

Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa

Das psychoanalytische Verständnis der Essstörungen

Für die Darstellung psychodynamischer Aspekte der Bulimia nervosa lohnt sich ein historischer Rückblick auf das psychoanalytische Verständnis der Essstörungen, das ja bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts für die Behandlung von Essstörungen ganz allgemein bestimmend war.

Freud hatte bereits 1895 die Anorexie als traumatisch bedingtes, hysterisches Phänomen beschrieben. Abraham (1916) stellte dann in seiner grundlegenden Arbeit „Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido“ einen Zusammenhang zwischen oraler Fixierung und Melancholie her. Die Nahrungsverweigerung sah er unter dem Aspekt der Verdrängung bzw. der Regression.

Freuds triebpsychologische Auffassung vom Sexualtrieb war, dass er in seiner ursprünglichen und in seiner sublimierten Form eine der wichtigsten Quellen menschlichen Handelns überhaupt ist. Es soll daran erinnert werden, dass Sexualität bei Freud nicht nur genitale Sexualität im engeren Sinn ist. Vielmehr sind auch Hautkontakt, Oralität (wie z. B. Nahrungsaufnahme) und anale Vorgänge (wie z. B. die Defäkation) libidinös besetzt bzw. von noch undifferenziertem sexuellen Erleben begleitet. Die große – und seinerzeit anstößige – Entdeckung Freuds war die infantile Sexualität. Sie ist in der frühen Kindheit „polymorph pervers“ und wird

unter günstigen Bedingungen mit zunehmender Entwicklung genital strukturiert bzw. organisiert.

Lange Zeit befasste sich die Essstörungsforschung praktisch ausschließlich mit der Anorexia nervosa. Schulte und Böhme-Bloem (1990, S. 25) weisen aber darauf hin, dass es bereits in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts immer wieder Fallberichte über das Krankheitsbild der Bulimie (auch unter dem Begriff Bulimie mit Erbrechen) gegeben habe, dass aber dieses Wissen während des Zweiten Weltkriegs unterging „... und dreißig Jahre später als ein weitgehend unbekanntes Krankheitsbild wieder auftaucht(e)“. Auch Stunkard (1997) macht auf diesen Umstand aufmerksam und erwähnt eine psychoanalytische Arbeit von Wulff (1932, zit. nach Stunkard 1997), in der vier Kasuistiken von Frauen dargestellt wurden, deren Krankheitsbild Stunkard als Vorläufer der modernen Bulimia nervosa ansieht. Dass diese Arbeit so wenig von den Psychiatern beachtet wurde, führt Stunkard darauf zurück, dass sie sich mehr an vermuteten psychischen Kräften als an objektiven Kriterien orientiert habe.

Während in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Bulimie als Phänomen der Hysterie bzw. der Melancholie oder in der Nähe der narkotischen Süchte aufgefasst wurde, kristallisierte sich seit den 60er Jahren immer mehr die Idee eines eigenständigen Krankheitsbildes heraus (s. z. B. Ziolko 1966; Russel 1979).

Senf (1989) recherchierte sehr gründlich die Geschichte des Bulimiebegriffs und der

zugehörigen Konzepte. Wie andere Forscher kommt auch er – fast resignierend – zu folgendem Schluss (S. 102): „Zunächst ist offensichtlich geworden, dass sich die Bulimie nicht eindeutig erklären, verstehen, einordnen lässt... Dennoch lassen sich aus psychoanalytischer Perspektive folgende prinzipielle Gesichtspunkte zur Bulimie festhalten. Zum einen handelt es sich mehr um eine sog. frühe Ich-strukturelle Störung denn um eine ‚klassische Psychoneurose‘...“. Aus seiner Sicht sind bei der Bulimie basale Ich-Funktionen eingeschränkt, die mit Störungen der frühen Objektbeziehungen im Rahmen der Separation und Individuation (Mahler 1972) einhergehen.

Bis in die 70er Jahre wurde die Bulimie als Sonderform der Anorexie verstanden. Der Umstand, dass anorektisches Verhalten nicht nur restriktiv sein musste, sondern auch mit Essattacken und selbstinduziertem Erbrechen einhergehen konnte, war klar erkannt worden. Immer häufiger wurden dann jedoch Patientinnen gesehen, deren Körpergewicht normal und bei denen somit die Diagnose einer Anorexie eigentlich nicht mehr möglich war, obwohl ein eindeutig pathologisches Essverhalten vorlag. In seiner richtungweisenden Arbeit „Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa“, beschrieb Russel dann jene Kriterien, die zunächst die Diskussionsgrundlage für die Aufnahme der Diagnose „Bulimia nervosa“ in die diagnostischen Manuale wurde: „Genauso wie die echten Anorektikerinnen wollen diese Patientinnen ihr Körpergewicht unter eine Schwelle bringen, die sie sich selber auferlegt haben ... Im Gegensatz zu den echten Anorektikerinnen haben diese Patientinnen aber ein höheres Körpergewicht, sind sexuell aktiver, und weisen oft bei regelmäßiger Menstruation eine erhaltene Fertilität auf“ (1979, S. 429; Übersetzung W. K.).

Goodsitt (1985) hat mehrere triebtheoretisch ausgerichtete Publikationen verschiedener Autoren über psychogene Essstörungen zusammengestellt. Der Ausgangspunkt dieser Arbeiten ist, dass das

Hungern eine Abwehr sexueller Impulse und Fantasien darstelle. In diesen Darstellungen spielen auch unbewusste oral sadistische und kannibalische Fantasien sowie unbewusste Vorstellungen von oraler Schwängerung eine Rolle.

Auf den ersten Blick scheint diese Sichtweise sehr plausibel: Die Anorexie und auch die Bulimie beginnen in der Regel in der Pubertät – einer Zeit also, in der der Sexualtrieb biologisch eine enorme Verstärkung erfährt.

