

Freßsucht (Bulimia nervosa) als Borderline-Symptom¹

1 Pfund Haferflocken, 1 Päckchen Schlagfit, 1 Dose Linsen, 1 Dose Ravioli, 1 Glas Senf, 1 Dose Makrelenfilet, 1 Tafel Schokolade, 1 Glas Rote Beete, 1 großer Becher Dickmilch, 2 Tüten Kekse, 1/4 Pfund Gulasch, 1 Joghurt.

Das alles nahm die Patientin F. bei ihrer letzten Freßorgie vor der stationären Aufnahme in eine psychotherapeutische Klinik in einer Nacht zu sich. Was ist das für eine Krankheit, bei der solche Unmengen einverleibt werden? Die Freßorgien finden unter Panik, fast wie in einem Ausnahmezustand und in der Regel heimlich statt. Ein verzweifelter Vater sagte bei der stationären Aufnahme seines Sohnes:

"Wir waren zusammen in der Werkstatt an der Arbeit. Da ließ er plötzlich seine Arbeit liegen. Die Maschinen liefen weiter und er rannte in die Wohnung, so, als ob er gejagt würde. Dort hat er den ganzen Eisschrank leergefressen, und im Garten hat er alles wieder ausgekotzt."

Die Zunahme dieser speziellen Art von Störung, deren Merkmale das Fressen gigantischer Nahrungsmengen und nachfolgend selbst herbeigeführtes Erbrechen und/oder Laxantienabusus sind, wird in verschiedenen Ländern beobachtet. Boskind-Lodahl schreibt von der zunehmenden Verbreitung dieser Störung unter amerikanischen College-Studentinnen, Russell berichtet Ähnliches aus Großbritannien, und im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen werden in den letzten Jahren die gleichen Beobachtungen gemacht. Die hiesigen Erfahrungen sowie die von Russell beziehen sich jedoch nicht wie bei Boskind-Lodahl ausschließlich auf Frauen.

Die Freßsucht gehört bei phänomenologischer Betrachtung in den weiten Bereich der Eßstörungen, ihr wird in der Regel eine enge Beziehung zur Anorexia nervosa bescheinigt. Daher schlug Russell auch den Namen "Bulimia nervosa" vor.

Russell beschäftigt sich in seiner gründlichen Untersuchung, die auf Daten von 30 Patienten aus der Zeit von 1972 bis 1978 beruht, mit Ähnlichkeiten und Unterschieden zur Anorexia nervosa. Trotz der Unterschiede – so ist die Amenorrhoe nicht typisch, und Erbrechen sowie Laxantienabusus kommen häufiger vor als bei der Anorexie – meint er, daß die grundlegende Psychopathologie beider Störungen gleich sei. Auch Boskind-Lodahl betont die Nähe der Störung zur Anorexie. Sie hält die Krankheit für eine soziale Neurose, die durch die weibliche Sozialisation entstanden und deren Kern ein gestörtes Selbstwertgefühl ist. Sie will mit Mitteln der Gestalttherapie das Selbstwertgefühl der Frauen verändern. Da sie keine

¹Veröffentlicht in: G.Biermann (Hrsg.): Handbch der Kinderpsychotherapie IV, München (Reinhardt) 1981,715-723.

Strukturdiagnose stellt, um den Grad der inneren Differenzierung zu beurteilen, bleiben ihre Folgerungen für die Behandlungstechnik vage.

In dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, daß der Bulimia nervosa nicht die gleiche Psychopathologie wie etwa der psychogenen Freißucht oder der typischen Pubertätsmagersucht zugrundeliegt, obgleich im Verlauf dieser Krankheit, wie in der einschlägigen Literatur beschrieben wird, bulimische Phasen auftreten (vgl. Bruch, Meyer/Feldmann, Theander, Thomä). Sie scheint vielmehr in das vielfältige Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstruktur zu gehören. Gelänge eine Zuordnung zu dieser psychopathologischen Sondergruppe, dann gäbe es einen besseren therapeutischen Zugang mit umschriebenen Parametern für dieses bisher als äußerst schwer behandelbar geltende Krankheitsbild.

