RALF BINSWANGER, ZÜRICH

Kindliche Masturbation – ein genetischer Gesichtspunkt, insbesondere bei Anorexia und Bulimia nervosa*

Übersicht: Der Autor untersucht die Funktionen der kindlichen Masturbation in der narzißtischen Entwicklung und unterscheidet eine Abgrenzungsfunktion, eine Kompensationsfunktion und eine Funktion der Aufrichtung von Autonomie. Im interaktiven Verhältnis zwischen Kind und elterlichem Primärobjekt können nach Binswanger aufgrund bestimmter Reaktionen der Eltern auf die kindliche Masturbation deren Funktionen verhindert und unterwandert werden, mit der Folge, daß ein Masturbationsersatz – bestimmte Symptome – an die Stelle tritt. Binswanger unterscheidet zwischen »entsetzter«, »liberaler« und »erotisierter« Elternreaktion, wobei er die erste zur Zwangsneurose, die zweite zu Adipositas und die dritte zu Anorexie bzw. Bulimie in Beziehung setzt. Anhand ausführlicher Behandlungsverläufe verdeutlicht der Autor seine hypothetischen Überlegungen.

I. Infantile Masturbation als Gesichtspunkt der narzißtischen Entwicklung

A. Zwei Fallvignetten als klinische Schlüsselerlebnisse

Was ich im folgenden entwickeln werde, geht von zwei Denkanstößen aus: einem klinischen und einem metapsychologischen. Der metapsychologische basiert auf Gedanken Fritz Morgenthalers über eine Station auf dem Weg der Entwicklung zur Homosexualität. Der klinische stammt aus der Zeit, als ich auch mit dem Psychodrama arbeitete, und ist in folgenden zwei Vignetten enthalten:

1. Die 25jährige Teilnehmerin einer PatientInnengruppe möchte als Protagonistin »ein Problem mit der Mutter« auf der Bühne bearbeiten. Die anderen Gruppenmitglieder sind einverstanden. Nach einer kurzen Einleitung landet sie bei einer Szene, in welcher sie fünf Jahre alt ist: Sie liegt in ihrem Bett, und es wird klar, daß sie unter der Decke onaniert. Die Mutter kommt herein und entdeckt das. Alle – auch die Protagonistin – erwarten, daß sie schimpfen wird. Die Mitspielerin, welche die Mutter verkörpert, versucht das auch. Die Protagonistin merkt, daß es so nicht gewesen sein kann. In solchen Situationen wird im Psychodrama der Rollentausch eingesetzt: Die Mitspielerin verkörpert nun das Kind, und die Protagonistin spielt die Mutter. Nun ergibt sich: Die Mutter nähert sich ruhig dem

* Erweiterte Fassung eines Vortrags vom 24. 6. 1994 am Psychoanalytischen Seminar Zürich.

Bei der Redaktion eingegangen am 20. 7. 1994.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Bett, hebt behutsam, mit lächelndem Gesicht und leuchtenden Augen, die Decke hoch und schaut dem Töchterchen fasziniert auf die Hand zwischen den Beinen. Die Tochter erstarrt langsam bis zur Reglosigkeit. Hier endet die Szene.
Die Patientin litt damals seit 12 Jahren an Bulimie. Nach einem Suizidversuch im Alter von 15 Jahren machte sie eine anorektische Phase durch, in der sie bis zum Gewicht von 34 kg abgemagert war, worauf sie innerhalb eines Jahres wieder um 30 kg zugenommen hatte. Ich kannte sie nur in diesem gewichtsmäßig leicht überkompensierten Zustand.
2. Ein nicht mehr ganz junger, lebenstüchtiger Mann mit deutlichem Zwangscharakter erhält die Protagonistenrolle, weil er »eine entsetzliche Geschichte mit der Mutter« verarbeiten will. Er spielt zuerst einige »oberflächlichere« Szenen, da er sich kaum an die entscheidende herantraut. Wir alle erwarten ein großes Drama. Die Szene spielte sich zu Beginn der Pubertät ab. Auch er liegt in seinem Bett mit den Händen unter der Decke. Die Mutter kommt herein, »und jetzt passiert das Entsetzliche«.
In den folgenden anderthalb Stunden versucht die Spielleiterin, den Protagonisten die entsetzliche Reaktion der Mutter im Rollentausch darstellen zu lassen. Zu unserem – und auch seinem – Erstaunen gelingt das nicht, weil nichts für Außenstehende Sicht- und Hörbares passiert. »Es ist irgend etwas Entsetzliches im Blick der Mutter, etwas Unsägliches, und von da an war die Beziehung zu ihr gestört.« Damit endet das Spiel, und die Gruppenmitglieder bleiben irritiert zurück.

Es geht hier also um zwei verschiedene Arten der Reaktion von Müttern auf die kindliche oder auch spätere Masturbation, wie sie *in der Erinnerung ihrer Kinder repräsentiert* sind: Im Fall der Bulimikerin und ehemaligen Anorektikerin als *erotisiert,* im Fall des Zwangscharakters als *entsetzt.*[1]

Bezüglich der Definition von Masturbation halte ich mich im folgenden an Fenichel (1938, S. 92):

»Masturbation heißt das Spielen mit den eigenen Genitalien, in der Absicht, einen Lustgewinn zu erzielen… Es scheint mir sinnlos, den Begriff ›Masturbation‹ nur für solche Handlungen an den eigenen Genitalien vorzubehalten, die auf einen Orgasmus zielen… Ebenso sinnlos wäre es, die sogenannten Masturbationsäquivalente in den Begriff der Masturbation miteinzubeziehen«.

Der von Fenichel gebrauchte Begriff *Masturbationsäquivalente* oder auch *Masturbationsersatz* wird sich im folgenden als nützlich erweisen.[2]

---

[1] Damals wußte ich natürlich noch nicht, daß diese psychodramatischen Episoden Ausgangspunkt der hier vorgetragenen metapsychologischen Hypothesen sein würden. Sie sind *nachträglich* zu Denkanstößen geworden und dienen hier nur zur Illustration.

[2] Nicht jedes Spiel mit dem Genitale (Spitz, 1952, 1962) ist schon als Masturbation zu bezeichnen, geschweige denn frühkindliche autoerotische Handlungen, die sich an anderen Teilen des eigenen Körpers oder an Übergangsobjekten (Winnicott, 1971) vollziehen. Den engeren Bereich der infantilen Masturbation betrachte ich im folgenden als Kernstück des weiteren Bereiches aller autoerotischen Lebensäußerungen des Kindes; dieser weitere Bereich kann *zum Teil* in das einbezogen werden, was ich hier bezüglich der infantilen Masturbation entwickeln werde.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

B. Metapsychologischer Ausgangspunkt und erste Hypothesen

Morgenthaler (1980) schreibt in seiner Theorie über die unneurotische Entwicklung zur Homosexualität unter dem Titel »Betrachtungen zur Vorgängen in der narzißtischen Entwicklung«:

»Die schrittweise Abgrenzung und Trennung von der Mutter hat nicht nur Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbst, sondern ist ein Geschehen, welches für die Ich-Entwicklung und innerhalb dieser für die Ausbildung einer funktionstüchtigen Abwehrorganisation von Bedeutung ist. Auch bilden sich in dieser Phase individuell spezifische Triebschicksale aus. *Innerhalb dieser Abgrenzungsvorgänge kann aber eine Entwicklungslinie verfolgt werden, die die autoerotischen Aktivitäten betrifft*«.
»Autoerotische Befriedigungen spielen bei allen Menschen während des ganzen Lebens eine große Rolle, in welcher Form sie sich auch immer äußern. Sie können Störungen der narzißtischen Homöostase *ausgleichen.* Die frühkindliche Onanie hat innerhalb der narzißtischen Entwicklung die wichtige Funktion, die *Abgrenzung* aus der symbiotischen Dyade mit der Mutter – allerdings unter der Vorherrschaft eines diffusen affektiven Wohlbefindens – gleichsam experimentell zu trainieren. Indem das Kleinkind onaniert, experimentiert es, sich *unabhängig* von anderen, also meist unabhängig von der Mutter, selbständig und ohne äußere Hilfe Befriedigung zu verschaffen. Es handelt sich um Triebhandlungen des Kindes, die die späteren, autonomen Funktionen des Ich vorausplanen« (S. 104 f.; Hervorh. R. B.).

Morgenthaler beschreibt anschließend eine »Weichenstellung«, »die bei einer Entwicklung zur Homosexualität die Voraussetzung für alles Spätere darstellt« und die »durch eine Überbesetzung autoerotischer Aktivitäten charakterisiert« sei.

»Diese Weichenstellung hat zur Folge, daß fortan ganz allgemein Insuffizienzerscheinungen, die sich aus einer relativ gestörten narzißtischen Entwicklung ergeben, durch eine Überbesetzung autoerotischer Aktivitäten ausgeglichen werden können. Dabei unterliegt die Triebbefriedigung selbst einem *Funktionswandel,* weil die autoerotische Aktivität eingesetzt wird, um die Regulation des Selbstwertgefühles zu steuern« (S. 105; Hervorh. R. B.).
»Die autoerotische Erfahrung, sich selbständig und unabhängig eine Befriedigung zu verschaffen, wird quantitativ überhöht. In der Selbstwahrnehmung entsteht ein Gefühl besonderer innerer und äußerer Autonomie« (S. 107).

