



Das bulimische Symptom als Lösungsversuch adoleszenter Entwicklungsaufgaben

Maria Teresa Diez Grieser (Zürich)

Zusammenfassung: Die Autorin unternimmt den Versuch aufzuzeigen, wie vor dem Hintergrund der Entwicklungsaufgaben und der adoleszenzspezifischen krisenhaften Zuspitzungen, weibliche Jugendliche durch bulimisches Verhalten Identifizierungs- und Ablösungsprozesse vorübergehend zu lösen versuchen. Für die weibliche Jugendliche ist der adoleszente Entwicklungsprozess durch widersprüchliche Elemente geprägt. Einerseits ist eine zunehmende Differenzierung und Ablösung von der Mutter notwendig, andererseits ist sie daran, ihre Identifizierungen als Frau mit der Mutter zu konsolidieren. Dies führt zu einem ständigen Wechsel zwischen Auflehnung und Akzeptanz, zwischen Verwerfung und Internalisierung. Die geschlechtstypischen Veränderungen des Körpers konfrontieren die Jugendliche mit ihren Möglichkeiten und Grenzen. Der sich entwickelnde Körper, allem voran die Brust, verweist auf die Ähnlichkeit mit der Mutter und löst Angst vor einer Identitätsdiffusion aus. Im Rahmen der adoleszenten Entwicklung wird der Körper zum Austragungsort für Konflikte, dabei kann die bulimische Symptomatik für die Jugendliche wichtige Funktionen übernehmen und ihr bei der Regulierung der Affekte sowie bei der Stabilisierung ihres Selbsts helfen.

Schlüsselwörter: Ablösung, Adoleszenz, Affektregulierung, Bulimie, bulimische Symptomatik, Entwicklungsaufgaben, Funktion von Symptomen, Nahrung als Objekt, Nahrung als Übergangsobjekt, psychoanalytische Psychotherapie

1 Einleitung

Zu adoleszenten Entwicklungsthemen bestehen umfangreiche Untersuchungen und Publikationen. Ich werde im folgenden diejenigen Themen hervorheben, die einerseits die weibliche Adoleszenz prägen und andererseits Entwicklungsaufgaben betreffen, die einen Zusammenhang mit der bulimischen Symptomatik haben können. Gestörtes Essverhalten kommt vorübergehend bei 40–60% aller jugendlichen Mädchen in den Industrieländern vor. Bei ungefähr 5% der Jugendlichen kommt es zu einer länger andauernden bulimischen Erkrankung

(Herpertz 2001). Damit ist die Bulimie ein weit verbreitetes Symptom, welches sich häufig während der mittleren und späteren Adoleszenz ausbildet (u. a. Williams et al. 2006).

Die Adoleszenz ist durch Umgestaltungen auf körperlicher, psychischer und interaktioneller Ebene geprägt: (fast) nichts bleibt wie es war. In der Adoleszenz müssen als zentrale Entwicklungsaufgaben der Wandel in der Beziehung zu den Eltern, die Veränderung in der Beziehung zu den Gleichaltrigen sowie eine veränderte Einstellung zum eigenen Körper bewältigt werden. Psychisches Selbstverständnis und körperliches Sein treiben in dieser Zeit phasenweise deutlich auseinander (King 2002). Die Beziehung zum eigenen Körper muss verändert werden (Laufer 2003). Die Jugendlichen erleben ihren Körper ab der Pubertät wegen seiner Bedürfnisse und seiner physiologischen Vorgänge als Störenfried, als fremdes Ding. Die geschlechtstypischen Veränderungen des Körpers aktivieren bei den weiblichen Jugendlichen frühe archaische Teilbilder von der Mutter. Deshalb sind viele Jugendliche, zumindest vorübergehend, darauf bedacht, dünn, d.h. knabenhaft zu bleiben. Dahinter stehen Ängste vor einer Identitätsdiffusion, wenn der sich entwickelnde Körper, allem voran die Brust, auf die Ähnlichkeit mit der Mutter verweist. Die zunehmende Ähnlichkeit mit dem Körper der Mutter in der Pubertät macht hilflos und wütend, weil sich die körperlichen Veränderungen nicht beeinflussen lassen. Diese werden so zum Sinnbild für andere nicht kontrollierbare Prozesse. Der Körper wird zum lästigen, «bösen» Objekt (Streck-Fischer 1997). Weibliche Jugendliche suchen im Rahmen ihrer adoleszenten Entwicklungsaufgaben nach alternativen Weiblichkeitsmodellen, die die basalen Erschütterungen im Verhältnis zwischen ihrem Selbst und ihrem Körper überbrücken helfen. Für die weibliche Jugendliche ist der adoleszente Entwicklungsprozess stets durch widersprüchliche Elemente geprägt, da einerseits eine zunehmende Differenzierung und Ablösung von der Mutter notwendig ist, sie andererseits aber daran ist, ihre Identifizierungen als Frau mit der Mutter zu konsolidieren. Dies führt zu einem ständigen Wechsel zwischen Auflehnung und Akzeptanz, zwischen Ablehnung und Internalisierung (Bürgin 2002).