I. Das klinische Bild der Bulimia nervosa

Zu den schon genannten Symptomen der Fressorgien mit nachfolgender Entleerung durch selbst herbeigeführtes Erbrechen und/oder Laxantienabusus gehört eine ausgeprägte Angst vor dem Dickwerden. Im somatischen Bereich haben das ständige Erbrechen und der Laxantienabusus starke Gewichtsabnahme, in der Regel Kaliummangel und eine Störung der Nierenfunktion zur Folge. Im psychischen Bereich fällt auf, daß die Patienten mit ständigen Gedanken an Nahrung oder Essen beschäftigt sind und daß es in der Folge davon zu schwerer Beeinträchtigung ihrer Konzentrations-, Lern- und Arbeitsfähigkeit kommt. Sie leiden an einer Störung ihres Körperbildes. Vorherrschend ist eine depressive Symptomatik, die so schwer sein kann, daß sie zur Suizidalität führt. Die Patienten neigen zu aggressiven Durchbrüchen. Sie haben in der Regel eine gute Intelligenzausstattung und waren vor Ausbruch der Krankheit im Leistungsbereich erfolgreich. In ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen sind sie schwer gestört, ihre sexuelle Identität ist brüchig, perverse Phantasien oder Praktiken kommen häufig vor. Die Behandelbarkeit der Störung wird übereinstimmend als negativ beurteilt, sie wird im Allgemeinen ungünstiger eingeschätzt als bei der Anorexia nervosa.

II. Strukturdiagnose der Bulimia nervosa

Es soll anhand der Biographischen Anamnese des Patienten D. eine Diagnose der Krankheit aufgrund der Einschätzung der Struktur des Ich des Patienten gegeben und an diesem Fallbericht exemplarisch die wesentlichen Probleme der Struktur dieser Krankheit und ihrer Behandlungstechnik verdeutlicht werden.

Man wird in der Regel die für eine Diagnose relevanten Daten in einem bis zu vier Wochen dauernden stationären Aufenthalt gewinnen und gleichzeitig aufgrund einer Probebehandlung zu einer Indikationsstellung und Prognose kommen.

Aus der Biographischen Anamnese: Der Patient war bei seiner Einlieferung in die Klinik 17 Jahre alt. Er hatte bereits zwei längere Aufenthalte in anderen Kliniken hinter sich, während derer er als

Anorexie-Patient behandelt wurde. Der Patient klagte darüber, Probleme mit dem Essen zu haben: "Ich denke den ganzen Tag ans Essen, an gar nichts anderes, dämmere so vor mich hin. Dann fresse ich mich voll und kotze alles wieder aus, weil das Gefühl, einen vollen Magen zu haben, schrecklich ist. "Außerdem führte er das Erbrechen herbei, weil er Angst hatte, sonst bei der nächsten Mahlzeit nichts essen zu können.

Der Patient litt unter Kontaktstörungen: Er hatte dabei Angst, von den anderen nicht akzeptiert zu werden und sich nicht durchsetzen zu können. Weiter litt er unter der Angst vor dem Rotwerden sowie unter ausgeprägten Arbeitsstörungen. Am stärksten aber klagte er über ständige Langeweile und über eine quälende innere Leere. Letztlich hatte er Angst davor, ein Leben ohne jede Aussicht verbringen zu müssen. Der Patient war mittelgroß, mittelblond, mager, jedoch nicht anorektisch. Er hatte eine schlaffe, hängende Haltung und einen schlaffen Händedruck. Seine Hände waren meistens kalt und etwas feucht. Die Sprache war vorwiegend undeutlich.