Unter triebtheoretischen Vorstellungen führt die Angst vor eigenen (und fremden!) sexuellen Wünschen zur pauschalen Askese gegenüber jedem triebhaften Wunsch. Durch die Abmagerung wird der Körper in einen Zustand gebracht, in dem die körperliche Attraktivität abnimmt und deswegen sexuelle Aktivität mit einem potenziellen Partner eher unwahrscheinlich wird. Dies wäre ein klassischer neurotischer Konflikt, d.h. ein Konflikt, bei dem das Ich sich stärker auf die Seite des Überichs stellt und als Abwehr von Triebwünschen ein asketisches Ideal errichtet. In einer totalen Askese triumphiert der Wille narzisstisch über den Körper. Diese Vorstellungen sind keineswegs überholt. So argumentierte z. B. Edelstein – ein anerkannter psychoanalytischer Forscher – noch 1989 ganz auf der Grundlage der Triebtheorie, als er ausführte: „Die Anorektikerin erlebt jegliches Begehren als sexuell und damit als schmutzig und beschämend. Wenn dieses Begehren unterdrückt wird, hat man sich unabhängig sowohl von körperlichen Bedürfnissen als auch von seinen Impulsen gemacht“ (Übersetzung W. K.).

Der triebpsychologische Ansatz für das Verständnis der Essstörungen ist dann mit den Weiterentwicklungen der Psychoanalyse in Misskredit geraten, weil sich nicht immer ein klassischer Trieb-Abwehr-Konflikt nachweisen ließ. Das Problem war seinerzeit, dass die Unterscheidung zwischen funktionellen und strukturellen Ich-Störungen psychoanalytisch noch nicht gut genug ausgearbeitet bzw. verbreitet war.

Strukturelle Ich-Störungen sind aber im modernen Verständnis der Psychoanalyse schwerere Entwicklungsstörungen, die dem nahe kommen, was wir heute Persönlichkeitsstörungen nennen.

An diesen Paradigmenwechsel erinnerte sich Hilde Bruch¹ kurz vor ihrem Tod noch einmal. In ihrer letzten – leider unvollendeten und posthum (1986) veröffentlichten – Arbeit „Anorexia nervosa: the therapeutic task“ beschrieb sie eindrucksvoll ihre persönliche Verwirrung, als sie essgestörte Frauen klassisch psychoanalytisch behandeln wollte. Sie merkte bald, dass die klassische psychoanalytische Auffassung, die die Anorexia nervosa als eine Form hysterischer Konversion verstand, in vielen Behandlungen nicht viel nützte. Es ging eben nicht nur um den symbolischen Ausdruck verdrängter Sexualität bzw. um oral getönte Schwangerschaftsfantasien. Das Hauptergebnis ihrer Erfahrung war, „dass Anorexia nervosa mit prinzipiellen Entwicklungsstörungen zusammenhängt und erst in zweiter Linie mit sexuellen Konflikten“. Sie wies bereits damals auf die Bedeutung der Körperbildstörung hin, die mittlerweile ein zentraler Aspekt in der Erforschung des gestörten Essverhaltens geworden ist.

Tatsächlich war Hilde Bruch auf einen wunden Punkt der psychoanalytischen Triebtheorie gestoßen: Das veränderte Körpererleben der Anorektikerinnen konnte nur schwer mit der klassischen Triebtheorie allein erklärt werden. Dazu kam, dass die Narzissmustheorie Freuds teilweise in sich widersprüchlich ist und ihr letztlich keine ausreichende Möglichkeit bot, die schweren Selbstwertstörungen essgestörter Patientinnen zu erklären. Das

Abrücken Hilde Bruchs von der klassischen trieborientierten Psychoanalyse wurde von vielen US-amerikanischen Psychoanalytikern mit- oder nachvollzogen. Im Weiteren wurden die Behandlungskonzepte bei Essstörungen dann entscheidend um selbstpsychologische Konstrukte erweitert.

Kritische Gedanken zur psychoanalytischen Rezeption der Psychodynamik bei der Bulimie

Köpp und Wegscheider (2000) haben an zwei großen Patientinnenkollektiven nachweisen können, dass die psychotherapeutische Beeinflussung der Angst vor dem Essen eine wichtige Rolle im Heilungsprozess der Betroffenen spielt. Zur Bedeutung solcher Ängste würde man sich besonders von psychoanalytischer Seite tiefenhermeneutische Erörterungen des Angsterlebens und die Darstellung der intraindividuell spezifischen Abwehrvorgänge (z. B. Verschiebung) wünschen. Leider bleibt man aber allzu oft trotz der weitreichenden theoretischen Überlegungen ratlos zurück, weil eine empirische Basis für aufgestellte Behauptungen fehlt oder die Darstellungen auf wenigen Einzelfällen² beruhen, die unzulässig verallgemeinert werden. So beschreibt z. B. Binswanger zwei Behandlungsverläufe und kommt für die Bulimia nervosa verallgemeinernd zu dem Schluss, „dass eine *relative* Spezifität der Psychogenese *vermutet* werden kann“ (1996, S. 664, Kursivdruck im Original).

² Es soll hier keinesfalls gegen Einzelfalldarstellungen oder qualitative Einzelfallforschung polemisiert werden. Wie wichtig Einzelfalldarstellungen sind, kann man auch daran erkennen, dass die klassische und sehr konkrete Behandlungsbeschreibung von Thomä (1981) nach wie vor einer der am häufigsten zitierten Buchartikel über psychoanalytische Anorexiebehandlung ist. Auch die psychodynamischen Erörterungen über Bulimia nervosa von Ettl (2001) stellen einen interessanten Diskussionsbeitrag dar; er stützt seine Darstellung der Dynamik auf 13 eigene Bulimia-nervosa-Behandlungen und auf die Supervision 10 weiterer Fälle. Systematische psychoanalytische Studien über Bulimia nervosa wie die von Bemporad et al. (1992) oder Bachar et al. (1999) sind dagegen rar.

¹ Hilde Bruch (1904–1984) musste als deutsche Jüdin im April 1933 aus Deutschland fliehen. Hier hatte sie noch ihre Facharzt Ausbildung als Pädiaterin abschließen können. In den USA absolvierte sie zusätzlich eine psychiatrische und eine psychoanalytische Ausbildung. Seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts war sie in den USA eine hoch geachtete Autorität in der Erforschung der Essstörungen. Persönlich und beruflich stand sie vor allem Sullivan und Fromm-Reichmann nahe.

