

Bulimie und das Unverdaubare

Dr. phil. Erika Toman
Berner Schriftenreihe, 2002

Mein Beitrag trägt den Titel „Die Bulimie und das Unverdaubare“. Daraus erwächst die Frage, was das Unverdaubare für den Patienten, dass immer wieder in Form von Nahrung herein genommen und dann mit Ekel und Abscheu wieder ausgestossen wird wohl ist, oder auch was das Unverdaubare an der Behandlung der Bulimie für uns, die Behandelnden sein könnte, die oft um Hilfe gebeten werden, deren Hilfe dann aber nicht selten als ungenügend und unbrauchbar wieder zurückgewiesen wird.

Einführung

Zunächst einige einführende Informationen zur Epidemiologie, Krankheitsverlauf und Outcome der Bulimie.

Die Bulimie ist eine Frauenkrankheit. 90 Prozent der erkrankten Personen sind Frauen, 10 Prozent Männer. Der Anteil der betroffenen Männer ist steigend, vorwiegend derjenigen, die im Showbusiness und in der Modebranche tätig sind.

Die Prävalenz von Bulimie bei Mädchen und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren wird nach neueren Untersuchungen mit 2 – 4 % angegeben.

Der häufigste Zeitpunkt der Erkrankung liegt zwischen 14 und 18 Jahren. Die Bulimie ist eine Krankheit der westlichen Welt, der sogenannten zivilisierten Gesellschaft. Die Diagnose Bulimie ist seit 1980 standardisiert, dennoch ist die Bulimie heute noch oft heimliche Krankheit.

Tabelle 1

Einjahres Prävalenz-Raten auf 100'000 junge Frauen

Behandlung	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
0. Gemeinschaft	370	1'500
1. Erstversorger	160	170
2. Psychiatrisch - Psychotherapeut. Behandlung	127	87
Prozente	34 %	5,8 %

Nach Hans W. Hoek: The Distribution of Eating Disorders; Eating Disorders; Eating Disorders and Obesity; 1995; The Guilford Press

Tabelle 1 zeigt die Prävalenz-Rate von Anorexie und Bulimie aus dem Jahre 1995 und unterstreicht gleichzeitig das „Geheime“ der Bulimie. Von 370 jungen Frauen, die in der Gemeinschaft als an einer Anorexie erkrankt auffallen, werden 127 nämlich 34 % psychiatrisch-psycho-therapeutisch behandelt. Von 1500 an Bulimie erkrankten Frauen werden gerade 87, 5,8 % also, psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut.

Bulimische Frauen leiden durchschnittlich 6 Jahre an der Erkrankung, bevor sie fachliche Hilfe beanspruchen.

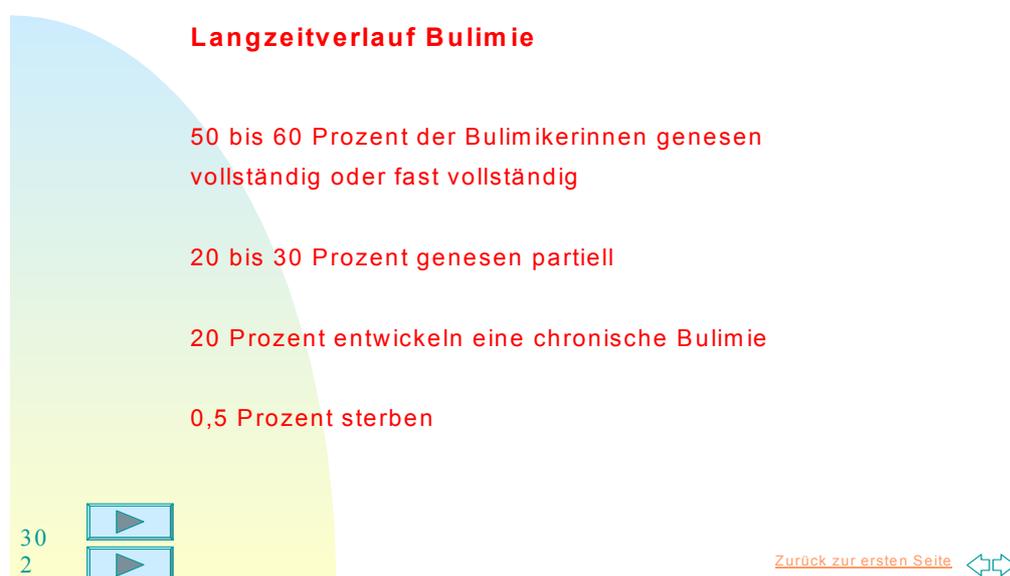


Tabelle 2

Die Bulimie ist eine Erkrankung, die in 20 % chronische Verläufe, in 20 – 30 % deutliche Besserung und in 50 – 60 % vollständige Genesung und Spontanremissionen zeigt. Die Sterberate ist im Vergleich zur Anorexie gering, die Beeinträchtigung der Lebensqualität hingegen enorm.

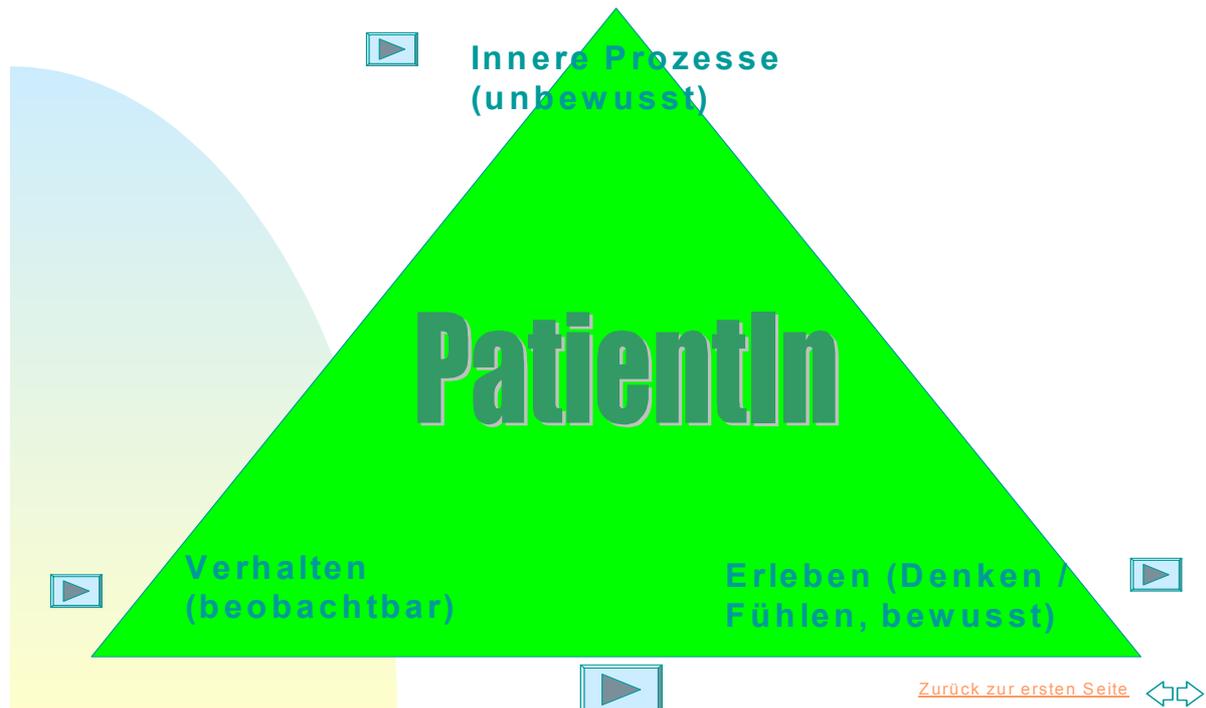
Die Krankheit Bulimie scheint sich zunächst vollständig um den Körper, in der Regel den weiblichen Körper, zu zentrieren. Hierbei wird der schlanke bis magere, perfekt durchtrainierte, möglichst fettfreie Körper idealisiert. Das Spektrum der möglichen Schönheiten eines weiblichen Körpers wird beschnitten und eingeeignet (Orbach, 1979; Fallon et. al., 1994).

