

132. Kächele H, Hettinger R (1993) Bulimie - Ein Rückblick auf eine Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 38: 151-160

## **Bulimie - Ein Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen**

Horst Kächele und Rita Hettinger, Stuttgart<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Die mittelfrequente, mittellange psychoanalytische Therapie einer bulimischen Patientin wird in der Perspektive eines Katamnesegespräches geschildert; dabei wird dem Erleben der Patientin Priorität vor einer Expertenevaluierung eingeräumt. Im Anschluß daran werden offene Probleme der systematischen Forschung zur Entstehung von Bulimie diskutiert.

Nomen est omen - wenn ein Autor die Bulimia nervosa als "heimliche unheimliche Aggression" apostrophiert (Ettl 1988) dann wird das gute Gründe haben. Diese dürften sowohl im Behandlungstechnischen liegen als auch auf der theoretischen Ebene. Unsre Mitteilung greift beide Aspekte auf. Eine Kasuistik, allerdings eine aus der Sicht einer Betroffenen, und ein kursorischer Überblick über offene Fragen der Forschung sollen sich wechselseitig beleuchten.

### **Teil I Ein Rückblick einer ex-bulimischen Patientin**

Obwohl wir heute unterstreichen können, daß die pauschale Wirksamkeitsfrage von Psychotherapie nicht länger eine wissenschaftlich relevante Frage ist, sondern wir zu neuen Kontinenten der differentiellen Einzelfallprozessforschung aufgebrochen sind (Grawe 1988a; 1988b), gilt es noch viel von den Erfahrungen unserer Patienten zu lernen, welche Mühen und Mißerfolge manche auf dem Wege zu einem sie zufriedenstellenden Therapieergebnis zu durchstehen haben. Mißerfolge werden noch immer eher nicht mitgeteilt und auf ihren Erfahrungswert hin befragt, obwohl dies doch Freuds Empfehlung war (Kächele 1985b). Retrospektiven sind dazuhin besonders wenig beliebt, da sie den Schlaf des Gerechten stören können. Es bleibt unerfindlich, wieso es sich in der psychoanalytischen Literatur zwar herumgesprochen hat, daß Arnold Pfeffer Anfang der sechziger Jahre eine unter klinischen Gesichtspunkten der psychoana-

---

<sup>1</sup>unter Mitarbeit von cand. psych. Madlen Katsouli und Dipl.-Psych. Rainer Peter

lytischen Geisteshaltung akzeptable katamnestische Methode veröffentlicht hat (Pfeffer 1959; Pfeffer 1961; Pfeffer 1963); daß diese nun in der deutschen Literatur wiederholt beschrieben wird (Mertens 1991), aber kein erkennbarer Aufforderungsgrad davon auszugehen scheint.

Wir haben schon früher in dieser Zeitschrift für die retrospektive Aufarbeitung unserer therapeutischen Arbeit mit Hilfe der Erfahrungen unserer Patienten plädiert (Kächele et al. 1985). Dieses Bemühen soll hiermit fortgesetzt werden, wobei wir uns auf ein Katamnesespräch stützen können, welches eine Mitarbeiterin (RH) des Therapeuten (HK) im Rahmen eines größeren Vorhabens zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen durchgeführt hat (Kächele et al. 1992).

### *Auftakt der Behandlung*

Die Patientin wandte sich an die Psychotherapeutische Ambulanz mit der unbedingten Bitte, Herrn Dr. K. sprechen zu können. Im Erstgespräch stellte sich eine 22-jährige junge Frau vor, die seit ihrem sechzehnten Lebensjahr an Heißhungeranfällen und Erbrechen litt. Im Studium war sie durch die erhebliche Begleitsymptomatik wie chronische Müdigkeit, Kreislaufschwierigkeiten, Konzentrations- und Arbeitsstörungen beeinträchtigt, wenn sie auch ihren Studienverpflichtungen nachzukommen mußte. Ihre sozialen Beziehungen waren erheblich beeinträchtigt; eine stabile engere, intim-sexuelle Beziehung hatte es noch nicht gegeben. Sie drängte sehr, wirkte auch sehr desolat und suizidgefährdet, da sie offenkundig schon mehrere wenig erfolgreiche Therapieversuche hinter sich gebracht hatte. Berührt war ich (HK) durch ihre Mitteilung, daß ein erfahrender Psychoanalytiker ihr gesagt habe, bei Bulimie helfe keine psychoanalytische Einzeltherapie, und ihr eine Selbsthilfegruppe empfahl<sup>2</sup>. Mir schien die Indikation zu einer psychoanalytischen Therapie gegeben, die Patientin war hochmotiviert und alles weitere würde sich zeigen.

Da wir die Patientin für sich sprechen lassen wollen, bleibt hier nur zu sagen, daß die psychoanalytische Therapie<sup>3</sup> mittelfrequent und mittellang, d.h.zwei-

---

<sup>2</sup>Diese Meinung scheint verbreitet zu sein; so schreibt H. Speidel in seinem Geleitwort zu einer neu erscheinenden Monographie zur Bulimie: "Während die Ärzte sich der Bulimie eher zögernd zuwandten, begriffen psychologische und ärztliche Psychotherapeuten rasch, dass sie sich diesem Problem zu stellen hatten. Sie machten allerdings auch die Erfahrung, dass es sich um eine schwer zugängliche Störung handelt" (Speidel, 1991).

<sup>3</sup>Entsprechend dem Ulmer „Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie“ sprechen wir von psychoanalytischer Therapie immer dann, wenn die Grundmerkmale psychoanalytischer Arbeit realisiert werden. Frequenz und Dauer sind diesen Dimensionen nachgeordnet.

drei-stündig im Sitzen, geführt wurde und nach 2 Jahren und 2 Monaten in gegenseitigen Einvernehmen beendet werden konnte.

## Das katamnestic Interview

Als Frau Julia X im Juni 1989 zum Katamnese-Interview<sup>4</sup> gebeten wird, liegt ihre Therapie bei ihrem letzten Therapeuten, Dr. Z., bereits 2 Jahre und 2 1/2 Monate zurück. Zu dem Interview erklärt sie sich sofort bereit und nimmt eine längere Anfahrtszeit ohne weiteres in Kauf. Sie erscheint guter Laune, sprüht geradezu vor Lebhaftigkeit und Vitalität. Man hat das Gefühl, es mit einem offenen, kontaktfreudigen Menschen zu tun zu haben. Die Atmosphäre während des Gesprächs ist angenehm und locker. Sie denkt und spricht schnell und geht differenziert auf Fragen ein, soweit etwas zu fragen übrig bleibt, denn sie kommt schnell und flüssig von einem Punkt zum anderen. So gestaltet sie selbst das Gespräch recht dynamisch, das dann auch entsprechend intensiv und ausgiebig verläuft.