Sein Hobby waren Tiere und Pflanzen. Er hatte zu Hause Zwerghühner, die er kreuzte. "Man müsste mal ein winziges Zwerghuhn mit einem 6 Kilo schweren Hahn kreuzen. Das geht gar nicht mehr, da müsste man schon eine künstliche Befruchtung machen. Aber am liebsten würde ich mal einen Gorilla mit einem Menschen kreuzen. "

Aus seiner Genese war bekannt, daß er in einem ländlichen Handwerksbetrieb aufwuchs, in dem die ganze Familie mitarbeitete. Er erinnerte sich daran, als Kleinkind immer in einem Pappkarton gesessen zu haben. Die Öde und Langeweile sei nur dann unterbrochen worden, wenn die Großmutter ihm etwas zu essen gegeben habe. Die Schwelensituationen von Kindergarten- und Schulbesuch hat der Patient gar nicht bzw. schlecht bewältigt. Den Kindergartenbesuch verweigerte er, und auch die Schule hat ihn immer geängstigt.

Er hatte einen 4 Jahre älteren Bruder, der tödlich verunglückte, als der Patient 7 Jahre alt war. Dieser Bruder war praktisch, aber dumm; er hätte einmal den väterlichen Betrieb übernommen. Der Patient dagegen sollte nach dem Wunsch seines Vaters "etwas Besseres" werden. Der plötzliche Tod des Bruders löste beim Patienten sowie bei Mutter und Großmutter eine schwere Depression aus. Seither ruhten alle Hoffnungen der Familie allein auf dem Patienten. Er schloß die Schule erfolgreich mit der Mittleren Reife ab und fing nach dem Willen seines Vaters eine Verwaltungslehre an. Im 1. Lehrjahr erkrankte er so schwer, daß er die Ausbildung abbrechen mußte.

Bei diesem Patienten wie auch bei vielen anderen löste der Trieb- schub während der Adoleszenz die Krankheit aus. Angst, von den Mädchen nicht akzeptiert zu werden, ging in Angst vor dem Dicksein über. Die schon früher vorhandenen Kontaktstörungen weiteten sich zum totalen Rückzug von Gleichaltrigen aus. Zu diesem Zeitpunkt begann das anorektische Verhalten. Die Ich-Ideal-Forderung nach Schlanksein konnte der Patient jedoch wegen seiner aus den schweren Versagungen der frühen Kindheit stammenden oralen Fixierung nicht aufrechterhalten. Da er früher Befriedigung ausschließlich beim Essen

erlebt hatte, griff er auf diese Befriedigungsform zurück. Damit setzte der so gefährliche Kreislauf von Triebbefriedigung im Essen und Über-Ich- und Ich-Ideal-Forderungen im Erbrechen ein.

Die Untersuchungssituation war minimal strukturiert, und so stellte der Patient nach kurzer Zeit die ihm entsprechende Ebene der Objektbeziehung her. Er zeigte ein fast süchtig wirkendes Bedürfnis nach Beziehung: "Wir können hier reden, solange wie ich lebe." Er forderte von mir ständige Präsenz und reagierte mit lauten Ausbrüchen unbändiger Wut auf die Tatsache, daß er nur dreimal in der Woche einen Termin von 30 Minuten hatte. "Immer, wenn ich Sie wirklich brauche, sind Sie nicht da." Er schwankte in seiner Beziehung zu mir zwischen hilfloser Anklammerung und exzessiver Wut.

Der Wechsel zwischen diesen extremen Zuständen war häufig unvorhersehbar und erfolgte meistens auf minimale Kränkungen, manchmal mehrmals in einer Sitzung. Dem Patienten war es in seiner frühen Kindheit nicht gelungen, die zunächst voneinander getrennten Teilbilder guter und böser Objekte miteinander zu verschmelzen. Mit Hilfe des Hauptabwehr-Mechanismus der Spaltung hielt er diesen Zustand aufrecht, und so kam es zu diesen plötzlichen "emotionalen Wechselbädern" für mich. Meistens befand sich der Patient in einem haßerfüllten, verzweifelten Schweigen. In diesem Zustand war er nicht mehr zu erreichen, denn er befand sich in absoluter Kontaktlosigkeit. Häufig konnte er mit den überstark andrängenden Aggressionen nur fertigwerden, indem er aus dem Zimmer rannte und seine Wut dadurch abreagierte, daß er auf Fenster und Türen einschlug. Archaische Aggression war bei ihm unzureichend neutralisiert, was zur Folge hatte, daß dem Ich für seine Entwicklung in den verschiedenen Bereichen zu wenig neutralisierte Energie zur Verfügung stand.