Was mich nun interessiert, ist nicht die spezielle Entwicklung zur Homosexualität, sondern der allgemeine Gesichtspunkt, welcher der kindlichen Masturbation bedeutende Funktionen im Rahmen der narzißtischen Entwicklung zuschreibt. In den bisherigen Zitaten sind drei derartige Funktionen thematisiert:
a) Eine *Abgrenzungsfunktion* bei der Bildung der Selbstrepräsentanz: Im Rahmen der klassischen Konzepte der narzißtischen Entwicklung – in Anlehnung an Kohut (1971) der Entwicklung des Selbst – würde die schrittweise Abgrenzung aus der Dyade mit der Mutter mittels Masturbation trainiert, wobei die Vorherrschaft eines diffusen affektiven Wohl-

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

befindens vorausgesetzt wird. Die kindliche Masturbation leistet so einen Beitrag zu *einer relativ geglückten Entwicklung der Selbstbesetzungen* mit Ausbildung eines stabilen Identitätsgefühls.
b) Eine *Kompensationsfunktion bei beeinträchtigter Entwicklung der Selbstrepräsentanz: Ist diese Selbstentwicklung stärker beeinträchtigt, kann durch eine Überbesetzung* der autoerotischen Aktivität die Störanfälligkeit der narzißtischen Homöostase *ausgeglichen* werden.
c) Eine Funktion der *Aufrichtung von Autonomie:* Die autoerotischen Triebhandlungen des Kindes sind ein Mittel zur Aufrichtung autonomer Funktionen im Ich. Durch die Erfahrung, sich *selbständig* und *unabhängig* eine Befriedigung zu verschaffen, entsteht ein Gefühl innerer und äußerer Autonomie in der Selbstwahrnehmung.
Der hier hervorgehobene Gesichtspunkt, welcher der Autoerotik und insbesondere der kindlichen Masturbation innerhalb der narzißtischen Entwicklung Bedeutung verleiht, fehlt meistens in der Theoriebildung über diese Entwicklungsstufe – ganz im Sinn der »Verflüchtigung des Sexuellen aus der Psychoanalyse« (Parin, 1985).[3] Dabei gibt es durchaus eine Tradition in der psychoanalytischen Literatur, welche der infantilen Masturbation Funktionen bei der Aufrichtung von Autonomie zuschreibt, z. B. Spitz (1952, 1962). Fenichel (1945, Bd. II, S. 254) schreibt:

»Das Glückspiel und die Masturbation haben darüber hinaus insofern etwas gemeinsam, als beide wie ein Spiel aufgefaßt werden. Die psychologische Funktion eines Spiels besteht darin, sich von extremen Spannungen zu befreien, *indem man sie in einer selbstgewählten Dosierung und zu einem selbstgewählten Zeitpunkt aktiv* wiederholt und antizipiert. Die Masturbation während der Kindheit und Pubertät hat unter diesem Aspekt den Sinn einer spielerischen Erprobung der sexuellen Erregung, die das Ich mit dieser Erregung bekanntmacht und es darauf vorbereitet, sie späterhin kontrollieren zu können« (Hervorh. R. B.).

Eglé Laufer befaßt sich speziell mit der Masturbation von Mädchen, wenn sie schreibt (1981, S. 296 f.):

»Wenn ich die Bedeutung der Masturbation für die Entwicklung der Beziehung des Kindes zu seinem eigenen Körper diskutiere, interessiert mich hier, wie die Aktivität der Hand in Beziehung zum Körper dem Kind zu spüren erlaubt, daß der Körper fähig ist, eine Quelle für das Erleben von Befriedigung unabhängig von der Mutter zu bieten« (Übers. R. B.).

Damit komme ich zu meinen *Hypothesen:*
1. Die Entwicklungslinie, welche die masturbatorischen Aktivitäten betrifft, spielt sowohl bei relativ geglückter als auch bei gestörter narzißtischer Entwicklung eine wichtige Rolle;

[3] In einer Fußnote entwickelt Kohut (1975, S. 284 f.) den Gedanken einer besonderen Entwicklungslinie der Autonomie innerhalb der narzißtischen Entwicklung und macht sie von einer bestimmten elterlichen Einstellung dem Kind gegenüber abhängig.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

2. die infantile Masturbation ist aber nicht nur ein intrapsychisches Geschehen, sondern auch ein interaktives, zwischen den Kindern und ihren primären Objekten;
3. die Reaktionen dieser Objekte sowie die Wahrnehmung und Verarbeitung dieser Reaktionen durch die Kinder bestimmen mit, ob die Masturbation ihre Funktionen der Abgrenzung, der Kompensation und insbesondere der Aufrichtung der Autonomie erfüllen kann oder nicht;
4. dies deshalb, weil bestimmte – tatsächliche oder fantasierte – Reaktionen der primären Objekte diese Funktionen beeinträchtigen resp. unterlaufen;
5. die Beeinträchtigung resp. das Unterlaufen der Funktionen, welche die kindliche Masturbation im Dienste der narzißtischen Entwicklung erfüllen soll, löst schwere narzißtische Ängste aus (und auch narzißtische Wut [Kohut, 1972]);
6. diese Ängste führen dazu, daß das Kind zu kompensatorischen Symptomen und/oder Verhaltensweisen greift, welche als Masturbationsäquivalente (Fenichel, 1938) oder *Masturbationsersatz* zu verstehen sind und über welche die narzißtische Entwicklung im allgemeinen und die Aufrichtung der inneren und äußeren Autonomie im besonderen doch noch gesichert werden sollen;
7. infolge des Wiederholungszwanges werden auch diese Masturbationsäquivalente im Laufe der Zeit in gleicher Weise unterlaufen wie ursprünglich die Masturbation.

C. Formen der Interaktion zwischen dem masturbierenden Kind und seinen primären Objekten – weitere Hypothesen

Wenn die infantile Masturbation Abgrenzung trainieren und Autonomie aufrichten soll, setzt dies eine elterliche Reaktion voraus, die das ermöglicht und zuläßt. Stellen wir uns unneurotische Eltern vor, welche die sexuelle Liberalisierung nicht zu ihrer Ideologie erhoben haben. Solche Eltern wird eine Triebhandlung des Kindes, welche die Funktion hat, sich von ihnen abzugrenzen, sie (die Eltern) aus der Zweisamkeit mit ihm gleichsam »hinauszuwerfen«, sich selbständig zu machen und autonom Befriedigung zu verschaffen, vermutlich nicht gleichgültig lassen, sondern *irritieren.* Wie sich ihre Irritation konkret zeigt, ob lautstark oder verhaltener, hängt von ihrem Charakter ab. Wesentlich ist, daß das Kind sie spürt. Es muß, um sich abgrenzen zu können, ihre liebende Fürsorge merklich stören können. Dabei sollte ihre Reaktion nicht nur echt und authentisch sein, sondern – wie alle Reaktionen auf triebhafte

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Lebensäußerungen des Kindes – zielgehemmt (Freud, 1923, S. 232). Sie sollte seine Wiederannäherung (Mahler, 1985; Mahler et al., 1975) nicht im Sinn einer beleidigten Zurückweisung behindern. Dabei kommt es nicht in erster Linie auf die bewußte elterliche Reaktion an, sondern darauf, was dem Kind unbewußt vermittelt wird.

Damit habe ich ein »gesundes«, »normales«, Reaktionsmuster *idealtypisch* beschrieben, jedenfalls eines, das in der Wahrnehmung des Kindes seine Abgrenzung, die Aufrichtung seiner Autonomie *ermöglicht* oder *erleichtert.* Diese gesunde Reaktion nenne ich im folgenden die *»irritierte«* Reaktion.

Dasselbe Vorgehen wiederhole ich nun mit drei anderen möglichen Reaktionsmustern, welche die Funktion der infantilen Masturbation *beeinträchtigen* oder *unterlaufen* resp. das Kind der Masturbation und ihrer Funktion im Rahmen der narzißtischen Entwicklung *berauben.*

1. Die *»entsetzte«* Reaktion: Eine elterliche *Abwehr*reaktion auf die autoerotische Sexualbetätigung des Kindes, welche vom Kind als eine – individuell unterschiedliche – Mischung von Erschrecken, Mißbilligung und Bestrafung wahrgenommen wird, und zwar in der Weise, daß die wahrgenommene Reaktion die weitere Beziehungsmöglichkeit zum Objekt zu bedrohen oder zu zerstören scheint. In diesem Sinn können wir von einer *nicht zielgehemmt aggressiven* Reaktion sprechen. Sie behindert oder verunmöglicht eine Wiederannäherung des Kindes aus seiner Abgrenzungsbewegung heraus – außer es verzichtet auf seine narzißtische Integrität und unterwirft sich. In seinem Erleben zerstört seine autoerotische Sexualität das Objekt. Es wird sie deshalb *unterdrücken, abspalten* oder *mit Schuldgefühlen belasten.*

2. Die *»liberale«* Reaktion:[4] Eine elterliche *Abwehr*reaktion auf die autoerotische Sexualbetätigung des Kindes, welche vom Kind als eine – individuell unterschiedliche – Mischung von Ignorieren, Gleichgültigkeit und Unerreichbarkeit/Unangreifbarkeit wahrgenommen wird, und zwar in der Weise, daß es sich seiner Fähigkeit beraubt fühlen muß, mit dem autoerotischen Teil seiner sexuellen Triebhaftigkeit bei den Eltern eine Wirkung zu erzielen. Es wird seine autoerotische Sexualität und damit auch das Objekt dieser Betätigung, den eigenen Körper im allgemeinen und die Genitalien im besonderen *entwerten.*

