

Klessmann, Edda und Klessmann, Horst-Alfred

## **Anorexia nervosa -eine therapeutische Beziehungsfalle? - Ein Fazit nach 13 Jahren ambulanter Therapie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32 (1983) 7, S. 257-261

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29990

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager) . . . . .	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families) . . . . .	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure) . . . . .	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases) . . . . .	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler) . . . . .	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders) . . . . .	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving) . . . . .	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry) . . . . .	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency) . . . . .	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery) . . . . .	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania) . . . . .	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind) . . . . .	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation) . . . . .	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities) . . . . .	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems) . . . . .	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis) . . . . .	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation) . . . . .	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy) . . . . .	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom) . . . . .	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12-jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation) . . . . .	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy) . . . . .	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome) . . . . .	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families) . . . . .	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism) . . . . .	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors) . . . . .	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama) . . . . .	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior) . . . . .	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders) . . . . .	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic) . . . . .	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity) . . . . .	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children) . . . . .	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence) . . . . .	1

### Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School) . . . . .	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children) . . . . .	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism) . . . . .	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation) . . . . .	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“ . . . . .	82
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16	<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens . . . . .	85
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education) . . . . .	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau . . . . .	117
<b>Berichte aus dem Ausland</b>		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag . . . . .	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption) . . . . .	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag . . . . .	267
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute) . . . . .	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre . . . . .	315
<b>Tagungsberichte</b>		<b>Literaturberichte: Buchbesprechungen</b>	
<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne . . . . .	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland . . . . .	233
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg . . . . .	310	<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick . . . . .	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie . . . . .	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten . . . . .	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich . . . . .	186	<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik . . . . .	157
<b>Kurzberichte</b>		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition . . . . .	269
<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen . . . . .	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
		<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses . . . . .	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung . . . . .	316
		<b>Mitteilungen:</b> 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

# Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle?

## Ein Fazit nach 13 Jahren ambulanter Therapie \*

Von Edda und Horst-Alfred Klessmann

### Zusammenfassung

Das „anorektische System“, bestehend aus dem Symptomträger und seinen Angehörigen, erfüllt alle Kriterien der von *Bateson* und seiner Gruppe seinerzeit inaugurierten „Beziehungsfalle“ (double-bind) bis zur sogenannten Entscheidungsparalyse, in der eine selbst-ständige „Lösung“ unmöglich wird. Die wesentlichste anorektische Beziehungsfalle beinhaltet das familiär-interne Gebot, daß ein besonders „gebundenes“ Mitglied sich nicht verselbständigen darf, während die für das System nicht weniger ver-„bindlichen“ sozial-externen Normen das Gegenteil verlangen.

Der Therapeut kann sich der anorektischen Beziehungsfalle (mit den charakteristischen Gut- und Böse-Spaltungen) nicht entziehen; daher die Frage, ob aus dieser Konstellation eine therapeutische Beziehungsfalle zu formen sei. Klinischer vs. ambulanter modus werden in ihren jeweiligen diesbezüglichen (Un-)Möglichkeiten diskutiert.

Nach unseren ambulanten Erfahrungen mit bisher 88 Anorexie-Familien haben sich in der (meist unter dem Zeitdruck der schlechten körperlichen Verfassung stehenden) Eingangsphase sowohl strukturelle als auch strategische Elemente der Familientherapie (wie sie z. B. kürzlich von *Wirsching* [1982] verglichen wurden) als unabdingbar erwiesen. In einer weiteren, aufarbeitenden Phase kommen eher die analytische Familientherapie sowie tiefenpsychologisch fundierte Individual-, aber auch Paar-Therapie eines Subsystems (z. B. Katathymes Bilderleben der Mutter-Tochter-Dyade) zum Zuge. Dieser „multifaktorielle“ Ansatz scheint uns bei dem komplexen Geschehen der Anorexia nervosa unumgänglich. Wir können aber nicht bestätigen, daß – insbesondere bei ausgeprägten und chronischen Fällen – nur wenige Familien-Sitzungen eine echte „Heilung“ bewirken.

