

Günter Reich

**Störungsorientierte
psychodynamische Psychotherapie
der Bulimie**

ORIGINALARBEITEN

Psychoanalytisch-orientierte Fokaltherapie der Bulimia nervosa bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein Manual

Günter Reich, Hildegard Horn, Klaus Winkelmann, Klaus-Thomas Kronmüller und Anette Stefini

Summary

Psychodynamik Focal Therapy of Bulimia Nervosa for Female Adolescents and Young Adults

A manual for a disorder oriented psychodynamic treatment of bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa of female adolescents and young adults is presented. This manual is applied in a therapy project, which started in 2007. The work on conflicts and structural dysfunctions is meant to lead to the removal or alleviation of the symptoms and an improvement of eating behavior and body image. The bulimic symptoms are contextualized and focussed according to the conflicts and ego-structural deficits of the patients. Typical patterns of interpersonal relationships, transference, conflict, defence and structural problems as well as therapeutic steps are described. The typical psychosocial situation of female adolescence and young adult age is taken into account. Special emphasis is laid on the limitedness of the therapy to 60 sessions and the active structuring of the final phase of the therapy by the therapist.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 63/2014, 2-20

Keywords

bulimia nervosa – EDNOS – psychodynamic psychotherapy – disorder orientation – adolescence

Zusammenfassung

NEW RESEARCH

Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

Annette Stefini, DSc, Simone Salzer, DSc, Günter Reich, PhD, Hildegard Horn, MA, Klaus Winkelmann, MD, Hinrich Bents, PhD, Ursula Rutz, DiplSozPäd, Ulrike Frost, DiplPsych, Antje von Boetticher, DiplPsych, Uwe Ruhl, DSc, Nicole Specht, MSc, Klaus-Thomas Kronmüller, MD

Objective: The authors compared cognitive-behavioral therapy (CBT) and psychodynamic therapy (PDT) for the treatment of bulimia nervosa (BN) in female adolescents.

Method: In this randomized controlled trial, 81 female adolescents with BN or partial BN according to the *DSM-IV* received a mean of 36.6 sessions of manualized disorder-oriented PDT or CBT. Trained psychologists blinded to treatment condition administered the outcome measures at baseline, during treatment, at the end of treatment, and 12 months after treatment. The primary outcome was the rate of remission, defined as a lack of *DSM-IV* diagnosis for BN or partial BN at the end of therapy. Several secondary outcome measures were evaluated.

Results: The remission rates for CBT and PDT were 33.3% and 31.0%, respectively, with no significant differences between them (odds ratio [OR] = 0.90, 95% CI = 0.35–2.28, $p = .82$). The within-group effect sizes were $h = 1.22$ for CBT and $h = 1.18$ for PDT. Significant improvements in all secondary outcome measures were found for both CBT ($d = 0.51$ – 0.82) and PDT ($d = 0.24$ – 1.10). The improvements remained stable at the 12-month follow-up in both groups. There were small between-group effect sizes for binge eating ($d = 0.23$) and purging ($d = 0.26$) in favor of CBT and for eating concern ($d = -0.35$) in favor of PDT.

Conclusion: CBT and PDT were effective in promoting recovery from BN in female adolescents. The rates of remission for both therapies were similar to those in other studies evaluating CBT. This trial identified differences with small effects in binge eating, purging, and eating concern.

Clinical trial registration information—Treating Bulimia Nervosa in Female Adolescents With Either Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) or Psychodynamic Therapy (PDT). <http://isrctn.com/>; ISRCTN14806095.

Key words: bulimia nervosa, female adolescents, cognitive-behavioral therapy, psychodynamic therapy

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017;56(4):329–335.