3. Die *»erotisierte«* Reaktion: Eine *sexuelle* elterliche Reaktion auf die

[4] Man könnte diese Reaktion auch »unbeteiligt« nennen. Häufig ist sie Folge von Depressionen, Selbstunsicherheit oder neurotischen Abwehrhaltungen der Eltern. Der Begriff »liberal« enthält aber mehr als ein passives Unbeteiligtsein, nämlich auch ein aktiv angenommene Haltung. Zur Illustration vergleiche unten das Fallbeispiel »liberale Reaktion«.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

autoerotische Sexualbetätigung des Kindes, welche vom Kind als eine – individuell unterschiedliche – Mischung von Übergriff, Inbesitznahme und Verdinglichung wahrgenommen wird. In diesem Sinn ist es eine *nicht zielgehemmt sexuelle* elterliche Reaktion. Das Kind muß, als Folge davon, seine autoerotische Triebhaftigkeit und deren Objekt, den eigenen Körper im allgemeinen und die Genitalien im besonderen, als unter der ständigen Bedrohung stehend erleben, daß sie ihm geraubt, enteignet werden. Statt einer Abgrenzung und Aufrichtung eines Gefühls von Autonomie erreicht das Kind mit der Masturbation das Gegenteil: Es zieht das elterliche Objekt in eine unabgegrenzte Zweisamkeit herein. Um sich davor zu schützen, wird es in der autoerotischen Besetzung seines Körpers erstarren, wird sie verstecken, verleugnen, abspalten oder verdrängen.

In diesen Beschreibungen sind auf der einen Seite objektive elterliche Reaktionsweisen, auf der anderen subjektive kindliche Wahrnehmungen und Verarbeitungen von Reaktionsweisen thematisiert. Im einen Fall wird mehr das eine, im anderen das andere den stärkeren Einfluß auf die weitere Entwicklung haben.

Damit komme ich zu *zwei weiteren Hypothesen:*

8. Auch wenn es keinen linearen Determinismus zwischen bestimmten Traumatisierungen und Konfliktverarbeitungen einerseits, neurotischen und psychosomatischen Syndromen andererseits gibt, so bestehen doch spezifische disponierende Beziehungen untereinander;
9. dabei steht die *»entsetzte«* Reaktion in Beziehung zur Zwangsneurose, die *»liberale«* zu bestimmten Formen von Adipositas und die *»erotisierte«* zur Anorexie und/oder Bulimie.

II. Ausgestaltung der Hypothesen anhand von klinischen Beispielen und Literaturvergleichen.

A. »Entsetzte« Reaktion

Diesem und den beiden folgenden Kapiteln werde ich je ein klinisches Beispiel voranstellen. Es soll die Beziehung einer der elterlichen Reaktionsweisen und ihrer Verarbeitung zu einem bestimmten psychopathologischen Syndrom veranschaulichen. Ferner illustrieren die Beispiele, wie sich die verschiedenen Reaktionen in der Übertragung-Gegenübertragung darstellen können. Schließlich werde ich in jedem Kapitel Verbindungen zur psychoanalytischen Literatur herstellen.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Herr K. begann bei mir eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, nachdem die Beziehung zu seiner Freundin abrupt in die Brüche gegangen war. Er hatte darauf mit einem schweren depressiv-hypochondrischen Syndrom und starken Suizidgedanken reagiert. Die zugrunde liegende Persönlichkeit entsprach einem Zwangscharakter, mit einer Tendenz zu selbstquälerischen Grübeleien, Übergenauigkeit und einer Neigung zu Kontrollzwängen. Seinem Vater gegenüber empfand er einen nachtragenden Haß. Seine Mutter war verstorben, als er sechsjährig war. Die Beziehung zur Stiefmutter, welche der Vater ca. ein Jahr später heiratete, verlief für Herrn K. enttäuschend.

Er wollte sich nur auf eine einstündige Therapie im Sitzen einlassen. Unter dem Eindruck der Empfehlungen von Amitai (1977), die Distanzbedürfnisse von Zwangsneurotikern zu respektieren, entsprach ich trotz einiger Bedenken bezüglich der Suizidalität seinem Wunsch.

In den ersten Stunden entwickelte sich eine überraschend entspannte therapeutische Beziehung, begleitet von einer vorübergehenden Besserung im Befinden. Aus einem Anlaß, an den ich mich nicht mehr erinnere, teilte ich ihm sinngemäß mit, er leide vermutlich an einem Konflikt, der seine für sein Wohlbefinden so wichtigen autoerotischen Besetzungen und Aktivitäten empfindlich störe. Der Verlust der Freundin könnte ihn u. a. deshalb so quälen, weil sich seine Triebhaftigkeit angesichts des Verlustes heterosexueller Abfuhrmöglichkeiten vermehrt der Autoerotik zuwendet, von der er fürchte, sie könnte übermächtig und grenzenlos werden. Daraufhin wurde er wieder depressiver, und wenige Stunden später versuchte er mit beizubringen, wie gut und richtig sein geplanter Beitritt zu »Exit«, der hiesigen »Vereinigung für ein humanes Sterben«, sei.

Ich verlor die Fassung.[5] Mit der Rationalisierung, ich müßte Herrn K. vor seiner Suizidalität schützen, gab ich meine analytische Haltung vorübergehend preis: Ich lehnte sein Vorhaben ab, wobei ich meine Erregung viel zu wenig beherrschte.

In die folgende Stunde kam Herr K. ziemlich aufgelöst und ratlos mit einem Brief an mich, in welchem er eine Vertrauenskrise zu mir thematisierte – und im übrigen wolle er sich ja nicht umbringen, sonst käme er nicht hierher… Mir wurde bewußt, daß es hier nicht um eine reale Suizidgefahr ging, sondern um Suizid*gedanken,* welche in der narzißtischen Homöostase von Herrn K. einen bestimmten Stellenwert haben mußten. Dem in der Aufrichtung seiner Autonomie behinderten Herr K. erschien der Selbstmord als letzt- und größtmögliche autonome Handlung, weshalb er die Gedanken daran *erotisierte.* Dadurch erhielten sie den Charakter eines *Masturbationsäquivalentes* (Selbstmord steht für Selbstbefriedigung). Auf dieses reagierte ich in der Gegenübertragung *»entsetzt«*.

Ich hatte meine Fassung wiedergefunden und deutete ihm diese Übertragungs-Gegenübertragungsreaktion und meine nun gebildete metapsychologische Hypothese so offen und klar ich konnte. Zur nächsten Stunde kam er entspannt und berichtete von einer inzwischen durchgeführten Bergwanderung, bei der ihn sein Weg über eine lange Strecke allein einen tiefen Abgrund entlang führte. Er habe sich vorgestellt, was passieren würde, wenn er sich da hinunterstürzen und töten würde. Es sei *ernüchternd* gewesen: Unbekannte würden seine Leiche entdecken, es gäbe eine routinemäßige Bergungsaktion, eine wohl eher steife Beerdigung, und nach einiger Zeit werde es niemanden mehr interessieren. Er habe sich befreit gefühlt und sei ganz zufrieden nach Hause gekehrt. Die Erotisierung der Suizidgedanken war von ihm abgefallen. In späteren Stunden konnte er seine Adoleszenz- und aktuelle Erwachsenenmasturbation thematisieren, welche danach regelmäßig zu einem fürchterlich gedemütigten Gefühlszustand führte, mit hypochondrischen Befürchtungen um die Integrität seines Penis und heftigen Rückenschmerzen. In seiner Erinnerung erlebte er die Stiefmutter als hart und abweisend, als sie ihn beim Masturbieren ertappte, und er glaubte, das sei ein wichtiger Grund für seine Enttäuschung an ihr.

[5] Ich engagierte mich damals politisch gegen gesellschaftliche Trends, die sich u. a. in solchen Vereinigungen konkretisieren.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Dieses Beispiel dient der Veranschaulichung der Hypothese, daß die »entsetzte« elterliche Reaktion resp. die kindliche Wahrnehmung dieser Reaktion als »entsetzt« *zur Zwangsneurose disponiert:* Die »entsetzte« Reaktion erschwert die Möglichkeit, mittels Masturbation die innere, psychosexuelle Autonomie aufzurichten. Die Zwangssymptome bieten sich nun als Masturbationsersatz an, als »autoerotische« Akte, die wegen des Fehlens eines damit verbundenen sexuellen Erlebens dekonfliktualisiert sind. Gleichzeitig eignen sie sich bestens, bei Anderen eine »irritierte« Reaktion auszulösen, die dazu beiträgt, das Gefühl einer – wenn auch fragilen (und daher trotzig überbesetzten) – Autonomie aufzurichten resp. aufrechtzuerhalten. Der Volksmund bringt eine solche Hypothese auf den Begriff, wenn er zwanghaftes Denken als »Hirnwichserei« bezeichnet; den Waschzwang können wir dementsprechend als »Wichsen« an der zum Ersatzorgan gewordenen Hand auffassen. Die Tendenz von Zwangssymptomen, immer mehr Raum und Zeit des Betroffenen zu beanspruchen, wirkt wie eine Erfüllung der gängigen Strafphantasien für Masturbation: Sie würde einen vollständig in Besitz nehmen, man könne damit nicht mehr aufhören, sie mache einen asozial und beziehungsunfähig.