Das Bemühen dieser Darstellung gilt einer Synopsis intrasystemischer und interaktioneller Modelle, die durch Vorstellungen aus dem Katathymen Bilderleben einer Kranken anschaulich gemacht werden.

Unsere Darstellung fußt zum Teil auf der in den 50iger Jahren von der Palo Alto Gruppe um *Bateson* (1956) entwickelten Theorie von der sogenannten Beziehungsfalle (*Stierlins* deutsche Übersetzung des double-bind). Der Titel ist nicht zufällig so gewählt. Mit der Frage: „Was heißt therapeutische Beziehungsfalle“, bezieht sich diese auf den

Therapeuten oder seine Patienten, betritt man schon doppelten Boden.

Nach 13 Jahren ambulanter Erfahrung mit 88 Anorexie-Patienten denken wir, daß beides zutrifft. Anorektiker und Therapeut sind durch gegenläufige Fallstricke gleichermaßen vernetzt, wie die Kranken mit ihren Angehörigen. Mitunter gelingt es dem Therapeuten, das „anorektische System“ (*Selvini*, 1979) aus seinen Fesseln zu lösen oder er verliert sich umgekehrt in den Fesseln des Systems, falls es überhaupt zu einer therapeutischen Beziehung kommt.

Ehe wir unser spezielles Interaktionsfeld zu definieren versuchen, möchten wir Einiges, was für die o. g. Frage wesentlich scheint, herausstellen. Wir bedienen uns dabei der analogischen Sprache (*Watzlawick*, 1977), der wir auch *Leuners* Katathymes Bilderleben (KB) zurechnen, da das eigentlich Nicht-Faßbare (*Pahl*, 1980) auf diese Weise konkretisiert werden kann.

Die 15jährige, magersüchtige Bärbel, die – wie sie sagt – sich „selber nicht mehr versteht“, ist aufgefordert, sich im leicht entspannten Zustand „irgendeine Blume“ vorzustellen. Sie imaginiert jedoch zwei Blumen und kann sich für keine entscheiden. Sie sieht eine Orchidee, dann eine Glockenblume, dann wieder die Orchidee usw.

Zu der Orchidee assoziiert sie: „Unwahrscheinlich schöne, leuchtende Farben, die ist einmalig, was ganz Besonderes. Daneben verschwindet alles“. Nach einer Pause: „Ich könnte sie nicht anfassen – eine Urwaldschlingpflanze“. Die Glockenblume weckt folgende Einfälle: „Davon gibt es viele, nichts Besonderes. Die ist einfach, eigentlich Nichts. Die braucht auch nichts zum Leben, ist zäh. Die kann man pflücken, ist auch für die Anderen da.“

Im Nachgespräch erweisen sich die beiden Blumen als Sinnbilder für Bärbels widersprüchliche Vorstellungen von dem, was man (sie?) sein, bzw. nicht sein sollte. Die Glockenblume verkörpert die tradierten familiären Ideale, wie Beherrschung egoistischer Bedürfnisse zugunsten eines einfachen, selbst-losen Daseins. Die Orchidee hingegen symbolisiert das Selbst-süchtige, Einmalig-Besondere in nicht-materiellen Bereichen (Leistung usw.).

Wie kann man diese inkongruenten Aufträge erfüllen: zugleich nichts Besonderes sein und doch das Besondere repräsentieren?

Bärbel scheint diesen Widerspruch lösen zu können. Sie entwickelt körperliche Bedürfnislosigkeit zur Höchstleistung und wird in dieser Selbstbescheidung einmalig. – Es gibt jedoch noch andere Aspekte. Die Urwaldschlingpflanze, neben der alles andere verschwindet, läßt Bärbel an ihre allgegenwärtige, Alles kontrollierende Mutter denken. Hier verdichtet sich ein dyadischer Beziehungskonflikt auf der Objektebene. Erst viel später kommt auch der negative

\* Nach einem Referat, gehalten auf der 17. Tagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin vom 30.9.–2.10. 1982 in Lübeck.