2 Funktionen der bulimischen Symptomatik in der Adoleszenz

Es gibt Formen des Körpergebrauchs, die den adoleszenten Prozessen entgegenkommen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass im Rahmen der adoleszenten Entwicklung der weibliche Körper häufig noch zum Austragungsort für frühkindliche Konflikte wird. Die weiblichen Jugendlichen versuchen hochambivalente Beziehungen zur Mutter sowie mangelnde Triangulierungsprozesse (Grieser 2008a)

mit Hilfe von Essstörungen zu kompensieren, indem sie diesen auszuweichen versuchen bzw. ihnen einen neuen Schauplatz, nämlich den Körper geben. Auf die Dauer führt diese Instrumentalisierung des Körpers zu seiner Beschädigung (du Bois und Resch 2005). Die bulimische Symptomatik (ebenso wie die anorektische oder auch die Drogensucht) kann zu einem eigentlichen Bollwerk gegen eine weitere adoleszente Bearbeitung frühkindlicher Themen werden (Diez Grieser 2004) und in eine pathologische Entwicklung münden, die sich weit über die Adoleszenz hinaus fortsetzen kann.

Ein zentraler Kern der Schwierigkeiten, mit denen viele Jugendliche zu kämpfen haben, besteht darin, dass sie zwischen Fusionswünschen und Bedürfnissen nach Individuation hin- und hergerissen sind. Die Ambivalenz zwischen verzweifelter Suche nach – und ebenso verzweifelter Furcht vor – Nähe färbt viele Beziehungen in dieser Phase. Bulimisches Verhalten kann, wie auch stoffgebundener Suchtmittelgebrauch (z. B. Kiffen), das Gefühl einer positiv getönten Beziehung zu einem Objekt ermöglichen, ohne sich abhängig fühlen zu müssen (Diez Grieser 2004). Im bulimischen Symptom wird die Figur der ersehnten und zugleich abgelehnten Mutter durch die ersehnte und zugleich abgelehnte Nahrung ersetzt. Die jungen Frauen erleben innerhalb der Symptomatik einen raschen Wechsel der Stimmungen und Bedürfnisse. Dieser Wechsel findet sich in allen Beziehungen der Jugendlichen (du Bois und Resch 2005). Ettl (2001) beschreibt die Bulimie als die Vermeidung einer hochambivalenten Objektbeziehung. Dabei entspricht das Essverhalten dem Beziehungsverhalten: Essen entspricht in der Objektbeziehung dem Anklammern; Erbrechen symbolisiert körpernah die Trennung und Autonomie.

Der Ansturm der Triebe in der Adoleszenz stellt die selbstregulatorischen Fähigkeiten der Jugendlichen auf eine harte Probe. Winnicott (1956) hat betont, dass in dieser Lebensphase besonders intensive destruktive Phantasien und Neigungen auftauchen, die die Jugendlichen nach und nach verarbeiten und integrieren müssen. Viele Jugendliche erleben solche Affektstürme als traumatisch und fühlen sich dadurch überflutet. Die bulimische Symptomatik kann hier helfen, die Affekte zu regulieren: sie ermöglicht die Verleugnung von Gefühlen, die das Ich sonst zu überwältigen drohen. Das hochgespannte adoleszente Ich-Ideal steht einem enormen Triebdruck gegenüber. Die Jugendlichen müssen ihre starken sexuellen und aggressiven Triebe regulieren lernen. Die bulimische Symptomatik stellt immer einen Triebdurchbruch dar, sie hat die Qualität eines larvierten Wutausbruchs und kann somit zeitweise einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des Selbst leisten (Ettl 2001). Das bulimische Symptom beinhaltet ausserdem den Zorn der Adoleszenten

wegen der Enttäuschung über die Eltern und löst damit den Jähzorn der Kindheit ab. Die im bulimischen Symptom gebundene Aggression hilft der Jugendlichen bei der Ablösung von den Eltern, weil sie an dieser Stelle die Nahrung als Objekt (siehe unten) erleben und die Angst vor Liebesverlust abwehren kann.