Das Denken der Erkrankten dreht sich fast ausschliesslich um den Pol der äusseren Schönheit - der Schönheit des weiblichen Körpers. Die Thematik des Unverdaubaren, die nicht ausschliesslich um die körperliche Schönheit zentriert ist, bleibt zunächst verborgen.

Wir werden nun das Thema von verschiedenen Seiten anschauen: Aus der Sicht der Patientin, aus der Sicht des übergeordneten Verstehens und aus dem Blickwinkel der möglichen Behandlungsansätze.

Auf der Ebene Patientin unterscheiden wir den Pol des beobachtbaren Verhaltens, den Pol des bewussten Erlebens, nämlich das Denken und das Fühlen, und den Pol der unbewussten inneren Prozesse.

Tabelle 3



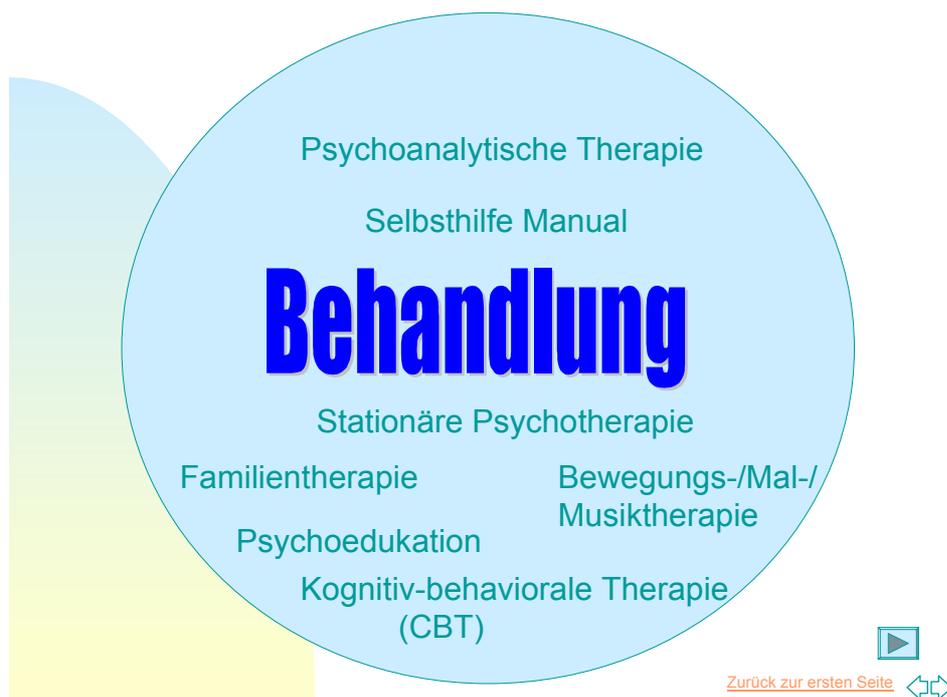
Beim Versuch die Erkrankten zu **verstehen**, begegnen wir Stichworten wie Genetik, Psychodynamik, Familiendynamik, Komorbidität, Motivation, psychosoziale Zusammenhänge, Realtraumata, Psychobiologie, erlerntes Fehlverhalten, dysfunktionale Kognitionen u.a. (Fichter, 1985; Brownell & Fairburn, 1995;).

Tabelle 4



Auf dem Verstehen der Erkrankung gründen die **Behandlungsansätze**. Wir finden eine grosse Bandbreite von Behandlungen, so z.B. die psychoanalytische Therapie, Selbsthilfemanuale, stationäre Psychotherapie, Familientherapie, Psychoedukation, Bewegungs-, Mal- und Musiktherapie, kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) u.a. (Geringhoff & Backhaus, 1995; Herzog et al., 1997; Reich & Cierpka, 1997; Schmidt & Treasure, 2000;).

Tabelle 5



In der Folge möchte ich nun versuchen, aus der Fülle und der Komplexität der Verstehen- und Behandlungsansätze von Essstörungen einige Hauptthemen herauszugreifen, die mir für das Verstehen des Unverdaubaren bei der Bulimie besonders zentral erscheinen.

Wenn wir das Verhalten einer bulimischen Patientin beobachten, so stellen wir fest, dass sie während den Mahlzeiten gar nicht oder aber im Übermass isst, dass sie nach dem Essen verschwindet, oder dass sie nur bestimmte Nahrungsmittel zu sich nimmt, Essen im Zimmer hortet, Laxantien in grossen Mengen verbraucht, evtl. stiehlt oder lügt, sich häufig wiegt und Verabredungen nicht einhält (Gerlinghoff & Backmund, 1987).

Ein Teil dieses beobachtbaren Verhaltens ist in der diagnostischen Nomenklatur der Bulimie wieder zu finden.