Subjektanteil zutage: Bärbel erkennt in der Orchidee ihre eigene, durch die Krankheit so mächtig gewordene Rolle als Kehrseite der gelebten Anspruchslosigkeit. Sie erkennt zugleich den dazugehörigen interaktionellen Machtfaktor, denn erstickt nicht das Thema Essen jedes andere im Familienkreis? Und wird sie nicht schließlich in ihren hyperorektischen Anwandlungen selber zur Schlingpflanze, dem absoluten Gegenbild des Familienideals? Andererseits erweist sich die zwar leicht zu pflückende Glockenblume in ihrer Bedürfnislosigkeit als beunruhigend autonom und entzieht sich damit ebenfalls dem familiären Gebot des Selbst-losen Daseins. – So pendelt Bärbel von einem Extrem zum anderen, getrieben von den verinnerlichten Familienidealen, mit dem Drang des Ungeschehenmachens, wenn sie gerade an einem Endpunkt angekommen ist (Fasten vs. Fressen und Erbrechen). Dazwischen gibt es keine erfüllte Ruhe, nur die Leere des Nie-Erreichbaren. Intrapsychisch offenbart sich eine Ichstörung mit narzißtischen Persönlichkeitsanteilen (Kernberg, 1978; Rohde-Dachser, 1982).

Der für Bärbel nicht lösbare Konflikt im intrasystemischen Bereich findet seine intersystemische Entsprechung. Obwohl sie das Äußerste tut, um die familiären Ansprüche zu erfüllen und die Harmonie zu erhalten, bringt sie gerade dadurch einmaligen Konfliktstoff zutage. Sie ist nicht mehr das ideal gedeihende Kind, sondern muß als krank bezeichnet werden. Aber sie ist auch jetzt noch von unerschütterlicher Familienloyalität erfüllt, indem sie ihre Krankheit verleugnet (was zugleich der Abwehr intrapsychischer Inkongruenzen dient). Die gegenseitige Enttäuschung, daß das bislang in narzißtischer Familienkollusion (Willi, 1975) gemeinsam Erstrebte nicht mehr zu halten ist, wird weitgehend abgespalten und nach Außen durch die Maxime *Ich (wir) brauche(n) keinen Therapeuten* vertreten. – Mit diesem Autarkiebestreben erfüllt Bärbel aber zugleich ein ganz anderes, vom sozialen Außenfeld induziertes Signal der Eltern, nämlich *Es ist Zeit, daß du dich ver-selbst-ständigst!*

Wir möchten an diesem zentralen Konflikt mit einem anderen katathymen Bild von Bärbel verdeutlichen, was eine solche Aufforderung bedeutet. Bärbel imaginiert einen Bach, an dem sie entlanggeht. Bei der Aufforderung, die andere Seite zu erkunden, hat sie größte Schwierigkeiten; sie würde abrutschen, keinen Halt finden. „Die Bäume stehen da so ganz dicht, wie eine Mauer. Das Ufer davor ist glitschig, zu schmal. Ich würde mich in Gefahr begeben.“ In einem späteren KB wagt sie diesen Schritt zwar, hat aber sofort das Gefühl, „das war die falsche Seite, die schlechte, irgendwie das Böse“. Sie erkennt im Nachgespräch, daß das rechte Ufer die Zukunft ist, vor der sie Angst hat, und berichtet nun auch von einer guten und einer bösen Stimme in sich. Die gute sage – wie die Mutter – sie solle doch essen, und die böse sage *nein*. Diese, für Ich-Störungen charakteristischen, intrasystemischen Gut- und Böse-Spaltungen korrespondieren mit inkompatiblen, intersystemischen Botschaften, wie sie für das double-bind beschrieben sind.

Wir möchten das erläutern. Nach unseren Erfahrungen besteht im Anorexie-System (einschließlich Herkunftsfamilien der Eltern, zumindest bei einigen Mitgliedern dieser Generation) eine Atmosphäre tiefer Selbstunsicherheit, die oft schon das Ungeborene mit übergroßen Erwartungen oder Ängsten umgibt. Sei es aus einer eigenen unglücklichen

Entwicklung der Eltern, sei es durch eine Krisensituation bedingt, wird das später anorektische Kind entweder mit kompensatorischen Wünschen und/oder mit abgespaltenen negativen Eltern-Anteilen projektiv besetzt. Auf jeden Fall scheinen wenig differenzierte Abwehrmechanismen das Eltern-Kind-Verhältnis von Beginn an zu belasten. Wir sagen bewußt Eltern, da der Vater in der Regel mit ähnlichen Grundstörungen in die Gesamtsituation eingebunden ist. Selbstverständlich spielen auch die Geschwister eine nicht unerhebliche Rolle, warum gerade ein *bestimmtes* Kind zum Symptomträger wird.