Eine weitere zentrale Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz, nämlich die der endgültigen Aneignung des eigenen Körpers, wird vor dem Hintergrund des adoleszenten Gefühls, dass dieser unberechenbar und «böse» ist, erschwert. Die bulimische Symptomatik kann der Jugendlichen das Gefühl vermitteln existent zu sein und ihren Körper mit dem Ess-Brech-Ritual zu kontrollieren. Die weiblichen Jugendlichen beschreiben, dass sie sich, wenn sie essen, ganz nah mit der Mutter verbunden fühlen; danach müssen sie allerdings unbedingt erbrechen, um sich wieder zu trennen. Über dieses Ritual entsteht das Gefühl von Autonomie, welches die weitere Entwicklung vorübergehend stützen kann.

Im Ich-Ideal der weiblichen Jugendlichen ist häufig die Vorstellung verankert, nicht wie die Mutter werden zu wollen. Die zunehmende körperliche Ähnlichkeit im Rahmen der pubertären Reifungsprozesse macht die Transformation des Ich-Ideals notwendig, damit die inneren Konflikte nicht eine übermäßige Spannung verursachen. Im Ess-Brech-Anfall kann die Jugendliche zeitweise die inneren Konflikte entschärfen und sich geborgen und entspannt fühlen.

Wenn wir davon ausgehen, dass das bulimische Symptom in erster Linie ein Versuch darstellt, Objektbeziehungen zu regulieren, so ist die Frage, welcher Art die Beziehung zum Objekt ist, besonders interessant und wichtig. Im Folgenden möchte ich zwei Möglichkeiten genauer betrachten; die Nahrung als Objekt und die Nahrung als Übergangobjekt.

Nahrung als Objekt

Mit einem Objekt (Nahrung) wird eine positiv getönte intensive Beziehung aufgebaut, um das Gefühl der Abhängigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen zu umgehen. Die klinische Arbeit mit bulimischen Adoleszenten zeigt, dass durch bulimisches Verhalten verschiedene Instanzen der Persönlichkeit (Es, Ich, Über-Ich/Ich-Ideal) und verschiedene psychosexuelle Entwicklungsstadien angesprochen und aktiviert werden können (u. a. Ettl 2001). Triebpsychologisch gesprochen kann der Umgang mit der Nahrung als Objekt sowohl mit oralen, analen wie mit phallisch-genitalen Inhalten projektiv aufgeladen werden. Die Nahrung als Objekt hat dichotome Objektvalenzen. Das erinnert an das Konzept der guten und der bösen Brust bzw. Mutter bei Melanie Klein (1983). Die Nahrung vertritt zunächst das gute Objekt, das von der Patientin nicht ausreichend internalisiert werden

konnte. Deshalb wird versucht, über den Handlungsvollzug mit einem Ersatzobjekt ein stabilisierendes Objekt zu internalisieren. Diese Ersatzobjekte verhelfen zur Bildung einer triangulären seelischen Struktur, denn zwischen das Subjekt und das Objekt schiebt sich als Drittes das Substitut. Man könnte daher auch von triangulierenden Objekten sprechen. Diese ermöglichen aufgrund ihres realen Gegebenseins und ihrer sinnlichen Materialität partielle Bedürfnisbefriedigung (Bindung, Beruhigung, Sicherheit) und aufgrund ihres Andersseins Nicht-Identität mit dem Objekt (Mutter, Vater), Distanzierung und damit Unabhängigkeit gegenüber dem Objekt (Burian 2003). In der gelingenden seelischen Entwicklung haben diese Ersatzobjekte lediglich einen vorübergehenden Charakter, bleiben sie erhalten, weisen sie auf eine Blockierung des Entwicklungsprozesses hin. Triadische Beziehungserfahrungen mit realen oder mit intrapsychischen Objekten (z. B. dem Vater oder dem Psychotherapeuten), die die Regulierung von Nähe und Distanz zum Objekt ermöglichen (Grieser 2008b), sind eine wichtige Voraussetzung für eine weitere Entwicklung der Jugendlichen und unterstützen die Abkehr vom bulimischen Symptom.

