

PSYCHODYNAMISCHE THERAPIEKONZEPTE BEI DER BEHANDLUNG VON ANOREXIA UND BULIMIA NERVOSA

PSYCHODYNAMIC THERAPEUTIC CONCEPTS IN THE TREATMENT OF ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA

Christoph Nikendei, Wolfgang Herzog

Zusammenfassung

Die Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind beide durch den konflikthaften Umgang mit der Nahrungsaufnahme gekennzeichnet. Trotz des gemeinsamen Leitsymptoms unterscheiden sich beide Krankheitsbilder in ihrer spezifischen Psychodynamik mit grundlegenden Implikationen für die Manifestation, den Krankheitsverlauf und die Prognose. Nach wie vor weist die Anorexia nervosa, nicht zuletzt bedingt durch die Verleugnungstendenzen der Patient(inn)en, eine hohe Mortalität auf. Bei der Bulimia nervosa – bei der die assoziierte Mortalität hingegen gering zu sein scheint – verhindert häufig der zentrale Affekt der Scham einen frühzeitigen Behandlungsbeginn. Um den Therapieverlauf langfristig zu strukturieren, sollte am Anfang jeder Behandlung ein individueller Gesamtbehandlungsplan entwickelt werden. In Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung ist eine ambulante oder stationäre Therapie der Betroffenen indiziert. Entsprechend der multifaktoriellen Genese der Erkrankungen fließen vielfältige therapeutische Elemente in den Behandlungsplan der ambulanten oder stationären Psychotherapie ein. In den konfliktzentrierten psychodynamischen Behandlungsbausteinen finden sich sowohl trieb- und objektbeziehungstheoretische als auch familiendynamische Konzepte wieder. Dennoch ist die Arbeit am Symptom mit einer Gewichtszunahme bei der Anorexia nervosa und einer Gewichtsstabilisierung bei der Bulimia nervosa ein zentrales erstes Therapieziel und letztlich die Voraussetzung für eine konfliktzentrierte psychotherapeutische Arbeit. Aus diesem Grundverständnis heraus haben sich für beide Essstörungen modifizierte Therapiekonzepte entwickelt, die der Verleugnungstendenz der Anorexia nervosa einerseits und der Scham der Bulimia nervosa andererseits Rechnung tragen.

Schlüsselwörter Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Essstörung – psychodynamische Therapie

Summary

Anorexia nervosa and bulimia nervosa are both characterized by abnormal eating behaviour. Although both eating disorders share this leading symptom, they differ in their specific psychodynamics, with implications for clinical manifestation, course of disease and prognosis. Anorexia nervosa, characterized by patient denial, continues to be marked by high mortality. Bulimia nervosa is associated with a sense of shame that, while less severe in its outcomes, can interfere with the timely start of treatment. Every long-term course of treatment should begin with an individual therapy plan. The severity of disease will determine whether ambulatory or inpatient treatment is needed. Corresponding to the multi-dimensional aetiology of the disease, various instruments of treatment flow into the ambulatory or inpatient psychotherapy. In the conflict-centred psychodynamic-based elements of the therapy, a number of analytic concepts are to be found. However weightgain (anorectic patients) and weight stabilisation (bulimic patients) are the primary goals of treatment and are a precondition for conflict-centred psychodynamic therapy. Out of this basic understanding, modified therapy plans for each type of eating disorders were developed, addressing both the denial of anorexia nervosa and the shame of bulimia nervosa.

Keywords anorexia nervosa – bulimia nervosa – eating disorders – psychodynamic therapy

Einführung in das Thema

Das Kontinuum der Essstörungssymptomatik reicht von dem Versuch der „Auflösung des Körpers als Triumph über das Realitätsprinzip“ (Export, 1987) bis hin zur Euphorie „die ganze Welt verschlingen zu können“ (Hußmann, 2000). Den sich in diesen Beschreibungen widerspiegelnden Störungsbildern Anorexia und Bulimia nervosa ist das *Leitsymptom des konflikthaften Umgangs mit der Nahrungsaufnahme* auf

dem Boden eines biopsychosozialen Geschehens gemeinsam. Bei beiden Essstörungen wird der eigene Körper zum Austragungsort *seelischer und interpersoneller Konflikte* (Hirsch, 1998). Psychische Vorgänge werden in das Körperliche verschoben: Eine rigide Über-Ich-Struktur mit besonderen Anforderungen an Perfektion und (Selbst-)Kontrolle idealisiert die Aggressionsfreiheit, den Verzicht, die Lust-

feindlichkeit und Leistung. Schwäche und Abhängigkeit werden verachtet. Die Nahrungsaufnahme selbst wird im Zusammenhang mit den als gefährlich empfundenen Triebimpulsen als scham- oder schuldhaft erlebt und impliziert Ängste vor Selbstfragmentierung, Kontrollverlust und Bloßstellung (Löwe et al., 2004). Über die Manipulation des Körpers sollen diese intrapsychischen und interpersonellen Spannungen reguliert werden (Hußmann, 2000). Die daraus resultierende Essstörungssymptomatik kann auf ganz unterschiedlichen *strukturellen Niveaus* der Persönlichkeitsentwicklung stattfinden und sich sowohl neurotisch als auch in Form schwerer Persönlichkeitsstörungen äußern (Löwe et al., 2004).

Trotz des gemeinsamen Grundthemas von Anorexia und Bulimia nervosa und der möglichen fließenden Übergänge zwischen beiden Krankheitsbildern handelt es sich bei den beiden Essstörungen um unterschiedliche Krankheitsentitäten (Feiereis, 1996). Nicht zuletzt zeichnen sie sich in einer *Spezifität ihrer Psychodynamik* aus mit Implikationen für Manifestation, Verlauf, Prognose und Therapie. Wenngleich beide Krankheitsbilder durch eine *Verzerrung von Körperbild und Weiblichkeitsideal* charakterisiert sind, so richten anorektische Patient(inn)en ihr Essverhalten gegen die weibliche Sexualität, Entwicklung und Körperlichkeit, während sich im stetig wiederholenden bulimischen Kreislauf von Essanfall und Erbrechen der verzweifelte Kampf der Patient(inn)en um die Attribute des gesellschaftlich erwarteten und vorgegebenen Idealbildes konventioneller Weiblichkeit ausdrückt (Feiereis, 1996; Krüger et al., 2001). Das Ziel eines anorektischen Identitätsentwurfs, mit seinem asketischen Ideal eine gegebene Objektabhängigkeit zu negieren und zu überwinden, ist – laut Schneider (2004) – nahe dem Tode. Diese Verleugnung einer Krankheitswertigkeit offensichtlicher Symptome offenbart sich im weiteren *Krankheitsverlauf* in einem 10fach erhöhten Sterberisiko gegenüber der Normalbevölkerung (Zipfel et al., 2000). Scham- und Schuldgefühle als zentraler Affekt der Bulimia nervosa führen hingegen zu einem Verbergen der Essstörung und sind maßgeblich dafür verantwortlich, dass im Krankheitsverlauf durchschnittlich 5 bis 7 Jahre vergehen, bevor sich die Patient(inn)en in Behandlung begeben (Hoek, 2002; Bergmann und Herzog, 2004).

Die hier kurz skizzierten Charakteristika sollten Bestandteil einer differenziellen psychodynamischen Diagnostik sein und in den Entwurf eines Gesamtbehandlungsplanes (Herzog et al., 2004b) einfließen. Dieser sollte auf Grundlage einer *detaillierten und standardisierten Initialdiagnostik* vor Therapiebeginn (APA, 2000) konzipiert werden. Er ist bei beiden Störungsbildern eine zentrale Voraussetzung für die weitere Therapieplanung und soll hier allem vorangestellt werden.

Zur Initialdiagnostik gehört eine Erfassung

- des Überweisungskontextes,
- der aktuellen Motivation,
- der früheren Krankengeschichte/Krankheitsphase,
- der bisherigen Therapien (hilfreiche und schwierige Aspekte, aktuelle Krisen in einer Psychotherapie?),
- des aktuellen Gewichtes (wiegen ohne Kleidung!), der Gewichtsentwicklung (Stabilität/Instabilität, Kontrollverlust),

- des Essverhaltens bzw. der Esssymptomatik (Purging, Erbrechen, Laxanzien-, Diuretikaabusus?),
- der körperlichen Aktivität,
- der Befunde medizinischer Untersuchungen und Laborparameter,
- der Hypothesen zur Psychodynamik (inkl. Auslösesituation, Grundkonflikte, Abwehrmechanismen, Strukturniveau),
- der psychischen Komorbidität (Depression, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Zwangserkrankungen) und Suizidalität und
- der aktuellen Lebenssituation und -krisen (Beruf/Ausbildung und finanzielle Situation, Familie, Partnerschaft, Peergroup/Freundeskreis, Wohnsituation).

In den folgenden Abschnitten soll eine Einführung in die Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa in Hinblick auf ihre Psychodynamik, aber auch in Hinblick auf Ätiologie, Verlauf und Prognose gegeben werden, sowie eine Vorstellung psychodynamischer Therapiekonzepte erfolgen.

Anorexia nervosa

Einführung in das Krankheitsbild

Die Anorexia nervosa ist eine seit langem bekannte Krankheitsentität: Eine erste medizinische Beschreibung erfolgte durch Morton 1689, die Definition als psychosomatische Krankheit im heutigen Sinne durch Lasègue und Gull um 1870. Das Krankheitsbild ist durch ein *ausgeprägtes selbst induziertes Untergewicht* (Body Mass Index < 17,5kg/m²) charakterisiert. Die Gewichtsreduktion wird willentlich durch Fasten, selbst induziertes Erbrechen, eine übertriebene körperliche Aktivität oder den Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika herbeigeführt. Es besteht eine "Gewichtspobie", die durch eine intensive Angst gekennzeichnet ist, an Gewicht zuzunehmen. Begleitend finden sich typischerweise eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht sowie eine Verleugnung des niedrigen Körpergewichts und seiner negativen Folgen für die eigene Gesundheit. Trotz der Kachexie empfinden die Patient(inn)en den eigenen Körper – vorzugsweise an Bauch, Hüften und Oberschenkeln – als zu voluminös. Diese Verzerrung der Wahrnehmung eigener Körperproportionen wird unter dem Begriff der Körperschemastörung gefasst. Durch die Mangelernährung entsteht zudem eine endokrine Störung, die sich bei den Patient(inn)en als primäre oder sekundäre Amenorrhoe äußert. Als Subtypen können eine ausschließlich durch Fasten induzierte restriktive (oder asketische) Form der Anorexia nervosa sowie eine bulimische Form (auch binge/purge type) unterschieden werden. Letztere ist durch auftretende Essanfälle mit nachfolgenden kompensatorischen Maßnahmen, wie selbst induziertes Erbrechen oder den Gebrauch von Abführmitteln, gekennzeichnet (APA, 1994).