In diesem Zusammenhang wurde der zweifache Stellenwert der bulimischen Symptomatik innerhalb seiner Ich-Struktur deutlicher. Allein mit ihrer Hilfe hatte er bisher dem unerträglichen Gefühl innerer Leere und bedrohlicher Langeweile begegnen können. "Das Einzige, was mir überhaupt Spaß macht im Leben, ist Fressen, aber dann kann ich nicht wieder aufhören." Die andere Seite zeigte sich, als von den Mitarbeitern auf der Station jeweils die Zeiten festgehalten wurden, in denen es zu Freßdurchbrüchen kam: Es waren jeweils Kränkungs-, Verzweiflungs- oder Versuchungssituationen. Der Rückgriff auf diese Urform der Befriedigung (Zauner) bewahrte sein Ich vor dem Zerfall. In diesem Zusammenhang war das Fressen eine Ich-Leistung – ähnlich wie eine Sucht –, die er zur mühsamen Aufrechterhaltung der Integrität seines Ichs brauchte.² Die spärlichen Informationen aus der Zeit seiner frühen Entwicklung mögen aber doch deutlich gemacht haben, daß dem Patienten eine "genügend gute Mutter"(Winnicott) gefehlt hat, die auf die verschiedenen Bedürfnisse adäquat reagiert hätte. "Adäquat" bedeutet in diesem Falle Reifung ermöglichendes Ver-

²Vermutlich hat die geringe Bereitschaft dieser Patienten, sich in eine Behandlung zu begeben, die an einer Beseitigung ihrer Symptomatik orientiert ist, ihren Grund darin, daß die Patienten ein Gespür dafür haben, daß die Symptome zum Erhalt ihrer psychischen Stabilität lebensnotwendig sind.

halten, und zwar nicht nur liebende Zuwendung, sondern auch das Angebot altersgemäßer Frustrationsreize"(Diepold).

Die Biographische Anamnese führte zu dem Ergebnis, daß es sich in dem vorliegenden Falle mit großer Wahrscheinlichkeit um eine Borderline-Störung handelte. Unter anderem deuteten folgende Merkmale darauf hin: Seine Suchtstruktur, die mangelhafte Impulskontrolle, die primitive Abwehr, das Übermaß unneutralisierter Aggressionen, die mangelhafte Frustrationstoleranz, die mangelhafte Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen und die schweren Versagungen im Bereich mütterlicher Fürsorge während seiner frühen Kindheit.

III. Zur Diagnose der Borderline-Störung

An dieser Stelle sei kurz angemerkt, welche Kriterien zur Diagnose der Borderline-Störung führen. Es sind Grenzfälle zwischen Neurosen und Psychosen, die mit ihrer Psychopathologie "irgendwo" zwischen diesen beiden gut definierten nosologischen Kategorien liegen (Rohde-Dachser). Nach der grundlegenden Arbeit von Kernberg lassen sich "Verdachtsmomente" für eine Borderline-Störung anhand der Symptomatik feststellen. So kann eine besondere Kombination von neurotischen Symptomen ein erster Hinweis sein. Allerdings reicht die symptomatologische Betrachtung nicht aus, ich-strukturelle und genetisch-dynamische Merkmale müssen mit berücksichtigt werden. In Anlehnung an Kernberg gebe ich eine Zusammenstellung dieser "Verdachtsmomente":

1. *Typische Symptome:* Angst. Polyphobien. Zwangssymptome. Konversionssymptome. Dissoziative Reaktionen. Hypochondrien. Polymorph-perverse Tendenzen im Sexualverhalten. "Klassische" präpsychotische Persönlichkeitsstrukturen. Impulsneurosen und Süchte. Charakterstörungen auf niederem Strukturniveau. Hysterische, infantile, narzißtische und depressiv-masochistische Persönlichkeiten. - Eine Kombination mehrerer dieser Symptome muß vorliegen.

