

Referat zum Seminar Bulimia nervosa- Psychodynamik und Behandlungstechnik

Jeannette Becker, SS 2012

Psychodynamische Aspekte von Bulimie

Reich, Günter (2010), In : Reich, Günter und Cierpka, Manfred (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen, Thieme-Verlag

Aus psychodynamischer Perspektive erscheinen für die Bulimie häufig Identitätskonflikte zwischen idealen und als makelhaft oder defekt erlebten Selbstanteilen zu stehen.

⇒ die Bulimie stellt einen Lösungsversuch dieses Konfliktes dar

Zum Identitätskonflikt bulimischer Patientinnen

Selbstanteil 1: Aktivität, Funktionieren, Selbstkontrolle, Autonomie
(möchte von Pat. nach außen im Alltag gezeigt werden, ideales Selbst) im Gegensatz zu
Selbstanteil 2: Bedürftigkeit, Schwäche, Unkontrolliertheit
(wird verborgen, defektes Selbst)

„Doppelte Realität“ ⇒ beide Seiten dieser Realität finden Ausdruck im Streben nach Schlankheit, Besorgtheit um die äußere Erscheinung, Beschäftigung mit Nahrung und Essen, Essanfall und Erbrechen.

Die Pat. erleben ihren Körper bzw. Teile des Körpers als makelhaft, dies wird meist bewusst erlebt und kann unter Schamgefühlen benannt werden. Zunahme des Gewichtes ⇒ Makel wird deutlich, Dieses Erleben lässt sich am besten als Ergebnis einer Verschiebung eines tiefergehenden Erlebens von Makel und Defekt verstehen, die Verschiebung vom psychischen Selbst zur Körperwahrnehmung ist ein für die Bulimie typischer Vorgang.

Die Vorstellung mit einem Defekt behaftet zu sein ist in der Regel sehr tiefgehend: die Pat. fühlen sich im Kern ihrer Person nicht liebens- und achtenswert.

Zur Genese des Identitätskonfliktes

Störung des affektiven Dialogs mit den primären Bezugspersonen

⇒ basale Bedürfnisse nach Anlehnung, emotionaler Intimität, affektiver Resonanz und Bestätigung bleiben unbeachtet und unbeantwortet, werden abgelehnt oder sogar verachtet. Ev. auch Wechsel zwischen Zuwendung und Verachtung möglich ⇒ keine Verlässlichkeit
⇒ Die Wünsche nach den Bedürfnissen und der damit verbundene zentrale Teil der Identität werden abgewehrt, z.B. durch Unnahbarkeit und Undurchdringlichkeit.

Konflikte um die Intimschranken

⇒ häufig findet sich in der Genese bulimischer Patientinnen eine Missachtung der Intimschranken sowie taktloses Eindringen in die persönliche Sphäre
⇒ sexueller Missbrauch als extreme Form der Missachtung der Intimschranken ist deutlich korreliert mit Bulimie (mehr als Anorexie)
⇒ jedoch nur eine Minderheit der bulimischen Pat. ist von sexuellem Missbrauch betroffen, bedeutsamer sind Grenzverletzungen durch Lächerlichmachen, Verletzung von Gefühlen und unvorhersehbares Verhalten (Kent et al. 1999). Klinisch relevant sind also oft alltäglichere, wenig spektakuläre, Grenzen und Integrität verletzenden Interaktionen ⇒ lösen Gefühl der Schwäche, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein aus, z.B. Ausplaudern von Anvertrautem gegenüber Dritten, Ironisieren von wichtigem Erleben. ⇒ zentrale Angst: jede Form der Intimität endet in einer Bloßstellung.

Persistierende ödipale Konflikte

⇒der idealisierte Vater und die bekämpfte Mutter

Es entsteht eine kumpelhafte Nähe zum Vater, dieser betont die männlichen, jungenhaften Seiten der Patientin, mit denen sich diese identifiziert. Dies fördert Leistung und, Selbstkontrolle betonendes phallisches Ich-Ideal und auch entsprechendes Körper-Ideal. Es entwickelt sich zwischen Pat. und Vater ein erotisiertes Verhältnis, das die Pat. das Gefühl geben kann, die bessere Partnerin zu sein, dies ist meist mit abgewehrten Scham- und Schuldgefühlen verbunden.

⇒ Väter bulimischer Pat. neigen vermehrt zu impulsiven Handlungen: impulsiver Alkoholabusus, Jähzorn, Gewalttätigkeit. Die Pat. verarbeiten dies ambivalent: lehnen auf der einen Seite Impulshandlungen ab, bewundern diese auch und identifizieren sich damit ⇒ Zeichen von Stärke, z.B. sich über Regeln hinwegzusetzen.