Werner Köpp, Sybille Kieseewetter, Hans Christian Deter

Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa

Zusammenfassung

Bereits 1895 beschrieb Freud einen Fall von Anorexia nervosa als traumatisch bedingtes, hysterisches Phänomen. Im Jahr 1916 veröffentlichte Abraham seine wichtige Arbeit über die Beziehung zwischen oraler Fixierung und Depression. Bis in die späten 60er-Jahre betrachtete man die Bulimia nervosa als Spezialfall der Anorexie. Zu dieser Zeit waren die psychoanalytischen Vorstellungen über Essstörungen vor allem von der Triebpsychologie geprägt. Aber immer häufiger wurden dann zwei wichtige Beobachtungen gemacht: 1. Sehr häufig gelang es in den psychoanalytischen Behandlungen nicht, einen klassischen ödipalen Trieb-Abwehr-Konflikt festzustellen. 2. Es gab eine zunehmende Zahl von essgestörten Frauen mit Essanfällen und Erbrechen, jedoch ohne Untergewicht (ein Kriterium der Anorexia nervosa). So wurde in der Psychoanalyse die frühe bzw. präödipale Pathologie immer wichtiger. Diese Entwicklung war ganz wesentlich von Hilde

Bruch beeinflusst. Gleichzeitig berücksichtigten die medizinischen Klassifikationen, dass es sich bei der Bulimia nervosa um ein eigenes Krankheitsbild handelt, das nicht mit der Anorexia nervosa identisch ist. Leider ist die Zahl von empirischen psychoanalytischen Studien über die Bulimie sehr klein und stattdessen werden oft Generalisierungen auf der Basis von Einzelfallberichten gemacht. In dieser Arbeit wird ein Behandlungsabschnitt einer bulimischen Patientin mit erheblicher narzisstischer Pathologie vorgestellt. Bei dieser Behandlung schienen selbstpsychologische Überlegungen genauso wichtig wie triebpathologische Erwägungen und Gedanken über die Objektbeziehungen. Es wird vorgeschlagen, diese Konzeptionen nicht alternativ, sondern gleichzeitig miteinander zu benutzen. Außerdem wird empfohlen, das klassische Setting zugunsten der Herstellung einer hilfreichen Beziehung zu modifizieren.

On psychodynamic understanding of bulimia nervosa

Abstract

Freud described already in 1895 a case of anorexia nervosa as a traumatic hysterical phenomenon. In 1916 Abraham published his important paper about the relationship between oral fixation and depression. Until the late sixties bulimia nervosa was considered to be a special symptomatology of anorexia nervosa. At that time psychoanalytic ideas about eating disorders depended largely on early drive psychological considerations. But more and more, two important observations were made: 1. In psychoanalytic treatments very often it was impossible to detect the classic oedipal conflict between drive and defense. 2. There was an increasing number of eating disordered women with the symptomatology of binge eating and vomiting without underweight (a criterion of anorexia nervosa). Thus, in the field of psychoanalysis the early or preoedipal pathology

became more important. This development was mainly influenced by H. Bruch. At the same time the medical classifications took into account that bulimia nervosa has to be regarded as a separate disease (and not equivalent to anorexia nervosa). Unfortunately, the number of empirical psychoanalytic studies on bulimia nervosa is rather small and instead often generalizations are made on the basis of single case reports. This paper presents a part of the treatment of a female bulimic patient with a considerable narcissistic pathology. For this treatment self psychological considerations seemed to be important as well as drive pathological reflections and the idea of object relations. It is proposed not to use these conceptions alternatively but in conjunction. Moreover it is recommended to modify the classical setting to enhance the creation of a helpful alliance.

Ratlosigkeit entsteht auch deswegen, weil (z. B. auch bei Jeammet 1997) selbst- und objektpsychologische Gedanken ausgeführt werden, von denen man eher annehmen möchte, dass sie weniger der Bulimia nervosa als einer begleitenden Persönlichkeitsstörung zuzuordnen sind. Ob aber Persönlichkeitsstörungen in jedem Fall mit einer Bulimia nervosa assoziiert sind, bleibt undiskutiert.³

Die Möglichkeit, metapsychologisch eine allgemein gültige Spezifität der Bulimia nervosa hinsichtlich der Ätiopathogenese zu beschreiben, ist allerdings beschränkt. Maximal lassen sich bislang Subgruppen darstellen, die größere Gemeinsamkeiten aufweisen. Habermas (1990, S. 107) wies außerdem darauf hin, dass in den psychoanalytischen Publikationen manches über die präödipalen und ödipalen Konfliktkonstellationen zu lesen sei, aber wenig über die „typischen und normativen Konflikte der mittleren und späten Adoleszenz“. Immerhin ist bereits 1967 von Blos die Adoleszenz aus psychoanalytischer Perspektive zwar nicht losgelöst von den frühkindlichen Phasen, aber doch als ein eigenständiger, in Unterabschnitte einteilbarer Lebensabschnitt beschrieben worden, in dem Reifungsschritte zur Konsolidierung des Selbst in Gang kommen oder auch behindert werden können. Er beschrieb die Adoleszenz als Summe der Anpassungsversuche während der Pubertät an die neue innere und äußere Situation (Blos 1981). Hier könnte ein Schlüssel zum tieferen Verständnis der Angst vor dem Essen liegen.

Habermas (1990, S. 107) wies auf eine weitere, wichtige Beobachtung hin: „Im Unterschied zu den meist sehr wenig von ihrer Herkunftsfamilie abgelösten Magersüchtigen ist bei normalgewichtigen

Bulimikerinnen eher ein anderes Muster anzutreffen: Sie berichten, sich relativ früh in der Adoleszenz selbständig gemacht zu haben, z. B. selbst über die Uhrzeit des abendlichen Nachhausekommens bestimmt zu haben. Sie beschreiben ihre Familien eher wenig Halt gebend und durch ein hohes Ausmaß an offenen Konflikten belastet“. So gesehen, befinden sich viele Anorexia-nervosa-Patientinnen noch immer in einer realen regressiven Situation in ihrer Herkunftsfamilie, während die Bulimia-nervosa-Patientinnen genau diese regressiven Bedürfnisse durch eine Verkehrung ins Gegenteil abwehren und sich besonders pseudo-autonom bzw. erwachsen verhalten. Dies ist aber nur eine deskriptive Psychodynamik bzw. Konfliktverarbeitungsmodalität, die sich im Gefolge höchst unterschiedlicher ätiopathogenetischer Verursachung entwickeln kann. Diese Betrachtung kann jedoch helfen, den Prozess der Verschiebung der Angst auf das Essen wenigstens arbeitshypothetisch zu verstehen. Die Angst, um die es bei der Bulimia nervosa in solcher Situation geht, ist ein befürchteter Kontrollverlust, Angst vor Orientierungs- und Strukturlosigkeit. Insgesamt ist es für die Bulimia-nervosa-Patientinnen schwieriger, die aufkommende Angst Ich-gerecht und steuernd zu binden; dies kann zu verschiedenen Formen entlastenden Agierens führen (essen, wahllose sexuelle Aktivität etc.). Manchmal verdeutlichen Patientinnenzitate den hier angesprochenen Sachverhalt besser als theoretische Erörterungen; so sagte eine Patientin in einer Therapiesitzung: „Manchmal spüre ich Unruhe, manchmal Angst. Manchmal ist es die Angst vor dem Essen, dann wieder weiß ich nicht, wovor ich eigentlich Angst habe. Ich fühle dann eine große ‚power‘ in mir, fühle mich wie ein Boot mit einem ganz starken Motor, aber ohne Steuerrad“.