Tabelle 6

ICD-10 (F50.2)	DSM-IV (307.51)
<ul style="list-style-type: none"> • Andauernde Beschäftigung mit Essen • Essattacken..... • Verschiedene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle:... • Krankhafte Furcht davor, dick zu werden, selbstgesetzte Gewichtsgrenze weit unterhalb des prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewichtes 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholte Episoden von Fressanfällen (binge eating) mit Kontrollverlust... • Kompensatorische Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle:..... • Fressanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen treten seit mind. drei Monate/ zweimal pro Woche • Die Selbstbewertung ist übermässig von der Figur und dem Gewicht abhängig

[Zurück zur ersten Seite](#) 

Weiter gehört zur Diagnostik der Bulimie die krankhafte Furcht davor, dick zu werden, die selbst gesetzte Gewichtsgrenze weit unterhalb des prämorbidem, vom Arzt als optimal oder gesund betrachteten Gewichtes und die Selbstbewertung, die übermässig von der Figur und dem Gewicht abhängt. Diese Faktoren gehören nicht mehr zu der Ebene des Verhaltens, sondern zu der Ebene des bewussten Erleben, Denken und Fühlen der Patientin. Hier finden wir in der diagnostischen Nomenklatur die andauernde Beschäftigung mit Essen, massive, innere Unruhe und innere Spannungen, Selbstwertprobleme, Selbstbewertung wird an die Figur und das Gewicht ge-

knüpft, Neid und Rivalität, Ohnmacht, Scham, Angst vor dem Erwachsen werden, Schlank sein als Ideal, Verwirrung, Chaos, orgasmisches Erleben beim Ess-/Brechanfall, Ekel, Mühe mit Abgrenzung, Leere und Langweile, Trauer (Jacobi et. al., 1991).

Wenn wir uns nun in der Tabelle 3 (Patient) den dritten Pol anschauen, der mit "innere Prozesse" (unbewusst) bezeichnet ist, so kommen uns als Behandelnden Stichworte wie Autonomie- und Abhängigkeitskonflikt, Ich im Konflikt mit dem Ich-Ideal, Schwierigkeiten mit der Separation und Individuation, oraler Konflikt, oral-sadistisches Über-Ich, mangelndes Urvertrauen und Motivation zur Änderung in den Sinn. Diese Prozesse sind dem Bewusstsein der Betroffenen zu Beginn der Behandlung meist unzugänglich.

Das Wesen des Unverdaubaren ist weder aus der reinen Beobachtung der Patientinnen noch aus dem Gespräch mit ihnen über das, was sie fühlen und über sich und die eigenen Symptome denken zu verstehen.

Die bulimischen Patientinnen verstehen ihr "komisches Verhalten" selber nicht. Damit wir Fachleute es verstehen, ist ein Vorsprung an Verstehen und Wissen notwendig. Nur so können wir den Patientinnen weiterhelfen.

Das Vertiefen sämtlicher bisher angesprochenen Aspekte führt zum besseren Verstehen der Bulimie und des Unverdaubaren.

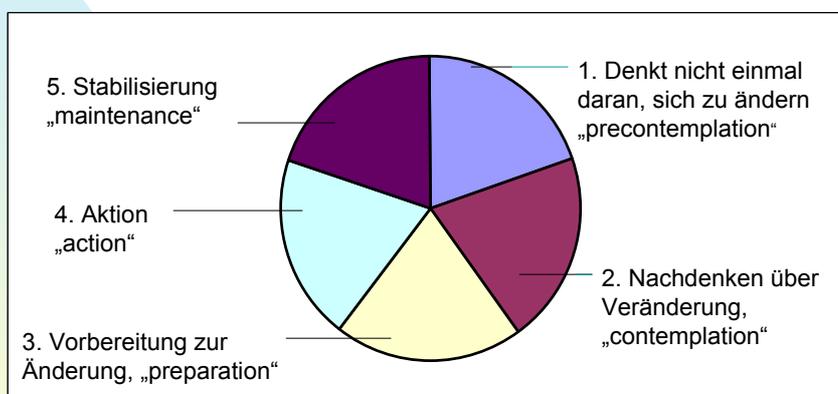
Ich möchte mich im heutigen Beitrag auf die Motivation, die Familiendynamik, die dysfunktionalen Kognitionen und insbesondere auf die Psychodynamik konzentrieren, da ich meine, dass unabhängig vom konkreten, psychotherapeutischen Handeln diese Modelle substanzielle Beiträge zum Verständnis des Unverdaubaren darstellen.

Motivation zur Veränderung

Zunächst zur Motivation zur Veränderungen, die ja sehr unterschiedlich sein kann und für uns Behandelnden unterschiedliches impliziert. Prohaska & Di Clemente (1994) haben die Phasen der Motivation zur Veränderung konzeptualisiert.

Tabelle 7

Phasen in der Motivation zur Veränderung



Prochaska, Di Clemente & Norcross
(1992)



[Zurück zur ersten Seite](#)

Ich möchte nun einige Ausschnitte aus Gesprächen mit Essstörungspatientinnen zitieren, die diese verschiedenen Motivationsphasen widerspiegeln:

“Ich weiss gar nicht, was die Eltern haben, warum es so schlimm sein soll. Ich esse einfach nicht mit der Familie. Ich habe es auch nicht gerne, wenn sie mich ausfragen. Für die Eltern, insbesondere für die Mutter, gehe es nicht mehr so weiter. Angeblich zerstöre ich das ganze Familienleben. Mein Ziel wäre es jedoch, noch weiter abzunehmen.

Ich möchte wie Kate Moss aussehen, das ist mein grösstes Ideal. Ich möchte aber die Beziehung zu meiner Familie nicht zerstören, ich möchte, dass es zu Hause geht und ich glaube, mir bleibt nichts anderes übrig, als mich behandeln zu lassen.”

Diese Aussage kann zwischen Phase 1 und 2 angesiedelt werden zwischen “denkt nicht daran, sich zu ändern resp. denkt über Veränderungen nach”.

Ein anderes Zitat zeigt die Patientin in der Phase 3 und 4 in Bezug auf das Erbrechen und in der Phase 1 und 2 in Bezug auf die Fixierung auf ein unterdurchschnittliches Körpergewicht:

“Seit Jahren nehme ich mir vor, dieses dumme Verhalten loszuwerden. Ich schaffe es einfach nicht, mit dem Erbrechen aufzuhören. Ich kann mich an meine Essvorgaben nicht halten, esse dann mehr, als ich mir vorgenommen habe, und denke dann, dass es nicht mehr darauf ankommt. Danach esse ich grosse Mengen und erbreche sie. Ich finde dieses Verhalten schlecht, ich möchte es loswerden. Ich möchte jedoch auf gar keinen Fall zunehmen, eher etwas abnehmen, bei meiner Grösse von 1,68 m könnte ich höchstens 50 kg akzeptieren.”