Nahrung als Übergangsobjekt

Die Nahrung kann aber auch den Charakter eines Übergangsobjektes haben. Das Übergangsobjekt hat die Funktion, dem Kind in der Realität wenigstens einen Teil der Wahrnehmungen zu vermitteln, die zum momentan vermissenen Befriedigungserlebnis gehören. Auf diese Art stellt das Übergangsobjekt eine Wahrnehmungskontinuität dar, die es dem Kind ermöglicht, seine Erregung zu verarbeiten und nicht von ihr überwältigt zu werden (Winnicott 1956). Das Übergangsobjekt stellt sozusagen eine Brücke dar zwischen dem psychischen Bezugssystem und einer äusseren Wirklichkeit, die sich nicht mehr mit ihm deckt.

3 Bulimische Adoleszente in Psychotherapie

Adoleszente haben vielfältige und komplexe Entwicklungsaufgaben zu lösen. Dabei kommt es immer wieder zu schwierigen Zuspitzungen und phasenspezifischen Krisen, die um die zentralen Themen der Ablösung von den Eltern, der Aneignung des eigenen Körpers und der Beziehungen zu den Gleichaltrigen kreisen. Vorübergehend entwickeln viele Adoleszente auffällige Verhaltensweisen und berichten von pathologisch anmutenden Gedanken und Gefühlen. Bei den meisten Jugendlichen sind es jedoch nur phasenspezifische Phänomene, die mit der Bearbeitung der dazugehörenden Themen im Laufe der Adoleszenz wieder

in den Hintergrund treten. Einige Adoleszente entwickeln allerdings psychische Störungen, die sie ins Erwachsenenalter begleiten.

Die Lebendigkeit und die enormen Kräfte der Adoleszenz machen psychoanalytisches Arbeiten mit Adoleszenten zu einem spannenden Unterfangen, das den Psychotherapeuten immer wieder vor neue Herausforderungen stellt. Falls es gelingt, mit den Jugendlichen einen Dialog zu entwickeln, so machen wir immer wieder die Erfahrung, dass das Verstehen von psychodynamischen Zusammenhängen und der Einsatz von Deutungen, die die Symptomatik der Jugendlichen betreffen, von den Jugendlichen schnell verstanden werden, und dass sie die Erkenntnisse aus den psychotherapeutischen Sitzungen gut umsetzen können. Jugendlichen fällt es ausserdem meistens leicht ihre Psychotherapeuten als gute Objekte zu besetzen und sie für ihre weitere Entwicklung zu «gebrauchen».

Blos (1979) bezeichnet die Adoleszenz als den zweiten Individuationsprozess, der durch eine hohe Vulnerabilität der Persönlichkeitsorganisation gekennzeichnet ist. Schwierigkeiten und Krisen, die dazu führen, dass Adoleszente therapeutische Hilfe beanspruchen, stehen im Zusammenhang mit unerledigten Abhängigkeiten und infantilen Bindungen. Als Folge der spezifischen Charakteristika der Adoleszenz muss die klassische therapeutische Technik adaptiert werden. Golombek und Garfinkel (1983) betonen die Notwendigkeit, dass Therapeuten gegenüber Jugendlichen konsistent sein sowie Realitäten identifizieren und Grenzen klären müssen. Wichtig ist ausserdem die Bereitschaft, einige der Gedanken, Vorstellungen und Normen mit den Jugendlichen zu teilen, derart ihr Bedürfnis nach Identifizierung anerkennend.