KINDERANALYSE

Psychoanalyse im Kindes- und Jugendalter und ihre Anwendungen
Herausgegeben von Michael Gütter, Kai von Klitzing, Daniel Barth

Themenheft

Strukturelle Störungen – Weiterentwicklungen in den psychodynamischen Behandlungsmethoden

Svenja Taubner, Lea A. Kornhas, Sophie Hauschild
Mentalisierungsorientierte Therapie zur Förderung von Persönlichkeitsfunktionen in der Adoleszenz

Günter Reich
Strukturelle Aspekte in der psychodynamischen Psychotherapie der Bulimia nervosa

Annette Strecke-Fischer, Carmen Eger
Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Maya Krischer
Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Adoleszente
(Transference Focused Psychotherapy for Adolescents, TFP-A)
mit Borderline-Persönlichkeitspathologie in der ambulanten und tagesklinischen Behandlung

2 28. Jahrgang
April 2020
DOI 10.21706/ka-28-2



GÜNTER REICH

Strukturelle Aspekte in der psychodynamischen Psychotherapie der Bulimia nervosa

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit beruht auf einem psychodynamischen Manual, das für eine randomisiert-kontrollierte Therapiestudie zur Behandlung von weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Bulimia nervosa entwickelt wurde. Hier wird Bulimie als Impulshandlung verstanden. Mit dieser Impulshandlung soll ein Konflikt zwischen zwei Selbstanteilen – einem bedürftigen, »bulimischen«, als »defekt« erlebten Selbst und einem idealen »starken« Selbst – beruhigt werden, der sich in ausgeprägten Affektspannungen zeigt. Bei diesem Handlungssymptom spielen strukturelle Störungsanteile in der Regel eine wesentliche Rolle. Diese betreffen die Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulierung, die Impulskontrolle, die Selbst- und Objektwahrnehmung, die Realitätsprüfung, Über-Ich- und Ich-Ideal-Forderungen sowie zentral den Körperbezug und die Körperwahrnehmung. Hiermit zusammenhängend gibt es oft erhebliche Probleme in der Mentalisierung. Der therapeutische Umgang mit diesen Problemen wird skizziert.

Schlüsselwörter: Bulimie – psychodynamische Psychotherapie – strukturelle Störungen – Mentalisierung

Cite as: Reich, G. (2020). Strukturelle Aspekte in der psychodynamischen Psychotherapie der Bulimia nervosa. *Kinderanalyse*, 28 (2), 113–131. DOI 10.21706/ka-28-2-113.

Einleitung

Diese Arbeit beruht auf einem für eine randomisiert-kontrollierte Therapiestudie (Stefini et al., 2017) entwickelten Manual zur psychodynamischen Psychotherapie von weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Bulimie (Reich et al., 2014) und den entsprechenden Vorarbeiten (Reich & Cierpka, 1998; Reich, 2007, 2008a, 2010 a, b, c, 2017).

Die Behandlung der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Bulimie zielte auf die Beseitigung des Symptoms und die konkrete Veränderung des Essverhaltens. Die Bearbeitung der das dysfunktionalen Essverhalten hervorruhenden psychodynamisch relevanten Konflikte sowie die Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen standen dabei im Zentrum. Behandlungstechnisch handelte es sich

Bulimie ist eine

- elaborierte, habitualisierte Impulshandlung
- Technik, mit innerseelischen Spannungen mittels dinglicher Objekte fertig zu werden.

Sie liegt zwischen

- Unwillkürliche Symptom
- Unbewusst intrapsychischer Abwehr und
- Sanktionierter Kulturtechnik.

(Habermas 1990)

Bulimikerinnen sind auf der Suche nach etwas, was sie in sich hinein nehmen können, um Konflikte und unangenehme Affektspannungen zu regulieren.

Wenn sie sich dieser Substanzen wieder entledigen können, fühlen sie sich von dem Unangenehmen, Schlechten befreit.

Impulsive Handlungen

„... dienen dem Zweck, *vor einer Gefahr zu fliehen*,
sie zu *verleugnen* oder sich ihr gegenüber *in Sicherheit zu bringen*.

Diese Formel gilt natürlich nur, wenn die „*Depressionen*“
zu den „Gefahren“ gerechnet werden.

Die Bekämpfung einer Gefahr ... muss nicht notwendig
erreicht werden.