Zur elterlichen Projektion gehört eine entsprechend kindliche Introjektion (Introjektionsbereitschaft), bis sich allmählich im wechselseitigen Bezug eine gemeinsame Familien-Ideologie ergibt, wie z. B. in Bärbels Familie: *Ich opfere alles für Euch, weil Ihr mich so braucht*. Der sich in der Pubertät als unabdingbar ankündigende Prozeß einer Individuation kann dann nur als böse, ja als existentielle Bedrohung, empfunden werden. – Die empathisch begabte Bärbel, seit je auf elterliche Botschaften eingespielt, hat diesen bösen, fremden Aspekt so verinnerlicht, daß für sie die Inkarnation des Zukünftigen zum gefährlich-glitschigen anderen Ufer wird. Die Außenweltbotschaft, selbständig zu werden, wird daher für sie zur unlösbaren Beziehungsfalle. Denn würde sie dieser – wie sie sagt – *guten* Stimme (das gute Kind ißt alles auf) folgen, so müßte sie mit dem Betreten des anderen Ufers doch *böse* werden.

Die Krankheit als Antwort auf eine unlösbare Doppelbotschaft ist eigentlich eine kongeniale Familienlösung zur Abwehr des Konfliktes. Sie erspart – vorerst – einen Separationsprozeß, denn die Familie kann ein krankes Mitglied nicht im Stich lassen. Wenn man krank ist, ist man nicht böse, man kann dem Kranken folglich auch nicht böse sein – aber recht geben kann man ihm auch nicht. Die Familienmitglieder disqualifizieren bei solcher Inkongruenz nicht nur ständig die eigenen Äußerungen, sondern auch die der anderen. Das Resultat ist eine „Entscheidungsparalyse“ und der Mangel an irgendeiner klaren Führungsstruktur, wie Bateson und seine Gruppe es zunächst für Schizophreniefamilien konstatierten.

Der Konflikt erweist sich bis ins Somatische hinein von erschreckender Konsequenz. Sämtliche der von Freud inaugurierten Triebphasen, die ja bei den Kranken weitgehend – meist durch die Mutter – fremdkontrolliert wurden, sind beim Vollbild der Anorexie blockiert: die orale als Anorexie, die anale als Obstipation und die phallisch-genitale als Amenorrhoe. Trotz dieses u.U. todernten Zustandes hat man oft das Gefühl, daß die Familie etwas anderes, Schlimmeres beunruhigt. – Sie leidet, nachdem die bisherigen Familienideale des Aufeinanderbezogenseins mit dem notwendigen Verselbständigungsprozeß eines besonders „gebundenen“ (Stierlin, 1975) Mitgliedes unerfüllbar geworden sind, vor allem an ihrer Steuerungsunfähigkeit. Unwillkürlich denkt man an den rastlosen Leerlauf im „Goldenen Käfig“ (Bruch, 1980) der Magersucht. Man kann es auch „Lauftrad im Goldhamsterkäfig“ nennen, als Symbol einer Alibimobilität in immobiler Eingeschlossenheit. Nach dem Motto, „Wo kein Richter, ist auch kein Recht“, sucht die Familie schließlich den Therapeuten auf. Er soll das Rechte

finden, das kranke Kind wird in dem scheinbar eindeutigen Auftrag, es gesund zu machen, angeboten.