Häufigkeit, Verlauf und Prognose

Bei populationsbasierten Studien findet sich für die Anorexia nervosa eine *Inzidenz* (Neuerkrankungsziffer innerhalb eines bestimmten Zeitraumes) von 19 neu erkrankten Frauen und 2 neu erkrankten Männern pro 100.000 Einwohner und Jahr. Bei

Mädchen in der Altersgruppe von 13 bis 19 Jahren erkranken jährlich 51 pro 100.000 Einwohner erstmals an einer Anorexia nervosa. Die *Prävalenz* (Gesamtzahl vorhandener Erkrankungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode) der Magersucht wird mit 0,7% bei Mädchen und 0,1% bei Jungen angegeben (Löwe et al., 2004). Die Anorexia nervosa ist nach wie vor ein Krankheitsbild mit hoher Mortalität und offener Prognose (Nielson et al., 1998; Fichter und Quadflieg, 1999; Steinhausen, 2002). Es ergaben sich in zahlreichen Untersuchungen keine nachhaltigen Beweise dafür, dass sich die Prognose der Erkrankung in den letzten 50 Jahren essentiell verbessert hätte. Die durchschnittliche jährliche *Mortalität* pro Beobachtungsjahr beträgt 0,5 – 0,6%. Eigene Untersuchungen mit 11- bzw. 20-jähriger Beobachtungszeit zeigten ein 10fach erhöhtes Sterberisiko nachuntersuchter Patient(inn)en gegenüber der Normalbevölkerung (Deter und Herzog, 1995; Herzog et al., 1997, Zipfel et al., 2000). Dabei wurde eine Heilung im umfassenden bio-psycho-sozialen Sinne von etwa der Hälfte der Patient(inn)en erreicht. Zu einer ersten Vollremission kam es im Durchschnitt nach einer Dauer von 6 Jahren nach Erstaufnahme. Bei etwa einem Viertel der Patient(inn)en trat eine klinische Besserung ein und das Vollbild einer Anorexia nervosa lag hier nicht mehr vor. *Chronische Verläufe* mit dem Vollbild einer Anorexia nervosa traten bei etwa 10% der Patient(inn)en auf. Diese waren mit schwersten psychischen und somatischen Komplikationen belastet. Bemerkenswert in den durchgeführten Untersuchungen war, dass zwar die Hälfte der Patient(inn)en im Prozess ihrer Gesundung eine bulimische Phase durchmachten, dass aber eine Bulimia nervosa (mit Normalgewicht) als Langzeitverlaufsergebnis nur selten (3 – 4%) vorkam. Auffällig war, dass alle chronisch anorektischen Patient(inn)en bei Behandlungsbeginn dem Binge/Purging-Typ angehörten. Als *ungünstige prognostische Faktoren* erwiesen sich in eigenen Untersuchungen eine bulimische Symptomatik bei Behandlungsbeginn, eine bereits vor der Behandlung für längere Zeit bestehende Symptomatik, schwere psychische und soziale Auffälligkeiten bei Behandlungsbeginn, ein niedriges Gewicht bei Aufnahme und eine geringe Gewichtszunahme während der initialen Behandlung (Zipfel et al., 2000).

Komorbidität

Die *psychische Komorbidität* umfasst bei der Anorexia nervosa häufig affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Die Einschätzung einer etwaigen latenten oder manifesten Suizidalität sollte bei allen Patient(inn)en erfolgen. Züge von Perfektionismus und ausgeprägte Zwangssymptome werden z.T. auch als prämorbid Symptomatik gefunden. Differenzialdiagnostisch sind depressive Esshemmungen, Brechneurosen, eine verminderte Nahrungsaufnahme bei Borderline-Störungen oder Wahnbildungen im Rahmen einer Schizophrenie abzugrenzen.

Somatische Komplikationen

Die *somatische Komorbidität* entsteht oft als unmittelbare Folge von pathologischem Essverhalten, selbst induziertem Erbrechen, Laxanzien- oder Diuretikaabusus. Erniedrigte Kaliumwerte im Serum, angeschwollene Speicheldrüsen, ein

Anstieg der Speicheldrüsen-Amylase im Serum und Erosionen der Zähne infolge Magensäureexposition sind häufige Folgen des selbst induzierten Erbrechens. Hormonstörungen (erniedrigte Östrogene, Amenorrhoe, erhöhtes Cortisol) sind obligat, verminderte Zellzahlen in allen Blutzellreihen (Anämie, Leukopenie, Thrombopenie), eine erniedrigte Herzfrequenz und niedriger Blutdruck sind häufig. Aus internistischer Indikation sind *Notfallaufnahmen* bei rapidem Gewichtsverlust in kurzer Zeit (> 30% in den letzten 3 Monaten), extrem niedrigem Gewicht (< 60% des Erwartungsgewichtes), ausgeprägten Elektrolytstörungen, ventrikulären Herzrhythmusstörungen, hämodynamischen Störungen (Schwindel, verwachsener Sprache) angezeigt (Zipfel et al., 1998, 2003). Auch akute (Infekte) oder chronische Zweiterkrankungen (Diabetes, entzündliche Darmerkrankungen) erhöhen das Komplikations- und Mortalitätsrisiko unter Umständen beträchtlich (Zipfel et al., 2004). *Differenzialdiagnostisch* sind chronisch konsumierende Erkrankungen wie Malabsorptionssyndrome (chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und M. Crohn), Infekte (Tuberkulose etc.), Malignome (insbesondere Hirntumore) und endokrinologische Erkrankungen auszuschließen.

Ätiopathogenese und Psychodynamik

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Magersucht werden als ein *multifaktorielles Geschehen* angesehen, bei dem psychische Faktoren im Zusammenspiel mit biologischen, soziokulturellen und familiären Bedingungen eine zentrale Rolle spielen (Herzog et al., 2004a). Vor dem Hintergrund der Zunahme der Adipositas in den Industrieländern hat sich ein erheblicher soziokultureller Druck vor allem auf Mädchen und junge Frauen hin zu Schönheits- und Schlankheitsidealen ausgebildet, die mit normalem Essen nicht erreichbar sind. Angesichts der unveränderten Inzidenz der Anorexia nervosa in den letzten 50 Jahren dürfte dieser soziokulturelle Druck aber wohl eher zur Entstehung der anderen Essstörungen (Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder, EDNOS) beitragen und allenfalls zu spezifischen Ausgestaltungen einer Anorexia nervosa – weniger zu ihrer Entstehung – führen.

In zahlreichen Zwillingsstudien ergaben sich Hinweise darauf, dass eine *erbliche Komponente* bei der Entstehung der Anorexia nervosa eine Rolle spielt. Eineiige Zwillingspaare zeigen eine höhere Konkordanz beim Auftreten einer Magersucht als zweieiige. Während eine molekulargenetische Prädisposition für die Entwicklung einer Anorexia nervosa aufgrund populationsgenetischer Studien wahrscheinlich ist und allgemein angenommen wird, konnten genaue Mechanismen der Vererbung sowie quantitative Aussagen zum relativen Beitrag genetischer und umweltbedingter Faktoren zur Krankheitsentstehung bislang nicht gesichert werden (Winchester und Collier, 2003).

Psychodynamisch wurde traditionell eine *triebtheoretische Position* vertreten, die eine Verschiebung vom Bereich der genitalen Sexualität auf den der Oralität annahm. Sexuelle Wünsche und eine genitale Sexualität werden von den Patient(inn)en vermieden. Körperliche Veränderungen der sexuellen Reifung, wie z.B. die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale oder die Menstruation, treten verzö-

gert auf oder bleiben sogar ganz aus. Sexuelle Beziehungen sind bei den Patient(inn)en selten. Die Ablösung vom Elternhaus verzögert sich oft. Die magersüchtige Patientin „hält die Zeit an“, sie wird zu einer „ewigen Tochter“. Sie kann damit in der Phantasie für ihren Vater und ihre Mutter das wichtigste Objekt sein. Thomä (1961) betont demgegenüber die eigenständige Bedeutsamkeit der oralen Phase.

Objektbeziehungstheoretisch wurde das Ringen um Autonomie vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen von erlebter mangelnder Verlässlichkeit und der hieraus folgenden Hilflosigkeit als zentrales Thema angesehen (Boris, 1984a, 1984b; Sperling, 1985; Küchenhoff, 1996; Schneider, 2004). Gerade überangepasste magersüchtige Patient(inn)en entdecken und erleben in der Erkrankung eine Möglichkeit, den in der Pubertät auftretenden Überwältigungserfahrungen zu entgehen und hier die Macht der Krankheit zu entfalten. Die eigene Selbstbehauptung reduziert sich in der Folge sowohl intrapsychisch als auch interpersonell auf die durchaus erfolgreiche Kontrolle von Hunger und Gewicht.

Die Verselbständigung des Abnehmens und der damit verbundenen Verhaltensweisen und Rituale kann auch *lerntheoretisch* verstanden werden: Automatisierungen und psychische Folgen exzessiven Hungerns wurden in der Starvationsliteratur ausführlich beschrieben: Hier wurden – vor allem im und unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg – umfangreiche Hungerexperimente bei körperlich und psychisch Gesunden durchgeführt, um die günstigsten Strategien zur Bekämpfung von Folgen der Unterernährung zu entwickeln. Analog zum selbstverständlichen Einbezug verhaltenstherapeutischer Therapieelemente in die Therapie primär psychodynamisch orientierter Zentren (siehe Nikendei et al., 2004; Schors und Huber, 2004) nennt auch die jüngere, verhaltenstherapeutisch orientierte Literatur unter den psychologischen Ursachen der Anorexia nervosa Konfliktfelder mit langer psychodynamischer Rezeption wie die Autonomieentwicklung, die Auseinandersetzung mit der Sexualität und die Selbstwertproblematik.

Da der pubertäre Loslösungsprozess eng gekoppelt an das Feld der aktuellen familiären Beziehungen stattfindet, wird die gesamte Familie von der Erkrankung erfasst. *Familiendynamisch* ist die Pubertät und die Verselbständigung eines Kindes als eine Schwellensituation für die gesamte Familie zu verstehen. Die Ablösung der Jugendlichen mit all ihren Ambivalenzen, Launen und rasch wechselnden Bedürfnissen stellt für das System Familie eine große Herausforderung dar und verlangt nicht zuletzt eine Vorstellung davon, wie sich einzelne Familienmitglieder, aber auch die Familie als Ganzes ohne den sich lösenden Jugendlichen neu organisieren. Dabei ist von besonderer Bedeutung, welche Erfahrungen von den Eltern bei der eigenen Loslösung (oder Nicht-Loslösung) und welche Erfolge, Misserfolge und Ängste in diesem Zusammenhang durchgemacht wurden. Bilder und Vorstellungen von der eigenen Zukunft als Elternpaar bilden wichtige Rahmenbedingungen für diesen Prozess. Die direkte Familienorientierung in Familiengesprächen und ggf. therapeutische Interventionen haben damit vor allem für junge Patient(inn)en eine große Bedeutung (Kröger et al., 1991, 2004; Petzold et al., 1991; Herzog, 2000). *Auslösesituationen* sind häufig die reale oder phantasierte Trennung vom Elternhaus (Ende der Schulzeit, Schüleraus-

tausch oder Aupair-Aufenthalte, Tod naher Angehöriger wie der Großeltern) oder alterstypische Verunsicherungen im Rahmen erster erotischer Kontakte oder Enttäuschungen.