Charakteristisch ... ist die Art, in der ... ein *Sicherheitsstreiben*
mit einem *Streben nach Triebbefriedigung* verdichtet wird.“

(Fenichel, Neurosenlehre Bd, 2, S. 246, Hervorh. GR)

Otto Fenichel
1897-1946

- Spannungen werden als Gefahr („Trauma“) erlebt
- Spannungen sind unerträglich
- Ziel der Impulshandlung ist die Beseitigung der Spannung
- Handeln ersetzt die innerseelische Verarbeitung von Spannungen
- Impulshandlungen sind Ich - synton (Unterschied zum Zwang)

- Intensive Objektabhängigkeit:

Zufuhr an Zuwendung und Anerkennung als existenziell erlebt

- Konflikt zwischen Abhängigkeit und Aggression bei Frustration
- Grundlegend: dieselbe Disposition zu pathologischen

Impulshandlungen und zur Depression

mögliches Dilemma:

- Sehnsucht nach Objekt zugleich als gefährliche Triebspannung erlebt
- Impulsive Handlungen streben nach dem Ziel, das zugleich vermieden werden soll

- Über-Ich-Konflikte häufig
- Impulsive Handlungen oft bei moralischen Masochisten mit intensivem Strafbedürfnis
- hohe, idealisierte Erwartungen an das Selbst und die Objekte
- Niedrige Schwelle zu: Enttäuschung, Kränkung, Beschämung, Schuldgefühlen
- Impulshandlungen zur Abwehr von Scham- und Schulgefühlen (und entsprechenden Schwankungen des Selbst- und Selbstwertgefühls)
- Wechsel von Perioden mit starkem Schuld- und Schambewusstsein und solchen, in denen sich das Über-Ich scheinbar untätig verhält
- Verschiebung von Scham- und Schuldgefühlen in andere Zusammenhänge nach Impulshandlungen

(Fenichel, 1945, Wurmser: Flucht vor dem Gewissen, 1987)

.... können

- Folge von Konflikten sein, die zu Impulshandlungen führen
 - Ich – Regression
 - Ich – Einschränkungen (A., Freud; i. Gegensatz zu echten „Defekten“)
- „von vornherein“ vorhanden sein
 - die Verarbeitung von Konflikten und Spannungen erschweren
 - Hierdurch verstärkt werden
- sich wechselseitig mit Konflikten entwickeln und verstärken

Aspekt der Regression oft unterschätzt

Anna Freud
1895-1982



Jede erfolgreiche Therapie muss an dem **aktuellen** Strukturniveau des Patienten ansetzen.

Jede dauerhaft erfolgreiche Therapie verbessert das Strukturniveau.

Keine erfolgreiche psychodynamische Therapie kommt ohne Üben und Neu-Lernen aus.

Durcharbeiten beinhaltet immer Üben und Neu-Lernen.

Besonderheiten der Bulimie

Konflikt zwischen zwei Selbstanteilen

Nach außen gezeigt:
kompetentes
starkes
sicheres
funktionierendes
aktives
selbst kontrollierendes
autonomes
perfektes

„ideales“ *Selbst*



Verborgen:
schwaches
bedürftiges
abhängiges
unkontrolliertes
impulsives
„makelhaftes“

„defektes“, *bulimisches*
Selbst

Verschiebung

des Konfliktes zwischen idealen und defekten Selbstanteilen
auf den **Körper** und das **Essen**

Befriedigung als makelhaft erlebter Bedürfnisse im Essanfall
und z. T. in den gegensteuernden Maßnahmen

Heimlichkeit wahrt die Pseudo-Autonomie

Zentrale Angst:

„Wenn die defekten Selbstanteile sichtbar werden, werde ich vom Gegenüber verachtet und als nicht liebenswert fallen gelassen.“

Leitaffekt: Scham

- Bulimie ist ein **Handlungssymptom**.
- Eine Handlungsfolge **ersetzt** die innerseelische Verarbeitung
- Das Ich der Betroffenen erscheint als **nur mit dieser Symptomatik funktionsfähig**
- Bulimie ist mit einem **gestörten Körperbezug** verbunden
- Bulimie ist physiologisch mit einer Störung der Hunger-Sättigungs-Regulierung verbunden
- Bulimie setzt sich selbst verstärkende (neuro-) physiologische Mechanismen in Gang, die wir zum Teil noch nicht kennen

Hierzu gehören ...

