

Seminar: Bulimia nervosa – Psychodynamik und Behandlungstechnik

Dr. Lily Gramatikov/ Dr. Parfen Laszig

Referat von Astrid Engel zum Text: „**Störungsorientierte psychodynamische Therapie der Bulimie**. Leitfaden für eine integrierte Behandlung.“ von Reich, Günter aus Psychotherapeut, 52, S.113-120

Der Leitfaden beschreibt eine Behandlung der Bulimia nervosa, die konkrete Veränderungen des Essverhaltens mit einer fokalen Bearbeitung der Psychodynamik kombiniert.

Insbesondere in der Anfangsphase werden psychoedukative und verhaltensorientierte Elemente mit einbezogen.

Grundlegend ist die Etablierung einer Halt gebenden therapeutischen Beziehung in einem **aktiven, emotional resonanten Vorgehen**, um

- das Essverhalten zu stabilisieren
- bisher abgelehnte und abgewehrte Selbstanteile sowie das damit zusammenhängende Beziehungserleben zuzulassen und als Teil der Person anzuerkennen
- deren Verbindung zur Symptomatik zu verstehen
- das Erleben der eigenen Person, als auch das Essverhalten dauerhaft zu verändern.

Die Therapie umfasst vier Schritte, die getrennt voneinander beschrieben werden, aber im konkreten Fall ineinandergreifen.

Schritt 1: störungsorientierte Diagnostik und Einleitung der Behandlung

Schritt 2: Stabilisierung des Essverhaltens

Schritt 3: Bearbeitung psychodynamisch relevanter Faktoren

Schritt 4: Abschluss

Bei **leichteren** Störungen (bis zu einem Jahr, ohne gravierende weitere Symptomatik) durchaus psychodynamische KZT möglich. Der Fokus liegt auf der Verbindung eines wesentlichen Konflikts zur Symptomatik. Nicht spezifisch stützende Therapie hier ineffektiv (vgl. auch Fonagy et al.2005).

Bei **schwereren** Störungen sind benannte Schritte Teil einer LZT (TP oder analytisch), wobei der dritte Schritt an Bedeutung gewinnt.

Zu Schritt 1:

1.1 Anamneseerhebung

- Verhalten bzgl. Symptomatik
- Komorbidität
- Mit Bulimie verbundenen Kognitionen, Affekte, Konflikte sowie relevante Entwicklungsfaktoren.

Hierzu gehören:

- Häufigkeit der Essanfälle bzw. des Erbrechens
- Art und Menge des Gegessenen
- Beim Erbrechen angewandte Methode und anderer gegensteuernde Maßnahmen (Fasten, Sport, Laxanzien, Apetitzügler, Entwässerungsmittel)
- Art und Ausmaß der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen
- Basisverhalten (Essgewohnheiten, Essrhythmus)
- Aktuelles und angestrebtes Gewicht
- Methoden der Gewichtskontrolle
- Wahrnehmung sowie Beurteilung des eigenen Körpers

Zentrale Aspekte der Diagnostik:

- Entwicklung des Körperbildes (insbesondere Adoleszenz, Erfahrungen in Partnerschaften)
- Einstellung zu Essen, Diät, Gewicht in Familie und Peergroup
- Orale Regression in der Familie durch Essen und anderen Substanzmissbrauch zur Affektregulierung.

Wichtig ist, dass die **situativen Auslöser** der Symptomatik und die **damit verbundenen Affekte** und **Konflikte** genau beschrieben werden.

Wesentliche **Aufgabe der Therapie** von Bulimikerinnen ist es die **Affektwahrnehmung** und **Affektdifferenzierung** zu fördern. Um die Selbstbeobachtung bezüglich des Essverhaltens und der damit verbundenen Affekte und Konflikte zu unterstützen, kann die Verwendung von Essprotokollen hilfreich sein.