2. *Strukturelle Analyse:* Mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle und mangelhafte Sublimierungen. Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen: Spaltung, projektive Identifizierung, Verleugnung, Allmacht und Entwertung. Primärprozeßhaftes Denken. Extrem schwere aggressive und autoaggressive Tendenzen. Keine ausreichende Stabilität der Ich-Grenzen. Keine ausreichende Differenzierung zwischen Selbst und Objekten. Sadistische Über-Ich-Vorläufer. Primitive Ideal-Selbst- und Ideal-Objekt-Imagines. Widersprüchliche Introjektionen und Identifizierungen.

3. *Genetisch-dynamische Analyse:* Die Vorgeschichte der Patienten ist von schweren Frustrationen, intensiven Aggressionen oder exzessiven Verwöhnungen geprägt. Aggressivität wird vorwiegend projektiv verarbeitet. Häufig vorzeitige Entwicklung genitaler Triebstrebungen in dem Versuch, von oraler Wut und oralen Ängsten loszukommen. Sowohl Objektbeziehungen als auch Tribschicksale werden von aggressiven Bedürfnissen beherrscht.

IV. Zur Therapie der Bulimia nervosa

Das Ziel der Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Störungen ist eine bessere Ich-Struktur mit flexiblerer Abwehr, mit dem Vorherrschen sekundärprozeßhaften Denkens, mit besserer Frustrationstoleranz, sicheren Ich- und Über-Ich-Identifizierungen und der weitgehenden Neutralisierung aggressiver Triebenergie. Auf eine Kurzformel gebracht, bedeutet dies, dem Patienten zu einem sicheren Gefühl seiner Identität zu verhelfen.

Da frühe Ich-Störungen ihre Wurzel in einer Beziehungsstörung zum mütterlichen Objekt haben, wird der Bereich der Objektbeziehungen, also die Patient-Therapeut-Beziehung, in besonderem Maße als Instrument zu gebrauchen sein, um die Defizite in der Ich-Entwicklung zu beheben (G. und R. Blanck).

Die Anfangsphase der Behandlung des Patienten D. stand unter dem Einfluß heftigen Agierens des Patienten sowohl in der Therapie als auch im Realraum der Klinik. So schrie er mich mit explodierender Stimme an, wenn er sich von mir mißverstanden fühlte, oder er begann in einem Zustand kaum zu beherrschender Wut, mit einem Messer die Lehne des Stuhles, auf dem er saß, zu bearbeiten. Aus dem Speisesaal wurde berichtet, daß er z. B. weichgekochte Eier nach dem Essen mitnahm und im Klinikgelände an Bäume oder Hauswände warf oder daß er das Essen von Mitpatienten stahl, verschlang und dabei den Tisch "wie ein Schlachtfeld" hinterließ. Mit diesem Agieren wehrte er Gefühle der Depression ab, die unter anderem durch Verschmelzungswünsche in der Beziehung zu mir mobilisiert wurden und das Trauma der Verlassenheitsgefühle reaktivierte. Gegen therapeutische Bemühungen setzte er sich mit heftigen Entwertungen zur Wehr: "Sie wollen eine Therapeutin sein? Sitzen da die ganze Zeit herum und sagen ab und zu mal ein Wort! Das könnte ich auch. . . So ein bequemes Leben. . ." Das Agieren schützte den Patienten zu Beginn der Therapie davor, in die für seine Ich-Entwicklung notwendige Phase der Separation einzutreten und die damit verbundene Trauerarbeit zu leisten, durch die er von der Phantasie Abschied nehmen mußte, daß es ein Alles gebendes mütterliches Objekt gibt, und realisieren mußte, daß das Paradies verloren ist (G. und R. Blanck).

Ich zeigte ihm in solchen Situationen aggressiven Agierens die Zusammenhänge zwischen seinen Gefühlen und seinem Verhalten auf und setzte deutliche Grenzen, wenn er sich destruktiv oder selbstdestruktiv verhielt. So forderte ich ihn z. B. im Zusammenhang der oben geschilderten Situation auf, das Messer in die Tasche zu stecken und es nach der Therapiestunde bei einem Erzieher abzugeben.