Psychodynamische Psychotherapie in unterschiedlichen Settings

Während Erstbehandlungen der Bulimia nervosa und der Binge Eating Disorder in der Regel ambulant erfolgen sollten, gilt dies bei Störungen des anorektischen Formenkreises nur bei hinreichend motivierten Patient(inn)en mit anorektischer Reaktion oder bei Patient(inn)en mit einem BMI > 15kg/m² und dem Fehlen einer gefährdenden somatischen oder psychischen Komorbidität. Eine *stationäre Psychotherapie* ist in der Regel auch dann indiziert, wenn nach spätestens 6 Monaten eine Gewichtszunahme ausbleibt bzw. ein tragfähiges Arbeitsbündnis im psychotherapeutischen Prozess nicht zustande kommt.

Stationäre Psychotherapie

Die starke Verleugnungstendenz anorektischer Patient(inn)en, die ja ein wesentliches Krankheitsmerkmal ist und zu den Diagnosekriterien zählt, dürfte einer der Hauptgründe dafür sein, dass ein primär ambulanter Behandlungsbeginn in den meisten Fällen unterbleibt bzw. die notwendige Wirksamkeit zunächst verfehlt. Erst mit einer zunehmenden Krankheitsdauer, einer anhaltenden Gewichtsreduktion und dem Auftreten von Gefährdungen entsteht meist durch das unmittelbare soziale Umfeld (Familie, Freundeskreis, Schule, Hausarztpraxis oder am Arbeitsplatz) ein äußerer Druck, der ein wirksames Behandlungssetting einfordert.

Initiales Ziel der stationären psychosomatischen Behandlung ist es, den *Circulus vitiosus der Essstörung* zu durchbrechen. Schors und Huber (2004) erläutern in ihrem Beitrag „Psychoanalytisch denken, verhaltenstherapeutisch handeln?“ den Hintergrund dieser Notwendigkeit: „Die Verbesserung des Ernährungszustandes ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Psychotherapie. Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts.“ Die Wichtigkeit und der Stellenwert der Gewichtszunahme begründen sich zum einen durch die physiologischen Folgen des Hungerns selbst, die ab einer bestimmten Grenze eine Psychotherapie unmöglich machen. Zum anderen wird durch eine Unterbrechung der anorektischen Symptomatik der Weg frei zur Wahrnehmung, Bearbeitung und Überwindung spezifischer Selbstbilder, Kränkungen, Hilflosigkeiten und Ohnmachtsgefühle, die zu Beginn der Erkrankung oft begünstigend wirkten. Um dieses primäre Therapieziel zu erreichen, wird ein *symptomorientiertes Setting* aufgebaut (Herzog et al., 1996). Ein wichtiges Steuerungselement und therapeutisches Strukturelement ist hierbei der Essvertrag. Er fasst die Rahmenbedingungen des Settings (regelmäßige, gemeinsam einzunehmende Mahlzeiten, Wiegetage, Führen eines Essstagebuchs, Teilnahme an der symptomorientierten Essgruppe, Möglichkeit unangemeldeter Kontrollen wie Wiegen, Blutentnahmen, Durchsicht der persönlichen Dinge der Patient(inn)en etc.) für Patient(inn)en und für das Behandlungsteam. Die Inhalte des Essvertrages werden zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en individuell ausgehandelt. Der Vertrag

legt ein Zielgewicht und die wöchentliche Gewichtszunahme fest. Bewährt haben sich zwei wöchentliche Wiegetermine: ein Termin, der zur Vertragseinhaltung zählt, und ein Zwischenwiegetermin zur Orientierung für die Patient(inn)en. Mit dem Erreichen von Zielen (primär Gewichtsstufen) sind Verstärker verbunden (z.B. Ausgang, Teilnahme an weiteren Therapieangeboten). Werden Gewichtsziele nicht erreicht, können Zusatznahrung, Ruhezeiten nach dem Essen, Einschränkung von Ausgang vereinbart werden.

Die *Funktion des Vertrages* ist es, zweiseitig mit den Patient(inn)en etwas auszuhandeln, sie also zu involvieren und ihre Autonomie – in Grenzen – zu achten. Der Vertrag schafft Transparenz sowohl für die Patient(inn)en als auch für das Behandlungsteam über Vereinbarungen, die als Präventionsmaßnahmen für zu erwartende Spaltungstendenzen dienen. Über den Vertrag und durch den Umgang mit demselben wird zudem eine Kommunikationsplattform errichtet, durch die ein Gesprächseinstieg mit den Patient(inn)en ermöglicht wird. Schors und Huber (2004) weisen zu Recht darauf hin, dass die Einhaltung aller Aspekte des Vertrages von den Patient(inn)en nicht erwartet werden kann. Wichtig ist der „Geist“ des Vertrages im Sinne angelsächsischen Rechts: Nicht der Buchstabe entscheidet, sondern Interpretationen sind und werden notwendig (z.B. hat der Patient/die Patientin nicht zugehört, weil er/sie etwas gewagt hat oder nicht fähig ist, Regeln einzuhalten?). So wie der Vertrag klassische verhaltenstherapeutische Techniken (Verstärkung, Stimuluskontrolle, Wahrnehmungsfördernde und kognitive Techniken) nutzt, bietet der Umgang mit ihm die Möglichkeit, psychodynamische Elemente der Beziehungsanalyse einzuführen: Der Vertrag kann auch in der Funktion verstanden werden, als helfender, etwas distanzierter triangulierender Dritter, der den gefährdeten Diskurs zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en zu moderieren und zu entlasten versucht und damit denselben in vielen Fällen erst möglich macht. Der Vertrag dient nicht dazu, Voraussetzungen des Strafens zu explizieren, sondern soll mithelfen, die Patient(inn)en auch vor destruktiven Aspekten rigider Über-Ich-Strukturen zu schützen.

Eine stationäre psychosomatische Behandlung bietet die Möglichkeit, ein *multifaktorielles Krankheitsgeschehen multimethodal zu therapieren* (Herpertz et al., 2004). Elemente einer stationären Psychotherapie sind neben den Gesprächstherapien (Einzel- und Gruppentherapie), körperorientierte Therapien, Entspannungstherapien, Gestaltungstherapie, Musiktherapie, die Stammbaum- und Skulpturarbeit, Familienorientierungen und Familientherapien. Eine wichtige Rolle spielen auch Krankenschwestern und -pfleger als Kotherapeut(inn)en und Bezugspfleger(innen). Auch die Gruppe der Mitpatient(inn)en teilt sehr direkt ihre Wahrnehmungen mit und erlaubt es ebenso wie das therapeutische Team, multiple Übertragungsprozesse zu ermöglichen, wahrzunehmen und zu bearbeiten. Eine prästationäre Motivationsphase und poststationäre Einbettung (teilstationäre Nachbetreuung bzw. zeitnahe Vermittlung einer ambulanten Therapie) sind empfehlenswert.

Mit der Stabilisierung des körperlichen Zustandes werden oft erst die Voraussetzungen für eine *konfliktzentrierte psychotherapeutische Intervention* geschaffen. In einer zweiten Behandlungsphase werden dann erste Elemente eines psycho-

dynamischen Verständnisses mit den Patient(inn)en erarbeitet. Dies wird möglich, wenn sich ein hinreichendes Vertrauen der Patient(inn)en zum Therapeut(inn)enteam aufgebaut hat, so dass sie es zulassen können, für sie als schwierig und belastend empfundene Situationen nicht mehr nur durch die Esssymptomatik zu beantworten, sondern diese Situationen bewusster wahrzunehmen, zu reflektieren und alternative Lösungen zu finden.

Ambulante Psychotherapie

Die Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie im Anschluss an eine erfolgte stationäre Behandlung von Anorexiopatient(inn)en konnte für psychodynamische Therapieverfahren katamnestic (Herzog und Deter, 1994) und in einer randomisierten kontrollierten Studie (Dare et al., 2001) aufgezeigt werden. Im Folgenden soll eine psychoanalytisch fundierte Konzeption der *Anorexia nervosa als Entwurf einer Identität der Wunschlosigkeit* dargestellt werden, die auf Arbeiten von Boris (1984a, 1984b) zurückgeht und an verschiedenen Orten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg ausgearbeitet wurde (Schneider, 1993, 2004; Küchenhoff, 1996). Dieses objektbeziehungstheoretische Konzept erlaubt es, ein Zwei-Phasen-Modell der Therapie zu begründen, das spezifische Behandlungsprobleme der Anorexia nervosa erklärt und einen Umgang mit diesen Problemen vorschlägt.

In seiner Arbeit *„Die psychoanalytisch fundierte Behandlung von anorektischen Patientinnen – ein Zwei-Phasen-Modell“* weist G. Schneider (2004) auf die Probleme anorektischer Patientinnen mit der psychoanalytischen Grundregel der freien Assoziation hin, die aus der Funktion von Geheimnissen bei diesen Patientinnen herrühren. Geheimnisse haben – unabhängig von ihrem Inhalt – die Funktion der Abgrenzung und dienen damit den anorektischen Patientinnen der Schaffung von (Selbst-)Stabilität. Die psychoanalytische Grundregel fordert nun die freie Assoziation und damit das genaue Gegenteil: Sie impliziert eine Aufforderung zur Offenheit, die nicht eingeschränkt werden kann und bei der bestimmte Inhalte nicht als private Geheimnisse therapeutisch tabu bleiben können. Somit scheint hier eine Unvereinbarkeit vorzuliegen, die eine psychoanalytisch fundierte Behandlung unmöglich macht. Denn es ist charakteristisch für Anorexiopatient(inn)en, dass diese Geheimnisse haben, man denke zum Beispiel an die Heimlichkeiten um Essen und Nichtessen. Man könnte auch von einer Art „Staatsgeheimnisse innerer Art“ sprechen, deren Schutzwürdigkeit von oberster Priorität ist, da ihr Offenbarwerden eine psychisch existenzielle Infragestellung und phantasierte Vernichtungsdrohung beinhaltet. Boris, Schneider und Küchenhoff schlagen hier einen spezifischen technischen Zugang vor, der es den Patient(inn)en ermöglicht, ihre narzisstische Eingeschlossenheit dennoch zu überwinden.