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit noch auf den Satz lenken: *„Ich kann mich an meine Essvorgaben nicht halten, ich esse dann mehr, als ich mir vorgenommen habe und*

denke dann, dass es nicht mehr darauf ankommt“ als Beispiel einer dysfunktionalen Kognition, die wir weiter unten ausführlicher besprechen werden.

Hier eine Patientin in der Motivationsphase zwischen 3 und 4:

“Während des Tages esse ich schon recht regelmässig, aber manchmal, insbesondere abends, halte ich es mit mir selber nicht mehr aus. Ich fühle mich dann so leer und unruhig und beginne dann wieder mit dem Essen, obwohl ich gar keinen Hunger habe und dann geht es wieder los wie früher, oder ich kann Stress einfach nicht aushalten. Essen ist meine Art mit Schwierigkeiten fertig zu werden. Ich weiss nicht, was ich ohne dieses Ventil machen würde, und doch möchte ich es unbedingt ohne versuchen“.

“Ich denke immer, wenn ich so eine Krise habe, wenn ich doch nur 10 kg weniger wiegen würde, dann würde alles viel besser gehen, aber ich weiss inzwischen, dass ich mich genau so gefühlt habe, als ich 10 kg weniger hatte. Dass dieses Gefühl, wenn ich weniger wäre, ginge alles viel besser, nie aufhört. Es ist irgendwie eine Sackgasse, da will ich nicht weiter hinein, da muss ich raus.“

Hier ganz deutlich jemand in der Phase 4 und zwar nicht nur in Bezug auf das Symptom Erbrechen, sondern auch in Bezug auf die Fixierung auf ein unterdurchschnittliches Gewicht.

Und zum Abschluss noch ein paar Worte von einer Patientin, die schon sehr weit in der Motivation zur Veränderung ist:

“Gestern hatte ich wieder eine solche Wut auf meine Mutter, nachdem sie mich am Telefon eine Stunde lang belabert hatte. Danach bin ich jedoch ins Stationszimmer gegangen und habe kurz mit Frau Meier gesprochen, dann ein Bad genommen und meiner Mutter einen Brief geschrieben. Danach ging es mir wieder gut und ich war stolz auf mich, nicht gegessen und erbrochen zu haben.“ Hier ganz klar jemand am Ende der Phase 4 und zu Beginn der Phase 5.

Das Modell von Prochaska und Di Clemente im Hinterkopf zu haben, erleichtert den Umgang mit bulimischen Patienten. Versucht man nämlich eine Patientin in der Phase 1 resp. 2 an Erfolgen zu messen, die der Phase 4 resp. 5 entsprechen, verbleibt man frustriert zurück. Diagnostiziert man jedoch korrekt die aktuelle Phase in der Motivation zur Veränderung, so kann die Bewegung aus der Phase 1 in die Phase 2 resp. aus der Phase 2 in die Phase 3 bereits als befriedigend erlebt werden.

Ich-Syntone und die Ich-Dystone Symptome

Die Motivation zur Veränderung als solche gibt es nicht. Die **Motivation zur Veränderung einzelner Symptome** hingegen wohl. Bei der Bulimie sind klar die Ich-Syntonen von den Ich-Dystonen Symptomen zu unterscheiden.

So wird meistens das Ich-Dystone Symptom Ess-Brechattacke als Eintrittskarte in eine Therapie präsentiert. Die Ich-Syntonen Symptome jedoch, nämlich das Zielgewicht im unteren Normbereich zu halten, das Selbstwertgefühl an Aussehen und Figur zu binden und oft auch Stehlen, Lügen und andere akzessorische Phänomene, werden zunächst nicht zum Ziel der Veränderung gemacht.

Die TherapeutInnen geraten damit in das typische Dilemma der Bulimiebehandlung: **Die Patientin will keine Ess-Brechanfälle mehr haben, will jedoch gleichzeitig nicht essen, da sie Gewichtszunahme befürchtet und weitere Gewichtsabnahme anstrebt.** Damit stellt sie sich gegen eine der wichtigsten Verhaltensänderungen, die für das Überwinden der Bulimie notwendig sind, nämlich die Rhythmisierung der Nahrungsaufnahme und den, zumindest vorübergehenden, Verzicht auf Gewichtsabnahme. Wenn diese Diskrepanz bewusst angesprochen wird, belastet sie das therapeutische Geschehen weniger und ist für die Patientin hilfreich.

Bedeutet Selbständigkeit zwangsläufig auch Ungeborgenheit?

Nun möchte ich auf verschiedene psychodynamische Konzepte zu sprechen kommen, die für mich hilfreich sind und waren beim Versuch, das Unverdaubare der Bulimie zu verstehen. Es sind dies insbesondere die Theorie über Separation und Individuation von Margreth Mahler und das Konzept des Holdings von Winnicott.

Das psychoanalytische Verständnis der Essstörungen geht auf Freud (1901, 1930) zurück, der die Bulimie, resp. das psychogene Erbrechen als den Ausdruck einer darunter liegenden oral-sadistischen, kannibalisch-sexuellen Phantasie deutete. Das Bild oraler Sexualität evtl. mit dem Verschlucken des Geschlechtsgliedes des Vaters wurde diskutiert. Das psychogene Erbrechen wurde als hysterisches Symptom gedeutet, welches aus unbewussten, sexuellen Konflikten entsteht. Ohne diesen Ansatz besonders vertiefen zu wollen, möchte ich auf das Konzept der fehlgeleiteten libidinösen Besetzung hinweisen, die zum Vermischen der oralen und genitalen Energien führen kann. Dabei taucht das Bild bulimischer Patientinnen auf, die oft grosse Schwierigkeiten beim Essen in Gemeinschaft formulieren. Primär, sozusagen von Aussen gesehen, sind das Verhalten und der dahinter spürbare Druck nicht zu verstehen. Die Patientinnen wollen beim Essen nicht beobachtet werden, sie schämen sich, wenn man sieht, dass es ihnen schmeckt, wobei sie nicht nur während des gierigen Essanfalles, sondern auch während nicht zu Essanfällen führenden Mahlzeiten nicht beobachtet werden wollen und am liebsten alleine essen. Es käme ihnen vor, als würden sie etwas Intimes öffentlich machen, sie würden sich schämen und sich schlecht vorkommen, berichten sie oft. Freud erwähnt im Zusammenhang mit dem Ess-Brechverhalten die orale Sexualität evtl. mit Verschlucken des Geschlechtsgliedes des Vaters. Diese Bemerkung zielt auf die innere Realität der Patientin hin. Heute wissen wir jedoch, dass häufig Realtrauma zur Geschichte bulimischer Patienten gehören. 60 – 80 % stationär behandelte Patientinnen mit Bulimie weisen eine Missbrauchsgeschichte mit sexuellem Übergriff, Inzest oder Vergewaltigung auf, zu welcher nicht selten auch Nötigung zum oralen Geschlechtsverkehr gehört (Masson, 1984). Diese Leiden sind dem Patienten oft nicht bewusst, das Unverdaubare dieser Erfahrungen drückt sich jedoch oft verschoben in der bulimischen Symptomatik aus.