Für die Konfliktdynamik der Bulimie und deren Aufrechterhaltung sind folgende Faktoren bestimmend:

- interpersonelle Grenzen
- Umgang mit Konflikten
- Affektive Resonanz
- Werte/Ideale

(Gilt auch für andere Störungen)

1.2. Aufbau einer therapeutischen Beziehung und eines Arbeitsbündnisses

In den ersten Stunden explizit formulieren, dass die Bulimie keine schlechte Angewohnheit ist, sondern, dass es tiefere Beweggründe gibt, die zu verstehen und zu verändern sind, um eine nachhaltige Besserung zu erreichen.

Damit unterscheidet sich der Therapeut von Angehörigen, die v.a. wollen, dass der Patient wieder normal ist, die Störung mehr beim Essen selbst sehen.

Abwehr- und Regulierungsfunktion der Symptomatik muss dabei skizziert werden.

Hier: Verschiebung von Konflikten und Regulierungsstörungen auf den Körper.

Bulimische Handlung gilt als Versuch sich einer dysfunktionalen Selbstkontrolle zu entledigen und die Konflikte sowie die damit verbundenen Gefühle von Angst, Depression, Scham, Schuld und Minderwertigkeit nicht zu spüren.

Der „unzulängliche“ Körper ist sichtbares Zeichen des umfassenden Erlebens von Unzulänglichkeit.

Teufelskreis von Unzulänglichkeitsgefühlen – Besorgnis um die Figur usw. – restriktives Essverhalten – Essanfälle – Erbrechen – Unzulänglichkeitsgefühle.

Zentrale Affekt: Scham

Zu Schritt 2:

Psychoedukative Elemente wie:

- Konkrete Thematisierung des Essverhaltens, Informationen über Ernährung und Diäten
- Veränderung des restriktiven zu einem flexiblen Essverhalten sowie Integration verbotener Nahrungsmittel
- Hinweis zum Umgang mit Problemsituationen
- Informationen über die Folgen von Essanfällen, selbst induzierten Erbrechen, Laxanzienmissbrauch, exzessivem Sport

Manchmal werden in dieser Phase vollzogene Veränderungen später wieder rückgängig gemacht. Erleichtert die Bearbeitung von Widerständen. Gegebene Information und Umgang damit auch immer in der Übertragungsbedeutung zu sehen.

Zu Schritt 3:

3.1. Stärkung des beobachtenden und erlebenden Ichs

Beschäftigung mit intrapsychischen und interpersonellen Erleben fördern.

Ziel der Interventionen: Wahrnehmung und Erleben zu differenzieren.

Hilfreiche Intervention: Klarifizieren.

3.2. Bearbeiten zentraler Abwehrmuster (Orientierung am Fallbeispiel)

- *Globalisierung und Entdifferenzierung*
Bulimikerinnen neigen dazu andere Personen und eigene Gefühlszustände global, undifferenziert (z.B. „angespannt“) und dadurch auch polarisiert wahrzunehmen. Bei schwer gestörten Patientinnen Ausdruck Ich-struktureller Schwäche, sonst durch umschriebene regressive Situation.
Folge: Erleben und Durcharbeiten von Konflikten erschwert.
- *Bulimischer Modus im Umgang mit der therapeutischen Beziehung und mit Interventionen*
Sturzflutartiges Berichten ohne Reflexion.
Folge: Beziehungsaufnahme zum Therapeut wird vermieden
Interventionen werden nicht wirklich verarbeitet (Pseudoverständnis)
Wesentliches wird häufig aus Schamgründen zurückgehalten.

- *Abwehr durch Handeln*
Bulimie als Handlungssymptom, um Unzulänglichkeitsgefühle und Beschämung nicht zu spüren.
- *Affektblockierung*
Folge: inneres Erleben unerreichbar für andere und für sich selbst.
Völlige Blockierung oft Anzeichen einer drohenden Überflutung mit Affekten und Erinnerungen (z.B. Traumata)

3.3.Herausarbeiten und Durcharbeiten der zentralen Angst und des Identitätskonflikts (Orientierung am Fallbeispiel)

Vorsichtige Konfrontation der Patientinnen mit Abwehrmechanismen und Abwehrmustern