- eine genaue und konkrete Beschäftigung mit dem Essverhalten
- eine genaue und konkrete Beschäftigung mit dem Körpererleben, der Körperwahrnehmung und deren Entwicklung
- eine störungsorientierte biographische Anamnese
- Psycho-Edukation über die (mögliche) Funktion der Bulimie
- Psycho-Edukation über die Zusammenarbeit bei psychodynamischer Psychotherapie
- Fokusbildung
- Förderung des differenzierten affektiven Erlebens
- Hilfestellung beim Übergang vom Handeln zum inneren Erleben und Verarbeiten

Psychodynamische Behandlung der Bulimia nervosa:

Fokale Bearbeitung psychodynamisch relevanter Konflikte und struktureller Störungsanteile
verbunden mit einer konkreten Veränderung des Essverhaltens

Beide Aspekte werden während der Behandlung zusammen bearbeitet.

Schritte

1. Diagnostik und Eröffnungsphase
2. Behandlungsphase
3. Beendigungsphase

Abklärung der Symptomatik im engeren Sinne

- Gewicht
- Basis- Essverhalten
- Methoden der Gewichtskontrolle
- Körperbild
- Mit der Symptomatik unmittelbar verbundene Affektzustände und Konflikte
- Exploration weiterer Symptome (Komorbidität)
- Körperliche Untersuchung

Hilfsmittel

- Fragebögen (z.B. EDE-Q, Fairburn u. Beglin 1994, Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006)
- Essprotokoll

Datum:.....

 Arbeitstag arbeitsfreier Tag Wochenende

Uhrzeit	Ort	mit wem?	Nahrungsmittel/Getränke Art	Menge	Ess-anfall? Gegensteuernde Maßnahmen (z.B. Sport, Appetitzügler, Erbrechen, Abführmittel)

Lebensmittelgruppen und deren Bausteine (BS)		für 2000 Kalorien pro Tag	Anzahl der Bausteine
1. Getreide(-produkte) u. Kartoffeln			
1 BS	= 1 Scheibe Vollkornbrot		6
	= 1 Vollkornbrötchen		
	= 2 Scheiben Vollkorntoast		
	= 4 Scheiben Knäckebrot		
	= 2 mittelgroße Kartoffeln		
	= 1 knappe Tasse Nudeln, gekocht		
	= 1 knappe Tasse Reis, gekocht		
	= 1 Tasse Müsli		
2. Gemüse (die angegebene Menge ist die Mindestmenge und kann nach belieben erhöht werden)			
1 BS	= 100 g Gemüse		3
	= 50 g Blattsalat (z.B. 1 kl. Salat)		
3. Obst			
1 BS	= 1 50 g Obst, z.B. 1 Apfel o. Birne		2
	= 1 Glas Obstsaft		
4. Milch und Milchprodukte			
1 BS	= 1kl. Becher Joghurt		5
	= 1kl. Glas Milch		
	= 4 EL Magerquark		
	= 1 kl. Scheibe Käse		

Lebensmittelgruppen**und deren Bausteine (BS)****5. Fisch, Fleisch, Wurst und Eier**

- 1 BS = 50 g Fleisch (mager und verzehrfertig)
 = 75 g Fisch (verzehrfertig)
 = 1 Scheibe Wurst
 = 1 Ei

für 2000 Kalorien pro Tag**Anzahl der Bausteine**

3

6. Fette und Öle

- 1 BS = 2-3 TL Butter o. Margarine
 = 1 EL Öl
 = 2 EL Schlagsahne

3

Getränke

Täglich mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit

(außer Kaffee, Schwarztee, alkoholische Getränke;
 z.B. Wasser, Kräuter- oder Früchtetee, verdünnte
 Obst- und Gemüsesäfte)

Extras

- 1 BS = 3 TL Honig
 = 3 TL Marmelade
 = 3 TL Zucker
 = 2 Stück Schokolade
 = 15 g Nüsse (z.B. 10 Mandeln o. Haselnüsse)
 = 1 Kugel Eis
 = 1 Glas Weißwein

Weitere zentrale Aspekte der Diagnostik

- Auslösende Situation und Entwicklung der Symptomatik
- Entwicklung des Körperbildes
- Erfahrungen in Sexualität und Partnerschaft
- Einstellung zu Essen, Diät, Gewicht und Aussehen in Familie u. Gleichaltrigengruppe
- Essstörungen, Suchtansätze, Depressionen und andere seelische Erkrankungen in der Familie
- Umgang mit interpersonellen Grenzen in der Familie
- Umgang mit Konflikten
- Affektive Resonanz
- Werte/ Ideale

