

Seminar SS 2012, „Bulimia nervosa- Psychodynamik und Behandlungstechnik (Gramatikov/Laszig)

Referat zum Artikel „Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa“

von W. Köpp, S. Kiesewetter, H.C. Deter

Referat von Susanne Ohlrogge

Historischer Rückblick auf das psychoanalytische Verständnis von Essstörungen

- Freud (1895): Anorexie als traumatisch bedingtes, **hysterisches** Phänomen
- Abraham (1916): Zusammenhang zwischen **oraler Fixierung** und **Melancholie**, Nahrungsverweigerung = Verdrängung bzw. Regression
- Erste Fallberichte „über Bulimie mit Erbrechen“ in der ersten Hälfte des 20. Jhdts., Schulte und Böhme-Bloem (1990), Stunkard (1997), z.B. Wulff (1932) vier Kasuistiken, Wissen geht während 2. Weltkrieg verloren.
- Auch unter „narkotische Süchte“ eingeordnet
- Erst in 60er Jahren Bulimie von Anorexie abgegrenzt: Ziolko (1966), Russel (1979) Idee der Bulimie als **eigenständiges** Krankheitsbild
- Senf (1989) nach Recherche der Geschichte des Bulimiebegriffs und zugehöriger Konzepte: „Bulimie lässt sich nicht eindeutig verstehen, einordnen..., mehr eine **frühe Ich-strukturelle Störung**, denn um eine klassische Psychoneurose, **basale Ich-Funktionen sind eingeschränkt**, die mit **Störungen der frühen Objektbeziehungen im Rahmen der Separation und Individuation** (Mahler, 1972) einhergehen“.
- Bis in die 70er Jahre: Bulimie als Sonderform der Anorexie: bei beiden restriktives Essverhalten, Essattacken und selbstinduziertes Erbrechen, Unterschied im Körpergewicht
- Russel (1979): Bulimikerin: wollen wie Anorektikerinnen Körpergewicht unter gewissen Schwelle bringen, Körpergewicht ist höher, sind sexuell aktiver, haben regelmäßige Menstruation
- Goodsitt (1985): **Triebtheorie**: Hungern als **Abwehr sexueller Impulse** und unbewusste oral sadistische und kannibalische Fantasien, **unbewusste Vorstellungen von oraler Schwängerung**. Beginn in Pubertät, Askese als Ausdruck der Angst vor sexuellen Wünschen = klassischer neurotischer Konflikt: Ich stellt sich stärker auf die Seite des Überichs, als Abwehr von Triebwünschen wird ein asketisches Ideal errichtet. In der totalen Askese triumphiert der Wille narzisstisch über den Körper.
- Edelstein (1989): Triebtheorie: Unterdrückung des Begehrens, das als schmutzig und beschämend empfunden wird, führt zur Unabhängigkeit von körperlichen Bedürfnissen und Impulsen.
- Triebpsychologische Ansatz geriet in Misskredit, da **nicht immer ein klassischer Trieb-Abwehr-Konflikt nachweisbar** war- der Unterschied zwischen funktionellen (steht nicht zur Verfügung, weil durch Konflikt gelähmt) und strukturellen (nicht entwickelten) Ich-Störungen war nicht klar.
- Hilde Bruch (1986): Anorexie hängt mit **prinzipiellen Entwicklungsstörungen (präöipale Pathologie)** zusammen, erst in zweiter Linie mit sexuellen Konflikten, Betonung der Bedeutung der Körperbildstörung
Schwäche der Triebtheorie: veränderte Körpererleben nicht erklärbar, schwere Selbstwertstörungen nicht erklärbar.
- Köpp und Wegscheider (2000): psychotherapeutische Beeinflussung der **Angst vor dem Essen** spielt wichtige Rolle im Heilungsprozess, Bedeutung der Ängste?
Nur **wenige** systematische psychoanalytische Studien über Bulimia nervosa: Bemporad et al. (1992), Bachar et al. (1999)
- Jeammet (1997): Bulimia nervosa mit **Persönlichkeitsstörungen** assoziiert?