Wenn wir die Hälfte unserer Darstellung gebraucht haben, um zu diesem Kulminationspunkt zu kommen, so deshalb, um einige Aspekte des anorektischen Doppelspieles zu verdeutlichen – eines Spieles zwar mit Variationen, aber dem immer gleichen Grundthema, der nicht-stattfindenden und doch notwendigen Separation, sowie der unausweichlichen Einbindung des Therapeuten in diese Beziehungsfälle. Da der Therapeut „nicht nicht reagieren kann“ (Watzlawick, 1967), kann er hier auch nur zwiespältig handeln. Durch seine Bindung an die Aufgabe, die Krankheit zu behandeln, stellt er sich auf die Seite der *vernünftigen Elternanteile*, zugleich aber gegen deren unbewußte Intentionen zur Erhaltung des Status quo und gegen den *Symptomträger*. – Das ist übrigens auch bei scheinbar eigenmotivierten erwachsenen Magersüchtigen im Prinzip nicht anders, nur stehen diese, nach längerer Leidenszeit, meist auf der vermeintlich einsichtigen Seite und die Herkunftsfamilien mit den eingangs geschilderten projektiven Identifikationen mehr auf der anderen.

Wir haben mitunter lange gebraucht, bis wir merkten, daß wir auf der falschen Seite an einer soliden Abwehrstrategie mitgebaut haben, da auch die echte Kooperation Zeit braucht, um Veränderungen zu bewirken, und es schwierig sein kann zu erkennen, ob eine Fortsetzung der jeweiligen Strategie noch Chancen hat oder längst der Zementierung des Status quo dient.

Ehe wir auf unser „therapeutisches Gegensystem“ eingehen, möchten wir zur Situation der Klinik etwas sagen, weil sie eine unentbehrliche Rolle in unserem ambulanten System spielt.

Angesichts der im- und expliziten Zwiespältigkeiten des Anorexie-Systems neigt man wohl besonders zu unerkannten Gegenübertragungen. Das kann von Vorteil sein, weil man u. U. unmittelbarer, empathischer reagiert als mit dem durch den Sekundärprozeß bestimmten „klaren Verstand“. So hat man in Kliniken schon früh intuitiv gespürt, daß man dem Gesamt des anorektischen Systems nur schwer begegnen kann und folgerichtig die Spaltung zwischen dem kranken Symptomträger und den „gesunden“ Angehörigen aufgegriffen hat. Die Wiedervereinigung der Familie am Ende der Behandlungszeit entspricht, obwohl in dieser Zielsetzung nicht geplant, in der Konstellation jedoch *auch* der Wiederherstellung des alten Kernkonfliktmusters der Nicht-Separiertheit. Die Sondenfütterung, u. U. wichtigstes somatisches Therapeutikum, erweist sich mit dem bestrafenden Ansetzen und belohnenden Absetzen auch als stringentes Psychotherapeutikum und Endglied einer Verstärkerreihe auf das Ziel hin: *Wenn Du (wieder) essen kannst, darfst Du (wieder) heim*.

Diese Strategie birgt eine entsprechende Doppelbödigkeit wie das Anorexie-System: Um *Selbstbestimmung* zu erreichen, müssen die schon immer fremdkontrollierten Kranken sich in der Klinik (erneut) einer fremden Verantwortlichkeit unterstellen. Sie sollen (dürfen?) zwar vor der Entlassung *selbstbestimmte* Kost essen. Wie autonom geschieht das jedoch, wenn sie nur unter dieser Bedingung wieder nach Hause kommen?

Rund die Hälfte unserer Patienten war vorher (z. T. mehrfach) in Fachkliniken gewesen und erklärte, daß sie nur gegessen hätten, um wieder nach Hause zu kommen. Dieser Falle versuchen inzwischen die meisten Kliniken zu begegnen, indem sie z. B. die Familie in ihr Programm einbeziehen. – In einem Mitteilungsblatt, „ANtenne“ (1979), einer holländischen Anorexie-Selbsthilfegruppe, ist zu lesen, daß von 171 Befragten nur 18% die stationäre Therapie effektiv gefunden hatten und nur 15,8% ein „nein“ angegeben hatten zu der Frage, ob sie nur mitgemacht hätten, um nach Hause zu kommen. Man muß diesen Aspekt also wohl ernst nehmen.