Allmählicher Aufbau von Arbeitsbündnis und therapeutischer Beziehung

Konsensbildung von Therapeut und Patientin über ein Störungsmodell

- Betonung, dass die seelischen Probleme behandelt und nicht nur Symptomveränderung angestrebt werden sollen.
- Das Symptomverhalten Bulimie wird eingesetzt, um etwas zu bewältigen, was zur Zeit als nicht anders zu bewältigen erscheint.
- Es ist schädigend und verselbständigt sich ähnlich wie Suchtverhalten.

„Die Veränderung des Essverhaltens und des Körperbezugs ist nicht alles, aber ohne dieses ist alles nichts.“

Ein Arbeitsbündnis entwickelt sich i. d. R. langsam.

Zielsetzung der Behandlung:

- Klären, welche Konfliktspannungen oder strukturellen Defizite durch die Symptomatik bewältigt werden
- Andere Bewältigungsformen entwickeln

Hierzu gehören Informationen über:

- Gesundes Essverhalten
- Gewichtsschwankungen und Untergewicht
- Laxanzien und ähnliche Medikamente, Erbrechen, exzessive Bewegung
-

Formulierung eines Fokus: Konflikt bzw. Struktur bezogen

- **Kontextfindung**

Situationen klären, in denen die bulimische Symptomhandlung eingesetzt wird
(Affekte, Konflikte, Beziehungserfahrungen)

- **Klärung**

Immer wieder an konkreten Beispielen klären, was mit Hilfe des gestörten Essverhaltens dysfunktional bewältigt wird.

- **Suche nach neuen Bewältigungsformen**

- Veränderter Umgang mit Konflikten
- Verbesserung der Verfügbarkeit struktureller Funktionen

- **Hierzu gehören auch**

- Veränderung des Essverhaltens und der Mahlzeitenstruktur
- Etablierung von Alternativen zur Spannungsregulierung

- **Bei strukturellen Defiziten:**

Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen verbessern

- **Bei Konflikten:**

Adaptive Strategien entwickeln

- **Durcharbeiten:**

- Konfliktthemen auch in der Übertragung
- Strukturthemen üben und selbst übernehmen

Beziehung

Diese ist lange Zeit geprägt durch:

- Bulimischer Modus im Umgang mit der therapeutischen Beziehung und mit Interventionen
- Scham und Schamabwehr
- Pseudo-Autonomie und Angst vor Abhängigkeit bzw. Fallen gelassen werden

Übertragungs – Gegenübertragungsdynamik:

Als resonante interessierte Person zur Verfügung stehen; Klären, Konfrontieren, Deuten

vs. zu intrusiv Werden, die Toleranzgrenze der Scham zu überschreiten

Keine Behandlung ohne Entwicklung von Angst, Scham u. Schuldgefühlen, auch in der Gegenübertragung

Übertragung der Abwehr:

z. B. Idealisierungen, Entwertungen, Affektblockierungen, Bloßstellungen

- Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung, Affekttoleranz, affektives Erleben
- Regulierung von Spannungszuständen
- Impulskontrolle
- Selbst- und Objektwahrnehmung
- Realitätsprüfung
- Abwehr
- Über-Ich- und Ich-Idealfunktionen

- Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung, Affekttoleranz, affektives Erleben fördern
- Mangelnde affektive Resonanz, Containment und Validierung von Affekten, insbes. der depressiven und ängstliche Reihe
- Globale undifferenzierte Affektwahrnehmung („mir geht es schlecht“)
- Interventionen:
 - Klärung und Differenzierung
 - Eigene Wahrnehmungen als Möglichkeiten mit Alternativen anbieten
 - Differenzierungsmöglichkeiten anbieten
 - Validieren emotionaler Reaktionen

- Spannungen werden als sehr heftig und überwältigend empfunden
- Sie sollen schnell “gelöst” werden
- „Gesunde“, ich-stärkende, kreative Formen der Spannungsbewältigung oft nicht praktiziert („Regression im Dienste des Ich“)
- Substanzmissbrauch häufig
- Erleben „weicher“ Affekte oft mit Abhängigkeitserleben, Auslieferungsangst und Scham verbunden
- Welche Situationen und Affekte lösen Spannungen aus?
- Was wird als beschämend erlebt?
- Wo wird Abhängigkeit befürchtet?
- Was könnte helfen, die Spannung erträglicher zu machen?