- Steinberg und Shaw (1997): Untersuchung zeigt Zusammenhang zwischen Bulimie und **Narzissmus**. Essstörung als **Ausdruck einer Selbstäquilibrierung und einer Selbstbesänftigung gegenüber sonst nicht beherrschbaren Ängsten**
- **Ätiopathogenese**: keine allgemein gültige Spezifität, nur Subgruppen mit größeren Gemeinsamkeiten
- Habermas (1990) Publikationen befassen sich mit präödpalen und ödpalen Konflikten, wenig mit typischen Konflikten der mittleren und späten Adoleszenz
- Blois (1981) **Adoleszenz** = Summe der Anpassungsversuche während der Pubertät an die neue innere und äußere Situation. **Schlüssel** für tieferes Verständnis der **Angst vor dem Essen?**
- Habermas (1990) Bulimie: relativ **früh selbständig**, Familie **wenig Halt gebend**, durch **hohes Ausmaß an offenen Konflikten** belastet. **Regressive Bedürfnisse** werden durch Verkehrung ins Gegenteil **abgewehrt**, verhalten sich pseudo-autonom/-erwachsen. Verschiebung der Angst auf das Essen: **Angst vor befürchtigtem Kontrollverlust, vor Orientierungs- und Strukturlosigkeit**
- Fallbeispiel: defizitäre strukturelle Pathologie. Mangel an Frustrationserleben in früher Kindheit führt zu reduziertem autonomen Bestreben, nicht vollzogene Separation führt zu reduziertem Selbstwertgefühl
- Therapeutische Maßnahmen: Empathisch Erleben der aktuellen Lage besprochen, Realitätsüberprüfung, Abgrenzung zur Mutter, intrapsychische Prozesse rücken vor interpersonellen Situation in den Vordergrund
- Therapeutisches Setting: Sitzend, Pat. brauchte gestische und mimische Responsivität des Therapeuten, Teilnahme des Therapeuten Besprechungen der Pat.
- Diagnose: narzisstische Störung, ev. auf Borderline- Niveau, Triebtheorie: impulsneurotische Durchbrüche = Treibdurchbrüche außerhalb der Selbstkontrolle, Selbstpsychologie (nach Heinz Kohut: untersucht, inwieweit ein Mensch Selbstobjekte (unterstützende Menschen, wichtige Gegenstände) benötigt, um die psychische Funktionsfähigkeit seines Selbst zu bewahren bzw. überhaupt erst aufzubauen.): vermindertes Selbstwertgefühl
- **Forschungslage: CBT = Behandlung der Wahl**, Thompson- Brenner und Westen (2005a) aber nur 40-50% profitierten!

CBT Kognitive Verhaltenstherapie am Beispiel der Therapie von [Bulimie](#) und [Anorexia Nervosa](#) in folgendem Setting (Thiel; Paul, 2000)
 Im Fall einer Essstörung soll die kognitive Verhaltenstherapie den Kreislauf von verzerrtem Gewichtsideal, diätischem Essverhalten und mangelnden alternativen [Konfliktbewältigungsstrategien](#) durchbrechen, indem sie hilft, das Essverhalten zu normalisieren, verzerrte Einstellungen zu Körper und Gewicht systematisch in Frage zu stellen, Auslöser, Hintergründe und die Funktion des gestörten Essverhaltens deutlich zu machen und neue Bewältigungsstrategien anzuwenden. Sie soll den Betroffenen ermutigen mit neuen Verhaltensweisen Erfahrungen zu sammeln und mit Problemen in Zukunft anders und möglicherweise besser zurechtzukommen (vgl. Thiel & Paul).

Durchführung

Ambulante Durchführung als Gruppentherapie mit zehn Teilnehmern.

Dauer und Umfang: 16 Wochen, 20 Sitzungen.

Therapeutenteam, am besten gemischtgeschlechtlich.

Phase 1 (4 Wochen, Sitzung 1-8)

Diagnostik

Erstellen einer individuellen Problemanalyse des gestörten Essverhaltens, weiterer Problembereiche, der Vorgeschichte etc.

Informationsvermittlung

über die Bedeutung soziokultureller Einflüsse, Zusammenhänge von Diät und Essstörungen

über die Bedeutung eines bestimmten Körpergewichts (Set-Point-Theorie) und möglicher Folgeschäden

Aufbau von Alternativverhalten

Phase 2 (8 Wochen, Sitzung 9-16)

Aufbau von Alternativverhalten und Festigung des Verhaltens in "kritischen Situationen"

Bearbeitung zu Grunde liegender Konflikte

Korrektur verzerrter Einstellungen zu Körper und Gewicht

Identifikation und Konfrontation mit verzerrten Einstellungen zu Körper und Gewicht, Korrektur dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen

Phase 3 (4 Wochen, Sitzung 17-20)

Stabilisierung und Bilanzierung

Rückfallanalyse und Vorbereitung auf Schwierigkeiten in der Zukunft

- Therapiestudien: meist gemischte Schulausrichtungen
- Openshaw et al. (2004) CBT Behandlung und Elemente der interpersonellen Therapie (Form psychodynamischer Kurzzeittherapie).