Bei der ambulanten Therapie hat man das Problem, aber auch die Chance, von Anfang an mit dem ganzen System zu arbeiten. – Wir benutzen zwar auch die vorgegebene Spaltung des Systems, indem der Internist und die Psychotherapeutin ihre Funktionen teilen. Das geschieht in der ambulanten Sprechstunde am selben Tag und im selben Haus, wo jeder von uns eine eigene Praxis hat. Die Patienten und ihre Angehörigen erleben uns so getrennt und doch in der Gesamtstrategie als Einheit, da wir uns zwischenzeitlich (Haustelefon) genau aufeinander abstimmen. Der Internist übernimmt dabei den auf den Symptomträger gerichteten somatischen Part, während die Psychotherapeutin ihren Anteil wahrnimmt – entweder mit dem System als Ganzem oder, falls das nicht möglich ist, mit den betroffenen Kranken selber.

Wir können unser Vorgehen im wesentlichen in drei – sich zum Teil widersprechende, letztlich aber ergänzende – Schritte gliedern.

1. Wir nutzen den gemeinsamen Widerstand des Systems gegen eine Separation, indem wir das Bestreben der Familie, vereint zu bleiben, positiv bewerten und explizit anerkennen. Dieses Vorgehen erweist sich u. E. als eine *therapeutische Beziehungsfalle*, die das System eng an uns bindet, da die Angst vor der äußeren Separation (Klinik) größer ist, als vor der implizit im Gegenzug von uns erwarteten inneren Separation, die vorerst noch der vertrauten Verleugnungsabwehr anheimfällt. Erstaunlicherweise haben denn auch von 88 Kranken de facto nur 7 die Klinik gewählt, weil es ambulant nicht zu schaffen war.  $\frac{1}{3}$  der Patienten brach allerdings – meistens im Zeitraum der ersten drei Sitzungen – ab, ehe die bindende Beziehungsfalle zu uns hatte hergestellt werden können.

Sperling (1965) erwähnt, daß von 70 poliklinisch vorgestellten Patienten 45% gar nicht erst in die Klinik gekommen seien. Von den stationär aufgenommenen konnte nur etwa die Hälfte einer psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden und mindestens ein Drittel habe diese im Verlauf wieder abgebrochen. Diese Daten scheinen uns als Vergleich interessant.

2. Da wir den Symptomträger nicht aus dem System herausnehmen, fehlt uns der Antriebsmotor der lohnenden Wiedervereinigung, um das Eßverhalten zu ändern. Das ist zugleich ein Vorteil, da eine Scheinkooperation, die nur der Wiedervereinigung dient, entfällt. Der Internist kommt aber anfänglich (mit der Klinik im Rücken) in der Regel nicht umhin, stringente Gewichtskontrollen durchzuführen. Bei Absinken des Gewichtes haben

intravenöse Infusionen (mehr als 10 wurden nie benötigt) mit ihrem „strafend-belohnenden“ Charakter den gleichen Stellenwert wie die klinischen Sondierungen. Somit löst der somatisch ausgerichtete Therapeut komplementär-bestimmend den an der Essensfront symmetrisch festgefahrenen Machtkampf und trägt zugleich Verantwortung für das *böse andere Ufer*.

Indirekt werden die Eltern dadurch für die Zwischenzeit (anfänglich für 1–2 Wochen, später in längeren Intervallen) gestärkt. Wenn es sich als möglich erweist, werden sie auch direkt delegiert, Verantwortung auf der Eltern-ebene zu übernehmen – eine Technik, die an *Minuchins* Vorgehen erinnert (*Minuchin*, 1981). Durch diese Steuerung geraten wir jedoch in das gleiche Dilemma wie die Klinik: Die Kranken kommen zwar aus ihrem körperlich bedrohlichen Zustand heraus; das entscheidungsunfähige System bleibt jedoch durch die Abhängigkeit von der superioren Therapeutenrolle fremdbestimmt. Eine solche Konflikt-„Lösung“ schafft keine echte Separation bzw. Individuation der einzelnen Familienmitglieder. Der Rückfall wäre vorprogrammiert, wenn sich sonst nichts verändert. Eine gegenseitige Entlassung aus den Doppelbindungen ist unabdingbar.