- Welche Spannungen lösen Handlungsdruck aus?
- Wie sieht der Handlungsdruck konkret aus?
- Was ist das Ziel der Handlung?

- Was könnte helfen, die Handlung aufzuschieben?
- Was könnte helfen, auf die Handlung zu verzichten?

- Gibt es alternative Handlungsmöglichkeiten, die den Übergang von der Symptomhandlung zum inneren Erleben erleichtern?

Patientinnen wurden hier oft in den Familien allein gelassen.

Eine „abstinente“ Haltung („Ich deute Dir den Konflikt, auf den Rest musst Du selber kommen“) wiederholt die vernachlässigenden Erfahrungen.

Auch ambulante Therapie muss hier „Brücken“ bauen (ähnlich stationäre Therapie: Gestaltung, Körpertherapie...)

- Entwertende Selbstwahrnehmung
- bei hohem Anspruch an Stärke und Perfektion
- Erleben des Selbst als „defekt“ und „schwach“
- Niedrige Schamschwelle
- Überspielen durch Verkehrung ins Gegenteil, Wendung vom Passiven ins Aktive:
 - gesteigerte Aktivität
 - Pseudo-Stärke („Rotzigkeit“)
 - Pseudo-Autonomie
- Aufzeigen und Klären der Verzerrungen
- An welchen Maßstäben misst sich die Patientin?
- Wie kommen ihre Bewertungen zustande?

- Starke Ausrichtung an (vermeintlichen) Erwartungen anderer
- Projektionen von Über-Ich- und Ich-Ideal-Anteilen auf andere
- Idealisierung
- Rasche Objekt-Enttäuschung

- Klären der (vermeintlichen) Erwartungen
- Klärung eigener Wünsche, Gefühle und Positionen
- Wie wird dem Gegenüber Urteilsmacht zugesprochen?
- Sind die Erwartungen an das Objekt angemessen?
- Was führt zu Enttäuschungen?
- Wie wird Enttäuschungswut verarbeitet?
- Wie wird Beschämung verarbeitet?

- Überzogene, unrealistische Erwartungen an eigene Fähigkeiten
- Unterschätzung von äußeren Anforderungen
- Herunterspielen, Bagatellisieren von realen Schwierigkeiten
- Verleugnung der äußeren Realität
- Vermeiden der äußeren Realität (Arbeitsstörungen, Prokrastination)
- Infragestellen
 - der Erwartungen an sich
 - Einschätzung der äußeren Anforderungen
- Aufzeigen des Verleugnens, Vermeidens
- Bearbeitung der Scham und des Defekterlebens als ständiger Begleiter

- Globalisierung und Entdifferenzierung
- Abwehr durch Handeln
- Affektblockierung (u. a. durch bulimische Handlung)
- Übertreibung, Idealisierung und Entwertung
- Verleugnung und Vermeiden

Allmähliches Aufzeigen der Abwehr und ihrer Funktionen

- Bulimischer Umgang mit der Therapie –Situation und mit Interventionen
 - „Erbrechen“ ins Behandlungszimmer
 - Rasches „Schlucken“ von Interventionen, ohne sie zu “verdauen“
- Aktives Unterbrechen

(„Du hast sehr viel Wichtiges zu erzählen. Wir können in einer Stunde nicht alles klären. Wir sollten uns auf eine Situation konzentrieren. Die anderen Erlebnisse können wir in den folgenden Stunden besprechen. Also gehen wir doch noch zurück zu dem Punkt, an dem Du ... berichtetest...“)
(„Stop and rewind“)

- Anhalten und „Verdauen“ fördern

„Du nimmst das, was ich sage, jetzt sehr schnell für Dich an. Ich fände es besser, wenn Du noch mal überlegt, ob das wirklich zu Dir passt, ob es Dir und Deinen Gefühlen/ Gedanken/ Ideen/ Erfahrungen entspricht,... Wir sollten nächste Stunde noch mal darauf zurück kommen“