Frau Julia X ist 25 Jahre alt, studiert im 12. Semester und steckt z.Z. bis zum Hals in den Vorbereitungen auf ihr zweites Staatsexamen. Seit einigen Monaten ist sie verheiratet. Ihr Mann arbeitet z.Zt. wie sie auch intensiv für seine Abschlußprüfungen. Sie leben und arbeiten zusammen in einer kleinen Wohnung. Trotz der Belastung durch das Lernen und der Einschränkung ihres Gemeinschaftslebens, bei unterschiedlichen Arbeitsrhythmen (er arbeitet nachts, sie tagsüber), ist sie gut arbeitsfähig und hat nur selten Anflüge von Heißhunger. In ihrer Freizeit musiziert sie leidenschaftlich gern und viel, spielt in einem Orchester und besucht Konzerte, Opern und Theatervorstellungen. Mit ihrem Mann fährt sie gerne zum Picknicken ins Grüne.

### *Herkunft*

Die Mutter war Sekretärin und hatte wegen der Kinder aufgehört zu arbeiten. Sie sei eigentlich eine einfache und recht liebe Frau. Doch die enorme Leistungsorientierung des Vaters habe sie "untergebuttert". Sie sei im Prinzip zur Angestellten des Vaters degradiert worden, zuständig für das Abfragen von Vokabeln, die Kontrolle der Hausaufgaben und das Lernen von Musikinstrumenten. Ihre Wünsche und Hoffnungen habe sie völlig zurückstellen müssen.

---

<sup>4</sup>Julia X war darüber informiert, daß das Nachgespräch im Kontext eines Forschungsprojekt stehen würde. Der Therapeut hatte sie angeschrieben und sie gefragt, ob sie bereit sei, ihre Vorgeschichte und therapeutischen Erfahrungen mitzuteilen. Bezüglich der Veröffentlichung denken wir, dass es ratsam ist, Stollers Empfehlung zu folgen: "We should not write about our patients without permission to do so and without their view of the matters about which we write" (Stoller, 1988 p.391).

Bezüglich Sexualität seien allerdings beide Eltern reichlich prüde, konservativ und verbohr.

Sie beschreibt ihren Vater als sehr eigenwillig und leistungsorientiert. Mit 17 Jahren habe er wegen dem Krieg die Schule unterbrechen müssen und das Abitur unter Schwierigkeiten nachgemacht. Er habe sich langsam hochgearbeitet und angefangen zu studieren, wobei er sich selbst finanzierte. Eigentlich sei er ein Dauerstudent mit eigenen bildungspolitischen Vorstellungen, denen gemäß jedes Kind einmal in England gewesen sein sollte, mindestens 2 Musikinstrumente lernen und auf jeden Fall studieren müsse.

Die älteren drei Geschwister haben das Elternhaus früh verlassen. Der jüngere Bruder sei noch da, aber er konnte sich den Eltern stets gut entziehen. Kritiken des Vaters über die Geschwister habe stets sie abbekommen. Hatte er sich abregiert und war der Rauch verflogen, klappte seine Verständigung mit den anderen wieder. Anlaß zum Nachdenken gäben die Lebenssituationen ihrer Geschwister allemal. Sie selbst sei streng erzogen worden, ihre Rolle im Haus war festgelegt. Sie kochte und backte am Wochenende, mähte den Rasen, wusch das Auto, richtete das Abendbrot usw.

Zu ihrem Körper habe sie kein Gefühl gehabt. Alles, was es dazu zu sagen gab, sei von ihrer Mutter ausgegangen. Ihre körperlichen Veränderungen hätten sie nicht gestört, wohl aber die ständigen Kommentare ihrer Mutter, sie sei zu dick. Sie sei auch nicht aufgeklärt worden. Sie habe nur das gelesen, was erlaubt war und bezüglich Sexualität habe es diese Erlaubnis nicht gegeben. Also las sie auch nichts darüber. Erst mit 18 J. habe sie Eigeninitiative in diese Richtung entwickelt und sich langsam vorgetastet. Richtig sicher habe sie sich aber nie gefühlt. Ihre Menarche bekam sie mit 12 J. Diese sei damals, im Gegensatz zu heute, sehr regelmäßig gewesen, fiel jedoch für ein 3/4 Jahr völlig aus, als Frau X. so stark abgenommen hat. Die Erlaubnis zum Gynäkologen gehen zu dürfen, holte sie sich bei ihrem Vater ein, der zornig darauf reagierte. Mit ihrer Mutter habe sie über ihre Sorgen nie gesprochen, da diese notorisch überbelastet und froh gewesen sei, wenn die Kinder sich ruhig und unproblematisch verhielten, in der Schule gut waren und nichts zerstörten. Frau X. fühlte sich von ihrer Mutter nur geduldet und hatte stets das Gefühl für ihr Recht anwesend zu sein, etwas leisten zu müssen (sprich Hausarbeit). Auch Freunde hatte sie nicht, mit denen sie reden konnte. Bis zu ihrem 16. Lebensjahr hielt sie sich Tiere: Kaninchen, Vögel, eine Schildkröte. Mit 17 J. tat sie sich mit einem gleichaltrigen Jungen aus der Nachbarschaft zusammen, den sie vom Musizieren her kannte und der ebenso allein war wie sie. Innerhalb der

Familie spielte sie die Rolle des Diplomaten. Sie wußte als einzige über alle Familienmitglieder Bescheid, und das brachte sie oft genug in schwierige Situationen. Ihre eigene Privatsphäre sei jedoch nicht respektiert worden. So habe ihre Mutter ständig private Aufzeichnungen und geöffnete Briefe gelesen. Die beiden Töchter seien in der Familie generell einer strengeren Kontrolle unterlegen gewesen als die Jungs.

Schon als kleines Mädchen stand für Frau Julia X bereits ihr Berufswunsch fest. Ein Jahr vor Beginn des Studiums riet ihr Vater ihr davon ab. Sie solle doch lieber etwas Leichteres machen. Typisch für ihn, wie Frau Julia X nachdrücklich betont, einerseits hoch leistungsmotiviert andererseits überängstlich. Laut seiner Statistik müsse eines seiner Kinder auf der Strecke bleiben. Er konnte nicht wissen welches, also war Frau Julia X ständig auf der Hut.