Diese genetische Hypothese scheint also eine mehr oder weniger vollständige Erklärung der zwangsneurotischen Symptombildung zu enthalten. Damit meine ich aber keinesfalls, daß sie die einzige oder auch nur die vorrangige Theorie der Zwangsneurose sei. Bekanntlich folgen psychische Prozesse dem Prinzip der Überdeterminierung: Eine scheinbar vollständige Deutung eines psychischen Phänomens unter einem Gesichtspunkt schließt andere, ebenso vollständige Deutungen unter anderen, vielleicht viel wichtigeren Gesichtspunkten nie aus.[6] Bei der Zwangsneurose bleibt die anale Fixierung mit ihren Schicksalen der wichtigste Gesichtspunkt. Hingegen erweist sich die Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der infantilen Masturbation mit ihren Schicksalen doch als ergiebig. Sie ist auch keineswegs neu, sondern schon bei Freud präsent, z. B. bei der Analyse des »Rattenmannes« (Freud, 1909):

»›... die Zwangshandlungen nähern sich nämlich immer mehr, und je länger das Leiden andauert, um so deutlicher den infantilen Sexualhandlungen nach Art der Onanie« (S. 460).

Sie findet sich breiter ausgeführt in der Onaniediskussion von 1912 (*Die*

[6] Auch die später dargestellten Konzepte zu gewissen Formen von Fettsucht sowie insbesondere zu den Anorexie-Bulimie-Syndromen verstehen sich als unter *einem* Gesichtspunkt entwickelte Deutungsmöglichkeiten, die weder für alle davon Betroffenen gelten noch andere Deutungen ausschließen.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Onanie, 1912). Auch Fenichel (1945, Bd. II, S. 114) lehrt ganz selbstverständlich:

»Ein Zwang, der als Abwehr der Masturbation galt, wird aufgrund einer Wiederkehr des Verdrängten durch eine weitere Masturbation ersetzt, die ihrerseits einen Zwang und eine Bestrafung darstellt… Gelegentlich machen Zwangsneurotiker Zweifeln oder Haarspaltereien ein Ende, indem sie masturbieren… Eine ähnliche Entwicklung tritt oft in bezug auf *Masturbationsäquivalente* (Hervorh. R. B.) auf. Eine bestimmte Art, auf Dingen herumzutrommeln, zeremoniell ausgeführte Muskelbewegungen oder Rituale, die vorschreiben, wie bestimmte Dinge berührt oder nicht berührt werden müssen – all dies sind Zwänge, die zunächst gegen die Masturbation gerichtet waren, sich dann aber in deren Äquivalente verwandelt haben können… Zwangsrituale stellen im allgemeinen eine Karikatur der Masturbation dar… Gelegentlich erweist sich ein Symptom, das scheinbar nicht mit der Masturbation zusammenhängt, wenn es analysiert wird, als durchaus mit ihr zusammenhängend.«

Ähnlich Lampl-de Groot (1950, S. 157):

»Es findet eine wirkliche Triebregression statt, wobei die genitale Masturbation (manchmal nur allmählich) vollständig aufgegeben wird zugunsten analer, oraler oder anderer primitiver Abfuhren, manchmal in verhüllter oder verschobener Form. Dies ist zum Beispiel bei der Zwangsneurose der Fall, bei der die Symptome, die Zwangshandlungen, allmählich die Masturbation ersetzen können.«

Bei der Zwangsneurose führt mein Konzept, wie gesagt, zu keinen neuen Erkenntnissen. Immerhin ist sie geeignet, z. B. die Empfehlungen von Amitai (1977) zur Behandlung von ZwangsneurotikerInnen zu unterstützen. Wenn er vorschlägt, das Distanzierungsbedürfnis dieser Menschen zu Beginn der Analyse zu respektieren, hilft er uns, eine Haltung einzunehmen, welche vom Analysanden weder als »entsetzte« noch als »erotisierte« Reaktion auf seine Symptomatik erlebt wird.

B. »Liberale« Reaktion

Frau D. ersuchte um psychotherapeutische Hilfe wegen Arbeitsstörungen im Studium. Sie stand kurz vor der Graduierung. Ferner klagte sie über periodisch auftretende schwer depressive Zustandsbilder, in denen sie von einer lähmenden Antriebslosigkeit, Angstzuständen und Suizidimpulsen geplagt war. Sie war deutlich übergewichtig, mit nächtlicher Hyperphagie und einem Entfremdungsgefühl ihrem Körper gegenüber. Nach einer prompten Reaktion auf eine Probedeutung stellten wir die Indikation zur klassischen Psychoanalyse.
Frau D. ist einzige Tochter eines erfolgreichen Lehrstuhlinhabers. Das damit verbundene große Institut leitet er als unangefochten kompetenter Chef. Selbst aus dem Mittelstand kommend, heiratete er die Tochter aus einem traditionsreichen Bürgerhaus. Diese Mutter wird von Frau D. wegen gelegentlichen harten und egozentrischen Reaktionen gefürchtet. Die erste längere depressive Verstimmung erfolgte im Anschluß an einen »Zusammenstoß« mit der Mutter, bei dem diese wegen einer Nichtigkeit »ausflippte«. Den Vater liebt und verehrt sie. So, wie sie ihn schildert, wirkt er auf mich als der »personifizierte Liberalismus«. Er schafft auch das Familienklima, in dem für die Tochter Raum für fast jede Entscheidung besteht. Sie muß nur die Konsequenzen selber tragen, falls sie sich falsch entscheiden sollte. Außerhalb ihrer nicht allzu häufigen »Ausflipps« trägt die Mutter diese Haltung mit.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Diese familiäre Situation erlebt Frau D. wie einen »Käfig«, der so groß ist, daß sie zwar kaum Einschränkungen spürt, der ihr aber die Fähigkeit, autonom zu handeln und Konflikte auszutragen, nimmt. Gleichzeitig kann sie sich nicht vorstellen, daß es außerhalb des »großen Käfigs« für sie ein Überleben gebe, geschweige denn ein Glück.

Nach einer leichten Besserung des Befindens in den ersten Monaten der Analyse folgte eine lange Zeit, in der wir uns in einer Sackgasse befanden. Die Arbeitsstörung, soweit sie die weitere akademische Laufbahn betraf, verfestigte sich. Die langsame, aber stetige Gewichtszunahme war von Heißhungerattacken begleitet, in denen sie vor allem Süßes aß, ohne zu erbrechen. Sie redete nur selten und mit großer Scham davon. Das Übergewicht nahm gefährliche Formen an. Obwohl ich Vorschläge zur Güte machte, wie sie sich diesbezüglich Hilfe holen könnte – bis hin zur stationären Behandlung –, hielt sie eisern am analytischen Setting fest, bis ich die mögliche Notwendigkeit, mit der Analyse zu brechen, angstfrei thematisieren konnte. Darauf gelang ihr eine dramatische Gewichtsabnahme aus eigener Kraft.

In dieser Zeit erzählte sie mit Angst und Widerstreben folgende Episode, die sie als eine der schwersten Kränkungen ihres Lebens bezeichnete: In Alter von ca. 12 Jahren lag sie eines Tages, in Anwesenheit des Vaters, auf dem Sofa des Salons. Neben ihr leckte sich der Hund ausgiebig seinen Penis, was sie »unheimlich nervös« machte. Wütend hieb sie gegen den Hund, um ihn davon abzubringen. Darauf der Vater: »Laß doch den Hund, der darf das doch auch, wenn Du es darfst«. Schlagartig wurde ihr bewußt, daß sie selbst die Finger zwischen den Beinen hatte, unbekümmert um die Anwesenheit des Vaters, der offenbar so die Gelegenheit fand, dies »ohne großen Aufhebens« anzusprechen. Sie fühlte sich vernichtet, verschwand auf ihr Zimmer, und es wurde nie mehr über den Vorfall gesprochen.

Bewußt galt das Vernichtungsgefühl dem demütigenden Ertapptsein. Erst mit der Zeit lernten wir die Episode folgendermaßen zu verstehen: Dem Hund gegenüber reagierte Frau D. so, wie sie unbewußt »wußte«, daß der Vater reagieren müßte: schwer *»irritiert«* natürlich. Sie war überzeugt, daß es ihr eine Orientierung bedeutet hätte, wenn er nur klar und deutlich gesagt hätte, daß man das nicht tut, vor allem nicht als Zwölfjährige in aller Öffentlichkeit. Das Vernichtungsgefühl hätte, in Anwendung meiner Hypothese, seine unbewußte Wurzel darin, daß die Chance einer »irritierten«, konfrontativen Reaktion, gegen die sich Autonomie hätte aufrichten lassen, um narzißtischen Vernichtungsängsten zu entgehen, vertan war.