Ziel: zentrale Angst im Hier und Jetzt erlebbar zu machen

Angst: nicht liebenswert zu sein, abgelehnt und fallen gelassen zu werden
eng verbunden mit Ängsten vor Intimität und Hingabe

- *Pseudoautonomie und Angst vor Abhängigkeit*
- *Abwehr des Zugangs zum inneren Erleben*
Patientinnen fürchten, es könne nur Schlechtes und Verachtenswertes zum Vorschein kommen.
- *Unsicherheit bezüglich der Grenzen*
Einerseits rigide Abgrenzung gegenüber Personen, die als eindringend, kontrollierend oder abhängig machend wahrgenommen werden könnten. Andererseits schwer adäquate Grenzen zu ziehen und sich nicht ausbeuten zu lassen.
- *Scham und Schamabwehr*
Hilfreich genau auf die verschiedenen Manifestationen dieses Affekts und seiner Affektabwehr zu achten. Z.B. Wendung vom Passiven ins Aktive (andere beschämen, entwerten) oder Affektumkehr (statt traurige wütende Affekte).
- *Erleben der defekten Selbstanteile in der therapeutischen Situation*
Fortschritt, wenn Patientinnen Gefühle von Traurigkeit, Angst und Einsamkeit erleben und dann die Gegenwart eines anderen ertragen können. Wenn abgewehrte Selbstanteile spürbar werden, kann die Symptomatik sich zu Abwehrzwecken vorübergehend verstärken, auch zur Abwehr von Erinnerungen, die unbewusst gehalten werden sollen (z.B. Traumata).

- *Strenges Ideal von Leistung und Stärke*
Sich selbst und anderen gegenüber. Selbstwert stark abhängig von positiver Bewertung anderer. Oft sehr empfindlich gegenüber Kritik bzw. vermeintlicher Kritik
- *Herstellen des Zusammenhangs zum Essverhalten*
Wesentlich immer wieder **aktiv** den Zusammenhang zum Essverhalten herzustellen.
Übertragungsbeziehung: Verstärkung der Symptomatik als agieren von unausgesprochenen oder unbewussten Wünschen oder Bestrafungen an den Therapeuten. Hier kann Bezug genommen werden auf die Regeln bzgl. Essverhalten von Schritt 2. Das Durchbrechen/Unterlaufen und Einhaltung der Regeln kann zum wesentlichen Fokus werden, in dem sich die Konflikte bündeln.
- *Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung*
Ansprechen von Übertragung im Hier und Jetzt, nicht forciert. Patientinnen erleben es sonst als Eindringen in die private Sphäre, fühlen sich bloßgestellt und beschämt. Erst Boden schaffen für die Bearbeitung tiefer gehender Konfliktthemen.
- *Integration der defekten Selbstanteile in das aktuelle Erleben*
Ziel der Therapie: Das Patientinnen ihre schambesetzten, unzulänglichen Selbstanteile kennenlernen und integrieren.
Hilfreich: Erfahrungen einer nichtverurteilenden therapeutischen Beziehung
Bearbeitung ihrer Ängste in der Übertragung

Zu Schritt 4:

Bearbeitete Konfliktlinien bündeln.

In dieser Phase wird den Patientinnen in der Regel ihre Bindung an den Therapeuten deutlich. Abgewehrte Gefühle von Abhängigkeit und Enttäuschung über das bevorstehende Ende der Therapie können auftreten (Scham, Trennungsangst, Zorn, Enttäuschung).

Wichtig: Aggression als eine Abwehr gegen Trauer, Gefühle des Verlustes zu verstehen **und** das Erleben dieser Gefühle zu fördern. Auch die bulimische Symptomatik kann sich wieder verstärken und der Abwehr von Trauer dienen (s.o.).

In der Regel werden einige Therapieziele nicht erreicht (Kontrast zum hohen Ich-Ideal).

Folge: Selbstentwertung, die wiederum externalisiert werden kann und zur Entwertung der Therapie führt. Auseinandersetzung mit dem Ideal narzisstischer Vollkommenheit wird vermieden.