### *Krankheitsgeschichte*

Als Kind sei sie gut beieinander gewesen, zumal sie sich nichts aus Sport machte. Sie wurde gehänselt und ihre Mutter kritisierte ständig ihre Figur. Darüber ärgerte sie sich und beschloß mit 16 J. abzunehmen. Sie aß morgens und abends je ein Knäckebrot und mittags einen Apfel und nahm innerhalb eines 3/4 Jahres von 70 auf 53 kg ab. Nach drei Tagen blieb jegliches Hungergefühl aus, und sie fühlte sich ihrer Umgebung gegenüber überlegen. Natürlich bekam sie auf die Dauer körperliche Beschwerden. Ihr Kreislauf war geschwächt, sie fror, war ständig müde, bekam dunkle Ringe unter den Augen und litt unter Konzentrationsstörungen. Schließlich wollte ihr Vater sie dazu zwingen wieder zu essen. Er verbot ihr, vom Tisch aufzustehen, ehe der Teller nicht leer war.

Es sei bezeichnend für ihre Eltern, daß sie von einem Extrem ins andere verfallen. Nachdem sie anfänglich davon begeistert waren, daß Frau Julia X abnahm, schlug ihre Begeisterung, sowie sie 63 kg erreicht hatte, ins Gegenteil um. Ihr Vater drohte ihr an, sie in eine Klinik zu stecken. Damals begann sie zu erbrechen. Die Eltern merkten das erst 2 Jahre danach, als sie bereits studierte. Als Konsequenz wurde sie jedes Wochenende, wenn sie nach Hause kam, kontrolliert. Sie erbrach alles außer Salate. Ein Bissen zu viel genügte, um ihr das Gefühl zu geben, das sei zu viel und müsse raus.

Sie bekam Schwierigkeiten, länger mit anderen zusammen zu sein. Nach 2 Stunden wurde sie nervös und aggressiv. In Gegenwart anderer konnte und

wollte sie nicht essen, verspürte aber das dringende Bedürfnis, sich vollzustopfen und wußte, daß sie danach erbrechen würde. Solche Situationen, in denen sie sich eingesperrt und unfrei fühlte, hatten für sie Zwangscharakter und lösten die stärksten Heißhungerattacken aus. Die einzigen Nahrungsmittel, die sie sich zugestand, waren Milchprodukte, Salate und Salzsticker. Schlank bleiben war nötig, um Anerkennung von der Umwelt zu erhalten. Zu Hause gab es früher Anerkennung für gute Schulleistungen. Als sie 15 J. alt war sprach allerdings ihr Lehrer mit ihrem Vater darüber, daß sie in der Schule übermäßig ehrgeizig sei und man bei ihr aufpassen müsse, sonst würde sie noch überschnappen. Ab da an gab es kein Lob mehr für gute Noten, und mit dem Abnehmen hatte sich etwas Neues gefunden, das lobenswert war.

Wegen dem Gefühl von den Eltern ständig bedrängt und beobachtet zu werden, wählte sie ihren Studienort fern ihrem Zuhause in U.. Es sei bezeichnend für ihre Eltern, daß sie alles nur bis zu einem gewissen Grad erlaubten. Betrieb man eine Sache mit Übereifer, wurde diese prompt wieder verboten, z.B. das Musizieren, dem Frau Julia X sich leidenschaftlich widmete. So tat sie in ihrem neuen Wohnort zunächst alles, was eine ordentliche Studentin unterläßt. Sie quatschte in den Vorlesungen anstatt zuzuhören, kam abends spät nach Hause, kümmerte sich ausgiebig um Freundschaften und tat überhaupt alles Mögliche, nur nicht studieren.

Im Oktober kam sie an die Universität und lernte gleich jemanden kennen, eine lockere Beziehung, die dann Jahre hielt. Im November stand bereits eine Clique fest, die sie wie eine Lebensgemeinschaft empfand, denn sie bestand das ganze Studium hindurch. Sie finde es jetzt zwar schade, daß man auseinandergehe, trauere dem aber nicht nach.

Bevor sie heiratete, habe es einen ziemlichen Kampf mit ihren Eltern gegeben. Beide habe sie damit geschockt. Zur Verlobung wollte der Vater nicht kommen, weil das einer Scheinehe gleichkäme und die lehne er ab. Wörtlich habe er sie gefragt, ob sie sich ihrem zukünftigen Mann tatsächlich zumuten wolle. Dazu meint Frau Julia X, sie sei zwar das Lieblingskind ihres Vaters, und das wirklich, der "Papa" traue ihr aber nichts zu, hielte sie für unmündig und würde sie ständig gängeln.

## **Therapieerfahrungen**

Nach dem ersten Semester hatte Frau Julia X ihre erste stationäre analytische Therapie. Sie konnte viel über sich nachdenken, aber die Therapiegruppe war

bunt zusammengewürfelt: Depressive, Magersüchtige, 2 Psychotiker und 1 Schizophrener. Sie war die einzige Bulimikerin und fühlte sich nicht recht ernst genommen. Die anderen waren der Meinung, sie müsse einfach nur aufhören zu essen. Auch fühlte sie sich damals nicht so recht therapiefähig. Sie fand zwar Zugang zu sich, blockte aber ab einem bestimmten Punkt und brach die Therapie nach 6 Wochen ab. Sie wollte erst mal weiterstudieren. Geändert habe sich für sie nichts. Sie habe zwar etwas mehr verstehen können und sich dadurch nicht ganz so verurteilt, aber ihr Eßverhalten habe sich nicht gebessert.

Ihren zweiten Anlauf nahm sie bei einer Therapeutin, die sie als "meschugge" bezeichnet. Diese lächelte ständig, auch wenn Frau Julia X über noch so ernste und für sie verletzende Dinge sprach. Auf die Bitte doch wenigstens ein neutrales Gesicht zu machen, erklärte ihr die Therapeutin, ihr Lächeln würde ihr solche Schwierigkeiten bereiten, weil sie nie eine Mutter gehabt habe, die positiv auf sie eingewirkt hätte. Frau Julia X wurde für therapieunwillig befunden und bekam ihre Stunden von 2x die Woche auf 1x die Woche gekürzt. Das Ganze dauerte 8 Wochen.