Wollen wir auf Dauer Eigenständigkeit im An-System erzielen, muß also

3. eine weitere Strategie das Abhängigkeitsverhältnis der Eingangsphase wieder auflösen und der *böse Anteil* in die Verantwortung des Systems zurückdelegiert werden. Hier setzt der Balanceakt der tiefenpsychologischen Psychotherapie ein, der – ohne die zuvor definierte superiore Position des ärztlichen Partners in Frage zu stellen – Eigeninitiativen im System wecken und zur Selbst-Entfaltung bringen muß.

Wir können aus Gründen des begrenzten Raumes keine Details darüber anführen, wo inter- und intrasystemische Ressourcen erkannt und wie sie mobilisiert werden können. Wir möchten aber betonen, daß wir a priori durch unser Setting, anstelle der systemimmanenten Spaltungen, den dort vermiedenen Ambivalenzkonflikt des Sowohl-als-auch-Prinzips vorleben, indem wir beispielsweise die Kranken sowohl vor der Klinik bewahren (können) als auch mit dieser drohen (müssen). Der Internist vertritt mit dem Anteil der Gesundmachung überdies auch die *gute Stimme*, während die Psychotherapeutin bei der Aufarbeitung der Konflikte im Übertragungsfeld auch *böse Aspekte* erhält.

Bärbel sah z. B. nach einer Infusion im KB den Internisten als böse schnaubenden Hengst auf sich zukommen, während die Psychotherapeutin als weiße Stute freundlich zum Reiten einlud, später aber die mütterlichen Anteile einer vereinnahmenden Hexe repräsentierte.

Trotz unserer vielfältigen Maßnahmen stoßen wir auch auf Grenzen, die wir als unüberschreitbar respektieren. Diese scheinen uns in dem Ursprungsraum, wo aus einer „Wir-Matrix“ die Ich-Du-Abgrenzung stattfinden muß, zu liegen. Wir diskutierten oben den intersystematischen Anteil, der verhindert, daß das Kind es-selbst werden kann und denken, daß die intrasystemische Entsprechung eine Störung im Bereich der Selbstrepräsentanz beinhalten muß, bis hin

zur mangelnden Besetzung des Körper-Selbst (*Mahler*, 1972; *Kohut*, 1969).

An der Nahtstelle, an der Nahrungsaufnahme und Kommunikation noch eins sind, wie wir in einer früheren Arbeit (1975) konstatierten, konnte unsere erste Patientin in tiefer Regression des KBs zu ganz archaischen Vorstellungen gelangen. Es macht uns nachdenklich, daß sie die Einzige zu sein scheint, bei der die üblichen störenden Reste (im Selbst-Gefühl) heute nicht mehr faßbar sind (vgl. *Seithe*, 1982).

Mit diesem Resümee kommen wir nun zu einer spezifischen Beziehungsfälle unseres Systems: Mit zunehmender Erfahrung und Patientenzahl scheint das Sich-tief-einlassen-Können (i. S. der therapeutischen Regression von *Balint* [1970]) abzunehmen. Oder ist es ein Gegenübertragungsphänomen? Auf jeden Fall erleben die narzißtisch gestörten Kranken beim Warten, daß sie nur *Glockenblumen* sind. Die drei ersten Patientinnen hingegen konnten sich noch als *einmalige Orchideen* fühlen, die allererste sogar als *Urwald-schlingpflanze* im nächtlichen Alptraum der Psychotherapeutin. – Scheint sich die wachsende Patientenzahl demnach in der Tiefenwirkung der Psychotherapie eher hinderlich auszuwirken, so verdanken wir ihr doch im Breitenpektrum zunehmende metakommunikative Betrachtungsmöglichkeiten. Sie führten auch zu der Frage der „therapeutischen Beziehungsfälle“. Das wiederum hat den Umgang mit dem System erleichtert.

Daß es eine Beziehungsfälle gibt, steht wohl außer Zweifel; wie und ob man sie nutzen kann, versuchten wir aufzuzeigen. Nicht selten bleibt es ein Versuch, aber dennoch eine Versuchung, es immer wieder zu probieren.

## Summary

### *Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind – A Summarization of thirteen Years of Outpatient Therapy*

The “anorectic system,” consisting of a bearer of symptoms and his family, fulfills all the criteria of a double bind, first described by Bateson and his group, and includes the so-called paralysis of decision, where an independent “solution” has become impossible.