Am heftigsten agierte der Patient mit seinem Fressen und Erbrechen und brachte sich damit in einen bedrohlichen Zustand körperlicher Verfassung. In dieser Phase der Therapie bestand kein festes Arbeitsbündnis, da der Patient noch nicht zur therapeutischen Ich-Spaltung in der Lage war, die nötig ist, um sich einerseits in der Therapie auf unbewußtes Erleben einzulassen, dieses aber andererseits mit den beobachtenden, kritischen Anteilen des Ich zu betrachten.

Allmählich kam es zu einer Abnahme des Agierens, und in dem Maße, in welchem die Symptomatik ich-dyston wurde und ihm nicht mehr zum Erhalt seiner Integrität zur Verfügung stand, verstärkte sich die Depression. Die Abwehr dagegen äußerte sich nun durch Rückzug ins Schweigen, durch die Verweigerung der Mitarbeit und durch Verleugnung. Mittels meiner Interpretationen, die er manchmal zuließ, wurde allmählich die Abwehr gelockert. Ich regte ihn an, statt des Agierens das Verbalisieren zu nutzen, um die Depression zu mindern. Seinen drängenden Forderungen nach mehr Zeit, mehr Terminen, mehr Zuwendung von mir zeigte ich zwar Verständnis, gab ihnen aber nicht nach, sondern entschied mich, diese Bedürfnisse zu frustrieren und die dadurch ausgelöste Trauer und Wut zu bearbeiten.

Nach 3 Monaten stationären Aufenthalts wurde die Depression, die jetzt vorwiegend durch die Angst vor der Trennung von mir ausgelöst wurde, so groß, daß er suizidal wurde. Meine Gegenübertragungsgefühle waren Angst und Sorge. Ich gab ihm in dieser lebensbedrohlichen Situation einen Zettel mit meiner Telefonnummer und vereinbarte mit ihm, daß er mich anrufen könnte, wenn er nicht mehr aus noch ein wüßte. Zwei Tage später rief er mich an. Er wollte sich umbringen, weil er den schrecklichen Zustand innerer Leere und Hoffnungslosigkeit nicht mehr ertragen könne. Nach einem längeren Gespräch am Telefon gab er mir die Zusage, bis zur nächsten Therapiestunde in zwei Tagen noch am Leben zu bleiben. Der Zettel mit der Telefonnummer war für den Patienten eine Art "Übergangsobjekt" (Winnicott), der ihn meiner Existenz und seiner Beziehung zu mir trotz räumlicher Trennung versicherte. Er trug diesen Zettel ungefähr ein Jahr lang bei sich.

Innerhalb des ersten Behandlungsjahres war es zu einer weitgehenden Neutralisierung aggressiver Triebenergie gekommen, die nun dem Ich zur Verfügung stand. Der Patient hatte sich nach verschiedenen Arbeitsversuchen entschlossen, eine Tischlerlehre zu machen. Er folgte damit eigenen Bedürfnissen und nicht elterlichen Vorstellungen. Seine Abwehr war ein Stück weit flexibler geworden. Er hatte sich dem Stadium der Objekt Konstanz angenähert, d. h. er hatte ein inneres Bild des guten Objektes zur Verfügung und war nicht mehr auf dessen ständige Präsenz angewiesen. Das hatte zu einer weitgehend stabilen Arbeitsbeziehung in der Therapie geführt. Sie konnte nach einem Jahr stationärer Behandlung ambulant fortgesetzt werden. Die bulimische Symptomatik spielte seither kaum noch eine Rolle, nur gelegentlich griff er auf diese regressive Form der Befriedigung zurück. Die Bearbeitung der inneren Leere, der Beziehungsstörung und des brüchigen Identitätsgefühls standen jetzt im Vordergrund.

Abschließend seien einige technische Parameter genannt, mit denen das altersspezifische Therapieverfahren der Behandlung dieser Störung angepaßt werden muß:³

- Die Arbeitsbeziehung durch Förderung der positiven Übertragung verbessern, diese jedoch nicht interpretieren!