Sie begann daraufhin eine ambulante Gruppentherapie, in der sie sich sehr schwer tat. Da sie keine Einzeltherapie bekam, konnte sie ihre Erlebnisse schwer bearbeiten. Der Therapeut benützte zudem ständig Kraftausdrücke, vor allem aus dem sexuellen Bereich, was sie ziemlich ärgerte. Nach Meinung des Therapeuten lag dies wiederum daran, daß sie ihre Urtriebe verdränge. In dieser Zeit wurde es mit dem Erbrechen schlimmer. Sie erbrach vor jeder Therapiesitzung, um diese überhaupt durchstehen zu können. Nach 8 Wochen brach sie auch diese Behandlung ab und freute sich auf das neue Semester und auf ihre Freunde.

Das 3. Semester wurde hart, und sie war drauf und dran, sich das Leben zu nehmen. Sie sagt dazu: "Die bisherigen Therapien hatten mir meine Schwächen aufgezeigt, meinen Schutzwall niedergerissen und meine bisherigen Wertvorstellungen zerstört, ohne mir Alternativen aufzuzeigen." Sie fühlte sich hilflos und verzweifelt. Ihren Eltern zuliebe, die sie gebeten hatten, etwas zu unternehmen und auf Anraten eines Therapeuten, der eine Einzeltherapie bei Bulimie für zwecklos hielt, gab sie sich in einer Selbsthilfegruppe eine "Gnadenfrist" von einem halben Jahr, obwohl sie eine Abneigung gegen die Reglements und Rituale dieser Gruppe empfand. Danach hatte sie genug und



machte erst mal ihre Zwischenprüfung. Ein niederschmetterndes Erlebnis sei damals für sie die Reaktion ihres Vaters gewesen, der ihr für die bestandene Prüfung keine Anerkennung zollte.

Nach Überwindung dieser Hürde wollte sie noch einmal einen letzten Therapieversuch starten. Sollte auch dieser scheitern, war sie entschlossen, nichts mehr weiter zu unternehmen.

Zu Dr. K. sei sie auf Empfehlung einer Bekannten gelangt. Aus Angst abgewiesen oder weiterempfohlen zu werden, habe sie darauf bestanden, mit Dr. K. persönlich sprechen zu können. Später - in der Therapie - habe er im Scherz darauf Bezug genommen und gemeint, ihm sei keine andere Wahl geblieben, als sie in Therapie zu nehmen; sie habe ihm schließlich die Pistole auf die Brust gesetzt.

Diesmal wurde die Therapie für sie zu einer "Gesprächsrunde mit jemanden, zu dem man Vertrauen haben und mit dem man reden konnte". Von Dr. K. habe sie sich angenommen und verstanden gefühlt. Die Therapie fand statt zweimal, selten dreimal wöchentlich à fünfzig Minuten über einen Zeitraum von drei Jahren statt. Zu Anfang habe sie eine starke Unsicherheit bezüglich ihrer Rolle als Patientin empfunden. Die ganze Zeit etwas zu erzählen und dabei das Wohlwollen des Therapeuten zu haben, sei ihr unvorstellbar gewesen. Ihr sei gesagt worden, sie habe als Patientin Rechte und Pflichten. Ihre Rechte kannte sie wohl, worin aber ihre Pflichten bestehen würden, habe sie nicht verstehen können. Sie habe ständig einen Haken bei der Sache gewittert, habe ihn aber nie gefunden. So sei denn auch einige Zeit nötig gewesen, bis sie zu ihrem Therapeuten habe Vertrauen fassen können.

Am Anfang kreisten die Gesprächsthemen mehr um ihre Kindheit und ihre Eltern. Mit der Zeit verlagerte sich der Fokus auf das aktuelle Geschehen, die Auseinandersetzungen in ihrem Freundeskreis, ihre Schwierigkeiten im Studium, insbesondere ihre Konzentrationsschwierigkeiten. Im Verlauf dieser Therapie habe sie erlebt, wie sie immer mehr Angst bekam. Sie habe angefangen zu zittern und sei immer stiller geworden. Sie berichtet von einer diffusen Angst, die sie sich anfangs nicht erklären konnte. Sie sei zappelig geworden und habe angefangen zu zittern. Nach ihren eigenen Angaben hätte sie früher wahrscheinlich wütend und aggressiv reagiert und etwa mit der Faust auf den Tisch geschlagen. Hier aber habe sie sich hilflos gefühlt und als nicht

agierender Teil. Sie habe sich daraufhin, nach Rückversicherungen beim Therapeuten, die Freiheit genommen, ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen.

Sie berichtet, früher immer Angst gehabt zu haben, kontrolliert zu werden. Sie habe selbst die Fäden in der Hand behalten und den Überblick gewinnen wollen. Den Vorschlag des Therapeuten, sich auf die Couch zu legen, habe sie abgelehnt, da sie auf der Couch liegend das Gefühl gehabt hätte, beobachtet und angegriffen zu werden. Sie habe das Sitzen als eine gewisse Art von Schutz empfunden. Außerdem sei es ihr unangenehm gewesen, nicht den Therapeuten, sondern die Wand anzuschauen. Da die Wand nicht antworte, habe sie ihre Aggressionen eher im Blickkontakt zum Therapeuten abbauen können. Die Patientin berichtet auch, immer wieder das Bedürfnis gehabt zu haben, aufzustehen und zum Fenster hinauszusehen, um einen gewissen Abstand zu gewinnen, habe sich das aber während der ganzen drei Jahre nie getraut. Sie hätte dann das Gefühl gehabt, durch ihr Weggehen entlarvt zu sein. Sie habe lange Zeit gebraucht, bis sie soweit war, zumindestens immer mal wieder ein paar Minuten ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen, da sie dachte, aus ihrem Verhalten könne für sie Negatives geschlossen werden. Sie habe Angst gehabt, aus der Therapie geschmissen zu werden. Die Möglichkeit, nichts tun zu müssen, habe im krassem Gegensatz zum Leistungsdruck gestanden, den sie von zuhause her kannte.