Die schwere Arbeitsstörung auf ihrem akademischen Gebiet, das demjenigen des Vaters verwandt war, wäre demnach ein Ersatz, durch welchen seine »irritierte«, konfrontative Reaktion doch noch ausgelöst werden könnte. Eigentlich müßte er doch, nach jahrelangem Zögern vor dem letzten Studienabschluß, nach dem Rechten sehen, abklären, was da los sei, einschreiten, vielleicht die Zahlungen einstellen, die jahrelange Analyse in Frage stellen. Die lebensgefährliche Gewichtszunahme müßte Ähnliches seitens beider Eltern auslösen. Warum »flippt« die Mutter nicht darüber »aus«? Das wäre doch der »Hauptkriegsschauplatz«, auf dem Konfrontationen mit der verspäteten Adoleszenten hochgehen könnten. Das »Ausflippen« der Mutter auf »Nebenkriegsschauplätzen« löst bei Frau D. zwar ebenfalls Panik aus, die aber wegrationalisiert werden kann, da undurchschaubar bleibt, wodurch sie provoziert wird.

Wie stellt sich dies in der *Übertragungs-Gegenübertragungssituation* dar? Frau D. vermittelte immer wieder auf eine realitätsbezogene Art, daß etwas in der analytischen Methode eine Wirkung bei ihr geradezu verunmögliche. Über lange Zeit mußten wir feststellen, daß sich der »große Käfig« auch in der Analyse reproduziert hatte, ohne daß wir viel dagegen tun konnten – bis ich die Analyse selbst in Frage stellte. Unter dem Gesichtspunkt, um den es hier geht, schafft ja die Analyse einen Raum von grenzenlosem Liberalismus, in welchem der Analytiker von Berufs wegen *nie irritiert* ist resp. seine Irritationen unter Kontrolle hält. Ich kann ja nicht einschreiten gegen Gewichtszunahme oder ein ewiges Studententum, ohne meine Rolle als Analytiker preiszugeben.

Bei der weiteren Konfliktverarbeitung kam mir ein Konzept von Rado (1934) zu Hilfe, bei

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

dem die infantile Masturbation eine wichtige Rolle spielt. Mit diesem im Hinterkopf und aufgrund einiger Anhaltspunkte aus den Analysestunden konfrontierte ich Frau D. eines Tages mit der Hypothese, daß sie ihre masturbatorischen Aktivitäten als Kind jeweils mit Urinieren beendete. »Habe ich Ihnen denn meinen einzigen Kindertraum nie erzählt?« war ihre prompte Reaktion. »Im Alter von sechs Jahren näßte ich, entgegen meiner Gewohnheit, eines Nachts wieder das Bett ein. Dazu träumte ich, ich würde in der Badewanne sitzen und ins Wasser pinkeln. Beim Dienstmädchen entschuldigte ich mich mit diesem Traum, den ich als guten Grund für das Einnässen ansah. Das Dienstmädchen gab aber nur zur Antwort: ›Jetzt hast Du mir verraten, daß Du beim Baden immer in die Badewanne pinkelst.‹ Von da an wußte ich, daß man vorsichtig damit sein muß, was man erzählt, und ich hatte bis zum Alter von ca. 13 Jahren auch keine Träume mehr. Das erwähnte Traumbild ist mir aber bis heute ganz realistisch in Erinnerung geblieben.«

Frau D. gehört zur Gruppe Adipöser, welche z. B. von Stunkard und Pudel (1990) als »neurotische« von den »gewöhnlichen« abgegrenzt werden. Charakteristisch für jene ist das nächtliche Hyperphagie-Syndrom mit Schlafstörungen und die Störung des Körperschemas.

Wie läßt sich nun die vermutete genetische Beziehung von »liberaler« Reaktion zu diesen – oder vielleicht auch bestimmten »gewöhnlicheren« – Formen der Adipositas verstehen? Das Entscheidende an der »liberalen« Reaktion ist, daß die Kinder mit ihren autoerotischen Aktivitäten keine Wirkung bei den Eltern erzielen können. Die Funktion der kindlichen Masturbation im Dienste der narzißtischen Entwicklung, insbesondere der Aufrichtung der Autonomie, wird dadurch unterlaufen. Die logische Konsequenz aus der Wirkungslosigkeit der eigenen Autoerotik auf die primären Objekte ist die *Entwertung* des eigenen autoerotischen Objektes – des eigenen Körpers – und seiner Besetzungen. Daraus leiten sich die Störungen des Körperschemas ab. Das Dickwerden entspricht dann dem Wunsch, durch »Aufblähen« des Körpers doch noch *irgendeine* Wirkung zu erzielen, mit dem zu dicken, unschönen Objekt der Autoerotik doch noch einmal aufzufallen – zu »irritieren«. Reagieren wir darauf und versuchen z. B., die Betroffenen zum Abnehmen zu bewegen, stoßen wir allerdings ins Leere: Das überbetonte Festhalten an der ohnehin schon prekären Autonomie drückt sich darin aus, gerade keine Hilfe annehmen zu können. Hinzu kommt, daß das Fettsein des Körpers Darstellung seiner Entwertung ist und damit eine »narzißtische Wunde« zum Ausdruck bringt. Eine »irritierte« Reaktion stochert gleichermaßen in dieser Wunde und wird dementsprechend abgewehrt.

In der Literatur über Adipositas (z. B. Bastiaans, 1963; Bruch, 1973; Tolstrup, 1963) sind psychogenetische Hypothesen weit spärlicher als z. B. bei der Anorexie resp. der Bulimie, und es fehlt die dort zu beobachtende Konvergenz der Auffassungen zu einem relativ einheitlichen Bild. Immer wieder wird auf mangelnde Ich- und Selbstdifferenzierung hin-

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

gewiesen. Maisch et al. (1965) erwähnen darüber hinaus die mangelnden autonomen Funktionen bei Adipösen. Freyberger und Strube (1963) sehen auslösende Faktoren im genitalen Bereich, wobei Frauen auf eine »pathologisch forcierte Mütterlichkeit« ausweichen, während Männer in ihrer maskulinen Aktivität und Aggressivität gehemmt erscheinen. Eine psychogenetische Berücksichtigung der (infantilen) Sexualität fand ich nur ausnahmsweise, z. B. bei Stauder (1959).

Bevor wir zur »erotisierten« Reaktion übergehen, möchte ich eine Bemerkung *zur Nosologie von Eßstörungen* einfügen. Viel ist geschrieben worden zu Abgrenzungsfragen: Müssen wir unterscheiden zwischen der Anorexie und der Bulimie ohne Gewichtsverlust oder mit (leichtem) Übergewicht, zwischen Adipösen resp. Anorektischen ohne oder mit »Freßanfällen« etc.? Mein genetischer Gesichtspunkt erleichtert eine Entscheidung darüber, ohne daß wir an Präzision verlieren: Wir können unterscheiden zwischen *Veränderungen am autoerotischen Objekt* einerseits, also »Aufblähen« oder »Verschwindenlassen« des eigenen Körpers, und *Symptomen resp. Verhaltensweisen, die Masturbationsäquivalente* darstellen und bei denen die Bulimie eine herausragende Rolle spielt. Adipöse und Anorektische würden sich demnach durch ihre Beziehung zur »liberalen« resp. »erotisierten« Reaktion unterscheiden, nicht aber im Bedürfnis nach einem Masturbationsersatz, weshalb Bulimie bei beiden vorkommt. Allerdings unterstützt die Bulimie real das »Verschwindenlassen« des eigenen Körpers, so daß sie als Masturbationsersatz bei »erotisierter« Reaktion naheliegender scheint als bei »liberaler«. Daraus erklärt sich vielleicht die hohe Übereinstimmung zwischen AutorInnen verschiedenster wissenschaftlicher Strömungen in ihren Ansichten zur Psychogenese, unabhängig davon, ob sie die Anorexie oder die Bulimie (resp. Bulimarexie) ins Zentrum ihrer Arbeit stellen.

Im folgenden Kapitel werde ich deshalb nicht unterscheiden, ob es um Anorexien mit oder ohne Bulimie oder um Bulimien mit Normal- oder Untergewicht geht. Ich betrachte die individuellen Syndrome als *unterschiedliche Kombinationen von Veränderungen am autoerotischen Objekt mit Masturbationsäquivalenten.*

C. »Erotisierte« Reaktion

Das folgende Fallbeispiel ist einer Supervision entnommen:

Rita wurde im Alter von 16 Jahren durch den Hausarzt ihrer Mutter wegen Drogenabhängigkeit an die Analytikerin, die mir den Fall vorstellte, überweisen. Während ca. eines Jahres hatte sie sich schon Heroin und Kokain gespritzt. Die Analytikerin übernahm die Auf-

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

gabe mit einigen Bedenken und bot ein Setting mit zwei Sitzungen pro Woche an. In der Folge ließ sie sich weder durch »Abstürze« in die Sucht noch durch Lügen, weder durch verspätete noch durch ausgefallene Stunden beirren.

Die Mutter, eine Verkäuferin aus einfachen Verhältnissen, war erst zwanzig, als sie sich wegen der Schwangerschaft mit Ritas zwei Jahre älterem Bruder zur Heirat gezwungen sah. Unter Belastungen neigte die Mutter zu Depressionen mit Suizidalität. Die elterliche Ehe war nach langer Zerrüttung geschieden worden, als die Patientin siebenjährig war. Zwei Jahre später erhielt Rita einen Stiefvater und darauf einen jüngeren Stiefbruder.