Ich möchte nun auf die Individuations- und Separationsphasen von Margaret Mahler (1979) eingehen, da Schwierigkeiten mit der Separation und Individuation ein zentrales psychodynamisches Thema der Bulimie darstellen. Auf dem Hintergrund des bereits Gesagten, möchte ich besonders den von allen Patientinnen beschriebenen Zustand **vor** einem Ess-/Brechanfall in Ihr Bewusstsein rufen.

Alle Patientinnen berichten von starker inneren Unruhe und inneren Spannung und vom Gefühl, sich nicht anders beruhigen zu können, als mit dem Essen

und dem darauffolgenden Erbrechen. Egal, ob sie von Langeweile, Trauer, Wut, Angst oder einfach nur diffuse von Stress oder Unruhe berichten, ihr Gefühl verdichtet sich zu dem Gedanken: "Ich halte es ohne den Ess-/Brechanfall nicht aus". Bei der einen Patientin steht der Wunsch nach Essen im Vordergrund, bei der anderen der nach Erbrechen.

Die zentrale Frage für uns heute ist, **w a s** halten die Patientinnen nicht aus und warum wird das Unaushaltbare durch den Ess-/Brechanfall gelindert, wenn auch nur kurzfristig.

Hilde Bruch (1980) erweiterte das Verständnis für diese Symptome, in dem sie Freuds Verständnis, das auf der ödipalen Ebene basierte, eine präödipale aus dem Bereich der Separations- und Individuationsphase nach Margret Mahler zugrunde legte. Die Annahme einer Ich-Schwäche und einer Störung in den zwischenmenschlichen Beziehungen mit erschwerten Verinnerlichung guter und schlechter Objekte war die Folge. Sie formulierte die **Ambivalenz aus dem Wunsch, eine individuelle Person zu sein und gleichzeitig mit der Mutter verbunden zu bleiben**. Hilde Bruch (1980) wies besonders daraufhin, dass ess-gestörte Patienten oft sehr grosse Schwierigkeiten hatten, innere Zustände wie Hunger, Sättigkeit, aber auch Durst, Kälte, Müdigkeit usw. wahrzunehmen und zu benennen.

Ich setze die Kenntnis der Theorie von **M. Mahler** weitgehend voraus, die auch zum Verständnis von Borderline-Persönlichkeiten von grosser Bedeutung ist, besonders den Aspekt der Selbst-Objekt-Differenzierung. Die Darstellung nach Blank & Blank fasst das Modell graphisch zusammen, welches ich nachfolgend kurz kommentieren möchte.

Die Altersstufe von 16 bis 18 Monaten scheint ein Knotenpunkt der Entwicklung zu sein. Das Kleinkind befindet sich dann auf der Höhe dessen, was Mahler den "idealen Zustand des Selbst" nennt, bei dem die symbiotische Zweieinheit aufgebläht wird, durch das Gefühl von Omnipotenz, bei dem sich das Kleinkind im Besitz eigener magischer Kräfte fühlt. Im Alter von 18-24 Monaten wird sich das Kind mehr und mehr seiner körperlichen Getrenntheit bewusst. Mit diesem Bewusstwerden geht einher, dass die **relative Nichtbeachtung der Anwesenheit der Mutter**, die während der Übungsperiode vorherrschend war, **nachlässt**. Diese wird allmählich durch ein Verhalten aktiver Annäherung auf einer weit höheren Stufe ersetzt, in dem Masse, wie ihm seine Macht und Fähigkeit, sich physisch von der Mutter zu entfernen bewusst wird.

Und nun, für unser Verständnis des unverdaubaren Widerspruchs bulimischer Patientinnen zwischen dem Bedürfnis nach Geborgenheit und Abhängigkeit und der massiven Ablehnung dieses Bedürfnisses besonders aufschlussreich:

Finden in dieser Phase der Separation und Individuation massive Störungen statt, so kann sich ein Kind nicht stabil ablösen. Bedeutet das sich Entfernen von der Mutter in der Übungsphase, ein Nicht-mehr-zurückkommen-können in der Wiederannäherungsphase, so bilden sich Schematas heraus, die einen Widerspruch suggerieren zwischen Individuation und In-Beziehung-Sein, resp. Geborgenheit erleben.

Es entstehen Schemata, die suggerieren: **Entweder ist autonome Bewegung möglich verbunden mit Alleingelassen, Ausgestossen werden und überfordert sein im Alleinsein, oder ein Verzicht auf die autonome Bewegung und Individuation, verbunden mit Nähe, Geborgenheit und Fürsorge.**

Diese Muster finden wir in der Ambivalenz bulimischer Patientinnen regelmässig wieder, wobei das Essen als Kompromissbildung verstanden werden kann. Innerlich wird die Patientin durch diesen Konflikt, der ihr unlösbar erscheint, aufgewühlt und beunruhigt. Das Essen bildet dann die Kompromissbildung. Während des Essens wird das Mütterliche, Geborgenheit bietende, Besänftigende hineingenommen und nach einem Augenblick der Befriedigung wieder ausgestossen, da sonst Weiterentwicklung und Individuation unmöglich würden. Diese Ambivalenz wird zum Teil im Leben und in der Therapie noch lange agiert, bevor sie angesprochen und bearbeitet werden kann.

Zu dieser Ambivalenz kommt mir eine ausgeprägt bulimische Patientin in den Sinn, die im letzten Drittel ihrer Behandlung in einer Einzelstunde bei mir sich auf den Austritt vorbereitete. Ich wusste von vagen Spannungen zwischen ihr und ihren Eltern und sprach sie darauf an. *"Ich habe den Kontakt zu meinen Eltern abgebrochen"*, verkündete sie entschieden. *"Ich will mit ihnen nichts mehr zu tun haben"*. In diesem Moment läutet das Natel der Patientin und sie schaut auf die Nummer des Anrufers. Sie beschliesst, es nicht abzunehmen, aber als es weiterklingelt, sagt sie entschuldigend mit einem Blick auf mich, *"es ist die Mutter"*. Sie nimmt ab und beendet das Gespräch schnell mit dem Versprechen, nach der Stunde der Mutter zurückzurufen. Ich schaue sie fragend an und bemerke, es sei wahrscheinlich etwas Besonderes für sie, dass die Mutter anrufe, da sie ja den Kontakt mit der Mutter abgebrochen habe. Die Patientin winkt ab und sagt: *"Ach nein, sie musste mir nur das Rezept geben"*. *"Das Rezept?"* frage ich erstaunt und fantasiere unerlaubte Medikamenteneinnahme.