³Siehe dazu auch die Zusammenstellung von Rohde-Dachser.

- Realitätsbezug herstellen, nicht freie Assoziationen fördern!
- Informationen über die Krankheit und die Art des therapeutischen Vorgehens geben!
- Kein langes Schweigen zulassen!
- Dem Agieren Grenzen setzen!
- Gegenübertragungsgefühle mitteilen, solange sie den Realitätssinn stärken!
- Negative Übertragung sofort ansprechen!
- Keine genetischen Deutungen geben, sondern an der pathologischen Abwehr arbeiten!

V. Gegenübertragung

Den typischen Borderline-Übertragungsmanifestationen entsprechen Gegenübertragungsreaktionen beim Therapeuten. Sie bergen spezifische Gefahren, weil es durch die tiefe Ebene der Regression beim Patienten zur Wiederbelebung früher Ich-Identifikationen und früher Abwehrmechanismen beim Therapeuten kommen kann. Rohde-Dachser spricht in diesem Zusammenhang von "Fallstricken".

Bei der Behandlung der Bulimia nervosa scheinen folgende Gegenübertragungsprobleme eine Bedeutung zu haben:

- Das "emotionale Wechselbad", dem der Therapeut durch das rasche Wechseln von Idealisierung und Entwertung ausgesetzt ist, kann zu aggressiven Gegenübertragungsgefühlen, zu dem Versuch, den Patienten abzuschieben, oder zu masochistischer Unterwerfung führen.
- Die heftigen Angriffe auf seine Identität als Therapeut können sein Identitätsgefühl in Frage stellen.
- Der teilweise lebensbedrohliche Zustand des Patienten kann es schwierig machen, die für die Reifung des Ich notwendigen Frustrationsreize zu setzen, und kann Zweifel an der Richtigkeit der Behandlungstechnik aufkommen lassen.

Um diesen Gefahren zu begegnen, sollte der Therapeut Hilfen in Form von Supervision durch erfahrene Fachkollegen oder durch kollegiales Gespräch in Anspruch nehmen. Hat der Therapeut gelernt, mit diesen Gefahren umzugehen, dann sind seine Gegenübertragungsgefühle das sicherste diagnostische Instrument, die psychische Situation des Patienten zu erfassen. Kernberg sagt: "Je heftiger die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten ausfällt, je mehr sie die Wahrung seiner Neutralität bedroht und je fluktuierender, sprunghafter, chaotischer sie wird, desto eher wird der Therapeut annehmen können, daß er es mit einem schwer regredierten Patienten zu tun hat."

Das in den letzten Jahren zunehmende Krankheitsbild der Bulimia nervosa ist eine phänomenologisch-symptomatologisch gut abgrenzbare Einheit. Sie wurde bisher psychopathologisch dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa zugeordnet. Der hier vorgestellte Fall ist exemplarisch für eine Reihe ähnlicher Fälle, die im Krankenhaus Tiefenbrunn vorgestellt bzw. behandelt wurden: Allen diesen Fällen von Bulimia nervosa lag eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur zugrunde. Auch die Fallberichte von Russell lassen eine solche Interpretation zu, wenn man bei ihnen das oben vorgestellte Instrument zur Diagnose einer Borderline-Störung anwendet. Allerdings sind die von Russell mitgeteilten Einzelheiten zu knapp, um im Nachhinein eine solche Diagnose mit Sicherheit stellen zu können.