Adoleszente wollen ihre Gefühle gegenüber den Therapeuten häufig nicht thematisieren. Zeitweise wird der Psychotherapeut als gefährliches Objekt erlebt, das sich Zugang zu ihrem Innenleben verschaffen will (Müller-Pozzi 1980). Es geht deshalb in der Psychotherapie mit Adoleszenten darum, in der Funktion eines guten Objektes Bedingungen anzubieten, unter denen sich ein intersubjektiver Raum entwickeln kann, einen Austragungsort für ihre schwierigen, nicht benennbaren Erfahrungen zu schaffen, um diese bewältigen zu können. Bion (1962) hat auf die entlastende Funktion des Containments, des emotionalen Aufnehmens von archaischen Gefühlen hingewiesen, die durch die Personen geleistet wird, auf die diese Gefühle projiziert werden. In der psychotherapeutischen Arbeit mit weiblichen Adoleszenten spielt dieses Containment eine wichtige Rolle.

Im Folgenden möchte ich diese Überlegungen anhand kasuistischer Beispiele illustrieren.

Fallbeispiel 1 – Nahrung in der bulimischen Symptomatik als Übergangsobjekt im Rahmen der Ablösung

Die Jugendliche ist 17jährig als ich sie kennenlerne. Ihre Mutter ist Spanierin, der Vater Schweizer. Die junge Frau ist in Spanien aufgewachsen. Sie meldet sich auf Anraten ihrer Mutter wegen ihres bulimischen Symptomes. Sie berichtet, dass dieses kurz nach dem Umzug zum Vater – die Eltern sind seit dem 4. Lebensjahr der jungen Frau getrennt – begonnen habe. Die Jugendliche beschreibt eine sehr enge, unabgegrenzte Beziehung zur Mutter und eine starke Vertrauenskrise gegenüber dem Vater, der die Mutter verlassen hatte. Bereits in den ersten Gesprächen deuten wir das bulimische Symptom als einen Versuch, die Nähe zur Mutter herzustellen und gleichzeitig sich und den anderen zu beweisen, dass sie ohne die Mutter sein kann. So formuliert Tina, dass sich die bulimischen Symptome wohl bessern würden, wenn sie zur Mutter nach Spanien zurückkehren würde, dass sie dies aber keinesfalls wolle, sie müsse es «allein» schaffen. In dieser Sequenz besprechen wir ihre übertriebenen Ansprüche, ohne jegliche Abhängigkeit ihre verschiedenen Entwicklungsschritte zu vollziehen. Die Bulimie gibt Tina zeitweise das Gefühl, sich emotional selber versorgen zu können, sie beschreibt aber eindrücklich, wie der Sog täglich zunimmt und sie sich immer häufiger in ihren Ess-/ Brechattacken verliert. Die Anerkennung ihres Wunsches nach Geborgenheit und Nähe führt in einem ersten Schritt dazu, dass Tina ihre Beziehungswünsche an den Vater richtet. Dieser ist dadurch überfordert und für die Jugendliche wird deutlich, dass sie eine andere Lebens- und Wohnform suchen will. Als sie schliesslich in einer Wohngemeinschaft einzieht, findet sie in der herzlichen Umgangsart der Mitbewohner ein Stück «Mutterland» wieder, was sich positiv auf ihr psychisches Wohlbefinden auswirkt. Die intensive Nutzung des psychotherapeutischen Raumes für ihre Affektregulierung, die Arbeit an den frühen Ich-Idealen sowie eine zunehmende Ablösung von den Eltern führt innerhalb eines Jahres zur Aufgabe des bulimischen Symptoms und über berufliche Entscheidungen zur weiteren Definition der eigenen Identität.

Fallbeispiel 2 – Bulimisches Symptom als Triebdurchbruch, als larvierter Wutausbruch

Die 15jährige Jugendliche wird von ihrer Hausärztin wegen ihrer bulimischen Essstörung zur Psychotherapie angemeldet. Das junge Mädchen schildert in unserem ersten Gespräch eine schwierige familiäre Situation mit einem alkoholkranken Vater und einer Mutter, die sich jeglicher Kommunikation entzieht. Dies bezieht sich vor allem auf schwierige, emotional aufgeladene Themen. Die

