschreiben von Fr. -.05 im Kontrollheft führte. Ähnlich diesem Budgetheft wird gedanklich im inneren Kontrollheft jeder Biss Essen protokolliert.

Auch wird dargestellt, wie die **Sexualität** vom Essverhalten geprägt war. Die Betroffene sei sehr oft abwesend gewesen, und ihr Partner wusste nicht, ob sie Lust empfand oder nur so tat. Wir wissen aufgrund des oben Ausgeführten, dass sie damals wohl selten echte sexuelle Erregung empfand. Dies ist ein schwieriger Punkt in Paarbeziehungen. Aufgrund der Anpasstheit, der Freundlichkeit und den Schwierigkeiten mit Aggressionen, die diese Patientinnen oft haben, ist es für sie schwierig, sich gegen sexuelle Bedürfnisse und Aktivitäten des Partners abzugrenzen. Die meisten Patientinnen haben kein genuines Bedürfnis nach sexuellem Kontakt. Sie haben jedoch ein grosses Bedürfnis nach Nähe, nach Geborgenheit und nach Verstandenwerden. Meistens erleben sie die Sexualität als eine Art ausgleichender Gerechtigkeit. Das Befriedigen ihrer Bedürfnisse nach Nähe, Zuneigung und Geborgenheit „bezahlen“ sie mit Sexualität. Sie befürchten auch, die geliebten Partner sonst zu verlieren.

Hier ein wichtiger Unterschied zu den Paarbeziehungen von Männern. Diese können, wie bereits erwähnt, aufgrund ihrer physiologischen Beschaffenheit nicht mit Sexualität „bezahlen“.

## **Ressourcen**

Nach den obigen Ausführungen bleibt nun die Frage, wie trotz allen beschriebenen Schwierigkeiten Paarbeziehungen anorektischer Menschen entstehen und fortdauern. Zu den bisher nicht erwähnten Charakteristika vieler essgestörter Patientinnen und Patienten gehört, dass sie äusserst differenziert, sensibel, kreativ, feinfühlig, einfühlsam sind. Im Kontakt mit anderen erscheinen sie angepasst, rücksichtsvoll, umsorgend, wenig anspruchsvoll. Der einzige Punkt, um den herum Konflikte entstehen, ist in der Regel ihr Essverhalten. Hier können die Betroffenen grosse Widerstände, Aggressionen und Kantigkeiten entwickeln.

Solange das Essverhalten und das Untergewicht im engeren Sinn nicht zum Thema der Beziehung werden, können diese Menschen äusserst angenehme und lebenswürdige Partner sein. Aus dem beigefügten Erfahrungsbericht erfahren wir leider wenig über die lebenswürdigen, fesselnden Seiten der Patientin. Dennoch wird zwischen den Zeilen deutlich, dass sie solche sicherlich besass und dass diese

ihrem Partner helfen, die beschriebenen Schwierigkeiten im Umgang mit Essverhalten, Sexualität, Freizeitgestaltung und sozialen Kontakten auszuhalten.

### **Fallbeispiel 1**

Hierzu kommt mir eine heute 35-jährige Patientin in den Sinn, die vor 3 Jahren, nach 17 Jahren schwerer anorektischer Erkrankung, in unserer Klinik zur Behandlung kam. Sie wurde nach einer 6-monatigen Therapie in einem deutlich gebesserten Zustand entlassen. Bereits vor ihrer Hospitalisation hatte sie einen „Kollegen“, der sie durch alle Schwierigkeiten der Erkrankung und der Genesung hindurch begleitete. Er forderte von ihr nie mehr an Nähe und Kontakt, als es für sie im jeweiligen Zeitpunkt möglich war. Erst nach der Zunahme von gut 20 kg fand sie selber zu ihren eigenen Bedürfnissen nach körperlichem Kontakt und Sexualität. Sie empfand zunehmend einen echten Wunsch nach körperlichem Kontakt und Nähe mit diesem „Kollegen“. Langsam und behutsam wandelte sich die kollegiale Beziehung in eine Paarbeziehung. Erst 2 Jahre nach Beginn der Paarbeziehung war ein sexueller Kontakt im engeren Sinn möglich. Aus der heutigen Sicht der Patientin war es für sie und für die Beziehung wichtig, dass ihr Partner sie nicht zum Leben von Sexualität drängte, sondern ihr die Möglichkeit liess, ihr sexuelles Begehren in ihrem eigenen Tempo zu entdecken und zu erfahren. Heute ist die junge Frau mit dem damaligen „Kollegen“ verheiratet und sehr glücklich.

### **Fallbeispiel 2**

Als Gegenbeispiel möchte ich den Verlauf einer anderen anorektischen Patientin, die ebenfalls seit gut 20 Jahren an dieser Krankheit leidet anfügen. Ihr Ehemann hielt zwar im Verlauf der Erkrankung treu zu seiner Frau, machte jedoch den Fortbestand der Beziehung von regelmässigen sexuellen Kontakten abhängig, egal in welchem Stadium der Anorexie die Patientin war. Heute wiegt die Patientin 34 kg bei einer Grösse von 168cm und kann die Paarbeziehung nur aufrechterhalten, wenn sie bereit ist, 2 x im Monat mit ihrem Ehemann sexuellen Kontakt auszuüben. Nach meiner Einschätzung trägt diese Situation nebst anderen Faktoren zur Chronifizierung der Erkrankung dieser Patientin bei.

## **Facit**

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, wie wichtig die Reflexion der Dynamik von Paarbeziehungen anorektischer Frauen und Männer ist. Die Inhalte und Schlussfolgerungen dieser Reflexionen sind jedoch schwierig und für viele Partner und Betroffene nicht angenehm. Teilweise liegen sie bereits einem Tabubereich nahe. Auf diesem Hintergrund wird die Seltenheit, mit der über dieses Thema gesprochen und geschrieben wird, gut verständlich. Eine Veränderung dieser Situation ist jedoch angesagt.