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist eine Kurzzeit-Psychotherapie, die in den 70er und 80er Jahren als ambulanter Behandlungsansatz für Erwachsene mit mittelgradigen bis schweren, nicht-wahnhaften Störungen entwickelt wurde. Sie basiert auf der Interpersonalen Theorie von Harry Stack Sullivan. Im Verlauf der letzten dreißig Jahre hat eine Reihe empirischer Studien die Wirksamkeit der IPT bei der Depressionsbehandlung belegt. Obwohl sie ursprünglich als individuelle Therapie für Erwachsene konzipiert war, wurde sie auch an die Arbeit mit Jugendlichen und Patienten im Involutionalter (Rückbildungsalter – etwa ab dem 45. Lebensjahr) sowie für den Einsatz bei der Paarberatung angepasst. Sie kommt bei bipolaren Störungen ebenso zur Anwendung wie bei der Bulimie und bei der Wochenbettdepression. Obwohl die IPT in psychodynamischen Theorien wurzelt, greift sie auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze auf, zum einen durch ihre zeitliche Begrenzung, zum anderen durch den Gebrauch von Hausaufgaben, strukturierten Patienteninterviews und abschließender Effektivitätskontrolle. Die Interpersonelle Psychotherapie wurde von Gerald Klermann et al. anfangs als Plazebothherapie in der Psychotherapieforschung gedacht, erwies sich jedoch als effektiv bei der Behandlung verschiedenartiger psychologischer Probleme. Sie basiert auf der Vorstellung, dass psychologische Probleme durch Kommunikationsstörungen hervorgerufen werden, die ihrerseits von grundsätzlichen Beziehungsmustern abhängen.

- Gute randomisierte, kontrollierte Studie von Bachar et al. (1999): Vergleich einer kognitiv orientierten mit einer psychoanalytischen (und zwar selbstpsychologischen) Behandlung und Ernährungsberatung. Nur selbstpsychologische Gruppe hatte ein signifikantes Ergebnis (nach einem Jahr 50%, vglbar mit CBT)
- **Selbstpsychologie:** Heinz Kohut, Winnicott. Definition des Selbst: Ich-Funktionen, verinnerlichte Wahrnehmung und subjektive Charakterisierung der Umwelt/Objekte, Selbstwahrnehmung mit persönlichen Zielvorstellungen, eigenen Fertigkeiten, Fähigkeit den Körper insgesamt zu erleben. Dieses Selbst ist immer im Fluss. Das Selbst entsteht aus der Verinnerlichung versch. seelischer Strukturen und Funktionen, dazu gehören u.a. die Fähigkeit, die eigene Körperlichkeit und Körpergrenzen (Ich versus Nicht-Ich) wahrzunehmen, Lebendigkeit im Planen, Handeln und Kommunikation mit der Umwelt, Sicherheit und Selbstvertrauen, Spannungsregulation und Regulation des Selbstwertgefühls. Dies sind Ergebnis von Beziehungs- und Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit. Signifikante Personen dieser Zeit werden als komplexesinneres Bild verinnerlicht, ebenso die Spiegelungen die das Kind erfährt. Sind die verinnerlichten Bilder unsicher und widersprüchlich kann kein kohärentes Selbstbild entstehen.
- Winnicott Therapie eines Pat. mit Defiziten des Selbst: Therapeut wird zur „good enough mother“, weniger Therapeut in Deutungsfunktion.
- Kohut (1971) Analytiker wird zum Selbstobjekt, ein Teil des Selbst des Pat. mit den Fähigkeiten (s.o.).
- Analytiker muss Grandiosität - wie Mutter in Früher Kindheit – spiegeln und idealisierende Übertragung annehmen (Deutung würde als etwas Trennendes erlebt, symbiotische Wünsche entwertet)
- Bearbeitung des gestörten Körperbildes: Bedeutung wegen **Verknüpfung von präverbalem Erleben und verbalisierbaren Fantasien**. Methoden: Konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie, Gestaltungs- oder Kunsttherapeutische Ansätze, imaginative Techniken. Ziel: Bewusstmachung und Relativierung des körperlichen Aspekts der Selbstwertstörung.
- Hilde Bruch (1985) : „Selbstwertproblematik“ ist ein **strukturelles Problem der Gesamtpersönlichkeit**
- Neurobiologie: Veränderungen nicht nur der Hirnfunktionen sondern auch Strukturen brauchen Zeit, d.h. Langzeitbehandlungen versus Kurzzeitbehandlungen als Anstoß