⇒ häufig besteht eine Rivalität mit der Mutter, insbesondere um Attraktivität, die von der Mutter vertretene Weiblichkeit wird oft abgelehnt, wird jedoch auf einer tieferen Schicht dann doch als „Standard“ empfunden.

⇒der verachtete Vater und die bekämpfte Mutter

Die Pat. rivalisiert mit einer Mutter, die dominierend und kontrollierend auftritt. In dieser Konstellation neigt die Mutter zur Impulsivität. Der Vater wird als weich, nachgiebig und zurückgezogen erlebt und enttäuscht als Objekt ödipal-narzisstischer Bewunderung, wird z.T. offen abgewertet und verachtet, tritt jedoch versorgender als die Mutter auf.

⇒der distanzierte, unzuverlässige Vater und die hilfsbedürftige Mutter

Die Pat. wird zum Ersatzpartner für eine überforderte Mutter, die Pat. stützt, berät und versorgt die Mutter, erhält meist weniger von der Mutter zurück als sie ihr gibt. Sie ist mit dem Partner-Ideal und dem oft depressiven Über-Ich der Mutter identifiziert. Unbewusst bewundert sie den Vater, der sich entzieht. Diese Väter neigen ebenfalls zu Impulshandlungen verschiedener Art.

Traumatisierungen und Überstimulierungen

können entstehen durch

⇒erotisierende Nähe zum Vater

⇒Impulshandlungen

⇒heftige Familienkonflikte

Dies kann zu Schwierigkeiten in der Affektregulation führen.

Widersprüchliche Über-Ich-Forderungen

Das Über-Ich fordert Selbstkontrolle, Perfektion, gutes äußeres Erscheinungsbild: Jedoch widerspricht die Abhängigkeit vom Wohlwollen anderer dem Ideal der Autonomie!

Empirische Studien zeigen:

- bulimische Patienten stehen oft unter dem Druck, verschiedenen, auch sich völlig widersprechenden sozialen Rollen genügen zu wollen ⇒ Überforderung
- haben starke Außenorientierung, Sozialangst und erleben sich stärker als unecht als nicht-bulimische Frauen, verbunden mit einer abwertenden Einstellung zum eigenen Körper.
- Das soziale Ideal der Schlankheit wird von bulimischen Frauen stärker als von nicht-essgestörten Frauen übernommen.

Abwehrstruktur

Dominierend in der Abwehrstruktur bulimischer Pat. ist die Verkehrung ins Gegenteil, insbesondere Affektumkehr und die Wendung vom Passiven ins Aktive. (Insgesamt findet sich jedoch komplexe Abwehrstruktur)

- Affektumkehr:** Aus Angst wird Wut, aus Beschämung Trotz und Verachtung, aus Schüchternheit und Unsicherheit Forschheit.
- Die **Umkehr vom Passiven ins Aktive** schützt vor Wahrnehmung von Konflikten und Affekten. Affekte wie Trauer, Angst, Enttäuschung, Demütigung und Schuld können bei anderen wahrgenommen und auf darauf eingegangen werden, werden bei sich selbst jedoch schlecht toleriert.
- Identifikation mit dem Aggressor
- Verleugnung
- Affektblockierung: Pat. erstarren innerlich: „alles prallt ab“
- Globalisierung und Übertreibung: Gefühle werden oft schrill und „marktschreierisch“ dargestellt, Pat. wirken unglaubwürdig und diffus

- das Abwehrverhalten ist insgesamt stimulussuchend und dramatisch-impulsiv.

Durch die komplexe Abwehrentwicklung kann eine Beeinträchtigung der introzeptiven Wahrnehmung und der Affektregulierung resultieren: Dies scheint ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen, insbesondere der Bulimie zu sein!

Die Fantasie des Defektes

Die Pat. haben Angst davor, unkontrolliert zu sein, bloßgestellt und verachtet zu werden, wenn sie intimere Aspekte der eigenen Person zeigen.

Kummer, Angst, Traurigkeit, Schmerz, Wünsche nach Beachtung, Intimität, Passivität und Hingabe werden als Zeichen von Schwäche abgewehrt, auch Wünsche nach sexueller Intimität rufen Gefühle wie Angst, Auslieferung und Unzulänglichkeit hervor.

Es entsteht ein tiefsitzendes Gefühl der Scham für zentrale Aspekte der eigenen Person und zur festen Überzeugung: nicht liebens- und achtenswert zu sein und dieses defekte Selbst verbergen zu müssen.