Jugendliche ist voller Wut insbesondere der Mutter gegenüber, findet aber als angepasste ältere Tochter keine Form, diese auszudrücken. Für die Mutter will und muss sie die vernünftige, tapfere Tochter sein, vor dem Vater hat sie Angst, weshalb sie Auseinandersetzungen mit ihm vermeidet. Vor diesem Hintergrund beginnt sie zu «fressen» bis ihr Magen fast platzt. Mit dem Erbrechen verschafft sie sich eine gewisse Triebabfuhr. Ihre aggressiven Gefühle sind dadurch weniger intensiv und so gelingt es ihr weiterhin ihre Rolle in der Familie zu «spielen». Die Jugendliche formuliert ihr Erleben so: «Ins Fressen stecke ich alle meine Wut gegenüber meiner Familie.» In der Therapie bearbeiten wir diese Funktion des Symptoms eingehend und wir suchen nach Lösungen für ihre schwierige Situation in der Familie. Während eines Jahres kommt die Jugendliche in die psychotherapeutische Behandlung. Das Erleben eines verständnisvollen Objekts während dieser Zeit sowie die Orientierungshilfe bezüglich des konkreten Umgangs mit ihren negativen Affekten ermöglichen ihr eine bessere Regulierung der aggressiven Gefühle. In einer parallel zur Einzeltherapie stattfindenden Familientherapie gelingt es, die Eltern der Jugendlichen zu einer gemeinsamen Anstrengung für ihre Tochter zu gewinnen und die Jugendliche teilweise aus ihrer «Parentifizierung» zu entlassen (Boszormenyi-Nagy und Spark 1981).

Fallbeispiel 3 – Bulimisches Symptom als Versuch sich von der Mutter zu differenzieren: Das böse Objekt oder ja nicht wie die Mutter sein

Die 16jährige wird wegen einer ausgeprägten bulimischen Symptomatik vom Hausarzt angemeldet. Ich lerne eine schüchterne, sympathische junge Frau kennen, die keinerlei Bezug zu ihrem Innenleben zu haben scheint. In den ersten Gesprächen erlebe ich primär Nettigkeiten und ihre Schilderungen lassen in mir das Bild einer perfekten Welt entstehen. Ich bin immer wieder gezwungen sie nach der «hässlichen Realität» (Leistungsprobleme in der Schule, mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen, massive Konflikte mit der Mutter) und nach den bulimischen Symptomen zu fragen. Dabei gibt mir die Jugendliche das Gefühl, intrusiv und verfolgend zu sein. Ich erlebe weiter in meiner Gegenübertragung ein fast unerträgliches Gefühl von Leere, das ich agierend mit Fragen und Schilderungen fülle. Im Laufe des ersten Therapiejahres findet Helene nach und nach eine Sprache für ihre diffusen Gefühle und ihre körperlichen Empfindungen.

In der 35. Therapiestunde kommen wir auf den Zusammenhang zwischen ihrer bulimischen Symptomatik und ihren Identifikationen bzw. Gegenidentifikationen mit ihrer Mutter zu sprechen: Die Patientin kommt heute leicht verspätet, sieht aufgeschwemmt aus. Sie schaut mich prüfend an und fragt,

wie es mir denn gehe. Auf meine Nachfrage meint sie, dass sie sich manchmal überlege, wie ich das denn so mache, wenn ich mir den ganzen Tag die Probleme der anderen Leute anhören müsse. Ich sage, dass sie sich wohl frage, wie ich das denn alles verarbeite, gewissermassen «verdaue». Sie nickt und meint, dass diese ganzen Geschichten mich doch irgendwie verfolgen müssten, ich sie doch mit nach Hause nehmen müsste. Ich spreche an, dass sie sich heute viele Gedanken meinetwegen mache und frage, ob dies einen besonderen Grund habe. Sie verneint und meint, dass sie halt ein schlechtes Gewissen habe, wenn sie denke, dass sie mich dann auch noch mit ihren «Problemlis» nerve. Ich bin über diese Beschreibung ihrer Befindlichkeit überrascht, was ich ihr auch sage. Im weiteren Gesprächsverlauf formuliert Helene, dass ihre eigenen Gedanken und Gefühle wertlos und nicht der Rede wert seien und dass sie sich wundere, dass ich immer so interessiert und aufmerksam zuhöre, obwohl sie doch immer wieder das gleiche berichte. Auf meine Bemerkung, dass sie sich nicht vorstellen könne, dass das was in ihr drin ist, gut sein könnte, schweigt sie lange (ich fühle mich in dem Moment unsicher, frage mich, ob diese Deutung unpassend ist, habe Angst ihr, «zuviel» zugemutet zu haben). Dann erzählt sie, dass es am Wochenende mit dem Essen und ihrem Körper ganz besonders schlecht gegangen sei, sie fühle sich besonders dick und hässlich. Wenn sie sich im Spiegel anschau, sehe sie eine ekelerregende, aufgeschwemmte Person, mit der sie nichts zu tun haben wolle. Es sei so schwierig, dieses Gefühl zu haben. Besser gehe es ihr erst, wenn alles draussen sei, wenn sie spüre, dass es wirklich leer sei im Bauch. Ich mache hier einen Bezug zu meiner obigen Deutung, dass alles was in ihr sei, schlecht sei und deshalb raus müsse, insbesondere wenn sie durch das viele Essen in die Nähe ihrer Mutter komme, die sie als «fett» und abstossend beschreibe und die ständig am reden sei. Helene bejaht und ergänzt, dass ihre Mutter auch jemand sei, die ihre Gefühle überhaupt nicht beherrschen könne. Sie schildert dann mehrere Gegebenheiten und beschreibt, wie sie sich früher für ihre Mutter ständig habe schämen müssen. Genauso wie sie sich jetzt für ihr bulimisches Verhalten schämen müsse, sage ich. Das sei ja verrückt, meint Helene, so habe sie es bisher noch nie gesehen, je mehr sie versuche anders zu sein als die Mutter, umso mehr gleiche sie ihr irgendwie.