- Hohe Ansprüche und Normen
 - Perfektion
 - Stärke, Selbstsicherheit
 - Äußeres Erscheinungsbild, Attraktivität
 - „beißen“ sich mit der Realität, z. B. Impulsivität oder Affekten, die „Schwäche“ anzeigen (Traurigkeit, Angst, Unsicherheit)
 - Niedrige Schamsschwelle
 - Familien: „doppelte Realität“, Familiengeheimnisse
-
-
- Klärung der Ansprüche
 - Klärung ihrer Entwicklung
 - Klärung der „doppelten Realität“

- konkrete Veränderung des Essverhaltens
 - Regelmäßiges Essen
 - Integration „verbotener“ Nahrungsmittel
- konkrete Veränderung des Körpererlebens
 - Genaue Exploration
 - des aktuellen Körpererlebens
 - der Entwicklung des Körpererlebens
 - Kontextualisierung des Körpererlebens im Zusammenhang mit Konflikten, Affekten und Affektspannungen

Als-ob-Modus

- Abkoppelung von innerer und äußerer Realität
- Dissoziation, Isolierung
- z. B. häufiges Erbrechen nicht als bedrohlich erlebt
- Fehlinterpretation der physiologischen Folgen
(Haarausfall = Zeichen v. „Entgiftung“)
- Elaborierte Reflexion über Essstörung u. Zusammenhänge ohne affektive Beteiligung

Herausarbeiten der Affekte, Konfrontieren, Überraschung

Teleologischer Modus

- Nur was ich sehe, ist real.
- „Wenn ich schlank bleibe, bin ich etwas wert.“
- „Ich bin nur sicher, wenn ich unter XX kg wiege“

Validieren des des Bedürfnisses nach Sicherheit

Wie kommt es, dass nur Physisches oder im Äußeren Beobachtbares als bedeutsam erlebt wird?

- **Äquivalenzmodus**

Sich „dick“ fühlen = „dick“ sein

Empathisches Validieren

Nichtwissende Neugier, Erstaunen bezüglich der festen Verknüpfung

Eigene, als subjektiv gekennzeichnet Sicht gegenüber stellen

Konflikt

- Orientierung an der OPD-KJ
- Herausarbeiten der zentralen Angst und des Identitätskonfliktes
- Bearbeiten der Angst vor dem inneren Erleben
- Bearbeiten des Ideals von Leistung, Perfektion und Stärke
- Erleben der als defizitär empfundenen Selbstanteile, auch in der therapeutischen Situation
- Auftauchende Erinnerungen an Traumata

Konflikte und strukturelle Probleme:

- Herausarbeiten in der therapeutischen Beziehung
- Differenzierung der Wahrnehmung
- Herstellen des Zusammenhangs zum Essverhalten und zum Körpererleben
- Verbesserter Zugang zum inneren Erleben
- Verbesserte Wahrnehmung interpersoneller Situationen
- Erhöhte Spannungstoleranz
- „Milderung“ des Über-Ichs/ Ich-Ideals
- Integration der „defekten“ Selbstanteile in das aktuelle Erleben

Exploration des Essverhalten und des Körpergefühls im Kontext:

- Affekte
- Strukturelle Probleme
- Konflikte
- Beziehungen



Aufforderung/ Anregung zur konkreten Veränderung des Essverhaltens;
Exploration des Körpergefühls



Vertiefen bezüglich der

- aktuellen äußereren Beziehungen
- Biographie
- Übertragung



Thematisieren des Konfliktes um das „defekte“ Selbst, der körperbezogenen Ängste, Affekte und interpersonellen Konflikte

- Bündelung der bearbeiteten Konfliktlinien
- Bezug auf die Symptomatik
- Bilanzierung:
 - Was wurde verstanden?
 - Wie weit ist Transfer gelungen?
- Antizipation möglicher Konfliktkonstellationen und Verarbeitungsmöglichkeiten
- Abschied:
 - Erleben von Abhängigkeit, Verlust,
 - Auseinandersetzung mit dem perfektionistischem Ich-Ideal
 - Trauer