Der Kern dieser Störung liegt nicht wie bei der typischen Pubertätsmagersucht im Bereich intrapsychischer Konflikte, sondern ist eine strukturelle Ich-Störung. Die Fixierung auf die orale Form der Triebbefriedigung ist ein allerdings lebensgefährlicher Versuch des schwachen Ich, seine Integrität zu wahren. Daß die Symptomatik gerade diese Funktion hat, zeigt Bruch (1973, 4), wenn sie über die Freßsucht schreibt: "Freßsucht, wenngleich eine fehlerhafte Anpassung, kann als Schutz gegen noch schwerere Erkrankung dienen. Sie stellt das Bemühen dar, gesundzubleiben oder zumindest weniger krank zu sein. Solche Patienten, übergewichtig oder nicht, können nicht gesund werden, wenn nicht die dahinterliegenden Probleme geklärt und gelöst werden. Bei diesen Patienten darf der aktuelle Gewichtsverlust erst an zweiter Stelle stehen." (eigene Übersetzung)

Der Therapeut muß diesen Aspekt der Symptomatik im Auge haben und sehen, daß diese zunächst notwendig für den Patienten ist. Er kann erst dann darauf verzichten, wenn sein Ich reifere Möglichkeiten gefunden hat, mit intrapsychischen Spannungen umzugehen.

Für die Anfangsphase der Behandlung einer Bulimia nervosa ist in der Regel ein Aufenthalt in einer psychotherapeutischen Klinik notwendig, damit der Patient hier vor den lebensbedrohlichen Folgen seiner Krankheit geschützt wird und sich auf die Bearbeitung seiner inneren Probleme konzentrieren kann, die zunächst auf den verschiedenen Beziehungsebenen einer Station (Stationsarzt, Pflegepersonal, Mitpatienten) in der Therapie durchgearbeitet werden können.⁴

In der Regel kann die Behandlung ambulant fortgesetzt werden, wenn der Patient das Stadium der Objektkonstanz und damit ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz erreicht hat. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die von anderen Autoren so ungünstig beurteilte Prognose gebessert werden kann, wenn die Krankheit als Borderline-Störung identifiziert wird und die Behandlungstechnik den Erfordernissen dieses speziellen Krankheitsbildes angepaßt wird.

Literatur

- [1] Blanck, G., Blanck, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart (Klett-Cotta)
- [2] Boskind-Lodahl, M. (1976): Cinderella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia. *Signs. Journal of Women in Culture and Society* 2, 342

⁴Zum Verhältnis der verschiedenen Bereiche innerhalb der klinischen Psychotherapie von Adoleszenten vgl. Zauner und Stieber.

-
- [3] Boskind-Lodahl, M / Sirlin, J. (1979): Frauen zwischen Freß- und Magersucht. *Psychologie Heute* 6, 70.
- [4] Bruch, H. (1973): *Eating Disorders*. New York (Basic Books)
- [5] Bruch, H. (1969): Psychotherapie der kindlichen Fettsucht. In: Biermann (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, Bd. II, 935. 4. Aufl. 1976, München/Basel (Reinhardt)
- [6] Bruch, H. (1980): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt (S. Fischer)
- [7] Bruch, H. (1969): Obesity and Orality. *Contemporary Psychoanalysis* 5, 129
- [8] Diepold, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie* 6, 77
- [9] Kernberg, O. F. (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt (Suhrkamp)
- [10] Masterson, J. (1972): *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York (Wiley)
- [11] Meyer, J. E. , Feldmann, H. (Hrsg.) (1965): *Anorexia nervosa*. Stuttgart (Thieme)
- [12] Rohde-Dachser, Chr. (1979): *Das Borderline-Syndrom*. Bern/Stuttgart/ Wien (Huber)
- [13] Russell, G. (1979): Bulimia nervosa: an Ominous Variant of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9, 429
- [14] Theander, S. (1970): Anorexia nervosa. *Acta psychiatrica Scandinavia* (Kopenhagen)
- [15] Thomä, H. (1961): *Anorexia nervosa*. Stuttgart (Klett)
- [16] Wiese, J. (1978): Gegenübertragung in der analytischen Psychotherapie der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 27, 277
- [17] Winnicott, D. W. (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett)
- [18] Zauner, J. (1980): Einverleibung und Individuation. In: M. Josuttis, G. Marcel (Hrsg.): *Das heilige Essen*. Stuttgart/Berlin (Kreuz), 84
- [19] Zauner, J. , Stieber, A. (1976): Klinische Psychotherapie von Jugendlichen. In: Biermann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie. Ergänzungsband, 73*, München/Basel (Reinhardt)