Fallbeispiel 4 – Bulimische Symptomatik zur Aneignung des Körpers

Die 15jährige Jugendliche tritt betont autonom und selbständig auf. Sie wird von den Eltern wegen Leistungsproblemen zur Abklärung angemeldet. In unseren Gesprächen zeigt sich bald, dass sie sich v.a. wegen ihrer Bulimie Sorgen macht, habe sie doch in den Medien gelesen, dass man auch daran sterben könne. Sie beschreibt

sich als jemand, die ziemlich unempfindlich ist und die nicht «herumzickt», sondern einstecken könne. In der ersten Phase der Psychotherapie beschäftigen wir uns intensiv mit verschiedenen Konflikten mit Freundinnen und Kolleginnen. Die Jugendliche holt sich bei mir einerseits Bestätigung für ihre Wahrnehmung, andererseits kann sie kritische Hinweise meinerseits, was ihren Anteil an den Konflikten betrifft, annehmen. Sie identifiziert sich mit mir als gutem mütterlichem Objekt, das nicht mit ihr rivalisiert (wie ihre reale Mutter, die ich am Anfang der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen eines Familiengesprächs kennenlerne), sondern sie spiegelt und sie bei der endgültigen Aneignung ihres Körpers wohlwollend begleitet. Melanie, die ein ausserordentlich schönes Mädchen ist, erlebt ihren adoleszenten Körper als fremdes Ding, als «böses, unkontrollierbares Objekt» (Streck-Fischer 1997). Im Laufe der Psychotherapie gelingt es uns nach und nach zu verstehen, dass sie sich über das Symptom einerseits des eigenen Körpers versichern kann und die (scheinbare) Beherrschung des Körpers bzw. der Nahrung positiv erlebt. Dieses Gefühl stabilisiert ihre Identität und verstärkt das Gefühl, autonom zu sein. Im zweiten Jahr der Behandlung (die bulimische Symptomatik besteht mittlerweile seit einigen Monaten nicht mehr) berichtet Melanie von diffusen körperlichen Ängsten. Diese erlebt sie als eine Welle, als «etwas, das von draussen kommt und mich überflutet, wogegen ich nichts machen kann, was einfach über mich hereinbricht und mir das Gefühl von Ausgeliefertsein gibt». Dieser Kontrollverlust wird von Melanie als traumatisierend erlebt und sie fällt zeitweise in ihre bulimische Symptomatik zurück. Die Jugendliche beschäftigt sich in der Folge in der Psychotherapie intensiv mit den schulischen Anforderungen und ihren Zukunftszielen. Da sie mittlerweile leistungsmässig sehr erfolgreich ist, erfährt sie in diesem Bereich eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls, was sich positiv auf ihre adoleszente Weiterentwicklung auswirkt.