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die Auffassung der Anorexia nervosa als Identitätsentwurf von Patient(inn)en, die im anthropologischen Sinne ein „Kranksein am Leben“ erfahren (Schneider, 2004). Sie finden eine Zuflucht im „Niemandland“ zwischen Leben und Tod, indem sie etwas vom Leben ablösen, das allem Lebendigen inhärent ist: das Gerichtet-sein-auf-etwas, das Wünschen, das Begehren. Mit die-

sem Identitätsversuch schützen sich die Patient(inn)en vor Abhängigkeiten und damit vor den erwähnten elementaren Bedrohungen. Dieser überwältigenden und gefährlichen Abhängigkeit wird ein narzisstisches Ideal entgegengesetzt: Indem die negierende Abgrenzung gelingt, wird das Selbst- und Selbstwertgefühl gestärkt. Die verneinende und absagende Identität der Anorexiepatient(inn)en ist das Starkmachende: Die Negation der Notwendigkeit, Nahrung aufnehmen zu müssen, ist eine der stärksten „Unabhängigkeitserklärungen“, die möglich ist.

Auch die Geheimnisse über Essen und Nicht-Essen erfüllen die Funktion, sich selbst als abgegrenzt und individuiert zu erleben. Die Absage an Liebe und Sexualität macht in diesem „anorektischen Sinne“ ebenfalls stark. Wunschlosigkeit kann also als ein radikaler Versuch angesehen werden, sich vor der erlebten oder phantasierten Objekt-Unzuverlässigkeit zu schützen. Im Sinne einer projektiven Identifikation wird das von den Anorexiepatient(inn)en abgewehrte Begehren von den anderen (Mutter, Vater, anderen Familienmitgliedern Therapeut(inn)en), erlebt. Das Wünschen wird externalisiert und in den Bezugspersonen induziert. Schließlich sind es die Patient(inn)en, die an sie gerichtete Wünsche nicht erfüllen und sabotieren. Boris (1984a) fasst diese projektive Identitätsdynamik wie folgt zusammen: „(1) I do not want. (2) She, he, it wants. And (3) they shall not have what they want.“

Für die Entstehung dieser anorektischen Identität kann postuliert werden, dass „ursprüngliche, elementare Abhängigkeitssituationen als extrem unlustvoll, bedrohlich und potenziell vernichtend erlebt werden, weil das primäre Objekt, das auf das Begehren antworten und den Wunsch befriedigen soll, als unzuverlässig und zutiefst nicht tragend-vertrauenswürdig im Sinne einer Passungsstörung erfahren wird, so dass mit der Mangel- und Abhängigkeitsposition eine tiefreichende Objektverlustangst und eine dem korrespondierende (Selbst-)Vernichtungsangst verbunden ist“ (Schneider, 2004). Weiter ist zu fordern, dass die Passungsstörung im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme in der oralen Phase (und den damit verbundenen symbiotisch fusionären Aspekten) auftritt.

Vorgeschlagen werden zwei Therapiephasen: Ziel der *ersten Phase* ist der Aufbau von Beziehungssicherheit mit allenfalls probeweisen Übernahmen von Interpretation. Schneider bezeichnet diese Phase im analytischen Sinne als „virtuell“, Boris betont Techniken, die eher beiläufig Angebote machen: „... or as one does, when one reads aloud ... from the morning newspaper. The idea is: this may interest you. One's words should represent musings and not be directed at some purpose“ (Boris, 1984b). Der Therapeut/die Therapeutin begegnen dem anorektischen Identitätsentwurf der Wunschlosigkeit mit einer gewährenden Haltung („Ich brauche sie nicht für mich, ich kann sie ... selbst sein und ihren Weg finden lassen“). Es geht darum, dass die Patient(inn)en die Präsenz des in der unbewussten Phantasie als allmächtig oder zumindest nicht beherrschbar erlebten Therapeuten als aushaltbar erfahren. Das spezifische Anderssein des Therapeuten liegt – trotz der gewährenden Grundhaltung – im Lebendigsein und Nicht-anorektisch-Sein. In diesem Lebendigsein ist die abgespaltene Wunschseite der Patient(inn)en repräsentiert, die sich die Betroffenen über den Therapeuten wieder aneignen können.

Wenn in diesem Prozess hinreichend viele Inseln des Lebensvollens entstehen, kann eine *zweite Phase* der Therapie beginnen, die auf vertraute analytische Techniken zurückgreift.

Bulimia nervosa

Einführung in das Krankheitsbild

Obwohl „bulimisches Verhalten“ (griechisch: *bous* = Ochse, *limos* = Hunger) bereits seit der Antike bekannt zu sein scheint (Nasser, 1993; Vandereyken, 2002), wurde die klinische Symptomatologie der *Bulimia nervosa* erstmals 1944 von Ludwig Binswanger beschrieben. Ihre heutige Bezeichnung erhielt die *Bulimia nervosa* 1979 durch Gerald Russel (Russel, 1979) und ging als „Bulimia“ ein Jahr später erstmals in das DSM-Klassifikationssystem für psychische Störungen ein (DSM-III; APA, 1980).

Das Hauptmerkmal der Erkrankung ist die *andauernde Beschäftigung mit Nahrungsaufnahme, -beschaffung und -zubereitung* sowie das wiederholte Auftreten von Essattacken, während derer es typischerweise zu einem Kontrollverlust kommt (Krüger et al., 2001). Bei einem solchen Essanfall können innerhalb kurzer Zeit bis zu 29.000 kcal verschlungen werden (Lacey, 1992), was der Erkrankung Beinamen wie „Fresssucht“, „Hyperphagie“ oder „Hyperorexia nervosa“ einbrachte (Payk, 1998).

Zeitgleich allerdings besteht eine starke Furcht vor einer Gewichtszunahme, so dass sich die Patient(inn)en *kompensatorischer Maßnahmen* bedienen. Deren häufigste Form stellt das direkt nach der Nahrungsaufnahme selbst induzierte Erbrechen dar. Der Würgerreflex wird dabei mit dem Finger ausgelöst, im Falle chronischer Krankheitsverläufe kann das Erbrechen unter Umständen jedoch völlig automatisiert und reflexartig ablaufen (Löwe und Herzog, 1998). Weitere gebräuchliche und der befürchteten Gewichtszunahme entgegensteuernde Verhaltensweisen sind Fasten, exzessive sportliche Betätigung oder die Einnahme von Laxanzien, Diuretika, Appetitzüglern und Schilddrüsenhormonen (Krüger et al., 2001). Die beschriebene Symptomatik ist häufig von starken *Schuld- und Schamgefühlen* begleitet, weshalb die Erkrankung nicht selten über Jahre verheimlicht wird (Löwe et al., 2004).

Häufigkeit, Verlauf und Prognose

Bei der *Bulimia nervosa* sind wie bei der *Anorexia nervosa* über 90% der Betroffenen weiblichen Geschlechts. Lediglich etwa 3,5 – 4,5% der Betroffenen sind Männer (Fairburn und Harrison, 2003; Ziolko, 1985). Die *Prävalenz* in der Gruppe der Frauen zwischen 18 und 35 Jahren beträgt 2-4% (Fichter, 1989), die *Lebenszeitprävalenz* für das Vollbild der Erkrankung zwischen 1 und 3% (Walsh und Devlin, 1998). Die Erkrankung zeichnet sich durch ein späteres Manifestationsalter, das meist zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr liegt, und durch eine deutlich höhere Prävalenz als die *Anorexia nervosa* aus. Während Anorexiepatient(inn)en den Krankheitswert ihrer meist offensichtlichen Krankheitssymptome zu verleugnen versuchen, neigen Bulimiepatient(inn)en häufig zum Verbergen ihrer Essstörung (Krüger et al., 2001). Das durch *Scham- und Schuldgefühle* bedingte Verschweigen der „heimlichen Schwester der Anorexie“ lässt eine hohe Dunkelziffer an Erkrankungen vermuten. So vergehen durchschnittlich etwa

5 bis 7 Jahre, bis sich die Patient(inn)en in Behandlung begeben (Hoek, 2002; Bergmann und Herzog, 2004). Ob die in den vergangenen 20 Jahren beobachtete Zunahme an Behandlungsfällen eine tatsächliche Zunahme an Erkrankungsfällen widerspiegelt, wird vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen kontrovers diskutiert (Fombonne, 1996; de Zwaan, 1999). Während *Übergänge der Erkrankung in eine Anorexia nervosa* lediglich in 0 – 7% der Fälle auftreten (Quadflieg und Fichter, 2003), weist ein Viertel der Bulimiepatient(inn)en vor der bulimischen Erkrankung eine anorektische Phase auf (Sullivan et al., 1996; Bulik et al., 1997). Betrachtet man den *Verlauf der Bulimia nervosa*, so sind ca. 50% der Patient(inn)en nach einem Zeitraum von 10 Jahren symptomfrei. Dem gegenüber stehen ca. 20% der Patient(inn)en mit weitgehender Symptomkonstanz und weitere 30% mit einem Wechsel zwischen symptomfreien Intervallen und Rückfällen oder einer subklinischen bulimischen Symptomatik (Keel und Mitchel, 1997; Fairburn et al., 2000). Auch nach einer Vollremission kommt es bei ca. einem Drittel der Patient(inn)en zu Rezidiven (Olmsted et al., 1994). Die mit einer Bulimia nervosa assoziierte Mortalität scheint hingegen eher gering zu sein (Walsh und Devlin, 1998).

Als *prognostisch ungünstig für den Verlauf* der Bulimia nervosa gelten laut Krüger et al. (2001) unter anderem eine stark ausgeprägte Krankheitssymptomatik, ein chronischer Verlauf, Therapieabbrüche und fehlgeschlagene Vorbehandlungen, sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte sowie das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zu der Annahme, dass eine frühzeitige therapeutische Intervention einen günstigeren Langzeitverlauf nach sich ziehen würde, existieren hingegen widersprüchliche Aussagen (Reas et al., 2000, 2001).

Komorbidität

Unter dem Gesichtspunkt der *Komorbidität* stehen depressive Erkrankungen bei der Bulimia nervosa im Vordergrund. Eine *Major Depression oder Dysthymia* findet sich in 50 – 75% der Fälle (APA, 2000). Entgegen den früheren Vermutungen, dass Essstörungen eine Variante depressiver Erkrankungen seien, lässt sich heute zwischen beiden Störungsbildern keine spezifische ätiologische Beziehung herstellen (Cooper und Fairburn, 1986). Von besonderer Relevanz sind darüber hinaus *Angststörungen*, von denen bis zu 91% der Bulimiepatient(inn)en betroffen sind (Mitchell et al., 1991). Hierbei stehen Agoraphobien und soziale Phobien im Vordergrund, wobei letztere oft der Entwicklung einer Bulimia nervosa vorausgehen (Brewerton et al., 1993). Auch posttraumatische Belastungsstörungen treten bei der Bulimia nervosa gehäuft auf (Lilenfeld et al., 1998).