Es ist nicht immer leicht, heftige spät- oder verspätete pubertäre Affektschwankungen und Zustände von frei flottierenden Ängsten von jenen bei narzisstischen und Borderline-Störungen zu unterschei-

³ Im Gegensatz dazu haben Steinberg und Shaw (1997) eine Untersuchung an 117 Frauen vorgelegt, die einen Zusammenhang zwischen Bulimie und Narzissmus darstellt. Sie zeigen darin empirisch, dass bei vielen Bulimia-nervosa-Patientinnen die Essstörung Ausdruck einer versuchten Selbstäquilibration und einer Selbstbesänftigung gegenüber sonst nicht beherrschbaren Ängsten ist.

den. Daher sollte die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bei bulimischen Patientinnen in der späten Pubertät mit Vorsicht gestellt werden.

Trieb-, objekt- und selbstpsychologisches Verstehen in der konkreten Arbeit

Ein Fallbericht

Es handelt sich um eine 22-jährige Studentin, die von einer diabetologischen Praxis in der Psychosomatik vorgestellt wurde. Fünf Jahre zuvor hatte sie mit anorektischem Fasten begonnen. Der Diabetes war vor 3 Jahren entdeckt worden. Danach wurden ihr Essverhalten und ihr Körpererleben zunehmend bulimisch.

Die Beziehung zu ihrer Mutter war hochgradig ambivalent: Sie wollte so schlank sein wie Mutter, aber keinesfalls so werden wie sie. In der Kindheit wurde die Patientin von ihren Eltern übermäßig verwöhnt, und sie habe – so die Beschreibung ihrer Mutter – extrem eifersüchtig reagiert, als im 2. Lebensjahr der Patientin deren Schwester zur Welt kam. Im 11. Lebensjahr der Patientin trennten sich die Eltern, und reaktiv suchte die Patientin wieder stärker die Nähe zur Mutter – und zwar in recht anklammernder Form. Mit ihrer Schwester erlebte sie sich immer in starker Konkurrenz. Sie hasste ihre Mutter, wenn diese sich der Schwester oder ihrem neuen Freund zuwandte. Sie drohte mit Selbstmord, wenn sie nicht bekam, was sie von Mutter wollte. Sie fügte sich mit Scheren und Messern Selbstverletzungen zu, die eigentlich der Mutter galten. Die Patientin geriet sehr oft in handgreifliche Auseinandersetzungen mit ihrer Schwester und ihrer Mutter. Zwischen der Patientin und ihrer Mutter entstand eine Art Hassliebe. Im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus begann die Mutter, die Nahrungszufuhr der Patientin zu kontrollieren, suchte das Zimmer der Patientin nach Schokoladenpapier ab, und im Gegenzug provozierte die Patientin ihre Mutter mit Alkohol-

exzessen und dem Verschlingen großer Mengen von Süßigkeiten. Die Beziehung zu ihrem ersten Freund wurde von der Patientin folgendermaßen charakterisiert: „Er war für mich Mutter, Freund und alles!“ Sämtliche folgenden Beziehungen – auch die Psychotherapie – wurden von der Patientin in ähnlicher Weise konstellierte.

An dieser Stelle soll kurz innegehalten werden, um einige theoretische Überlegungen zur Psychodynamik dieser Patientin anzustellen. Die kurze Beschreibung des Erlebens und des Verhaltens dieser Patientin zeigt, dass hier – weit entfernt von ödipaler Konfliktpathologie – eine defizitäre strukturelle Pathologie vorliegt. Durch überwertige Wunscherfüllung in der frühen Kindheit – d.h. durch einen Mangel an Frustration – war es für die Patientin seinerzeit einfacher, die befriedigende Zuwendung durch die Eltern zu erleben, als autonome Fähigkeiten auszubilden. So gelang es ihr nicht, expansive Strebungen während der Separationsphase angemessen zu leben. Das führte zu einem Mangel an Selbstständigkeit. Die Patientin litt unter ihrem Mangel an Autonomie. Ihr Selbstwertgefühl war stark reduziert, sobald sie ihre Abhängigkeit von Mutter merkte und wenn sie spürte, wie sehr sie sich an Mutter orientierte. Wenn sie eigene Bedürfnisse befriedigen wollte, blieb sie auf Mutter angewiesen. Die nichtvollzogene Separation ergibt sich auch aus folgender Bemerkung der Patientin: „Wenn mir meine Mutter nicht gibt, was ich will, dann möchte ich ihr schaden, indem ich mich selber verletze“.

Die Veränderung des Erlebens der Patientin wurde durch zwei unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet. In der Einzeltherapie wurde mit der Patientin zunächst empathisch deren Erleben der aktuellen Lage besprochen und eine Art Realitätsprüfung durchgeführt. In zwei Gesprächen zusammen mit der Mutter der Patientin wurden klare Vereinbarungen im Hinblick auf Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für eigene Belange ausgehandelt, die auf eine Grenzziehung zwischen beiden Frauen

hinausliefen. Dies führte zu einer Entlastung von Mutter und Tochter, was wiederum die Gefahr von Essattacken bei der Patientin minderte und die Behandlung des Diabetes sehr erleichterte. Außerdem konnte sich die Patientin nun verstärkt auch intrapsychischen Bewegungen zuwenden und auf monotone Vorwürfe gegenüber der Mutter in der Therapie verzichten. Die interpersonelle Situation blieb zwar wichtig, aber sie monopolisierte die Aufmerksamkeit der Patientin nicht mehr.