## **Therapie-Ergebnisse**

Als wichtigstes Therapie-Ergebnis empfindet sie das Gefühl, nicht nur geduldet zu werden, sondern auch Rechte zu haben und liebenswert zu sein. Ihren Eltern gegenüber empfindet sie Traurigkeit, da sie sich von ihnen noch immer nicht verstanden fühlt. Sie habe allerdings gelernt, sich von ihnen abzugrenzen. Erstmals sei das geschehen, als sie sich das Recht nahm, auch mal wütend zu werden. Damals habe sie zum ersten Mal in der Therapie geweint und hatte eine halbe Woche lang weder Lust zu essen noch sonst etwas zu tun. Die Frage war für sie, wo der Hund begraben lag. Sie führte Tagebuch über den Therapieverlauf, um später Änderungen nachvollziehen zu können. Zu ihrem Vater könne sie auch heute nicht mit Problemen kommen, da sie ihm gegenüber keinen Wunsch äußern und keine Schwäche zeigen wolle, solange nicht auch er ihr seine Schwächen offenbare. Sie empfinde es als demütigend, zu ihrem Vater, der sich gern als glücklichen, zufriedenen und harmonisch lebenden

Menschen sehe und darstelle, "wie ein kleiner Wurm angekrochen zu kommen" und lege heute in Fragen Offenheit größten Wert auf Gegenseitigkeit.

Über ihre Mutter sei zu sagen, daß diese, seit die Kinder aus dem Haus seien, mehr unternehme, was zu Streitigkeiten mit ihrem Vater führe, woraufhin die Mutter immer wieder zu ihr komme, um solche Probleme mit ihr durchzusprechen. Sie wiederum frage umgekehrt die Mutter niemals um Rat, da sie von vornherein wisse, daß dieser unannehmbar sei. Sie meint, ihre Eltern inzwischen ein Stück weit erzogen zu haben und fühlt sich heute von ihnen ernster genommen. Z.B. stehe der sonst so glückliche, zufriedene und harmoniebedachte Vater bei einem bevorstehenden Besuch der Tochter mit Ehemann bereits eine halbe Stunde vorher in fiebriger Erwartung vor der Tür, um sie in Empfang zu nehmen. Auseinandersetzungen führe sie mit ihren Eltern nicht mehr, da sie die Erfahrung gemacht habe, daß Streitereien in ihrer Familie nur in eingefahrener Art und Weise niemals aber konstruktiv stattfänden und sich daher nicht lohnten. Als positiv empfinde sie die Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, mit dem sie offen und für seinen Geschmack oft zu direkt reden könne.

Heute würde sie sich als geheilt bezeichnen, obwohl sie manchmal noch Freßanfälle bekommt. Sie könne sie aber ganz gut steuern und achte dann darauf, sich das zu nehmen, was sie sich eigentlich wünsche. Um sich darin sicher zu fühlen, brauche sie Zeit, die sie sich heute ohne schlechtes Gewissen einräumen könne.

Das Erbrechen habe nie ganz aufgehört und werde es wohl nach ihrer Einschätzung auch nie. Ihr sei es aber wichtiger, die Kontrolle und Übersicht darüber zu behalten und Situationen adäquat zuordnen zu können. Sich selbst dabei zu drängen hätte keinen Sinn, weil das nur wieder in eine Neurose münden würde. Zu Beginn ihrer Erkrankung sei sie sehr vom Idealtyp einer schlanken Frau eingenommen gewesen. Sie habe immer so sein wollen wie ihre Schwester, die als typische Frau galt. Mittlerweile habe sie sich jedoch von Medieneinflüssen und gesellschaftlichen Erwartungen befreit und wehre sich heftig gegen Trends und Moden. Wichtiger als das Schlankheitsideal seien heute für sie ein stabiler Kreislauf und gutes Konzentrationsvermögen. Für die Zukunft wünscht sie sich Kinder, Erfüllung in der Familie und Mutterschaft. Das sei ihr wichtiger als beruflicher Erfolg. Einzig ihr Hobby, die Musik, wolle sie sich von niemandem nehmen lassen.

Am Ende des Interviews betont Frau Julia X, noch heute mit dem Aufarbeiten all der Dinge befaßt zu sein, die während der Therapie zutage kamen. Nicht zuletzt aus diesem Grund würde sie erst einmal keine weitere Therapie mehr machen wollen.

### **Nachgedanken**

Zu diesem katamnestischen Interview ließe sich einiges nachtragen; auffallend, worüber die Patientin nicht gesprochen, z.B. über die Brüder, ihre enge Beziehung zur älteren Schwester, über ihre Sexualität, über ihre sog. Clique, mit der sie sich zwar eng verbunden gefühlt hat, in der sie aber aus der Sicht des Therapeuten, eine Außenseiterrolle gehabt hat. Überhaupt kommt der therapeutische Prozeß nur in Ansätzen zur Sprache. Dies soll hier auch nicht weiter ausgeführt werden, um den Bericht der Patientin nicht in den Schatten des Expertenwissens zu stellen. Wir wollen aber nachtragen, wie sich im Spiegel einer auch durchgeführten Psychodiagnostik das Selbstgefühl der Patientin erfassen läßt.

### **Beurteilung des Therapieerfolges anhand von Testbefunden**

Die durchweg positiven Eindrücke im Bericht der Patientin finden im Einzelnen ihre Entsprechung in den Ergebnissen diverser Tests. Aus einer umfassenden Testbatterie sollen hier die Resultate von 4 Tests betrachtet werden, die der Erfassung der Symptomatik (ANIS und EAT) und der Persönlichkeit (FPI und GT) dienen. Für den GT lagen zwei Erhebungen vor (eine Einschätzung ihrer Antworten wie sie sie vor Beginn der Therapie gegeben hätte und eine gemäß ihrem Stand zum Katamnesezeitpunkt), so daß ein "Als-ob-Prä-Post-Vergleich" die Erstellung eines Veränderungsprofil ermöglichte.

#### *Eßstörungen-Symptomatik*

Mittels EAT (Garner u. Garfinkel 1979) wurden Diät- und bulimisches Verhalten sowie überkontrollierter Umgang mit Essen (orale Kontrolle) gemessen, wobei die Punktwerte aller drei Skalen (je 1 Punkt) bei Frau JULIA X im Wertebereich einer klinisch unauffälligen Kontrollgruppe liegen. Auch ihre Ergebnisse beim ANIS (Fichter u. Keeser 1980) entsprechen auf allen 6 Skalen (gewichtspobisches Verhalten / Überforderung / Anankasmus / negative Auswirkungen des Essens / sexuelle Ängste / Bulimie) den Durchschnittswerten der

Kontrollgruppe. Insgesamt bedeutet das für den Symptombereich, daß anhand der Tests keine Auffälligkeiten mehr auffindbar sind. Frau JULIA X selbst berichtet, ihre Eßstörungen im Wesentlichen im Griff zu haben, wobei jedoch punktuell noch einige Durchbrüche der Bulimie-Symptomatik auftreten.