Persönlichkeitsstörungen zeigen bei den Bulimiepatient(inn)en eine Prävalenz von 10 – 13%, wobei Borderline-Persönlichkeitsstörungen in etwa in 1 – 5% der Fälle getroffen werden (Fiedler, 1994). Wenngleich Persönlichkeitsstörungen keinen Einfluss auf die Stärke der Essstörungssymptomatik haben, so zeigt sich vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein deutlicher Einfluss auf den Verlauf im Sinne einer ungünstigeren Prognose (Herzog et al., 1995).

Somatische Komplikationen

Aufgrund des *rezidivierenden Erbrechens* der Bulimiepatient(inn)en sind häufig Zahnschmelzschäden zu beobachten, die mit einer sichtbaren Parotisschwellung und einer Erhöhung der Serumamylase einhergehen können (Philipp et al., 1991). Auftretende Laryngitis, Ösophagitis und Dysphagie sind ebenfalls Ausdruck einer Reizung des oberen Gastrointestinaltraktes durch die Magensäure (Feiereis, 1989). Verätzungen der Hände und Kratzspuren der Zähne durch die Selbstinduktion des Erbrechens sind häufig, wohingegen eine gastrale Dilatation und Ruptur des Magens zu den Raritäten gehören (Scobie, 1973; Abdu et al., 1987).

Von großer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung sind *Störungen des Wasser/Elektrolythaushaltes*. Hypokaliämien treten bei durch Erbrechen gekennzeichneten Essstörungen signifikant häufiger auf (Herzog et al., 1992; Wolfe et al., 2001) und können als ein Leitsymptom verheimlichten Erbrechens gelten. Flüssigkeitsverluste entstehen ebenfalls vor allem durch das Erbrechen sowie einen gleichzeitigen Laxanzien- und Diuretikaabusus, die ebenfalls Elektrolytentgleisungen begünstigen bzw. bereits bestehende Elektrolytstörungen verschärfen können. Es ist möglich, dass die pathologischen Auffälligkeiten im weiteren Verlauf zu Schwindel- und Kollapszuständen, bedrohlichen Herzrhythmusstörungen, atonen Darmlähmungen und Nierenfunktionsstörungen führen sowie zerebrale Krampfanfälle fördern (Köpp et al., 2004). Von Zipfel et al. (1998) wird eine *internistische Basisdiagnostik* empfohlen, bestehend aus Laborparametern (inklusive Blutbild, CRP, Nierenretentionswerten, Leberwerten, Amylase und evtl. Blutgasanalyse), EKG, Ermittlung des Zahnstatus, Oberbauchsonographie (bei gegebener Indikation auch Ösophagogastroduodenoskopie) sowie Osteodensitometrie (bei einer Amenorrhoe seit mehr als 3 Jahren).

Ätiopathogenese und Psychodynamik

Ätiopathogenetisch wird bei der Bulimia nervosa ebenfalls eine *multifaktorielle Pathogenese* angenommen. Es spielen dabei sowohl genetische, neurobiologische, psychosoziale und gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen eine wichtige Rolle (Feiereis, 1996; Herpertz, 2001; Fairburn und Harrison, 2003). Wenngleich Zwillingsstudien und groß angelegte epidemiologische Untersuchungen auf eine Erblichkeit der Bulimia nervosa hinweisen, liegen bisher noch keine eindeutigen und endgültigen Befunde zu einem möglichen Genius Loci vor. *Soziokulturelle Einflüsse* haben im Sinne einer Schaffung gängiger Schönheitsvorstellungen eine prädisponierende Bedeutung für die Bulimia nervosa. Die Medien prägen nachhaltig das negative Körpererleben der Gesellschaft (Pike und Wilfley, 1996): 40% der normal- und untergewichtigen Mädchen und jungen Frauen zwischen 11 und 19 Jahren fühlen sich zu dick (Kabera, 1999). Das Ideal des natürlich schlanken Körpers wird in unserer Gesellschaft mit Attraktivität, Stärke und Erfolg gleichgesetzt. Praktiken der selbst auferlegten Nahrungsbeschränkung und Gewichtskontrolle sind in Verlängerung dieses Schönheitsideals und -paradigmenwechsels zu sehen (Habermas, 1990). Bulimiepatient(inn)en weisen dementsprechend eine starke Unzufriedenheit in der Bewertung ihres Körpers und verzerrte Wahrnehmungen ih-

res Körperrumfangs und der Körpergröße auf (Cash und Deagle, 1997). So geht der Entwicklung einer Bulimia nervosa in der Mehrzahl der Fälle ein Diätversuch mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion voraus (Tuschl et al., 1988).

Als *weitere Risiken*, an einer Bulimia nervosa zu erkranken, lassen sich generelle und individualspezifische Faktoren unterscheiden (Fairburn et al., 1997; Fairburn und Harrison, 2003). Allgemein gilt, dass ein weibliches Geschlecht, die Phase der Adoleszenz sowie ein Leben in der westlichen Zivilisation eine erhöhte Erkrankungs Wahrscheinlichkeit mit sich bringen. Daneben existieren zahlreiche individualspezifische Risikofaktoren wie Auffälligkeiten in der Familienanamnese (Essstörungen, Diätverhalten, Übergewicht, Alkoholismus oder depressive Erkrankungen), prämorbid Persönlichkeitsmerkmale (Mangel an Selbstwertgefühl, Perfektionismus mit hohen Leistungserwartungen, Ängstlichkeit, Übergewicht und frühe Menarche) sowie spezifische prämorbid Erlebnisse (erfahrene Kritik an der eigenen Figur, am Gewicht und am Essverhalten, sozial bestimmter Druck, dünn sein zu müssen, geringe emotionale Unterstützung durch die primären Bezugspersonen sowie sexueller Missbrauch). Unter *psychodynamischen Gesichtspunkten* gibt es keine spezielle Entwicklungsphase, die als symptomauslösend gilt (Köpp, 2000). Wie bei Anorexiepatient(inn)en muss von einer *Passungsstörung*, also einer Störung des affektiven Dialogs, in der Primärfamilie ausgegangen werden. Es entsteht die Vorstellung eines grundlegenden Makels, letztlich nicht wertgeschätzt und ausreichend „gesehen“ zu werden. Dieser basale Mangel bildet einen Pol eines weitreichenden Identitätskonfliktes, verbunden mit der Vorstellung von Bedürftigkeit, Schwäche und Unkontrollierbarkeit – dem defekten Selbst. Dem gegenüber steht ein Selbst-Anteil der Aktivität, des Funktionierens, der Selbstkontrolle und Autonomie – das ideale Selbst. Dieser Identitätskonflikt ist in seiner doppelten Realität typisch für Bulimiepatient(inn)en. Je stärker der Identitätskonflikt ausgeprägt ist, umso schwerer ist die Symptomatik (Reich, 2001a).

Aus *triebtheoretischer Sicht* werden vor allem die zunächst oral lustvollen Aspekte des Essens betont, die sich in der Vorfreude auf das Essen, der zelebrierten Auswahl und Zubereitung der Speisen sowie der Vorstellung „sich etwas Gutes zu tun“ ausdrücken. Der Triebdurchbruch des Essanfalls wird als omnipotent hypoman erlebt. Größenphantasien werden lebendig: Die Patient(inn)en fühlen sich in „Festeslaune“, unter Umständen als unbezähmbares Tier, bereit, die Welt zu verschlingen. Auch sexuelle Inhalte drücken sich in dem Essanfall aus, wenn das Essen unbewusst mit oraler Schwängerung gleichgesetzt wird. Neben diesen oralen Aspekten sind auch anale Willkürimpulse wie das Verschmieren von Nahrung und das Sichbeschmutzen von Bedeutung. Es findet eine Regression und Verschiebung analer und genitaler Triebimpulse auf die orale Ebene statt. Gleichzeitig bedeutet der Essanfall jedoch, die orale Gier nicht unter Kontrolle gehabt zu haben und somit von Triebimpulsen abhängig zu sein. Die Größenideen und mehr oder weniger bewussten sexuellen Phantasien verlieren ihren lustvollen Charakter. Es folgen Gefühle starker Scham und Unterlegenheit sowie eine Über-Ich-Angst mit dem Empfinden, dem eigenen Ideal nicht entsprochen zu ha-

ben. Es kommt zu einem Wechsel der Erlebnisperspektive vom Täter hin zum Opfer. Die bulimische Sequenz kann als steter Kampf der Auflehnung gegen strenge Über-Ich-Anteile und als eine sich anschließende Unterwerfung verstanden werden. Dieser Autonomieverlust wird durch das induzierte Erbrechen ungeschehen gemacht im Sinne einer Umkehr vom Passiven ins Aktive (Hußmann, 2000; Löwe et al., 2004).

Aus *objektbeziehungstheoretischer Perspektive* ist vor allem zentral, die verachtete Abhängigkeit zu projizieren und auf Objekte gerichtete Bedürfnisse zu verleugnen, um das gefährdete Gefühl der Selbstkohärenz immer wiederherzustellen. Nahrung kann als ein Übergangsobjekt verstanden werden, das die Verarbeitung der Beziehung des Kindes zu seinen primären Bezugspersonen widerspiegelt (Willenberg, 1998). Die Nahrung erhält in diesem Zusammenhang die Bedeutung eines anscheinend dem eigenen Selbst total verfügbaren und so verlässlichen Objektes mit tröstender und antidepressiver Wirkung. Es lässt sich auf der einen Seite wie ein unbegrenzt zur Verfügung stehendes „gutes Objekt“ zuführen und sich andererseits wie als verfügendes „böses Objekt“ aus dem kontaminierten Inneren des Körpers wieder willkürlich entfernen. Die Nahrung als ursprünglich gutes, auch mütterliches Objekt wandelt sich durch zunehmende oral-aggressive Gier – die ihre Entsprechung in Anklammerungswünschen und Enttäuschungswut hat – in ein schlechtes, nicht mehr kontrollierbares und beherrschendes Objekt, mit dem unter keinen Umständen eine Verschmelzung eingegangen werden darf (Hirsch, 1998). Es besteht offenbar eine Diffusion darüber, „wer wen verdaut“ (Willenberg, 1998).