“Ja, das Rezept für den Kuchen für den Kaffeehöck auf der Abteilung. Ich will meinen Lieblingskuchen backen”.

Ein weiteres Konzept, das mir beim Versuch das Unverdaubare der Bulimie zu verstehen geholfen hat, ist das Konzept des “Holdings” von Winnicott, obwohl die Theorien von Winnicott durch die Beobachtung der neuen Säuglingsforschung bereits überholt sind. Der Säugling wird nach dem heutigen Stand des Wissens deutlich aktiver gesehen, als seinerzeit Winnicott angenommen hat. Winnicott betont ausdrücklich, etwas über das Säuglingsalter in erster Linie auszusagen und nicht über die Psychoanalyse.

Winnicott (1974) betont den psycho-somatischen Aspekt der Krankheit. Im Körper werden Themen symbolisiert, die nicht im symbolischen Erleben gehalten werden können, da sie symbolisch nicht repräsentierbar sind. **“Der Körper wird ausgebeutet, um Inhalte auszudrücken, die der Geist und die Seele nicht ausdrücken können”.** Nach Winnicott hat die Unfähigkeit Gefühle im seelischen Raum zu halten viel mit der frühen Beziehung zu der primären Bezugsperson, meist Mutter zu tun.

Er bemerkte dazu: In der Psychoanalyse gibt es wie wir wissen kein Trauma, das ausserhalb der Omnipotenz des Individuums liegt. Im Säuglingsalter geschehen dem Kind jedoch gute und böse Dinge, die weitgehend ausserhalb seiner Reichweite sind. Tatsächlich ist das Säuglingsalter der Zeitraum, in dem die Fähigkeit, äussere Faktoren in den Bereich der Omnipotenz des Kindes hereinzuholen, erst ausgebildet wird. Das Schlüsselwort beim Säugling ist die Abhängigkeit. Diese Abhängigkeit ist von der befriedigenden, elterlichen Fürsorge abhängig. Zu der befriedigenden elterlichen Fürsorge gehört als Erstes das Halten, im englischen Original “holding” genannt.

Zum Halten gehört Schützen vor physischer Beschädigung, berücksichtigen der Hautempfindlichkeit des Säuglings, der Empfindlichkeit gegen Berührung, Temperatur, Kälte, Wärme, Hunger, u.a. Zum Halten gehören besonders das physische Halten und Tragen des Säuglings, das eine Form der Liebe ist.

Die Entwicklung des Säuglings während der Haltephase durchläuft drei Abhängigkeitsstadien: Die absolute Abhängigkeit, die relative Abhängigkeit, die Entwicklung zur Unabhängigkeit hin.

Die Aufgabe der mütterlichen Fürsorge ist in der ersten Phase vor allem die Befriedigung physiologischer Bedürfnisse wie Hunger, Kälte, Durst und Müdigkeit.

In diesem Stadium haben sich die Psyche und die Physis noch nicht geschieden, sie sind jedoch zunehmend dabei, es zu tun. Die Fürsorge der Umwelt ist nicht mechanisch verlässlich. Sie ist in einer Weise verlässlich, die die Einfühlung der Mutter oder einer anderen primären Bezugsperson voraussetzt, deren Aufgabe zunächst die Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse ist.

In dem zur Diskussion stehenden Stadium ist es nötig, an das Baby nicht als eine Person zu denken, die hungrig wird, und deren Triebe befriedigt oder frustriert werden können, sondern als unreifes Wesen, das ständig am Rand unvorstellbarer Angst steht. Die unvorstellbare Angst wird durch diese lebenswichtige Funktion der Mutter in diesem Stadium ferngehalten, durch ihre Fähigkeit, sich in das Baby hineinzuversetzen und zu wissen, was das Baby in der allgemeinen Versorgung des Körpers und daher der Person braucht. **Diese Haltefunktion, die zunächst im Holding physisch ist, wird zunehmend zu einer psychischen Funktion.** Dem älteren Kleinkind wird die Funktion des Haltens zunehmend als die des **Haltens von psychischen Inhalten** geboten, in dem ihm geholfen wird, Gefühle von **Trauer, Wut,**

Verzweiflung, Freude und Schmerz auszuhalten. Die Fähigkeit der Mutter resp. der entsprechenden Bezugsperson dieses Lebensalters ist es eine Art Hilfs-Ich-Funktion zu bieten, um zuerst die körperlichen und danach die psychischen Erschütterungen aushalten zu lernen.

„Der Körper wird ausgebeutet...“

Wenden wir uns nochmals dem Satz zu “Der Körper wird ausgebeutet, um Inhalte auszudrücken, die der Geist und die Seele nicht ausdrücken und nicht aushalten können”. Bulimische Patientinnen erleben körperliche Empfindungen oft als besonders irritierend, schwer aushaltbar und nicht deutbar. Bereits Hilde Bruch wies darauf hin, dass essgestörte Patienten oft sehr grosse Schwierigkeiten haben, innere Zustände wie Hunger, Sättigkeit, aber auch Durst, Kälte, Müdigkeiten wahrzunehmen und zu benennen – und ich füge hinzu - auszuhalten. Nicht selten ist es, dass Essanfälle ausgelöst werden durch Müdigkeit, Durst und andere körperliche Missempfindungen, die die Patientinnen nicht richtig deuten und die Bedürfnisse alle gleichsam auf die Schiene des “Essens” umleiten.

Mangelnde Haltefunktion hat also zur Folge, dass sowohl die körperlichen Empfindungen falsch verstanden werden, als auch die seelischen Inhalte in körperliche umgewandelt werden und so missgeleitet und unverstanden bleiben. Die diffuse innere Unruhe vor dem Ess-/Brechanfall, über die Patientinnen berichten erinnert nicht selten an das Bild eines zappelnden, diffus erregten eben **un – ge - haltenen** Säuglings.

Der Nutzen einer Behandlung kann u.a. als das Nachholen einer Halte-Umgebung verstanden werden, die es der Patientin ermöglicht, sich zunehmend in ihren körperlichen und psychischen Bedürfnissen zu orientieren.