### *Persönlichkeitsstruktur*

Auf den FPI-Skalen "psychosomatische Störungen", "Depressivität", "Geselligkeit", "Extraversion" und "Maskulinität" ist Frau JULIA X mit der Normgruppe ihres Alters vergleichbar (siehe auch FPI-Profilbogen). Eher geringere Werte erreicht sie auf den Skalen "Erregbarkeit", "Dominanzstreben" und "emotionale Stabilität", was wohl in Richtung Frustrationstoleranz, Nachgiebigkeit und stabile Stimmung interpretierbar ist. Relativ hohe Werte kommen auf den Skalen Aggressivität, Gelassenheit und Offenheit zustande. Daraus ließe, in Anbetracht des Gesamtkontextes, etwa auf erhöhten Tatendrang, bessere Ausdauer und Belastbarkeit schließen.

### *Veränderungen im GT*

Das GT-Veränderungsprofil dokumentiert zum Teil drastische Verschiebungen, primär auf den psychosozial definierten Persönlichkeitsebenen sowie im Hinblick auf die Affektstruktur. So hat sich die ursprünglich äußerst negative soziale Rollen-Identität, die indirekt auf deutliche narzißtische Defizite verwies, in den positiven Bereich verschoben und indiziert damit eine von der Patientin als sehr positiv wahrgenommene bzw. vermutete soziale Resonanz. Das Potential an sozialen Kompetenzen, das initial ausreichend repräsentiert war, hat ebenfalls deutlich zugenommen und bringt ein hohes Maß an phallisch-narzißtischer Potenz zum Ausdruck. Die Regulation der Objektbeziehungen, die zu Therapiebeginn durch stark retentive Modi i.S. einer sozialen Kontaktstörung, möglicherweise auch durch schizoide Persönlichkeitsanteile gekennzeichnet war, weist zum Katamnesezeitpunkt affektiv durchlässige, d.h. offene, vertrauensvolle und objektnahe Züge auf. Bezüglich der Affektstruktur ist eine starke Abnahme depressiver Verarbeitungsmuster zu registrieren; die Grundstimmung wird von der Patientin inzwischen als sehr ausgewogen geschildert. Die Triebsteuerung zeigt keine Veränderungen und ist damit nach wie vor klinisch unauffällig. Dasselbe gilt für die soziale Anpassung (soziale Abwehr). Beide Skalenwerte streuen zum prä- wie auch zum post-Meßzeitpunkt sehr eng um den Mittelwert der Normverteilung. In toto weist

das Testprofil der Patientin zum Katamnesezeitpunkt einen geradezu idealtypisch positiven Verlauf auf und unterstreicht vor allem ein hohes Maß an sozialen Potenzen (i.w.S.).

### *Abschließende Einschätzung*

Zieht man einen Katamnesezeitraum von 2 1/2 Jahren, die positiven Testergebnisse, die Selbsteinschätzung der Patientin sowie die persönlichen Eindrücke des Interviewers und Katamnestikers in Betracht, so läßt sich eine stabile, erhebliche Besserung der Symptomatik und eine Festigung der Persönlichkeit verzeichnen.

Nach weiteren zwei Jahren rief der Vater der Patientin beim Therapeuten an und fragte ihn fast beiläufig, ob er eine Empfehlung habe, der eine Bruder der Patientin sei in großen Arbeitsschwierigkeiten. Nachdem der Therapeut diese Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortete, stellte er beiläufig fest, daß sich auch der Vater wohl jetzt zu einer positiven Einschätzung von Psychotherapie habe durchringen können; was dieser nun fast vehement dadurch zu betonen suchte, daß er mit Julias prima Verfassung dieses Vertrauen zu rechtfertigen wusste. Hoffen wir, daß dem Bruder eine ähnliche Odyssee erspart bleibt und dieser an einen TherapeutIn gerät, dem/der es gelingt, rasch eine hilfreiche therapeutische Beziehung zu etablieren.

## Teil II Biopsychosoziale Faktoren der Bulimie

Psychoanalytische Sichtweisen der bulimischen Erkrankung verlassen sich allzugerne auf deduzierbare Interpretationsmuster (s.d. Schwartz, 1988<sup>5</sup>), deren Brauchbarkeit in therapeutischen Prozessen das eine ist; das andere, ihre Brauchbarkeit zum ätiologischen Verständnis des Krankheitsbildes, wird aus der therapeutischen Anwendung geschlußfolgert, aber selten wird auch nur im Ansatz über Kasuistik hinaus, die Reichweite zu belegen versucht. Eine unlängst erschienene Monographie zur Bulimie aus psychoanalytischer Sicht (Schulte & Böhme-Blohm 1991) kritisiert vehement die nur empirisch-phänomenologischen Studien und deren Suche nach sog. externen Faktoren (S. 42). Wir halten diese Kritik für überzogen und finden uns in Übereinstimmung mit einer Position, die kognitive und behaviorale Aspekte zu schätzen weiß (Herzog et al. 1988; Fichter 1985), ohne daß dadurch die Reichweite des psychodynamischen Denkens begrenzt werden müßte. Dies wird hervorragend durch die Arbeiten einer biopsychosozial orientierten Arbeitsgruppe der Northwestern Universität in Chicago exemplifiziert (Johnson & Connors 1987). Alle übergreifenden Analysen kommen zu der Schlußfolgerung, daß eindimensionale Modelle der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa wenig Grundlage in den empirischen Befunden haben und beide Erkrankungen nur mit komplexen, multidimensionalen biopsychosozialen Modellen zu beschreiben sind (Garner et al., 1986; Garfinkel und Garner, 1982; Fichter, 1989; Halmi, 1985). Als grundlegend wichtig konnten folgende gemeinsame Faktoren ermittelt werden:

1. Beide Erkrankungen sind nur als klinische Syndrome auf der Basis der z.B. im DSM III-R festgelegten diagnostischen Kriterien beschreib- und abgrenzbar.
2. Faktoren der Pathologie der Persönlichkeit sind weitere wichtige krankheitsbeeinflussende Faktoren.
3. Familiäre und soziale Umgebungsfaktoren sind entscheidend an der Entwicklung, dem Verlauf und der Chronifizierung der Erkrankung beteiligt.
4. Biologische Faktoren und physiologische Veränderungen bestimmen den Verlauf der Eßstörung und deren Genese mit.