Bei der Behandlung dieser Patientin wurde von einer erheblichen narzisstischen Störung ausgegangen – vielleicht sogar auf Borderline-Niveau. Rückt man die impulsneurotischen Durchbrüche in den Fokus der Betrachtung, so handelt es sich um eine triebtheoretisch betonte Überlegung, denn wir haben es mit Triebdurchbrüchen zu tun, die der Selbstkontrolle entzogen sind. Wenn wir dagegen über das verminderte Selbstwertgefühl der Patientin diskutieren, entwickeln wir unsere Vorstellungen auf der Ebene der Selbstpsychologie. Es soll damit gesagt werden, dass sich triebtheoretische Gesichtspunkte, Aspekte der Objektbeziehung und selbstpsychologische Überlegungen in unseren psychodynamischen Diskussionen vermischen können.

Wir wissen heute, dass es in der psychoanalytischen Therapie ganz wesentlich auf die Entwicklung einer hilfreichen Beziehung ankommt – vielleicht in noch stärkerem Maße als auf die Deutung unbewussten Materials. Luborsky (1976, 1988) hat darüber grundsätzliche Arbeiten publiziert.

Die geschilderte Patientin lag auf keiner Couch, sondern sie saß ihrem Therapeuten gegenüber. Für sie war es wichtig, sein Gesicht zu sehen, und sie hätte ohne diese Möglichkeit Angst bekommen. Sie benötigte – wie ein sehr kleines Kind – die gestische und die mimische Responsivität des Therapeuten. Der Therapeut war auch viel aktiver, als es im klassischen Setting üblich ist, und nahm sogar an gemeinsamen Besprechungen zwischen der Patientin, der

Stationsärztin und dem Diabetologen in der Klinik teil. Dennoch soll für diese Therapie die Bezeichnung „psychoanalytisch fundiert“ in Anspruch genommen werden, denn sämtliche Maßnahmen und Interventionen wurden ebenso wie Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse psychoanalytisch reflektiert. Auch wenn diese Reflexionen nicht immer in Interventionen einmündeten, bestimmten sie doch das Verständnis des therapeutischen Prozesses.

Eissler (1953) hat dafür den Terminus „Parameter“ eingeführt und definierte ihn als kleinstmögliche Abkehr von der klassischen Technik, um einem schwachen Ich gerecht zu werden. Die Einführung eines Parameters ist immer dann indiziert, wenn die Ich-Bildung der eigentliche Behandlungsgegenstand ist. An dieser Stelle können sich manchmal psychoanalytische und primär supportive Funktionen des Therapeuten vermischen. Kernberg (1981) vertritt sogar die Ansicht, dass es ein Behandlungsfehler sei, die psychoanalytische Technik im Fall einer schweren Charakterpathologie nicht zu modifizieren.

Die intermittierende Einbeziehung eines Elternteiles in die Psychotherapie ist seit langem Praxis in der analytischen Kinder- und Jugendlichkeitherapie und kann im weitesten Sinn als notwendige Modifikation zugunsten des heranreifenden Ichs verstanden werden. Gleichzeitig zeichnet sich hier ein Übergang zu solchen Therapiemethoden ab, die auf das familiäre Umfeld des Individuums einwirken wollen bzw. die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern zum Fokus haben.

Die Forschungslage

Bei der Behandlung der Bulimia nervosa gibt es mittlerweile eine große Anzahl von randomisierten Studien, die die Wirksamkeit der kognitiv-behaviouralen Therapie (CBT) belegen. Das hat zu der Einschätzung geführt, dass die CBT bei der Bulimie die Behandlung der Wahl sei. Im Weiteren wurde dann konsequenterweise ge-

fordert, dass bei der Bulimie nur noch die CBT anzuwenden sei. Thompson-Brenner und Westen (2005a) konnten aber zeigen, dass nur 40–50% der Patientinnen in den randomisierten, kontrollierten Studien von ihrer Essstörung genesen. Sie merkten kritisch an, dass aus einer solchen Befundlage schwer Verallgemeinerungen abzuleiten seien, insbesondere dann nicht, wenn es sich um Essgestörte mit Polysymptomatik bzw. Komorbidität handelt.

Therapiestudien und Outcome

Therapiestudien (s. auch Hartmann et al. 1992) kranken häufig daran, dass die Zuverlässigkeit der handlungsleitenden Schulausrichtung bei Interventionen nicht sicher gewährleistet ist. So verglichen z. B. Openshaw et al. (2004) in einer an sich sehr schönen Arbeit statistische und klinische Signifikanz nach CBT-Behandlung in der Gruppe. Fast nebenbei erfährt man dann, dass zusätzlich Elemente der interpersonellen Therapie angewandt wurden. Die interpersonelle Therapie ist aber eine Form psychodynamischer Kurzzeittherapie, die sich an den psychodynamischen Theorien der Psychoanalytiker Sullivan und Bowlby orientiert!

Andererseits muss man auch sagen, dass psychodynamische Behandlungsverfahren zwar weit verbreitet sind, aber ihre Wirksamkeit bei der Behandlung der Essstörungen durch randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) unzureichend belegt ist (Thompson-Brenner u. Westen 2005b).

Dass andererseits die Randomisierung selber zum Problem für die Psychotherapieforschung werden kann, wurde von Krauthauser und Bassler (1997) gezeigt: Da die 132 Angstpatienten in ihrer Untersuchung der Subgruppenzuordnung (ambulante vs. stationäre Behandlung) zustimmen mussten, zeigte sich, dass die schwerer gestörten Patienten vor allem in der stationären und die weniger gestörten in der ambulanten Interventionsgruppe vertreten waren. Auf diese Weise wurde die

Gruppenzuordnung selber zum stärksten Prädiktor für das Outcome. Das sprach nachträglich – mindestens in diesem Fall – gegen die Randomisierung.