Unter diesem Aspekt kann auch die Frage danach, wie strukturiert Behandlungsprogramme sein sollen, beleuchtet werden. Möglicherweise sind hoch strukturierte Behandlungsansätze, die mit Behandlungsmanualen arbeiten, wie z.B. die kognitiv behaviorale Therapie nach Fairburn deswegen für manche Patientinnen besonders hilfreich, weil sie eine doppelte Haltefunktion bieten. Die Haltefunktion durch die Person des aktuellen Therapeuten oder aktuellen Therapeutenteams einerseits und die Haltefunktion durch das klar definierte Behandlungsmanual andererseits. In diesem Sinn kann auch die verbreitete Anforderung an Fachleute, die mit essgestörten Patientinnen arbeiten, sich an ein klares Behandlungskonzept zu halten verstanden werden. Soviel zu den zwei psychoanalytischen Theorien.

Als Letztes möchte ich nun auf die **dysfunktionalen Kognitionen** bulimischer Patientinnen und auf die Familiendynamik eingehen.

Dysfunktionale Kognitionen

Neben auf das Essen bezogenen **dysfunktionalen Kognitionen** wie “Essen macht fett” oder bezogen auf die Figur “zu dicke Typen wie mich mag niemand” oder “mit diesen Oberschenkeln bin ich nur hässlich” gibt es die dysfunktionalen Kognitionen bezogen auf die eigene Person wie, „egal wie ich es mache, ich mache es immer falsch, mir gelingt nie etwas, ich bin verdammt“ (Jacobi, et.al., 1996).

Die Frage wann, warum und bei wem solche dysfunktionalen Gedanken auftreten bleibt mit der Identifizierung derselben unbeantwortet.

Man muss also zwischen der Identifikation der dysfunktionalen Kognitionen und den Gründen für das Auftreten dieser dysfunktionalen Kognitionen unterscheiden. Bei der Behandlung ist es sinnvoll auf die Hintergründe der dysfunktionalen Kognitionen dann einzugehen, wenn das reine Identifizieren und Besprechen derselben keine Wirkung zeigt.

Hierzu kommt mir eine 19-jährige Patientin in den Sinn, die über mehrere Monate zunächst mit einer schweren Anorexie mit Erbrechen, nach erfolgter Gewichtszunahme mit Bulimie in unserer Klinik hospitalisiert war. Trotz Gewichtszunahme verbesserte sich ihr psychischer Leidensdruck nur wenig.

Die Patientin fiel auf durch permanentes Ringen und einem Kampf mit sich selber auf, der gekennzeichnet war dadurch, dass sie kaum eine Aussage von sich selber unwidersprochen stehen lassen konnte. Egal welche Empfindung sie sich selber oder der Umwelt gegenüber ausdrückte, immer folgte ein Zweifel und ein in Fragestellen der eigenen Gefühle, Gedanken und Wahrnehmungen.

Sie sagte z. B. *„Ich mag meine Zimmernachbarin, sie hat eine Art, die mir gefällt“* gefolgt von *„vielleicht mag ich sie gar nicht und sage es nur, damit sie mich mag“*, gefolgt von: *„Vielleicht weiss ich gar nicht, was es heisst, jemanden mögen“* usw.

Als ich sie in Vertretung des Einzeltherapeuten in einer Einzelsitzung sah, nachdem ich sie bereits mehrere Monate im gruppentherapeutischen Setting erlebt hatte, fiel mir dieses aus dem Gruppenkontext bekannte Muster verstärkt auf. Ich merkte, dass das Eingehen auf einzelne Punkte, von denen die Patientin viele anbot, mir als sinnlose Sisyphus-Arbeit erschien, begab mich in einen Zustand wacher Aufmerksamkeit und versuchte mich vom Druck, einzelne Details genau verstehen zu müssen zu befreien. Plötzlich stach mir ein kurzer Nebensatz in die Ohren. *„So wie ich es mache, ist es eh nie recht“*.

Ich bat die Patientin sich zu erinnern, was sie gerade gesagt hatte, was ihr jedoch nicht möglich war. Ich wiederholte: *„Ich habe gehört, dass Sie gesagt haben, „egal wie ich es mache, es ist eh nie recht“*. Die Patientin schaute mich stutzig an und lächelte nach einer kurzen Weile und sagte: *„Ja, das stimmt, das habe ich gesagt.“* Ich bat Sie, diesen Satz noch einmal zu wiederholen, wobei sich das Gefühl der Diffusität schlagartig verlor. Sie wiederholte den Satz und fügte klar und erfreut hinzu: *„Ja, das stimmt, das denke ich“*. Sie spielte mit diesem Satz und schrieb ihn auf.

Zum ersten Mal, seit ich die Patientin kannte, erlebte ich keine Diffusität. Das Lächeln wurde zum Strahlen, sie las den Satz mehrmals durch und berichtete von deutlicher Erleichterung. *„Ja, das stimmt, das denke ich, da gibt es kein Ja und Wieder, ich denke das wirklich ganz und gar“*.

Nachdem Sie das ihr bis anhin wenig bekannte Gefühl von Klarheit auskosten hatte, bat ich sie, die Konsequenz dieses Satzes durchzudenken. Wir wurden uns einig, dass es sich nicht lohnte, auf die Einzelheiten ihrer Berichte einzugehen, solange dieser Satz als einziger eine völlige, totale, ganzheitliche Gültigkeit hatte.

Wir fingen an mit anderen Sätzen zu experimentieren und suchten nach einem zweiten Satz, der ebenfalls Gültigkeit haben würde. Gegen Ende der Stunde einigten wir uns auf den Satz: *“Ich bin, so wie ich bin”*, denn die Patientin auf ein zweites Blatt schrieb. Auch diesen konnte sie uneingeschränkt bejahen und kommentierte:

“Dieser Satzes beinhaltet ja nicht, dass ich richtig oder in Ordnung bin, oder, dass ich weiss, wie ich bin, aber ich bin, so wie ich bin“. In den nächsten Wochen experimentierte sie mit dem neuen Satz und merkte, wie viel Erleichterung er ihr gab und wie sie sich zunehmend auf der Basis der neuen sinnvollen Kognition aus ihrer Krankheit heraus entwickeln konnte.