Obwohl sie eine gute Schülerin war, konnte sie die dritte Sekundarklasse wegen Schwänzen und Schulleistungsabfall nur mit Mühe vollenden. Im anschließenden Sprachaufenthalt in der französischen Schweiz nahm sie 10 bis 15 kg zu und »entdeckte« die Bulimie als mögliches Abmagerungsmittel, was die Analytikerin etwa einen Monat nach Behandlungsbeginn erfuhr. Nach einem vorzeitigen Abbruch des Welschlandjahres begann der Drogenkonsum. Bei Therapiebeginn war Ritas Gewicht wieder normal.

Nach einjähriger Therapie konnte sie sich endlich zu einem vom Hausarzt durchgeführten Methadonprogramm entschließen, was sie allerdings sehr kränkte. Über einen längeren Zeitraum wurde die Dosierung allmählich bis auf Null reduziert. Unterdessen besprach die Analytikerin mit Rita die verschiedensten beruflichen Möglichkeiten, was schließlich zum Beginn einer Lehre als Arztgehilfin führte. Inzwischen stellte sich heraus, daß Rita die Drogen von Anfang an vor allem deshalb nahm, weil sie damit ihr Gewicht reduzieren konnte.

Gegen Ende des Methadonprogramms und in der Zeit danach nahm Ritas Körpergewicht bedrohlich ab, bis sie, bei mittlerer Statur, noch 39 kg wog. Die Periode war schon mehrere Monate ausgeblieben, und Rita mißbrauchte Abführmittel – also ein Vollbild einer Anorexia nervosa.

Von Anfang an hatte Rita auf Deutungen negativ reagiert und sich danach oft wochenlang verschlossen. Dies löste bei der Analytikerin jedesmal das Gefühl aus, in eine Falle geraten zu sein. Als schließlich Vater und Mutter intervenierten und auf eine Hospitalisierung drängten, ersuchte sie um eine dringliche Supervisionsstunde.

Am Fallbericht, der mir in dieser Stunde präsentiert wurde, beeindruckte mich zunächst die Gelassenheit, mit er die Analytikerin offenbar mit all den Schwierigkeiten der Behandlung einer – wenn auch nicht ganz typischen – Fixerin umgegangen war: nicht unbeteiligt, aber ohne sich in Strudel von Mit- oder Gegenagieren hineinziehen zu lassen, unbekümmert darum, ob eine ambulante, psychoanalytisch orientierte Therapie in einer solchen Situation überhaupt indiziert sei. Diese Haltung hatte sich – nach meiner Wahrnehmung – auch während der Entwicklung der Anorexie nicht wesentlich verändert. Daß die Analytikerin sich in ausführliche Gespräche über Ritas berufliche Zukunft einließ, schien mir für die Behandlung einer Jugendlichen mit dieser Geschichte nicht unangemessen zu sein.

Da ich also weder eine zündende Idee noch einen klugen Rat zu bieten hatte, geriet ich ins Theoretisieren und erklärte der Supervisandin die in dieser Arbeit dargestellte Hypothese, daß bei vielen Anorexiekranken die Mütter erotisiert auf die kindliche Masturbation der betroffenen Töchter reagiert hätten. Dies könne sich dann in einer erotisierten Gegenübertragung der Analytikerin oder des Analytikers zeigen, wovon ich im vorgestellten Fall aber nichts sähe. Noch häufiger stelle es sich so dar, daß die Analysandin befürchtet, die AnalytikerIn »begeile« oder »befriedige« sich an dem gebotenen analytischen Material oder an den Fortschritten der Patientin.

Zu meiner Überraschung leuchtete das der Supervisandin sofort ein: Ich wüßte ja gar nicht, wie sie bei den Berufsüberlegungen und -plänen von Rita mitgefiebert habe. Es sei ihr sensationell vorgekommen, daß dieses »abgestürzte« Mädchen plötzlich eine ganz normale Berufsperspektive vor sich hatte. Die Patientin müsse gespürt haben, wie »geil« die Analytikerin das fand, um so mehr, als diese sie ja auf eine spezifische Weise in ihrem professionellen Ehrgeiz »befriedigt« hatte. Sie lehne nämlich die Haltung vieler analytischer KollegInnen, im Umgang mit jugendlichen Drogensüchtigen immer sofort auf Abstinenz

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

zu bestehen, als moralisierend ab. Die Berechtigung zu diese Einstellung habe sie durch die erfolgreiche Therapie mit Rita sich selbst und anderen ja auch beweisen können.
Nachdem die Supervisandin sich vergewissert hatte, daß ich der Patientin all das bei jeder sich bietenden Gelegenheit umfassend deuten würde, sowohl in der Übertragung-Gegenübertragung als auch rekonstruktiv, hörte ich jahrelang nichts mehr von dem Fall. Bei meiner katamnestischen Nachfrage ergab sich dann folgendes: Tatsächlich habe sie mit Rita während mehrerer Monate nur daran gearbeitet, daß diese befürchtete, von ihrer Analytikerin zu deren eigener Befriedigung mißbraucht zu werden. In dieser Zeit habe sich das Gewicht normalisiert. Die Menstruation sei hormonell eingeleitet worden, und von bulimischen Symptomen habe sie schon lange nichts mehr gehört. Rückfälle in den Drogenkonsum seien nicht mehr aufgetreten. Rita hat die Arztgehilfinnenschule mit guten Noten abgeschlossen und noch ein Jahr in dem Beruf gearbeitet. Zur Zeit habe sie einen verheirateten Freund, das »gehe leidlich«.

Im folgenden hebe ich durch Kursivierung hervor, worauf es mir bei der Illustration meiner Hypothesen ankommt: Die Analytikerin nimmt eine jugendliche Fixerin in Psychotherapie, noch ohne zu wissen, daß sich hinter ihrem Drogenkonsum eine Bulimie verbirgt. Sie ermöglicht ihrer Patientin einen *autonomen* Umgang sowohl mit der *Sucht* als auch mit dem therapeutischen Setting. Fassen wir schon die Sucht als *Masturbationsäquivalent* auf (s. dazu beispielhaft Rado, 1926), ergibt sich: Die Analytikerin reagiert auf die Rückfälle in die Sucht *nicht »entsetzt«*, wie ein konventioneller analytischer Umgang von einer Fixerin erlebt werden könnte, denn sie nimmt sie nicht nur trotz der zu erwartenden Schwierigkeiten in Behandlung, sondern sie ermöglicht ihr nach Sucht-(=Masturbations-)exzessen jederzeit eine *»Wiederannäherung«*. Ihr Vorgehen könnte eher als *»liberale«* Reaktion verstanden werden. Wenn wir aber sehen, wie die Analytikerin Rita langsam aber sicher für ein Methadonprogramm motiviert, ist ihr Vorgehen adäquat und könnte wie eine *»irritierte«* Reaktion erlebt worden sein. Was Rita verstanden haben könnte, läßt sich so in Worte fassen: »Mit der Sucht (=der Masturbation) können wir zwei nichts anfangen; sie gehört nicht in unsere Beziehung, sondern ins Methadonprogramm (=ins stille Kämmerlein)«. Auch wenn es Rita kränkte, sind ihre *autonomen* Funktionen dennoch unterstützt worden. Die Analytikerin erfuhr zwar schon nach einem Monat von Ritas *»Freßanfällen«*, kümmerte sich aber nicht darum, sondern engagierte sich *»mitfiebernd«* für ihre berufliche Rehabilitation. Sozusagen »unter der mitfiebernden Hand« der Analytikerin entwickelte sich das Vollbild einer Anorexie, bis hin zur drohenden Notwendigkeit einer Hospitalisierung.
Die souveräne Haltung der Analytikerin bezüglich ihrer *Gegenübertragungsreaktion* ermöglichte es ihr nach der Supervision nicht nur, ihr »Mitfiebern« als auf die autonome Entwicklung Ritas verschobene *»ero-*

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

tisierte« Reaktion zu erkennen, sondern *konsequent deutend* damit umzugehen. Darin sehe ich Gründe, daß sowohl die süchtige als auch die bulimisch-anorektische Symptomatik zumindest für einige Jahre verschwunden ist.

Fassen wir die – durch diesen Fall teilweise illustrierten – Hypothesen nochmal zusammen: Kinder – ich spreche in diesem Zusammenhang der Einfachheit halber von Mädchen –, welche später an Anorexie und/oder Bulimie erkranken, werden in ihrer narzißtischen Entwicklung im allgemeinen und in der Aufrichtung autonomer Funktionen im speziellen dadurch behindert, daß ihre primären Bezugspersonen – in unserer Gesellschaft gewöhnlich die Mütter – auf ihre autoerotischen Besetzungen und Lebensäußerungen, insbesondere auf die kindliche Masturbation, unbewußt »erotisiert« reagieren. Anstelle der Erfahrung, das Objekt aus der Zweisamkeit vorübergehend »herausschmeißen« zu können und in der Lage zu sein, sich autonom Befriedigung zu verschaffen, wird das Objekt in die unabgegrenzte Zweisamkeit »hineingezogen« und so die Autonomie in statu nascendi beschädigt. Dies bereitet den Boden für spätere narzißtische Desintegrationsängste. Darauf reagieren die Kinder erstens mit einer Einschränkung der autoerotischen Besetzungen und Aktivitäten, was die Grundlage der bekannten Störungen des Körperschemas bildet; zweitens mit einer Überanpassung, was sie während der Latenzzeit zu den typischen »problemlosen Sonnenscheinkindern« werden läßt.