The most salient anorectic double bind consists of the intrafamilial notion that a certain “bound” family member may not become independent, whereas external social standards which are binding to the system to the same extent require the opposite.

The therapist is unable to avoid the double bind (with its typical delineations between good and bad); this gives rise to the question whether such a constellation might be formed into a therapeutical double bind. Inpatient and outpatient approaches are discussed with regard to their respective applicability.

In our outpatient experience (to date 88 families) structural as well as strategical elements of family therapy (e.g. those recently reviewed by *Wirsching* (1982) have proved to be a great value during the initial phase (which in most cases is characterized by the poor physical condition of the symptom bearer). During a later phase of treatment analytic

family therapy, as well as individual therapy founded on depth psychology, or else therapy of a sub-system within the family (e.g. guided affective imagery of the mother-daughter diad) are employed. In our opinion, this "multifactorial approach" seems to be indispensable in dealing with the complex actions in Anorexia nervosa. We are, however, unable to claim—especially with pronounced or chronic cases—that a small number of family sessions lead to a genuine recovery.

This article is an attempt to summarize intrastructural and interactional models, illustrated by fantasies from the guided affective imagery of a female patient.

### Literatur

- „Antenne“. Contactblad van de stichting anorexia nervosa. 4, 1979.
- Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett. – Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. u. Weakland, J. H. (1956): Toward a Theory of Schizophrenia. In: Behav. Sci. 1, 251. – Bruch, H. (1980): Der goldene Käfig. Frankfurt: Fischer. – Kernberg, O. F. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp. – Klessmann, E., Klessmann, H. A. (1975): Ambulante psychosomatische Kombinationsbehandlung der Anorexia nervosa unter Einsatz des Katathymen Bilderlebens. In: Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 21, 53. – Dies. (1980): Katathymes Bilderleben als Spiegel gestörter Familienbeziehungen. In: Leuner, H. (Hrsg.): Katathymes Bilderleben – Ergebnisse in Theorie und Praxis. Bern: Huber. – Kohut, H. (1969): Die psychoanalytische Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. In: Psyche 23, 321. – Leuner, H. (1982<sup>2</sup>): Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Stuttgart: Thieme. – Ders. (1979): Regression. Die Entwicklung des Begriffes und ihre Bedeutung für psychotherapeutische Konzepte. In: Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 24, 301. – Leuner, H., Lang, O. (Hrsg.) (1982): Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II. Bern: Huber. – Mahler, M. S. (1972): Symbiose und Individuation. Bd. I. Stuttgart: Klett. – Minuchin, S., Rosman, B. L. u. Baker, L. (1981): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Pahl, J. (1980): Über narzißtische Entwicklungslinien während des Katathymen Bilderlebens. In: Leuner, H. (Hrsg.): Katathymes Bilderleben in Theorie und Praxis. Bern: Huber. – Rohde-Dachser, C. (1979): Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber. – Seithe, A. (1982): Psychotherapie des Falles einer chronischen Anorexia nervosa mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner, H., Lang, O. (Hrsg.) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Ergebnisse II. Bern: Huber. – Selvini-Palazzoli, M. (1975): Die Familie des Anorektikers und die Familie des Schizophrenen, eine transaktionale Untersuchung. In: Ehe 3/4, 107. – Dies. (1979): Anorexi. Boken om självsvält. Stockholm: Natur och Kultur. – Sperling, E. (1965): Die „Magersucht-Familie“ und ihre Behandlung. In: Meyer, J. E. und Feldmann, H. (Hrsg.) Anorexia nervosa. Stuttgart: Thieme. – Stierlin, H. (1975): Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Frankfurt: Suhrkamp. – Stierlin, H., Rücker-Embsen, I., Wetzel, N. u. Wirsching, M. (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett. – Watzlawick, P., Beavin, J. H. u. Jackson, D. D. (1969): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber. – Watzlawick, P. (1977): Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern: Huber. – Willi, J. (1975): Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt. – Wirsching, M. (1982): Familientherapie – Aktueller Stand und Aussicht. In: Nervenarzt, 53, 1.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med. Edda Klessmann, Dr. med. Horst-Alfred Klessmann, Slavertorwall 15, D-4920 Lemgo.