Aus *familiendynamischer Sicht* beschreibt Wurmser (1986) ein „Familienklima zwischen körperlicher Exhibition und emotionaler Verschwiegenheit“. Es wird gehäuft von sexuellem Missbrauch, Grenzüberschreitungen und Überstimulationen sowie impulshaftem Handeln der primären Bezugspersonen berichtet (Reich, 2001a). Ein Gefühl der Macht- und Hilflosigkeit, des Kontrollverlustes, verbunden mit großer Scham und vernichtender Selbstabwertung, kann die Folge sein. Das Ideal-Ich dieser Patient(inn)en ist meist geprägt von starker Selbstkontrolle und Autonomie, gepaart mit dem Wunsch nach Perfektion und Gefallenwollen. Durch angepasstes Verhalten und äußerlich ansprechender, d.h. vor allem schlanker und makelloser Erscheinung wird der Versuch unternommen, diesen Wunschvorstellungen zu entsprechen. Durch die Notwendigkeit des Angenommenwerdens durch andere werden jedoch narzisstische Allmachtsphantasien immer wieder der Realität unterworfen, und die damit verbundene Abhängigkeit wird als unerträglich erlebt. Der eigene Körper wird dann zum Austragungsort von Selbstwert-, Autonomie- und Abhängigkeitskonflikten und die Sorge angesichts des selbstschädigenden Verhaltens projektiv identifikatorisch abgewehrt (Löwe et al., 2004).

Als *Auslösesituation* finden sich konfliktreich-verunsichernde Lebenssituationen wie Aupair-Aufenthalte, der Auszug aus dem Elternhaus, Trennung der Eltern, das erste Verliebtsein, körperliche Veränderungen während der Pubertät, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Krisen, Kränkungen, Partnerschaftsprobleme. Es handelt sich um Momente des Beobachtet- und Beurteiltwerdens in der inneren und äußeren Realität

der Patient(inn)en. Situationen, in denen die Betroffenen sich exponiert fühlen und der Überzeugung sind, sich bewähren zu müssen, sich jedoch als ungenügend erleben oder zurückgewiesen fühlen. Trotz empfundener Kränkung werden aufgrund des Autonomie-Ideals Auseinandersetzungen vermieden, und es kommt zum äußeren und inneren Rückzug. Das Essen wird zum Garant für innere Sicherheit und innere Befriedung (Wurmser 1986; Hußmann, 2000).

Aufrechterhaltende Faktoren lassen sich auf pathophysiologischer und symptomdynamischer Ebene in Form eines Circulus vitiosus veranschaulichen. Jedem Kontrollverlust begegnen die Bulimiepatient(inn)en mit einer erneuten Gegenregulation in Form einer Nahrungsrestriktion. Diese unterhält auf physiologischer Ebene den Heißhunger und senkt damit wiederum die Schwelle für erneute Essanfälle (Fairburn et al., 2003). Unter symptomdynamischen Gesichtspunkten wird durch Gefühle von Ärger, Langeweile, Alleinsein oder Enttäuschung ein Prozess in Gang gesetzt, in dessen Mittelpunkt eine „Ich-Spaltung“ steht. Dies bedeutet, dass der hiermit ausgelöste Heißhungeranfall mit Kontrollverlust und einer „Verselbständigung des Körpers“ bei vollem Bewusstsein „wie von außen“ erlebt wird. Mit dem Erbrechen kommt es zu Verzweiflung, Leere, Scham, Schuldgefühlen, Selbsthass und Depression, die das Ende der Spaltung signalisieren und wiederum Impulse zu kontrolliertem Essverhalten auslösen (Feiereis, 1996). Die Essstörung kann auf diese Weise zu einem Teil der Identität und Selbstdefinition werden, die nur noch schwer aufzugeben ist (Bulik und Kendler, 2000).

Psychodynamische Therapiestudien

Ambulante psychodynamische Kurztherapien sind Behandlungen mit bis zu 30 Sitzungen (z.B. Beutel, 2000). Leichsenring (2002) betrachtete mehrere manualgeleitete, randomisierte und kontrollierte Studien zur psychodynamischen Kurztherapie (z.B. Fairburn et al., 1995; Garner et al., 1993; Wifley et al., 1993) entsprechend evidenz-basierter Kriterien und konnte die signifikante und stabile Besserung der bulimischen Symptomatik durch die Intervention auch nach längerem Follow-up-Zeitraum (Fairburn et al., 1995) aufzeigen. Die Ergebnisse der psychodynamischen Kurzzeit-Therapie sind diesen Beobachtungen zufolge der gut evaluierten Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie (Hay et al., 2004) mindestens gleichwertig. Auch Hartmann et al. (1992) konnten in einer Meta-Analyse, in der 18 Studien mit insgesamt 433 ambulant behandelten Bulimiepatient(inn)en eingeschlossen wurden, keine Vorteile einer spezifischen Therapieform nachweisen.

Psychodynamische Psychotherapie in unterschiedlichen Settings

Die Behandlung von Bulimiepatient(inn)en sollte, wann immer möglich, in einem ambulanten Setting stattfinden.

Als *Indikationen für eine stationäre Aufnahme* sollten allerdings folgende Kriterien Berücksichtigung finden (Zeeck et al., 2004; Herpertz et al., 2004):

- Erfolglosigkeit spezialisierter ambulanter Behandlungsversuche
- starke Ausprägung der Symptomatik (z.B. Essanfälle mehr als einmal täglich)

- Chronifizierung der Erkrankung (zum Durchbrechen eines automatisierten Teufelskreises von Essen/Erbrechen)
- gravierende Komorbidität (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung mit schwerem autodestruktivem Verhalten)
- unzureichende ambulante Versorgungsmöglichkeit
- zusätzliche körperliche Komplikationen
- erforderliche Distanz zum familiären/sozialen Umfeld, ausgeprägte familiäre Konfliktsituationen, soziale Isolation

Kann die versorgende Klinik eine *tagesklinische Versorgung* anbieten, so ist fast immer eine Behandlung in einem tagesklinischen Setting möglich (Zeeck et al., 2004). In Fällen von akuter Suizidalität und schweren somatischen Komplikationen muss jedoch eine stationäre Therapie bevorzugt werden. Als *generelle Therapieziele* für die Behandlung von Patient(inn)en mit Bulimia nervosa sind die Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Essverhaltens, eine Normalisierung der Mahlzeitenstruktur und -zusammensetzung, eine Reduktion des symptomatischen Verhaltens (Ess/Brechanfälle, Laxanzienabusus etc.), eine Verbesserung der inneren und situativen Wahrnehmung, eine (emotionale) Einsicht in die dynamische Funktion der Symptomatik sowie die Vorbereitung für die Zeit nach Abschluss der Therapie anzusehen (Herzog, 1997).

Im Folgenden sollen die Prinzipien und Charakteristika der ambulanten und stationären Therapie von Bulimiepatient(inn)en und mögliche Therapiekonzepte in den unterschiedlichen Settings vorgestellt werden.

Ambulante Therapie

Die *ambulante psychodynamische Behandlung* der Bulimia nervosa gliedert sich in vier Phasen: eine diagnostische Phase, eine Stabilisierungsphase, eine Phase der Bearbeitung psychodynamisch relevanter Konflikte und Abwehrmuster sowie eine Abschlussphase (Reich, 2001b). Ängste, das Symptom aufzugeben, und Bestrebungen, die als defekt empfundenen Selbstanteile weiterhin verborgen zu halten, können sich für eine therapeutische Behandlung als hinderlich erweisen. Wurmser (1987) spricht von einer „Psychophobie“ der Bulimiepatient(inn)en: Er versteht darunter Ängste, sich mit dem eigenen intrapsychischen Erleben zu beschäftigen, da die Innenwelt unkontrollierbar, gefährlich und als beschämend erscheint. Das Sichtbarwerden dieser Innenwelt ruft Verachtung, Verurteilung oder Abwertung hervor (Reich, 1994), da es eine Angst vor Festlegung, Begrenzung und damit Kontrolle und Wiederbelebung von Traumatisierungen impliziert (Reich, 2001b).

Die *diagnostische Phase* umfasst neben einer ausführlichen Anamnese, die beginnende Arbeit an der Affektdifferenzierung und Förderung der Introspektionsfähigkeit. Auf symptomologischer Ebene sollten die allgemeinen Essgewohnheiten mit Essrhythmus, der Gewichtsverlauf, die Anzahl der Essanfälle, das Verhalten während der Essattacken und dem Erbrechen, der Gebrauch von Medikamenten sowie die Wahrnehmung der Körpers erfasst werden. Kernstück ist darüber hinaus die Exploration psychodynamischer Aspekte, deren Verständnis für das Hier und Jetzt und deren Bedeutung im biografischen Kontext. Am Ende dieser Therapiephase sollte mit den Patient(inn)en erarbeitet worden sein, dass die Bulimia nervosa einen

Lösungsversuch für unlösbar erscheinende Konflikte bzw. einen Regulierungsversuch für als nicht anders regulierbar erscheinende Affekte mit einer Verschiebung von Konflikten und Regulationsstörungen auf den Körper darstellt (Reich, 2001b). Die *Stabilisierungsphase* dient der Informationsvermittlung über Gewichtsschwankungen, deren körperliche und seelische Folgen, Auswirkungen von Laxanzien und ähnlichen Medikamenten, von Erbrechen und exzessiver Bewegung. Diese Informationen und zu erarbeitende Gestaltungsalternativen zum Essverhalten und zur Mahlzeitenstruktur sind Grundlage und Basis für die gesamte weitere Behandlung (Reich, 2001b). Die *Bearbeitungsphase* nimmt ihren Ausgangspunkt in Situationen, in denen sich Essanfälle und zugehörige Gegenregulationen inszenieren. Vor diesem Hintergrund wird weiter an der Affekt- und Konfliktwahrnehmung gearbeitet, wobei die Klarifizierung ein wichtiges Therapeutikum darstellt. Globalisierungen, Entdifferenzierungen, Affektarmut, Blockierung von Affekten treten infolge der Abwehr von Kränkungerlebnissen, intensiven Erinnerungen oder heftigen Übertragungskonflikten auf. Wenn Erinnerungen andrängen, die unbewusst bleiben sollen, kann sowohl eine Aggravation der Symptomatik als auch der Übertragungsreaktionen zu Tage treten mit dem Wunsch, den Therapeuten/die Therapeutin bestrafen, impotent und ohnmächtig machen zu wollen. Das Ansprechen der Übertragung der Patient(inn)en sollte auf das Erleben im Hier und Jetzt zentriert sein. Der zentrale Konflikt – versteckt hinter der Pseudoautonomie – ist die Angst vor Intimität, Unsicherheit bezüglich Grenzen, Angst vor Bloßstellung und Entwertung des inneren Erlebens. Der zentrale Affekt ist die Scham, die durch Handeln (Verkehrung ins Gegenteil) abgewehrt wird. Ziel dieser Therapiephase ist ein besseres Kennenlernen und die bessere Integration von schwach und schamhaft erlebten defekten Selbstanteilen (Reich, 2001b). In der *Abschlussphase* sollte eine Bündelung von Konfliktlinien und deren Zentrierung auf die Esssymptomatik erfolgen. In der Bilanzierung und im bevorstehenden Abschied erleben die Patient(inn)en zum Teil massive bisher abgewehrte Gefühle von Abhängigkeit und Verlust (Reich, 2001b).