---

<sup>5</sup>z.B. " Food, seen as the semisymbolic equivalent of the oral mother (Sperling 1949) oder .. the adult patient is seen as longing for oral mothering yet compelled to expel the introjected mother as it becomes poisoned by the rage of frustration (Jessner & Abse 1960) oder the need to eat is the disscocviated search for the oral maternal object and the need to vomit the urge to rid oneself of the monstrous creature who demands so much frantically" (Rizzuto 1982)

### *ad 1. diagnostische Kriterien*

Für die Bulimia nervosa legt das DSM III-R folgende diagnostischen Kriterien fest

- a. Wiederkehrende Episoden von Heißhungeranfällen (schnelle Aufnahme einer großen Speisemenge in einer bestimmten Zeitspanne)
- b. Das Gefühl während der Heißhungeranfälle die Kontrolle über das Essen zu verlieren.
- c. Die Betroffenen benutzen entweder selbstausgelöstes Erbrechen, Laxantien oder Diuretika, strenge Diät, Fasten oder starke körperliche Betätigung, um Gewichtszunahme zu verhindern.
- d. Durchschnittlich mindestens 2 Heißhungerepisoden pro Woche über mindestens drei Monate
- e. Anhaltende Sorge hinsichtlich Körperumfang und Gewicht

Zurecht kann man daran festhalten, daß im DSM-III-R nur Kriterien, Merkmale festgeschrieben werden, die den Gegenstand zwar klassifizieren, aber nicht erklären können. Vermutlich wird das zu erwartende DSM-IV hier Korrekturen anbringen.

### *ad 2. Pathologie der Persönlichkeit*

Die Beschreibung der Störung kann nicht auf die diagnostischen Kriterien begrenzt bleiben, sondern muß über die symptomatischen Faktoren hinaus Persönlichkeitsmerkmale erfassen, wie übermäßiges Beschäftigtsein mit dem Körperschema, Depressivität, Zwänge und Ängste, Störung der Selbst-Objekt-Grenzziehung. Gesichert scheint zu sein, daß Bulimikerinnen besonders Schwierigkeiten haben, ihren inneren Gefühlszustand wahrzunehmen. Ihre Stimmungsschwankungen sind eher extrem von depressiven bis hypomanischen Zuständen, die mit impulsiven Verhaltensweisen einhergehen. Ein geringes Selbstwertgefühl scheint früh angelegt zu sein und ist mit einem ausgeprägten Gefühl der Machtlosigkeit verbunden.

Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsvariablen für die Binnen-Differenzierung der Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist in zahlreichen Untersuchungen mit dem MMPI nachgewiesen worden (Norman und Herzog, 1983). Allerdings muß betont werden, daß das ganze Spektrum der Persönlichkeitsstörungen vertreten ist, wobei Borderline-Persönlichkeitsstörungen besonders bei Bulimie in nicht kleiner Zahl vorkommen (Hudson et al. 1983; Johnson und Connors 1987). Dies können wir auch an der zur Zeit sich im Abschluß befindlichen Studie an der Psychotherapeutischen Klinik Stuttgart bestätigen (Hettinger & Ehlers, in Vorb.).



In der psychoanalytisch orientierten Literatur wird eine Differenzierung der Charakterpathologie vorgenommen, die sich an den Konzepten des Narzißmus und der Borderline-Pathologie orientiert; hierbei lassen sich ein eher anorektisch-restriktiver Typus vom bulimischen unterscheiden, die nach Johnson & Connors (1987) von der frühen Interaktion bestimmt werden. Overinvolvement und underinvolvement sind die beiden Schlagwörter, mit denen sich eine vier-Felder Typologie aufstellen läßt, die klinisch einleuchtend, aber in einem strikten Sinn noch nicht getestet ist.

	Borderline Malevolent	False Self /Narzißtisch)
Restrictor Overinvolvement	Bösartige Grenzüberschreitung Bindung: feindselig, kontrollierend, verwickelnd  Trennung: Vergeltung durch Andere, Selbstschädigung Abwehr: paranoid zur Grenzenregulation	Nicht böswillige Grenzüberschreitungen Bindung: Kontrollierend aber weniger feindselig und bestrafende Verwicklung Trennung: Verarmung von Selbst und Objekt Abwehr: mehr phobisch.zwanghaft
Bulimic Under involvement	Böswillige Vernachlässigung Bindung: feindseliges Distanzieren und anklammernde Abhängigkeit Trennung: Verlassenheit, Leere, Fragmentierung  Abwehr: hysterisch/impulsiv, projektive Identifikation	Nicht-böswillige Vernachlässigung Bindung: gleichgültiges Distanzieren, Wunsch nach Intimität vs Angst vor Enttäuschung Trennung: Pseudoautonomie als Selbstschutz Abwehr: schizoid, verleugnend, isolierend

Diese Felder sind psychoanalytisch aufzufüllen; hier können vielfältige biographisch ausformulierte Skizzen ihren Platz finden, bei denen die frühen dyadischer Erfahrungen in ihrer Vielfältigkeit ausbuchstabiert werden können. Aber auch hier gilt, daß es vorschnell sein dürfte, eine frühe Pathologie zu hypostasieren (Beattie 1988).

### *ad 3. Familiäre Faktoren*

Die wenigen, bislang vorliegenden Untersuchungen zu den Familien von bulimischen Patientinnen zeigen, daß das Familienmilieu zum Zeitpunkt der Erkrankung als eher distanziert und zugleich verstrickt beschreibbar ist. Ein hohes Konfliktpotential und eine geringe ausgeprägte Fähigkeit, solche Konflikte auszutragen, werden herausgestellt (Johnson & Flach 1985).