4 Abschliessende Bemerkungen

Die bulimische Symptomatik kann für die Jugendlichen wichtige Funktionen übernehmen und ihnen bei der Regulierung der Affekte sowie bei der Stabilisierung ihrer Selbstbilder helfen. Die scheinbare Beherrschung des Körpers bzw. der Nahrung in der Bulimie unterstützt vorübergehend die adoleszente Identitätsentwicklung. Die Bulimie kann als Versuch gesehen werden, die in der Adoleszenz wieder auftretenden Verschmelzungs- und Trennungsängste zu beherrschen. Um der Entwicklungsaufgabe der Differenzierung und Ablösung von der präödiptalen Mutter gerecht zu werden, verwenden weibliche Jugendliche mit bulimischer Symptomatik die Nahrung als Objekt. Anstelle des regressiven

Soges zur Mutter, tritt der Drang zum Essen. Dies geschieht bis zu einem gewissen Ausmass in eigener Regie und verhilft zu einem vorübergehenden Gefühl von Autonomie. Hier hat die Bulimie also eine regressionssteuernde Funktion. Für die weitere Entwicklung der Jugendlichen, die in der Adoleszenz vorübergehend bulimische Symptome entwickeln, ist die Frage zentral, ob sie danach andere Formen finden, um die verschiedenen Entwicklungsaufgaben und die damit einhergehenden affektiven Anforderungen ich-gerecht zu bewältigen oder ob sie weiterhin auf verschiedene Formen des Agierens zurückgreifen müssen (essen, wahllose Sexualität, Suchtstoffe). An dieser Stelle kann die psychotherapeutische Behandlung der Adoleszenten schwerere psychopathologische Verläufe verhindern helfen.

5 Literatur

- Bion, Wilfred Ruprecht (1962): *Learning from experience*. In Bion, Wilfred Ruprecht (Hrsg): *Seven servants*. New York: Aronson.
- Blos, Peter (1979): *The adolescent passage. Developmental issues*. New York: International Universities Press.
- Bois Reinmar du, Franz Resch (2005): *Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boszormenyi-Nagy, Ivan, Geraldine Spark (1981): *Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme*. Stuttgart.: Klett-Cotta.
- Bürgin, Dieter (2002): Psychoanalytische Psychotherapie in der Adoleszenz. In: *Psychotherapie im Dialog*, 4, 212–219.
- Burian, Wilhelm (2003): Auf der Suche nach dem Guten Objekt. *Psychoanalytische Blätter*, 24, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Diez Grieser, Maria Teresa (2004): Zur Funktion des Cannabiskonsums in der frühen Adoleszenz: Zwei Fallbeispiele. In: *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse*, 33, 35–55.
- Ettl, Thomas (2001): *Das bulimische Syndrom. Psychodynamik und Genese*. Tübingen: Edition Diskord.
- Golombek, Harvey, Barry Garfinkel. (1983): *The adolescent and the mood disturbance*. New York International Universities Press.
- Grieser, Jürgen (2008a): Die psychosomatische Triangulierung. In: *Forum der Psychoanalyse*, 24, 125–146.
- Grieser, Jürgen (2008b): Die Position des Vaters in Psychotherapie und Beratung, Teil 1: Grundlagen. In: *Kinderanalyse*, 3, 183–201.

- Herpertz, Stephan (2001): Bulimia nervosa. In: *Psychotherapie im Dialog*, 2, 139–153.
- King, Vera (2002): *Die Entstehung des Neuen in der Adoleszenz. Individuation, Generativität und Geschlecht in modernisierten Gesellschaften*. Opladen: Leske und Budrich.
- Klein, Melanie (1983): *Die Psychoanalyse des Kindes*, Frankfurt a.M.: Fischer.
- Laufer, M. Eglé (2003): The body as internal object. *Paper presented for the lecture in the Center for Psychoanalytic Studies in June in London*.
- Müller-Pozzi, Heinz (1980): Zur Handhabung der Übertragung in der Analyse von Jugendlichen. Bruchstücke aus der Analyse eines Jugendlichen mit Zwangssymptomen. In: *Psyche*, 4, 339–364.
- Streck-Fischer, Annette (1997): Dora – weibliche Adoleszenz und die «anstössige» Beziehung. In: *Forum der Psychoanalyse*, 13, 294–311.
- Williams, Gianna, Paul Williams, Jane Desmarais, Kent Ravenscroft (2006): *Abgewehrte Abhängigkeit II – Essstörungen bei Jugendlichen*. Tübingen: Edition Diskord.
- Winnicott, Donald (1956): *Collected Papers: Through paediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books.