Nun gibt es aber eine gute, randomisierte und kontrollierte Studie von Bachar et al. (1999), in der eine kognitiv orientierte Behandlung mit einer psychoanalytischen – genauer: mit einer selbstpsychologischen – Behandlung verglichen wird. Die 33 Patientinnen (davon 25 Bulimikerinnen vom Purging-Typ) wurden entweder der selbstpsychologischen (SPT), der kognitiv orientierten (COT) oder einer Ernährungsberatungsgruppe (EB) zugeordnet. Eine Remission konnte bei 9 der 14 SPT-Patientinnen (64%), bei 2 der 12 COT-Patientinnen (17%) und bei einer der 7 EB-Patientinnen (14%) nachgewiesen werden. Dabei war nur das Ergebnis der SPT-Gruppe signifikant. Die Erfolge nach einem Jahr mit 50% waren denen der CBT anderer Studien vergleichbar.

Psychodynamische Therapieansätze gehen in der Regel davon aus, dass Essstörungssymptome im Rahmen eines komplexeren Persönlichkeitsmusters gedacht werden müssen (s. auch Thompson-Brenner und Westen 2005b, die Bezug nehmen auf Bruch 1982; Hartmann et al. 1992 sowie Johnson und Sansone 1993).

Die Selbstpsychologie

Der selbstpsychologische Ansatz ist vor allem mit dem aus Österreich stammenden und in die USA emigrierten Psychoanalytiker Heinz Kohut⁴ verbunden. Die Psychologie des Selbst ist eine theoretische Weiterentwicklung der Psychoanalyse, die in den USA mittlerweile eine sehr breite Akzeptanz auch unter Nichtanalytikern er-

⁴ Kohut, dessen selbstpsychologisches Konzept lange Zeit heftiger Kritik ausgesetzt war, machte eine wichtige Klarstellung: „Ich bin in viel stärkerem Maße triebpsychologisch orientiert als manche Kritiker der Selbstpsychologie. Die Selbstpsychologie ersetzt die Triebpsychologie genauso wenig, wie die Quantenphysik die Physik Newtons ersetzt hat. Tatsächlich geht es um verschiedene Ausgangspunkte, die Verschiebung der Betrachtungsebenen und die Komplementarität unterschiedlicher Perspektiven“ (Kohut 1983, S. 397, Übersetzung W.K.).

fahren hat. Es ist nicht möglich, an dieser Stelle sämtliche wichtigen Autoren der Selbstpsychologie zu nennen; die folgenden Gedanken sollen daher auf Winnicott und Kohut beschränkt bleiben, weil beide Autoren im Zusammenhang mit der psychodynamischen Behandlung von Essstörungen immer wieder zitiert werden.

Zunächst besteht ein theoretisches Problem in der Schwierigkeit, den Begriff des Selbst befriedigend zu definieren. Wir erkennen und erleben das Selbst mehr in seinen Funktionen.

Blanck und Blanck (1989) wiesen zu Recht auf den unterschiedlichen Gebrauch des Begriffes bei verschiedenen Autoren hin. Das „Selbst“ ist etwas Komplexes und schließt außer den Ich-Funktionen vor allem auch die verinnerlichte Wahrnehmung und subjektive Charakterisierung der Umwelt – also der Objekte – ein. Ein weiterer Aspekt ist die Wahrnehmung der eigenen psychosozialen Existenz, d. h. die „Selbstwahrnehmung“. Hierzu gehören auch persönliche Zielvorstellungen, eigene Fertigkeiten und besonders die Fähigkeit, den eigenen Körper insgesamt zu erleben – besonders auch vegetative und somatopsychische Vorgänge. Es muss betont werden, dass das Selbst und die Selbstwahrnehmung ständigen Veränderungen unterworfen sind und, so gesehen, ist auch die Individuation nie ganz abgeschlossen, sondern immer im Fluss.

Das „Selbst“ entsteht aus der Internalisierung bzw. der Verinnerlichung verschiedener seelischer Strukturen und Funktionen. Dazu gehören:

- die Fähigkeit, eigene Körperlichkeit und Körpergrenzen wahrzunehmen und zwischen Ich und Nichtich zu unterscheiden,
- Lebendigkeit im Planen, Handeln und Kommunikation mit der Umwelt,
- Sicherheit und Selbstvertrauen,
- Spannungsregulation und
- Regulation des Selbstwertgefühls.

Diese Funktionen sind vor allem das Ergebnis von Beziehungs- und Bindungs-

erfahrungen in der frühen Kindheit. Die signifikanten Personen dieser Lebensperiode werden als komplexes inneres Bild repräsentiert – d. h. verinnerlicht. Die Spiegelungen, die das Kind durch diese primären Beziehungspersonen erfährt, werden nach und nach ebenfalls internalisiert. So geht die affektiv getönte Vorstellung des Kindes von sich selber – also sein Selbstbild bzw. seine Selbstrepräsentanz – aus den verinnerlichten Bildern der primären Beziehungspersonen hervor: Sind diese Bilder widersprüchlich, unsicher und brüchig, so wird auch kein kohärentes Selbstbild mit ausreichendem Selbstvertrauen und hinreichender Selbstsicherheit entstehen können.

Es ist nun einleuchtend, dass der Therapeut sich in der Therapie mit einer Patientin, die starke Defizite des Selbst aufweist, anders verhalten muss als in einer Therapie, in der es lediglich um einen neurotischen Konflikt geht. Im Sinne Winnicotts wird er teilweise zu einer „good enough mother“ werden müssen: Er substituiert vorübergehend dem Selbst jene noch fehlenden oben genannten Fähigkeiten. Hinter dieser Aufgabe tritt – in der Vorstellung der Selbstpsychologie – die Deutungsfunktion des Analytikers klar zurück. Mit Kohut (1971) könnte man sagen, dass der Analytiker teilweise vorübergehend zum „Selbstobjekt“ – d. h. mit den oben genannten Fähigkeiten ein Teil des Selbst des Patienten – wird.

Für die Praxis heißt das, dass der Analytiker der Patientin ihr Erleben von Grandiosität – wie eine bemutternde Person der frühen Kindheit – spiegeln und ihre idealisierende Übertragung annehmen muss. Würde der Analytiker das Grandiositätserleben deuten, bestünde die Gefahr, dass die Patientin hochgradig gekränkt reagiert, weil sie in der Deutung etwas Trennendes erleben würde, das ihre symbiotischen Wünsche sachlich klarstellt und damit entwertet.