### *ad 4. biologische Faktoren*

Biologische Perspektiven zur Entstehung der Bulimie sind gegenwärtig noch nicht entscheidbar; es ist jedoch zu wünschen, daß diese Fragen nicht im Streit zwischen biologischer und dynamischer Psychiatrie jeweils nur einseitig betrachtet werden. Johnson & Connors (1987) sind sehr zurückhaltend, was den derzeitigen Stand betrifft. Die oft postulierte Verbindung der Bulimie zu Störungen des affektiven Systems ist im Querschnitt nicht zu übersehen, präsentieren sich doch viele Patientinnen mit erheblichen Störungen der Affektregulation. Diese weisen eine lange Vorlaufzeit auf und es kann vermutet werden, daß affektive Instabilität einen biologischen Risikofaktor darstellt, der bei entsprechenden familiären Konstellationen zur Entwicklung einer psychiatrischen Symptomatologie, und damit auch zur Bulimie, einen Beitrag von ätiologischer Relevanz liefern könnte (Pirke, Vandereycken & Ploog, 1988).

### *Kulturelle Faktoren*

Kulturelle Faktoren sind für das rapide Anwachsen der bulimischen Problematik nicht zu übersehen. Z.B. die enormen Veränderungen der Rollenerwartungen mit ihrer doppelten Norm: einerseits vermehrten weiblichen Attraktivitätsidealen Folge leisten zu müssen, andererseits den allseits erwähnten Leistungsansprüchen entsprechen zu wollen. Amerikanische Autoren weisen daraufhin, daß wir es mit den Folgen der Transformation der weiblichen Rolle zu tun haben, die besonders dort durchschlägt, wo soziale Schicht und Bildung neue Freiheitsspielräume eröffnet haben (Schwartz, Thompson & Johnson, 1982).

Das Zusammenwirken der verschiedenen genannten Faktoren kann man sich so vorstellen, daß die initialen Bedingungen - biogenetisch, familiär und soziokulturell - zur Charakterbildung beitragen, deren Kennzeichnung schwerpunktmäßig von der affektiven Instabilität und von dem geringen Selbstwertgefühl geprägt wird. Spezielle psychoanalytische Beschreibungen vermögen diese allgemein erscheinenden Rahmenkonzepte gewiß anzureichern, aber es scheint hilfreich, die Verallgemeinerung über biographische Einzelfallrekonstruktionen hinaus auf eine solche verallgemeinerbare Ebene zu heben.

### **Therapeutische Konsequenzen**

Das Drama des bulimischen Anfallsgeschehens wird durch einen Teufelskreis bestimmt, der an jeder Stelle durch Veränderungen des innerseelischen Gleichgewichtes in Gang gesetzt werden kann und nur labile Gleichgewichtszustände kennt. Therapeutisch ist hier auch anzusetzen, wenn auch die grundlegendere Veränderungsperspektive in der Beeinflussung der zugrunde liegenden dispositionellen Momente liegen muß. Die Unterbrechung der symptombezogenen Teufelskreise mit ihren für das Selbstgefühl so verheerenden Folgen ist jedoch für die Herstellung einer tragenden therapeutischen Beziehung von großer Bedeutung. Aus diesem Grunde sind Interventionen, die sich direkt mit der Wiederherstellung von Kontrolle über die Freßanfälle beschäftigen, für eine erfolgreiche Therapie der Bulimie im Beginn unverzichtbar.

## Literatur

- Beattie HJ (1988) Eating disorders and the mother-daughter relationship. *Int J. Eating Disorder* 7: 453
- Ettl T (1988) Bulimia nervosa - die heimliche unheimliche Aggression. *Zsch psychoanal Theorie & Praxis* 3: 48
- Fichter MM, Keeser W (1980) Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 228:67-89
- Fichter MM (1985) Magersucht und Bulimie. Springer, Berlin
- Fichter MM (1989) Bulimia nervosa. Enke Verlag, Stuttgart
- Garfinkel PE, Garner DM (1982) Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective. Brunner/Mazel, New York
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9:273-279
- Garner D, Garfinkel P, Irvine M (1986) Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders. *Psychother Psychosom* 46:67-75
- Grawe K (1988a) Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich. *Prax Psychother Psychosom* 33:153-167
- Grawe K (1988b) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 17: 4-5
- Habermas T (1990) Bulimie, Frankfurt, Fischer
- Halmi K (1985) Classification of eating disorders. *J Psychiat Res* 19:
- Herzog D, Keller M, Lavori P (1988) Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 176:131-143
- Hettinger R & Ehlers W (in Vorb.) Die Beziehung von Symptom- und Persönlichkeitsvariablen bei eßgestörten Patientinnen.

- Hudson J, Pope H, Jonas J (1983) Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiat Res* 9:345-354
- Johnson C, Connors M (1987) *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa. A Biopsychosocial Perspective*. Basic Books, New York
- Johnson C, Flach A (1985) Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiat* 142:1321-1324
- Kächele H (1985b) Mißerfolge in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht. *Verhaltensmodifikation* 5:235-248
- Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I (1985) Psychotherapie im Rückblick - Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 30:309-317
- Kächele H et al. (1992) Zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen (Anorexie und Bulimie): Planung und Vorbereitung einer multizentrischen Studie. *PPmP-Diskjournal* eingereicht:
- Mertens W (1991) Einführung in die psychoanalytische Therapie. ( 3, Bd 3) Kohlhammer, Stuttgart
- Norman D, Herzog D (1983) Bulimia, anorexia nervosa, and anorexia nervosa with bulimia: A comparative analysis of the MMPI profiles. *Int J Eating Disorders* 2:43-52
- Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. *J Am Psychoanal Assoc* 7:418-444
- Pfeffer AZ (1961) Follow-up study of a satisfactory analysis. *J Am Psychoanal Assoc* 9:698-718
- Pfeffer AZ (1963) The meaning of the analyst after analysis. A contribution to the theory of therapeutic results. *J Am Psychoanal Assoc* 11:229-244
- Pirke KM, Vandereycken W, Ploog D (1988) *The Psychobiology of Bulimia Nervosa*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Speidel H (1991) Geleitwort zu M.J. Schulte & C Böhme-Bloem: Bulimie. In: Schulte M & Böhme-Bloem C (Hrsg) : *Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht*. Thieme, Stuttgart, New York
- Schulte MJ & Böhme-Blohm C (1991) *Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht*. Thieme, Stuttgart
- Schwartz HJ (1988) *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*. Madison, Int Univ Press
- Schwartz D, Thompson M, Johnson C (1982) Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *Int J Eating Dis* 1:23-25
- Stoller R (1988) Patients' responses to their own case reports. *J Am Psychoanal Ass* 36:371-392

Prof. Dr. Horst Kächele  
Dr. Rita Hettinger  
Forschungsstelle für Psychotherapie  
Christian-Belser Str. 79a  
7 Stuttgart 70