„Zweischichtung der Identität“: Das ideale und das verborgene, defekte Selbst.

Schamkonflikte

Verschiedene Autoren rechnen die Bulimie explizit zum Schamsyndrom. Scham ist der zentrale narzisstische Affekt und scheint auch der zentrale Affekt der Bulimie zu sein. Scham entsteht, wenn ein Idealzustand nicht erreicht wird, und die Person sich dabei beobachtet fühlt oder sich selbst beobachtet. Scham ruft deutliche vegetative Reaktionen hervor, erfasst das ganze Selbst.

Die Verschiebung auf den Körper

Die Fantasie eine Makel zu haben oder „defekt“ zu sein wird auf den Körper verschoben: Diese Verschiebung stellt eine Abwehr durch Konkretisierung dar: der Körper steht für die ganze Person oder wesentliche Selbstanteile. Die Phantasie des Defektes wird begrenzt, handhabbar und kontrollierbar gemacht.

Dazu trägt bei:

- Scham ist ein sich sehr im Körpererleben abspielender Prozess.
- Essen ist eine Regressionsmöglichkeit: die orale Regression wird zum Mittel der Affekt- und Konfliktregulierung und des Affektaustausches (Pat. können sich durch andere Möglichkeiten schlecht trösten oder beruhigen).
- Aufgrund der hohen Außenorientierung wird das Schlankheitsideal in hohem Ausmaß übernommen. Schlanksein heißt: Es besteht kein Makel, ich kann mich kontrollieren, bin stark, in Ordnung, ich kann mich sehen lassen. Im Gegensatz bedeutet Essen Regression, Versorgung, Intimität und Triebbefriedigung und damit Unkontrolliertheit, Schwäche, überwältigt werden, Unterlegenheit, Beschämung. Der Gegensatz schafft ständigen Aufmerksamkeitsmodus und Konfliktherd.

- Entwicklung in der Adoleszenz: Der Gewissensanteil des Über-Ichs wird z.T. durch das Ich-Ideal ersetzt. Die Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Selbst-Repräsentanz wird als Minderung des Selbstgefühls empfunden. Die Pat. erleben in der Adoleszenz Unsicherheiten bzgl. der körperlichen Entwicklung als besonders beunruhigend. Vergleiche mit anderen bzgl. der körperlichen Entwicklung beunruhigen eher als das sie beunruhigen: Wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung der Bulimie: frühes Einsetzen der Menarche!

- Das Erleben von körperlicher Selbstkontrolle oder Stärke (z.B. Training) führt zu Verschmelzung mit dem Ich-Ideal und so zu einer Hebung des Selbstwertgefühls bis hin zum Größenselbst. Die starke Idealisierung mit dem sozialen Ideal, dem man nicht gerecht werden kann, erzeugt Scham. Dabei werden körperliche Unterschiede ausschließlich dem Willen zugeschrieben und Schlanksein als Willensstärke angesehen.

Auslösende Situation

Auslösende Situationen für Bulimie enthalten oft einen Moment des Beobachtet- und Beurteilt Werdens. Die Pat. fühlen sich exponiert und meinen sich bewähren zu müssen, erleben sich selbst jedoch als ungenügend oder zurückgewiesen. Typische Situationen sind die räumliche Trennung vom Elternhaus durch Studienbeginn oder Berufseinstieg, d.h. die „Verselbständigungsphase“.

Funktionen des Essanfalls und des Erbrechens

Essanfall und Erbrechen dienen der Affekt- und Konfliktregulierung

In folgenden Hinsichten:

- Essanfall und Erbrechen sind Handlungssymptome was der Abwehr durch die Wendung vom Passiven ins Aktive entspricht.
- Die Kontrolle wird wieder hergestellt, in denen sich Pat. starken Affekten und Impulsen ausgeliefert fühlen.
- Essanfalle enthalten immer eine Auflehnung gegen das Über-Ich!

Die häufig damit verbundenen möglichen Impulse und Affekte sind häufig:

- Wünsche nach Versorgung, Anlehnung, Geborgenheit
- Wünsche nach Anerkennung
- Sexuelle Impulse
- Aggressive und autoaggressive Impulse

Das Erbrechen dient u.a.

- Dem Ungeschehenmachen des Essanfalles
- Der Wiederherstellung des angestrebten Körpergewichtes und der Körperform
- Der Reinigung von Dreck und Unzulänglichkeit
- Dem Ungeschehenmachen von Grenzverletzung bzw. Penetration
- Aggressiven und autoaggressiven Impulsen