Schwere Störungen des Selbst werden in unterschiedlichem Ausmaß bei sehr vielen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ge-

funden; über 30% sollen als Komorbidität eine Borderline-Störung aufweisen. In der Einzeltherapie mit solchen Patientinnen drückt das Wort „wir“ oft nicht nur ein Arbeitsbündnis, sondern etwas Symbiotisches aus. Der Analytiker muss sich in der Anfangsphase der Therapie hüten, der Patientin zu sehr zu zeigen, dass er anders ist als sie und sich von ihr unterscheidet. Gefühle aufseiten des Analytikers, die eigene Meinung oder Einstellung betonen zu müssen, sind meistens ein sicheres Gegenübertragungszeichen dafür, dass die Patientin ihren Therapeuten unbewusst als Teil ihres Selbst erlebt (und dieser sich dagegen unbewusst wehren will). Ebenfalls Ausdruck narzisstischer Grandiosität und Grenzenlosigkeit ist es, wenn beispielsweise die Patientin sich mit großer Selbstverständlichkeit Gegenstände vom Schreibtisch ihres Therapeuten nimmt oder mitlesen will, wenn er in seinem Terminkalender blättert. Es ist in solchen Situationen von ausschlaggebender Bedeutung, dass der Therapeut Wut, die in ihm entsteht, zwar spürt, aber nicht agiert. Er muss diese Wut in sich selber als seine Resonanz auf das Verhalten der Patientin verstehen, ohne der Patientin das Gefühl zu geben, dass er sich gegen sie wendet oder sie bestraft.

Erlebnisorientierte Behandlung

Die Wichtigkeit der Selbstpsychologie für die analytisch orientierte Therapie mit psychogenen Essstörungen ergibt sich aber auch noch aus anderen Gründen. Die Selbstpsychologie bietet – insbesondere im stationären Rahmen – die Möglichkeit, durch erlebnisorientierte Therapiekonzeptionen, das gestörte Körperbild der Patientinnen erlebnisnah zu bearbeiten (s. auch Hornyak und Baker 1989). Der Selbstausdruck in der Körpersprache ergänzt verbal akzentuierte Therapiemethoden nicht nur; vielmehr stellen körperorientierte Behandlungsverfahren ein wichtiges Bindeglied zwischen (noch) nicht verbalisierbarem – also präverbalem – Erleben und verbalisierbaren Fantasien dar, die mehr eine Folge

des Sekundärprozesses sind. Hierbei ergeben sich im Prinzip drei Möglichkeiten, das Körpererleben der Patientinnen in den therapeutischen Fokus zu rücken:

1. Die direkte Arbeit mit dem Körper, wie es z. B. in der *konzentrativen Bewegungstherapie* (Becker 1989; Carl und Herzog 1996) oder in der *Tanztherapie* (Stark et al. 1989) der Fall ist.
2. *Gestaltungs- oder kunsttherapeutische Ansätze*, die als eine Art „bildgebendes Verfahren“ zur Visualisierung und zur Bearbeitung des (inneren) Körperbildes verstanden werden können (Feiereis 1989; Köpp 1993, 1995; Feiereis und Sudau 1996).
3. Imaginative Techniken wie das *katathyme Bilderleben* (Leuner et al. 1993; Wilke 1996).

Ziele dieser Maßnahmen sind die Bewusstmachung und die Relativierung des körperlichen Aspekts der Selbstwertstörung. Sie findet bei Anorektikerinnen, aber auch bei Bulimikerinnen u. a. ihren Ausdruck im anorektiformen Fasten und ist eine in hohem Maße pathologische Betonung der Autonomie. Die Patientinnen fürchten, ihrer Triebhaftigkeit ausgeliefert zu sein und erleben den Durchbruch des Triebes, den sie mit Mühe unterdrückt haben, als schuldhaftige Schwäche. Das gilt für Anorektikerinnen wie für Bulimikerinnen. Dazu schrieb Hilde Bruch: „Jede Anorektikerin fürchtet in der Tiefe ihrer Seele, unzulänglich, schwach, mittelmäßig und nutzlos zu sein und von den anderen verachtet zu werden ...“ (1985, S. 15; Übersetzung W. K.). Das ist aber viel öfter ein strukturelles Problem der Gesamtpersönlichkeit als ein psychodynamischer Aktualkonflikt oder eine dysfunktionale Verhaltensweise.

Veränderungen brauchen Zeit

Die moderne Neurobiologie lehrt uns, dass andauernde Funktionsänderungen von Seele und Geist nicht nur mit veränderten Hirnfunktionen, sondern auch mit veränderten und veränderbaren(!) Hirn-

strukturen einhergehen. Das netzwerkartige Muster der Nervenzellverbindungen ändert sich, und es kann zu Wachstum bzw. Degeneration von Synapsen kommen. „Langandauernde Veränderungen geistiger Funktionen schließen die Veränderung der Genexpression ein“ (Ebert et al. 1995).

Wenn eine Patientin nach 7 Jahren in die Therapie kommt, um sich von ihren täglich mehrfach praktizierten Ess-Brech-Attacken zu lösen, dann kann man nicht erwarten, dass dieses Verhalten und ihre persönlichkeitsstrukturelle Problematik in wenigen Monaten verändert ist. Die Gleichzeitigkeitskorrelation der seelischen und der hirnstrukturellen Veränderungen wird uns in Zukunft wohl noch mehr interessieren müssen. Psychoanalysen sind ambulante Langzeitbehandlungen. Unsere untersuchten Therapien bei Essstörungen sind sehr oft kurzzeitige Interventionen, von denen wir solche neurobiologischen Veränderungen nicht erwarten dürfen. Sie sind aber wichtig, um eine andauernde Veränderung auf den Weg zu bringen bzw. einzuleiten.

Für die Zukunft der Essstörungsforschung ergibt sich daraus eine spannende Frage: Reichen kurze Therapieanstöße aus, um langfristige Eigendynamik auf den Weg zu bringen und um auch die neurobiologisch beschreibbaren Veränderungen zu erreichen? Oder müssen wir uns doch die Mühe machen, unsere Patientinnen auf dem größten Teil ihres therapeutischen Weges zu begleiten? Psychodynamische bzw. psychoanalytische Behandlungen müssen dabei beachtet und evaluiert werden, um die Bedingungen unserer Erfolge und Misserfolge zu analysieren und zu verstehen.