Familiendynamik

Und nun zum Abschluss ein paar summarische Worte zur **Familiendynamik** bulimischer Patientinnen. Die Familienstrukturen bulimischer Patienten werden oft geprägt durch ähnliche Mustergeprägt (Selvini, 1982). Nach dem heutigen Stand des Wissens konnte jedoch keine spezifische Familiendynamik oder Familienstruktur gefunden werden, die klar als Bulimie erzeugend hätte identifiziert werden können. Es handelt sich also keineswegs um kausale Zusammenhänge, es kann jedoch durchaus von Risikofaktoren gesprochen werden. Wenn ich meinen Eindruck von der Familienstruktur bulimischer Patientinnen zusammenfassend mit demjenigen von Patientinnen mit einer restriktiven Anorexie vergleiche so sehe ich bei den bulimischen PatientInnen das Bild eines Vogels, der zu früh ohne flügge geworden zu sein aus dem Nest gestossen wird. Halb fliegend, halb fallend muss er schnell versuchen, in der Welt draussen ungeschützt zu überleben. Im Gegensatz dazu die anorektische Patientin und ihre Familie, bei denen ein Vogel, der von der Entwicklung her bereits seit langem Flügel hätte, sich zum Fliegen nicht entscheiden kann.

Handeln am Symptom

Was helfen uns nun diese Konzepte bei der Behandlung?

Die Konzepte im Hinterkopf helfen uns, das von den Patientinnen als unverdaubar Erlebtes zu verstehen. Sie bewahren uns vor Abscheu, Ekel, Unverständnis und Fremdheit. Je jünger die Patientin resp. je weniger weit in der psychischen Entwicklung sie ist, um so weniger sinnvoll ist es, diese Konzepte verbal in das Therapiegeschehen einzubringen. Auch ohne verbalen Transfer helfen sie, wenn im Hinterkopf vorhanden, das Klima zwischen dem Behandler und der Patientin zu verändern. Z. B. können so das diffuse Aufgewühlt-Sein, die innere Unruhe und Spannung, die vor jedem Ess-/Brechanfall vorkommen, gehalten und mit der Zeit verändert werden. Das konkrete Handeln am Symptom bleibt notwendig und wird durch das Verstehen keinesfalls überflüssig.

Tabelle 10**Handeln am Symptom**

Rhythmisieren der Nahrungsaufnahme

Aufgeben eines unrealistischen Zielgewichtes (individuelles Set-Point-Gewicht beachten)

Ausdehnen der ess-/brechfreien Phasen

Suchen anderer Formen, sich zu beruhigen

Versuchen Unruhe zu verstehen


[Zurück zur ersten Seite](#)

Das konkrete Handeln am Symptom beinhaltet : Rhythmisieren der Nahrungsaufnahme, das Aufgeben eines unrealistischen Zielgewichtes, wobei das individuelle Set-Point-Gewicht beachtet werden soll, Ausdehnen der ess-/brechfreien Phasen, Alternativen suchen um sich zu beruhigen und – last but not least- helfen, die tieferen Gründe für die innere Unruhe zu verstehen und zu überwinden.

Es geht also darum, körperliche Empfindungen in seelische Realität zu verwandeln und im seelischen Raum zu helfen, damit sie nicht am eigenen Körper agiert werden müssen.

Zusammenfassung

Der Knotenpunkt meiner Ausführungen war das Unverdaubare, welches sich im Erleben der Patientinnen ganz allgemein als eine massive Unruhe und scheinbar unaushaltbare innere Spannungen niederschlägt. Dahinter steht eine tiefe Selbstunsicherheit. Unsicherheit in Bezug auf die eigenen Gefühle, auf die eigenen Bedürfnisse, auf die eigenen Fähigkeiten, auf die eigene Rolle, auf die Einschätzung der eigenen Person in Bezug auf die Möglichkeiten, ein gelungenes erwachsenes Leben zu initiieren, das durch das Gefühl eigener Macht und Potenz geprägt wäre. Die Entwicklung, die wir zu begleiten haben, geht in Richtung Selbstsicherheit und Selbstidentität, die die jungen Frauen allmählich befähigt, die Schmerzen über die Verletzungen und Vernachlässigungen von früher im seelischen Raum zu halten, zu verdauen und sich von ihnen zu befreien. Sie werden allmählich fähig, im Hier und Jetzt zwischen „guter“ und „schlechter“ Nahrung zu unterscheiden, zwischen für sie guten und schlechten Einflüssen zu trennen, und im Vorfeld zu entscheiden, welche Nahrung, welche Einflüsse sie in sich aufnehmen möchten, und von welchen sie sich lie-

ber von vorneherein auf Abstand begeben wollen. Wenn sie im Vorfeld erkennen, ob Einflüsse, Menschen, Nahrungsmittel für sie gut oder schlecht sind, so können sie sich den schmerzhaften Weg ersparen, etwas in sich aufnehmen zu müssen und erst wenn es dem Körper ‚einverlaibt‘ ist, zu erkennen ob es für sie gut ist und behalten werden soll, oder ob es für sie schlecht ist und wieder ausgestossen werden muss. Diese Fähigkeit haben Mädchen und junge Frauen, solange sie an Bulimie leiden noch nicht oder noch nicht ganz erworben. Auf diesem Weg gilt es, sie psychotherapeutisch zu begleiten.

Literaturliste

- Brownell K.D. & Fairburn Ch. G., (Ed.), (1995); Eating Disorders and Obesity. Guilford Press, New York.
- Bruch H. (1980) Der goldene Käfig. Fischer, Frankfurt.
- Fallon P., Katzman M., Wooley S. (Edit), (1994); Feminist Perspectives and Eating Disorders, Guilford Press, New York, London.
- Fiechter M.M. (1985); Magersucht und Bulimie, Springer, Berlin.
- Gerlinghoff M., Backmund H. (Hrsg.) (1995); Therapie der Magersucht und der Bulimie, Beltz, Weinheim.
- Herzog W., Munz D., Kächele H. (1996); Analytische Psychotherapie bei Essstörungen, Schattauer, Stuttgart.
- Hoek Hans W., (1995); The Distribution of Eating Disorders. In: Brownell & Fairburn; Eating Disorders and Obesity, The Guilford Press, New York.
- Jacobi C., Thiel A., Paul Th. (Hrsg.) (1991); Bulimia und Anorexia nervosa, Springer, Berlin.
- Jacobi C., Thiel A., Paul Th. (1996); Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa, Beltz, Weinheim, Basel.
- Mahler M. (1979); Symbiose und Individuation. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Masson J. M. (1984); Was hat man dir, du armes Kind, getan? Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg.
- Orbach S., (1979); Anti-Diät-Buch, Frauen-Offensive, München.
- Prochaska et. al. (1994); Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors, Health Psychology, Vol.13., 39 – 46.
- Reich G. & Cierpka M. (1997); Psychotherapie der Essstörungen, Thieme, Stuttgart, New York.
- Schmidt U. & Treasure J. (2000); Die Bulimie besiegen, Beltz, Weinheim, Basel.
- Selvini Palazzoli M. (1982); Magersucht: von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Klett – Cotta, Stuttgart.
- Winnicott D. W. (1974); Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München.