Ein von Herzog vorgestellter Leitfaden zur *störungsspezifischen konflikt- und symptomzentrierten Kurzpsychotherapie* der Bulimia nervosa (Herzog und Sandholz, 1997; Herzog, 2004) integriert kognitiv-behaviorale und psychodynamische Therapieansätze. Es wird davon ausgegangen, dass eine frühzeitige Symptomorientierung mit einer zügigen Besserung auf Symptomebene einen Zugang zur zugrunde liegenden Psychodynamik erleichtert. Idealtypisch umfasst die Behandlung 25 Sitzungen, ebenfalls unterteilbar in vier Therapiephasen:

- Die *Vorbereitungsphase* mit maximal fünf Sitzungen umfasst die Diagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung über Therapieoptionen und Behandlungszuweisung sowie eine Behandlungsvereinbarung. Hauptziel dieser Phase ist die Motivationsschaffung und Therapievorbereitung. Bereits jetzt wird ein Behandlungsvertrag abgeschlossen, und den Patient(inn)en werden Wochenplan, Essplan und Essstagebuch ausgehändigt. In dieser Phase sollte die Indikation für den Einsatz von Antidepressiva diskutiert werden, die – in entsprechender Dosierung – unabhängig

von ihrem antidepressiven Wirkspektrum Heißhungergefühle und die Frequenz des Erbrechens reduzieren. Gerade in der Initialphase der Therapie kann die Psychopharmakotherapie eine hilfreiche Behandlungskomponente sein, wobei SSRI (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) als die sicherste Substanzgruppe anzusehen sind (Herpertz, 2001; Schwab, 2004).

- *Einstiegsphase (1. – 10. Sitzung)*: Das vorrangige Ziel dieses Abschnitts ist die Symptomreduktion durch Normalisierung der Mahlzeitenstruktur und -zusammensetzung. Zu Beginn jeder Stunde werden die Patient(inn)en gewogen. In dieser Phase wird die Arbeitsbeziehung konsolidiert. Wie die Patient(inn)en mit Essstagebuch, Wochenplan und Essplan umgehen, spiegelt oft ihre innere Welt und die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin wider. Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen ist hier besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wichtig ist die Konfrontation der Patient(inn)en bei auftretenden Diskrepanzen zwischen expliziten Therapiezielen und den aktuellen Verhaltensweisen. Treten Anfälle auf, werden Anlässe, Auslöser und Konsequenzen diskutiert. Den Abschluss jeder Stunde bildet eine Vereinbarung für den Zeitraum bis zur nächsten Stunde, die die Patient(inn)en in ihrer Eigenverantwortlichkeit stärken soll.
- *Hauptphase (11. – 20. Sitzung)*: Im Vordergrund stehen die Konsolidierung der Arbeitsbeziehung sowie die zunehmende Konfliktorientierung. Durch die immer bessere Beherrschung des Führens und Einhaltens der therapeutischen Instrumente werden Affekte und Konflikte mehr und mehr gespürt und erlebt. Die innere und situative Wahrnehmung sollen verbessert, Auslösesituationen mit aktuellen relevanten Konfliktthemen verknüpft werden. Wichtige Inhalte stellen dabei Beziehungskonflikte, eigene und fremde Leistungserwartungen und das Verhältnis zur eigenen Weiblichkeit bzw. zum eigenen Körper dar.
- *Abschlussphase (21. – 25. Sitzung)*: Themen wie Trennung, Loslösung und Verselbständigung stehen im Vordergrund einhergehend mit einer Rückfallprophylaxe, Stabilisierung von bisher Erreichtem und Übernahme der therapeutischen Funktion durch die Patient(inn)en selbst. Eine Indikation für eine weitere Behandlung, die in ca. 30% der Fälle besteht, sollte in diesem Abschnitt geklärt werden.

Vorgeschlagen wird ein hochfrequentes Vorgehen bis zur deutlichen Symptomremission (2 – 3 Sitzungen pro Woche, anschließend eine niederfrequente Erhaltungs- und Abschlussphase (1 – 2 Sitzungen pro Monat).

Stationäre Therapie

An vielen bundesdeutschen Kliniken hat sich bei der Behandlung von Essstörungen eine Verknüpfung tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Elemente als Standard etabliert (Nikendei et al., 2004). Ein *psychodynamisch-integratives Behandlungskonzept* für Bulimiepatient(inn)en mit kognitiv-behavioralen Vorgehensweisen, eingebettet in ein psychodynamisches Grundkonzept, wurde von Zeeck et al. (2004) vorgestellt. In Analogie zu dem ambulanten Behandlungskonzept von Herzog und Sandholz (1997) wird auch die stationäre Behandlung in drei Therapiephasen (1. - 4., 5. - 9., 10. -

12. Woche) unterteilt. Zu den symptomorientierten Behandlungskomponenten gehören edukative Einheiten mit Informationen über die Folgen gestörten Essverhaltens, über Mahlzeitenstruktur, -menge und -zusammensetzung, Monitoring des Essverhaltens inklusive des diagnostischen Kochens, Arbeit an der Korrektur von kognitiven Fehlannahmen und Exposition mit vermiedenen und auslösenden Situationen etc. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten dient die *erste Therapiephase* dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung und der Fokusformulierung mit Hypothesengenerierung zu Konflikten, strukturellen Problemen und dysfunktionalen Beziehungsmustern. Die therapeutische Arbeit besteht darüber hinaus aus der Identifikation von Widerständen, dem Herausarbeiten von Auslösern, der Thematisierung von Scham und Misstrauen und dem Umgang mit Affekten sowie der Unterstützung in Affektdifferenzierung, -toleranz und -verbalisierung. Die therapeutische Grundhaltung ist hierbei akzeptierend, aktiv und fokussiert, regressionsbegrenzend und sollte die Förderung von Autonomie und Eigenständigkeit der Patient(innen) durch die Übergabe von Verantwortung unterstützen.

Die *zweite Therapiephase* konzentriert sich auf die Arbeit an den festgelegten Themen und dem Fokus, der von der individuellen Problematik der Patient(innen) bestimmt wird. Häufig stehen Gefühle von Alleinsein und Langeweile, die Abwehr von Weiblichkeit und Sexualität, Leistungsdenken und Perfektionismus, Scham und Schuldgefühle, Selbstwertthemen und Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle im Vordergrund. Der Bezug zur Symptomatik und dem Geschehen in anderen Therapien wird bei der Bearbeitung der intrapsychischen und interpersonellen Problemfelder immer wiederhergestellt. Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamiken und -phänomene fließen zunehmend in die Arbeit ein und sollten aktiv angesprochen werden.

Die *dritte und letzte Therapiephase* beinhaltet die Thematisierung des Abschiedes mit Berücksichtigung des häufigen Erlebens der Patient(innen), dass sie mit dem Gesunden wichtige gute und haltende Objekte verlieren. Eigenanteile und Einflussmöglichkeiten der Betroffenen werden geklärt und noch relevante zentrale Themen benannt als Grundlage der Anbahnung einer weiteren ambulanten Therapiefortsetzung. Diese Prozesse, die vornehmlich Bestandteil der stationären Einzelgespräche sind, erfahren Ergänzungen und Abrundungen in Form von interaktionell-analytischen Gruppentherapien, Familienrekonstruktionen, Gestaltungstherapie, konzentrativer Bewegungstherapie, sozialtherapeutischen Interventionen und bei gegebener Indikation Paar- und Familiengespräche.

Zusammenfassung

Bei den Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa handelt es sich um komplexe biopsychosozial verankerte Erkrankungen mit alters-, rollen- und zeitspezifischen Kernproblemen. Die Verleugnungstendenzen der Anorexiepatient(innen) einerseits und die Schamgefühle der Bulimiepatient(innen) andererseits führen nicht selten zu chronischen Krankheitsverläufen mit Rezidiven und einer Persistenz von Krankheitssymptomen. Dieses Phänomen stellt Therapeut(innen) und Behandlungsteams vor besondere Herausforderungen und Probleme.

Ein psychodynamisches biografisch-konzeptionelles Grundverständnis für die individuelle Krankengeschichte, die Funktion des Symptoms und die psychosozialen Rahmenbedingungen der Patient(innen) kann hier einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, die Störungsentwicklung zu verstehen, Grundlagen für Offenheit und Geduld im Rahmen der Behandlung und damit die Voraussetzung einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit zu schaffen.

Literatur

- Abdu R, Garritano D, Culver O (1987): Acute gastric necrosis in anorexia nervosa and bulimia. Two case reports. Arch Surg 122:830-832
- American Psychiatric Association APA (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., DSM-III). Washington/DC, American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association APA (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., DSM-III). Washington/DC, American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association APA (2000): Practice Guideline for the Treatment of patients with Eating Disorders (revision). Am J Psychiatry 157:1-39
- Bergmann G, Herzog W (2004): Die Dimension der Zeit und Behandlungsziele bei der bei Essstörungen – Zeit- und Krisenerleben. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 287-296
- Beutel M (2000): Psychodynamische Kurztherapien. Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. Psychotherapeut 45:203-213
- Boris H (1984a): The Problem of Anorexia Nervosa. Int J Psychoanal 65:315-322
- Boris H (1984b): On the Treatment of Anorexia Nervosa. Int J Psychoanal 65:435-442
- Brewerton TD, Lydiard RB, Ballenger JC, Herzog DB (1993): Eating Disorders and Social Phobia. Arch Gen Psychiatry 50:70
- Bulik CM, Kendler KS (2000): "I am what I (don't) eat": establishing an identity independent of an eating disorder. Am J Psychiatry 157:1755-1760
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A (1997): Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. J Nerv Ment Dis 185:704-707
- Cash TF, Deagle EA (1997): The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. Int J Eat Disord 22:107-125
- Cooper PJ, Fairburn CG (1986): The depressive symptoms of bulimia nervosa. Br J Psychiatry 148:268
- Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L (2001): Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Br J Psychiatry 178:216-221
- Deter HC, Herzog W (1995): Der Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- De Zwaan M (1999): Anorexia and bulimia - limits and options in clinical practice. Wien Med Wochenschr 149:326-30
- Export V (1987): Das Reale und das Double: Der Körper. Bern: Benteli
- Fairburn CG, Harrison, PJ (2003): Eating disorders. Lancet 361:407-416
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor M, Doll HA, Peveler RC (1995): A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 52:304-312
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME (1997): Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry 54:509-517

- Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Norman P, O'Connor M (2000): The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Ach Gen Psychiatry* 57:659-665
- Fairburn CG, Stice E, Cooper H, Doll H, Norman P, O'Conner M (2003): Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *J Consult Clin Psychol* 71:103-109
- Feiereis H (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Marseille
- Feiereis H (1996): Bulimia nervosa. In: Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack, W. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 616-636
- Fichter MM (1989): Bulimia nervosa. Stuttgart, Enke
- Fichter MM, Quadflieg N (1999): Six-year course and outcome of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 26:359-385
- Fiedler P (1994): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Fombonne E (1996): Is bulimia nervosa increasing in frequency? *Int J Eat Disord* 19:287-296
- Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M (1993): Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiat* 150:37-46
- Habermas T (1990): Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Frankfurt am Main: Fischer
- Hartmann A, Herzog T, Drinkmann A (1992): Psychotherapy of bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 36:159-167
- Hay P, Bacaltuchuk J, Stefano S (2004): Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD000562
- Herpertz S (2001): Bulimia nervosa. *Psychotherapie im Dialog* 2:139-153
- Herpertz S, Kochhäuser W, Senf W (2004): Stationäre und psychodynamische multimodale Psychotherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 39-59
- Herzog T (2004): Ambulante Psychotherapie der Bulimia nervosa. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 107-117
- Herzog T, Stiewe M, Sandholz A, Hartmann A (1995): Borderline-Syndrom und Ess-Störungen. *Psychother Psych Med* 45:97-108
- Herzog T, Hartmann A, Falk C (1996): Symptomorientierung und psychodynamisches Gesamtkonzept bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. *Psychother Psych Med* 46:11-22
- Herzog T, Sandholz A (1997): Störungsspezifische konflikt- und symptomzentrierte Kurzpsychotherapie der Bulimia nervosa. *Psychotherapeut* 42:106-155
- Herzog W (2000): Essstörungen: Anorexia nervosa. In: Studt HH, Petzold ER (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin*. Berlin, New York: de Gruyter, 169-173
- Herzog W, Deter HC (1994): Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen. *Z Psychosom Med* 40:117-127
- Herzog W, Deter H, Vandereycken W (1992): The Course of Eating Disorders. Longterm Follow-up Studies of Anorexia and Bulimia Nervosa. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Herzog W, Deter HC, Fiehn W, Petzold E (1997): A 12-year follow-up study of 66 anorexia nervosa patients: Medical findings and predictors of long-term outcome in the Heidelberg-Mannheim-Study. *Psychol Med* 27:269-279
- Herzog W, Munz D, Kächele H. (Hrsg.) (2004a): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag
- Herzog W, Nikendei C, Friederich H-C, Zipfel S (2004b): Der Gesamtbehandlungsplan. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 33-38
- Hirsch M (1998): *Der eigene Körper als Objekt*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Hoek HW (2002): Distribution of eating disorders. In: Fairburn C, Brownell KD (eds.): *Eating disorders and obesity*. New York, London: Guilford Press, 233-237
- Hußmann A (2000): Essstörungen: Anorexia und Bulimia nervosa. In: Rudolf G (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart, New York: Georg Thieme, 247-265
- Kabera (1999): Essstörungen in Europa – Erhebung zum Präventionsbedarf. Abschlussbericht einer von der Europäischen Kommission geförderten Studie. Kassel: Kabera
- Keel PK, Mitchell JE (1997): Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154:313-321
- Köpp W (2000): *Bulimia nervosa*. Berlin: de Gruyter
- Köpp W, Friederich HC, Zipfel S, Herzog W (2004): Medizinische Probleme bei der Behandlung von Essstörungen. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 128-144
- Kröger F, Drinkmann A, Herzog W, Petzold E (1991): Family diagnostics: Object representation in families with eating disorders. *Small Group Research* 22:99-114
- Kröger F, Bergmann G, Herzog W, Petzold E (2004): Familienorientierung und Familientherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 147-161
- Krüger C, Reich G, Buchheim P, Cierpka M (2001): Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg.): *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart: Thieme, 24-42
- Küchenhoff J (1996): Die psychodynamische Behandlung der Anorexia nervosa. In: Herzog W, Bergmann G, Munz D, Vandereycken W. (Hrsg.): *Anorexia und Bulimia nervosa. Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie*. Frankfurt/Main: Verlag Akademischer Schriften, 7-13
- Lacey JH (1992): The treatment demand for Bulimia: a catchment area report of referral rates and demography. *Psychiatr Bull Br J Psychiatry* 16:203-205
- Leichsenring F (2002): Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Z Psychosom Med Psychother* 48:139-162
- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L (1998): A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Ach Gen Psychiatry* 55:603-610
- Löwe B, Herzog W (1998): Anorexia und Bulimia nervosa – Essstörungen aus internistisch-psychosomatischer Sicht. *Klinik-arzt* 27:295-299
- Löwe B, Quenter A, Wilke S, Nikendei C (2004): Diagnosekriterien und Psychodynamik. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 16-30
- Mitchell JE, Specker SM, de Zwaan M (1991): Comorbidity and Medical Complications of Bulimia Nervosa. *J Clin Psychiatry* 52:13-20
- Nasser M (1993): A prescription of vomiting: historical footnotes. *Int J Eat Disord* 13:129-131
- Nielsen S, Möller-Madsen S, Isager T, Jörgensen J, Pagsberg K, Theander S (1998): Standardized mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 44:413-434

- Nikendei C, Munz D, Herzog W (2004): Wegweiser für die stationäre psychodynamische Therapie von Essstörungen. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 305-419
- Olmsted M, Kaplan AS, Rockert W (1994): Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 151:738-743
- Payk TR (1998): Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme
- Petzold E, Kröger F, Deter HC, Herzog W (1991): 20 Jahre Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. *System Familie* 4:158-167
- Philipp E, Willershausen-Zönnchen B, Hamm G, Pirke K (1991): Oral and Dental Characteristics in Bulimic and Anorectic Patients. *Int J Eat Disord* 10:423-431
- Pike KM, Wilfley DE (1996): The changing context of treatment. In: Smolak L, Levine MP, Striegel-Moore R (eds.): The developmental psychopathology of eating disorders. Indications for research, prevention and treatment. New York: Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 365-397
- Quadflieg N, Fichter M (2003): The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1:99-109
- Reas DL, Williamson DA, Martin CK, Zucker NL (2000): Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *Int J Eat Disord* 27:428-434
- Reas DL, Schoemaker C, Zipfel S, Williamson DA (2001): Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *Int J Eat Disord* 30:1-10
- Reich G (1994): Defektes Selbst - Defekter Körper - Destruktiver Narzissmus bei der Bulimie. In: Seidler GH (Hrsg.): Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzissmus. Opladen: Westdeutscher Verlag, 202-228
- Reich G (2001a): Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart, Thieme, 51-67
- Reich G (2001b): Ambulante psychodynamische Therapie der Bulimie und Anorexie. In: Reich G, Cierpka M (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart: Thieme, 68-93
- Russel GFM (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9:429-448
- Schneider G (1993): Sich öffnen – sich verschließen: zur Dialektik von Grundregeln und anorektischem Widerstand im psychoanalytischen Prozess. In: Seidler G (Hrsg.): Magersucht: öffentliches Geheimnis. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht, 234-256
- Schneider G (2004): Die psychoanalytisch fundierte Behandlung anorektischer Patient(inn)en – ein Zwei-Phasen-Model. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte Stuttgart, New York, Schattauer Verlag, 94-106
- Schors R, Huber D (2004): Psychoanalytisch denken, verhaltenstherapeutisch handeln? Zur symptomisierten stationären Therapie der Anorexie und Bulimie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 60-81
- Schwab M (2004): Psychopharmakologie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 246-257
- Scobie B (1973): Acute gastric dilatation and duodenal ileus in anorexia nervosa. *Med J Aust* 2:932-934
- Sperling M (1985): A Reevaluation of Classification, Concepts, and Treatment. In: Wilson C (ed.): Fear of Being Fat. The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. New York: Jason Aronson, 51-82
- Steinhausen HC (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159:1284-1293
- Sullivan, PF, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR (1996): The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 20:253-261
- Thomä H (1961): Anorexia nervosa: Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht. Stuttgart, Bern: Huber und Klett
- Tuschl RJ, Laessle RG, Kotthaus BC, Pirke KM (1988): Vom Schlankheitsideal zur Bulimie: Ursachen und Folgen willkürlicher Einschränkungen der Nahrungsaufnahme bei jungen Frauen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 9:195-216
- Vandereycken W (2002): History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn C, Brownell KD (eds.): Eating disorders and obesity. New York, London: The Guilford Press, 151-154
- Walsh B, Devlin M (1998): Eating disorders: progress and problems. *Science* 280:1387-1390
- Wilfley DE, Agras WS, Telch CR, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AC, Sifford LA, Raeburn S (1993): Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol* 61:296-305
- Willenberg H (1998): "Mit Leib und Seel" und Mund und Händen." Der Umgang mit Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Hirsch M (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Gießen: Psychosozial-Verlag, 170-221
- Winchester E, Collier D (2003): genetic aetiology of eating disorders and obesity. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E (eds.): Handbook of eating disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 35-62
- Wolfe B, Metzger E, Levine J, Jimmerson D (2001): Laboratory screening for electrolyte abnormalities and anemia in bulimia nervosa: a controlled study. *Int J Eat Disord* 30:288-293
- Wurmser L (1986): Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen. Zur Psychoanalyse der Scham und der Schamkonflikte. *Forum der Psychoanalyse* 2:111-133
- Wurmser L (1987): Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Zeeck A, Sandholz A, Hipp W, Schmidt A (2004): Bulimiebehandlung im stationären und teilstationären Setting. Ein psychodynamisch-integratives Konzept. *Psychotherapeut*, online publiziert am 6.8.2004
- Ziolko H (1985): Bulimie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 31:235-246
- Zipfel S, Specht T, Herzog W (1998): Medical complications of eating disorders. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds.): Neurobiology In The Treatment Of Eating Disorders. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 457-484
- Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W (2000): Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355:721-722
- Zipfel S, Löwe B, Herzog W (2003): Medical Complications. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E (eds.): Handbook of eating disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 169-190
- Zipfel S, Löwe B, Deter HC, Herzog W (2004): Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.): Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 297-301

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

Abteilung Innere Medizin II

Schwerpunkt: Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin • Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 410 • 69120 Heidelberg

Tel.: 06221-568649 • Fax: 06221-565749

E-Mail: wolfgang_herzog@med.uni-heidelberg.de