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter Reich - Silke Kröger

Essstörungen

Gemeinsam wieder entspannt essen



TRIAS

Individuell behandeln

Psychotherapie der Essstörungen
Krankheitsmodelle und Therapiepraxis –
störungsspezifisch und schulenübergreifend

Herausgegeben von Günter Reich und Manfred Cierpka

Mit Beiträgen von S. Becker, U. Cuntz, C. Götz-Kühne, Th. Seiffert, J. von Wieserheim, W. Wünsch-Leiteritz, S. Ziegel

Peter Bahlsheim, Manfred Cierpka

3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Thieme

Telefonbestellung: 0711/89 31-906 Faxbestellung: 0711/89 31-501 Kundenservice: @@@thieme.de www.thieme.de

Praxis der Paar- und Familientherapie
herausgegeben von
M. Cierpka, A. Riehl-Emde, M. Schmidt und K. A. Schneewind

Günter Reich

Familientherapie der Essstörungen



Hogrefe

Anorexie stellt sich als vielschichtiges Krankheitsgeschehen dar, bei dem soziale, psychische, familiendynamische und somatische Einflüsse ineinander wirken. In der psychotherapeutischen Behandlung müssen alle diese Ebenen berücksichtigt werden. Günter Reich und Antje von Boetticher beschreiben ausführlich psychodynamische und familientherapeutische Behandlungssätze und beziehen die oft schwerwiegenden Auswirkungen der somatischen Ebene in die Therapiekonzeption ein.

Anorexie wird dabei als ein Kampf um die Wahrung der Grenzen des Subjekts gegenüber der Außenwelt und dem eigenen Körper verstanden. Anhand konkreter Falldarstellungen aus ihrer langjährigen Praxis verdeutlichen Reich und von Boetticher, wie das Essverhalten und das Körperbild in das psychodynamische sowie familien- und paartherapeutische Vorgehen eingebunden werden können. Auch findet hier die Anorexie bei männlichen Jugendlichen und Männern Beachtung.

Günter Reich, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., ist Psychoanalytiker, Paar- und Familientherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Er ist Leiter der Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen sowie der Psychotherapeutischen Ambulanz für Studierende in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen.

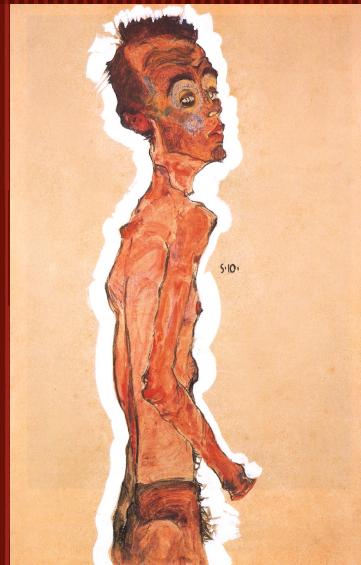
Antje von Boetticher, Dipl.-Psych., ist Psychoanalytikerin und Psychoanalytische Paar- und Familientherapeutin. Sie ist Mitarbeiterin in der Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen der Universitätsmedizin Göttingen, außerdem arbeitet sie als Dozentin/Supervisorin im Bereich Psychoanalytische Familientherapie sowie psychodynamisch begründete Ehe-, Familien- und Lebensberatung.

Günter Reich, Antje von Boetticher
Hungernd, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht

Günter Reich,
Antje von Boetticher

Hungernd, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht

Psychodynamische
und familientherapeutische Konzepte



Psychosozial-Verlag

www.psychosozial-verlag.de



Seiten: 218; Druckerei: Booksfactory; Rückenstärke: 15mm

*Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe Verlag, Göttingen

Reich G (2003) Familienbeziehungen bulimischer Patientinnen. Asanger Verlag, Heidelberg, Kröning

*Reich G, Cierpka M (Hrsg.) (2010) Psychotherapie der Essstörungen. Thieme Verlag, Stuttgart, 3. Aufl.

*Reich G., Kröger S. (2015): Ess-Störungen. Gemeinsam wieder entspannt essen. Trias Verlag Stuttgart

*Reich G, v. Boetticher A (2017) Hungern um zu leben. Die Paradoxie der Magersucht. Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte. Psychosozial Verlag Gießen