Anschrift

PD Dr. med. Werner Köpp

Maaßenstraße 8

10777 Berlin

E-Mail: koeppe@zedat.fu-berlin.de

Literatur

- Abraham K (1916) Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. Gesammelte Schriften, Bd II. Fischer, Frankfurt aM, 1982, S 3–31
- Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry EM (1999) Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 8:115–128
- Becker H (1989) Konzentrierte Bewegungstherapie – Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Bemporad JR, Beresin E, Rately JJ, O'Driscoll G et al (1992) A psychoanalytic study of eating disorders: I. A developmental profile of 67 index cases. *J Am Acad Psychoanal* 20: 509–531
- Binswanger R (1996) Kindliche Masturbation – ein genetischer Gesichtspunkt, insbesondere bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psyche – Z Psychoanal* 50:644–670
- Blanck R, Blanck G (1989) Beyond ego psychology. Columbia University Press, New York, 1986; dt. Jenseits der Ich-Psychologie. Klett, Stuttgart, S 123–131
- Blos P (1967) The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child* 22:162–186
- Blos P (1981) Adoleszenz – Eine psychoanalytische Interpretation, 3. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bruch H (1982) The golden cage. Vintage Books, New York, 1979; dt. Der goldene Käfig – Das Rätsel der Magersucht. Fischer, Frankfurt aM
- Bruch H (1985) Four decades of eating disorders. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds) Handbook of psychotherapy of anorexia and bulimia. Guilford, New York London
- Bruch H (1986) Anorexia: the therapeutic task. In: Brownell KD, Foreyt JP (eds) Handbook of eating disorders. Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia. Basic Books, New York, pp 328–332
- Carl A, Herzog T (1996) Konzentrierte Bewegungstherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) Analytische Therapie bei Eßstörungen – Therapieführer. Schattauer, Stuttgart, S 173–187
- Ebert T, Panter C, Wienbruch C et al (1995) Increased use of the left hand in string players associated with increased cortical representation of the fingers. *Science* 220:21–23 (zit. nach Kandel 2006, S 163)
- Edelstein EL (1989) Anorexia nervosa and other dyscontrol syndromes. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, pp 104–109
- Eissler KR (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Assoc* 1:104–143
- Ettl T (2001) Das bulimische Syndrom – Psychodynamik und Genese. Edition Diskord, Tübingen
- Feiereis H (1989) Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille, München
- Feiereis H, Sudau V (1996) Gestaltungstherapeutische Verfahren – Assoziative Mal- und Tontherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) Analytische Therapie bei Eßstörungen – Therapieführer. Schattauer, Stuttgart
- Freud S (1895) Studien über Hysterie. Gesammelte Werke, Bd 1. Fischer, Frankfurt aM, S 75–312

- Goodstitt A (1985) Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE (Hrsg) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Guilford, New York London
- Habermas T (1990) Heißhunger – Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt aM
- Hartmann A, Herzog T, Drinkmann A (1992) Psychotherapy of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 36:159–167
- Hornyak LM, Baker EK (1989) Experiential therapies for eating disorders. Guilford, New York
- Jeammett P (1997) Narzißtische und objektbezogene Fehlregulierungen in der Bulimie. *Psyche – Z Psychoanal* 51:1–32
- Johnson CL, Sansone RA (1993) Integrating a twelve-step approach with traditional psychotherapy of eating disorders. *Int J Eat Disord* 14:121–134
- Kandel ER (2006) Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Kernberg OF (1981) Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart, S 155
- Kohut H (1971) The Analysis of the self. International University Press, New York; dt. Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt aM, 1979
- Kohut H (1983) Problems of self psychological theory. In Lichtenberg JD, Kaplan S (eds) Reflections of self psychology. Erlbaum, Hillsdale London
- Köpp W (1993) Gestaltungstherapie bei Anorexia nervosa – ein Fallbericht. *Musik Tanz Kunstther* 4:25–28
- Köpp W (1995) Zur Bedeutung der Symbolisierung in der Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45:336–341
- Köpp W, Wegscheider K (2000) Stationäre Behandlung von Essstörungen – Was ist wichtig für den Behandlungserfolg? Asanger, Heidelberg
- Krauthauser H, Bassler M (1997) Das Randomisierungsproblem in Psychotherapiestudien. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47:279–284
- Leuner H, Hennig J, Fikentscher E (1993) Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart
- Luborsky L (1976) Helping alliance in psychotherapy. In: Claghorn JK (ed) Successful psychotherapy. Brunner & Mazel, New York
- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Mahler MS (1972) Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart
- Mahler MS, Pine F, Bergman A (1980) Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt aM
- Openshaw C, Waller G, Sperlinger D (2004) Group cognitive behaviour-therapy for bulimia nervosa: statistical versus clinical significance of changes of symptoms across treatment. *Int J Eat Disord* 36:363–375
- Russel G (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9:429–448
- Schulte MJ, Böhme-Bloem C (1990) Bulimie – Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart
- Senf W (1989) Psychoanalytische Betrachtungen zur Bulimie. In: Kämmerer A, Klingenspor B (Hrsg) Bulimie – Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Kohlhammer, Stuttgart, S 88–103
- Stark A, Aronow S, McGeehan T (1989) Dance/movement therapy with bulimic patients. In: Hornyak LM, Baker EK (eds) Experiential therapies for eating disorders. Guilford, New York
- Steinberg BE, Shaw RJ (1997) Bulimia as a disturbance of narcissism: self-esteem and the capacity to self-soothe. *Addict Behav* 22:699–710
- Stunkard A (1997) Eating disorders: the last 25 years. *Appetite* 29:181–190
- Thomä H (1981) Über die psychoanalytische Behandlung eines magersüchtigen Mädchens. In: Mitscherlich A (Hrsg) Literatur der Psychoanalyse. Helmut Thomä – Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Thompson-Brenner H, Westen D (2005 a) A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa. Part 1: Comorbidity and therapeutic outcome. *J Nerv Ment Dis* 193:573–584
- Thompson-Brenner H, Westen D (2005 b) A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa. Part 2: Therapeutic interventions in the community. *J Nerv Ment Dis* 193:585–595
- Wilke E (1996) Psychodynamische Therapie mit dem Katathymen Bilderleben – Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) Analytische Therapie bei Eßstörungen – Therapieführer. Schattauer, Stuttgart
- Ziolko HU (1966) Hyperphagie und Anorexia. *Nervenarzt* 37: 400–406