Der Triebschub der Pubertät reaktiviert mit dem Drang zur autoerotischen Abfuhr die schweren Ängste vor Autonomieverlust und narzißtischer Desintegration. Unbewußt müssen nicht nur Neuauflagen der »erotisierten« Reaktion vermieden, sondern nach Möglichkeit Masturbationsäquivalente »erfunden« werden, welche den Sinn haben, bei den primären (und im Wiederholungszwang auch allen späteren) Objekten Reaktionen auszulösen, die ich »irritiert« genannt haben, um dadurch die verhinderte Abgrenzung und Autonomieaufrichtung doch noch zu vollziehen. Das Abmagern und die damit verbundene Amenorrhoe – beides »defektive Symptome« – bedeutet demnach ein »Verschwindenlassen« und Unattraktivmachen des Objekts autoerotischer Besetzungen – des eigenen genitalen Körpers. Dadurch sollen Neuauflagen der »erotisierten« Reaktion vermieden werden. Die Bulimie und andere »produktive Symptome« wie Bewegungsdrang, Suchtverhalten mit Laxantien und Diuretika, Kleptomanie etc. wären die für Anorexie-/Bulimiesyndrome charakteristischen Masturbationsäquivalente.

Sexuelle Beziehungen werden dann als bedrohlich erlebt, weil sexuelle

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Annäherungen möglicher PartnerInnen als Neuauflage der »erotisierten« Reaktion erlebt werden. Das darf *nicht mit einer Ablehnung der weiblichen Rolle oder Sexualität an sich* verwechselt werden (s. dazu auch Gerlinghoff et al., 1988, S. 103; Selvini Palazzoli, 1963, S. 92).

Es ist nicht zuletzt das Verdienst familientherapeutisch orientierter AutorInnen (u. a. Minuchin et al., 1978; Selvini Palazzoli, 1963; Weber und Stierlin, 1989), Familienstrukturen beschrieben zu haben, in denen die Individuen sich nicht nur schlecht abgrenzen können, sondern die es auch nahelegen, daß die Eltern ein wenig befriedigendes Sexualleben haben – nach meiner Auffassung eine Voraussetzung dafür, an den autoerotischen Aktivitäten der Kinder partizipieren zu wollen.

Was nun bis am Schluß dieses Kapitels folgt, sind Literaturbeispiele, anhand derer ich die vielen dort vorhandenen Mosaiksteine aufzeigen will, die sich zwanglos in mein Konzept einfügen lassen.

In der analytischen und nicht-analytischen Literatur besteht eine große Übereinstimmung darüber, daß die Betroffenen verzweifelt um die Aufrichtung resp. Aufrechterhaltung einer prekären, brüchigen, ständig bedrohten inneren und äußeren *Autonomie* kämpfen. Thomä (1961) spricht vom »wahnähnlichen Glauben, in Autarkie von der eigenen Substanz leben zu können« (S. 266); Hilde Bruch (1973, 1980) kann nicht genug betonen, daß in den Therapien die Autonomie zu wahren und zu fördern sei; Deutungen würden genau diese unterlaufen. Damit erklärt sie eine ungenügende Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen. In dieser Einschätzung hat sie bisher nicht nur die Tatsachen auf ihrer Seite, sondern einen weitgehenden Konsens sämtlicher prominenter AutorInnen aus den verschiedensten Richtungen der Psychotherapie.

Meines Erachtens ist nicht die Psychoanalyse als solche, sondern die »Verflüchtigung des Sexuellen aus der Psychoanalyse« (Parin, 1985) *eine* Ursache des beklagten Ungenügens. Mit der Sexualität ist insbesondere auch die infantile Masturbation an den Rand unseres psychogenetischen Interesses gedrängt worden. Dieser Annahme bin ich speziell nachgegangen, zuerst bei Thomä (1960, 1977) als dem klassischen psychoanalytischen Autor auf diesem Gebiet:

»›Das passive Ausgeliefertsein des Ich an die zähe und unerbittlich wirkende Gewalt des Hungers‹ (H. Kunz, Bd. I, S. 85) ist es, was diese Patienten zu einem Abwehrkampf führt. Denn im Hunger wird die Abhängigkeit des Ich von der Natur, vom eigenen Körper und – besonders im Kindesalter – von der Fürsorge einer Pflegeperson in unvergleichbarer Weise erlebt. Es gibt zwar auch einen oralen Autoerotismus (Abraham, Rado), aber keine Selbstbefriedigung des Hungers, richtiger gesagt: die genitale Masturbation hebt den inneren Reiz auf und führt zur körperlichen Befriedigung, die ›orale‹ Masturbation kann nur zu einer fiktiven, illusorischen oder halluzinatorischen Befriedigung führen« (1960, S. 266).

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Hier wird das Verhalten von Anorektikerinnen zwar in einen Zusammenhang mit der Masturbation gestellt, doch bleibt dieser Gedanke sowohl für die Psychogenese als auch für die Behandlungsvorschläge folgenlos. Und dies, obwohl Thomä dem Kampf seiner Patientinnen um eine prekäre Autonomie große Aufmerksamkeit schenkt. Die von ihm dargestellten Patientinnen verloren häufig noch weiter an Gewicht, wenn er sie in Psychoanalysen mit bis zu fünf Wochenstunden (z. B. Henriette A., S. 94) nahm. Ein solches Setting ist wohl als bedeutende Einschränkung der Autonomie erlebt worden, worauf mit einer Verstärkung der Symptomatik reagiert wurde. 1977 spricht Thomä in der Grundsatzdiskussion der Menninger-Klinik zur Anorexie von »unbewußter Sexualisierung des Hungertriebs, der von Störungen des Körperschemas begleitet« ist (S. 445). Im Rahmen der gleichen Diskussion beschreibt Chediak (1977) Konzepte von Mahler, Bruch, Selvini Palazzoli, Sours und Masterson und faßt diese (und die vieler anderer AutorInnen) zu dem übereinstimmenden Konzept zusammen, demzufolge

»zu einem bestimmten Zeitpunkt in der symbiotischen Phase die Mutter über den Körper und die körperlichen Bedürfnisse der späteren Anorektikerin absolute Kontrolle ausübt, als Bedingung dafür, daß sie die Existenz des Kindes annehmen und es als Teil ihrer selbst sehen kann. Die kindliche Internalisierung dieser Mutter, welche nur unter bestimmten Bedingungen geben kann, wird von innen heraus denselben Preis fordern; so wird die Mutter-Kind-Kollusion, den Körper und seine Funktionen sowie die Psyche und ihre Entwicklung zu kontrollieren, zum sine qua non der Existenz. Die Mutter zu behalten und sie gleichzeitig loszuwerden, sind im Kampf der Wiederannäherungskrise zentral« (S. 461, Übers. R. B.).

In diese Beschreibung kann zwanglos das von mir angenommene treibende Motiv für »die absolute Kontrolle des Körpers und seiner Bedürfnisse durch die Mutter der späteren Anorektikerin« eingefügt werden: die kindliche Masturbation und der unbewußte mütterliche Anspruch, an den autoerotischen Manifestationen des Kindes zu partizipieren. Daß dieses Element weder bei Chediak noch bei den von ihm zitierten AutorInnen noch in der übrigen durchgesehenen analytischen und nicht-analytischen Literatur (z. B. Bastiaans, 1963; Battegay, 1982; Bruch, 1978; Feiereis, 1990; Fichter, 1989; Köhle und Simons, 1990; Sours, 1980, 1984; Weber und Stierlin, 1989) vorkommt, hat mich überrascht. Allerdings fehlt es doch nicht ganz, wie folgende Beispiele zeigen:

1. Beim Nachschlagen von Ludwig Binswangers (meines Großonkels) »Versuch einer Hysterieanalyse« (1909) stoßen wir darauf, daß seine Patientin Irma zwar einerseits an »großen« hysterischen Symptomen (Anfälle, Dämmerzustände, Paresen) litt, andererseits an den Symptomen einer Anorexie: Gewichtsabnahme bis 75 Pfund (37½ kg), Ausbleiben

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

der Periode, Bewegungsdrang, Erbrechen. In der Onaniediskussion (*Die Onanie*, 1912, S. 125 ff.) interpretiert Otto Rank Irmas Krankengeschichte wie folgt:

»So ist bei *Binswangers* Patientin, die auch an Waschzwang litt (S. 253), neben den Anfällen die interessanteste und wichtigste Symptomengruppe Irmas Verhalten gegenüber der Nahrungsaufnahme, dem Essen. Wir hörten von vollständiger Nahrungsverweigerung *(Fasttage!)* infolge Ekels vor dem Essen, und dem Gegensatz, enormem *Heißhunger,* ferner von einer starken Gêne, mit anderen Menschen zu essen; sie nimmt ihre Mahlzeiten *allein* ein (S. 205). All das sind charakteristische Masturbationssymptome, was bereits der Bericht der Mutter wie die Auffassung der Patientin selbst verrät. Auf einer Erholungsreise mit der Mutter verlangt sie schon in den ersten Tagen die Erlaubnis, ›ein paar Tage fasten zu dürfen, da sie sich dann wohler fühle, sie würde später ganz pünktlich essen … Sie stellte mehrfach das Ansinnen an mich (heißt es im Bericht der Mutter) *ihr Essen wegzuschließen, da ihr Wille nicht stark genug sei, es zu verschmähen*‹ (S. 185). Deutlicher läßt sich der verdrängte Wunsch nach zwangsmäßiger Abgewöhnung der unerträglich gewordenen Masturbationsneigung der für das Sexuelle gänzlich verschlossenen Umgebung kaum mehr ins Gesicht schreien. Erscheint so das Fasten als Ersatz der Onanieabstinenz, so ist der abwechselnd damit auftretende Heißhunger ein Äquivalent des neuerlich hervorbrechenden Befriedigungswunsches …
Daß der Abwehrkampf bei ihr sehr früh und intensiv eingesetzt haben muß, geht daraus hervor, daß sie ›sich schon als Kind ekelte (oder entsetzte, S. 227), wenn sie unschön essen sah‹ (S. 205). Die Herkunft der Bedingung des Alleinessens aus dem Masturbationskomplex verrät sich außer als Zug der charakteristischen Heimlichkeitskrämerei auch darin, daß selbst die Mutter der Pat. das Zimmer verlassen mußte, während diese die Mahlzeiten einnahm (S. 182) … Doch zeigt das vollausgeprägte Symptom bei Irma, daß es sich dabei um eine direkte Identifizierung des Essens mit dem ebenfalls heimlich und allein ausgeführten Sexualakt handelt. Wie bei der Entwicklung des Wahrheitsfanatismus der Abgewöhnungskampf vom eigentlichen Sexualakt auf die ebenfalls verbotene Lügensucht verschoben erschien, so ist er hier auf den Akt der Nahrungsaufnahme verschoben, was sich auch in der Bestrafung der Masturbation durch Fasten (verschobene Enthaltsamkeit) äußert. Bewußt ist der Pat. allerdings nur, daß sie sich für das Lügen straft, welches sie also ebenso für das sexuelle Vergehen, die Masturbation, einsetzt wie das Fasten für die sexuelle Abstinenz.«

In der Analyse Ranks hat also die Masturbation als Teil der infantilen Sexualität einen zentralen Stellenwert, auch wenn bei ihm ihre interaktive Seite und ihre spezielle Bedeutung für die narzißtische Entwicklung fehlt.

2. Schulte und Böhme-Bloem (1990, S. 95) schreiben in ihrer vortrefflichen Monographie:

»Die Nähe des Freßanfalls zu einem erotischen und sexuellen Erleben ist augenscheinlich. Nicht nur symbiotische Phantasien tragen den Anfall, sondern auch lustvolle Impulse nach autoerotischen Befriedigung über die Mundschleimhaut. Das Schmecken und Riechen transformiert sich in das Lecken, Schlecken, Schmatzen und zeigt unverhohlen das Sexuelle auf. Nicht selten kommt es nicht nur zu indirekter sexueller Befriedigung, sondern zu gleichzeitigem Onanieren. Manche Frauen geben sich dem Freßanfall im Bett hin, in einer Szenerie, in der sich die Symbiose mit der Sexualität schnell vermischt … Auch die Manipulation mit dem Finger im Hals zur Provokation des anschließenden Erbrechens weist eine große Nähe zu masturbatorischer Betätigung auf.«

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Bezüglich der Sexualität (S. 103) sprechen die AutorInnen von einer »Suche nach Ersatzobjekten oder -bereichen«, weil jede befriedigende Sexualität die Mutter verraten würde – was nach meinen Hypothesen aber nicht der primäre Grund, sondern die sekundäre bewußtseinsfähige Reaktionsbildung darstellt. Der so treffend als Masturbationsäquivalent beschriebene Charakter des Freßanfalls wird allerdings in den weiteren psychogenetischen Ableitungen von Schulte und Böhme-Bloem kaum fruchtbar gemacht.

3. Ettl (1988) synthetisiert seine Erfahrungen mit Bulimiepatientinnen in einem differenzierten metapsychologischen Gebäude, unter Berücksichtigung der »polymorphen Verflechtung der psychosexuellen Phasen« (S. 73). Dabei thematisiert er auch die Onanie resp. die Parallelen des Freßanfalls mit ihr:

> »Das gierige Essen ist der Versuch, die innere Leere, die Ich-Verarmung aufzufüllen, welche durch den Verlust des Objektes entstanden ist. Es dient dem ›Reizschutz nach innen‹ (Fenichel, 1931, S. 61), darin der Zwangsonanie verwandt, die sich in den Krankengeschichten der Patientinnen häufig finden läßt« (S. 51). »Das Erbrechen aktiv herbeizuführen ist so zwingend, weil die Kranken das Gefühl brauchen, die Befreiung selbst in der Hand (im Finger) zu haben, um sich ihrer Autonomie zu versichern. Darin ist das Erbrechen der Onanie verwandt: Dort haben sie die Befriedigungsmöglichkeit selbst in der Hand« (S. 61).

Daß die Kinder zur Befriedigung der Mütter dienen, ist von Ettl ebenfalls thematisiert:

> »Die Überforderung meiner Bulimie-Patientinnen war – soweit sich das rekonstruieren ließ – bedingt durch eine mütterliche Unersättlichkeit nach narzißtischer Zufuhr... Über den kumulativen Anspruch bilden sich die Patientinnen die Imago einer gierig fordernden Mutter, der man es nie recht machen kann. Die Mutter wird zur ›Hexe‹, die stiehlt, innerlich ausräumt, auslaugt und vergewaltigt. Das sind Bilder, *die die Einseitigkeit der Befriedigung zugunsten des Primärobjekts signalisieren* (Hervorh. R. B.). Diese Imago verlegt den Patientinnen zumeist den Weg zu gemeinsamer Befriedigung« (ebd., S. 68).

Ettl zeigt auch, wie sich dies in der Übertragung darstellen kann:

> »Brauchen die Patientinnen einerseits meine Zufriedenheit, so hassen sie sie andererseits auch, denn wenn ich lächle, so werden sie unsicher und ärgerlich, weil sie fürchten, es sei mir gelungen, mich durch sie zu befriedigen« (S. 54). »Diese Episode nimmt zudem ein für Bulimie-Patienten typischen Übertragungsmoment in den Blick: die Sorge, wie der Analytiker es mit seinen Deutungen hält. Stellt er sie seinen Patienten zur Verfügung *oder gibt er sie zur eigenen Befriedigung*?« (S. 56; Hervorh. R. B.).

Ich sehe also meine Auffassung durch Ettl weitgehend bestätigt, auch wenn bei ihm die narzißtischen Ansprüche der Mutter gegenüber den libidinösen im Vordergrund stehen.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

III. Schlußfolgerungen

A. Grenzen und Vorbehalte

1. Obschon diese Arbeit um die kindliche Masturbation zentriert ist, wurde daraus immer mehr ein Stück Metapsychologie zur Psychogenese von Anorexie und Bulimie. Damit stellt sich die komplexe Frage der *psychogenetischen Spezifität* verschiedener Psychosyndrome und psychosomatischer Erkrankungen. Ich bin pragmatisch an diese Frage herangetreten, indem ich von *disponierenden Beziehungen* zwischen bestimmten elterlichen Reaktionsweisen und deren kindlichen Verarbeitungsformen einerseits, bestimmten Syndromen andererseits spreche. Dadurch vermeide ich jeden linearen Determinismus, ohne eine Beliebigkeit zwischen verschiedenen Konfliktverarbeitungsweisen und ihnen entsprechenden Symptomen resp. Charakterbildungen zu postulieren.
Immerhin zeichnen sowohl die klinischen Beschreibungen als auch die psychogenetischen Ableitungen verschiedenster AutorInnen zu Anorexie und/oder Bulimie ein recht einheitliches Bild, so daß eine *relative* Spezifität der Psychogenese *vermutet* werden kann. Ob dabei die zugrunde liegenden Persönlichkeiten eher neurotisch oder eher narzißtisch gestört erscheinen, hängt m. E. weniger von der spezifischen Konfliktkonstellation ab als einerseits von der Schwere der allgemeinen kindlichen Traumatisierungen, andererseits von der individuellen Verarbeitungsfähigkeit der Kinder.
2. Die Auffassung einer relativen Spezifität in der *metapsychologischen* Theoriebildung birgt allerdings eine Gefahr, welche in der psychoanalytischen *Praxis* vermieden werden muß: die direkte Applizierung metapsychologischer Konzepte auf unsere AnalysandInnen. An sich verbietet die analytische Haltung es von selbst, bei jeder anorektischen resp. bulimischen Symptomatik etwa nach spezifischen Schicksalen der kindlichen Masturbation zu suchen. Die mögliche »Griffigkeit« der vorgetragenen Konzepte kann trotzdem dazu verführen, statt der Theorie der Technik der Metapsychologie Priorität zu geben, wenn wir mit anorektischen resp. bulimischen AnalysandInnen in Schwierigkeiten geraten (Morgenthaler, 1978).
3. In dieser Arbeit habe ich nichts grundlegend Neues entwickelt. Ich habe einfach Vieles, was auch schon gedacht und geschrieben wurde, zu *einem* Gesichtspunkt zusammengefügt. Andere Gesichtspunkte, die ich ebenfalls als wichtig erachte, fehlen. Weggelassen habe ich u. a. die Schicksale und Verarbeitungen der Oralität, die Bedeutung der analen

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Phase für die Aufrichtung der Autonomie, die Schicksale der sadistischen und masochistischen Partialtriebe, die Entwicklung der Aggression und vor allem das ödipale Drama. Ferner fehlen psychosoziale Gesichtspunkte, ohne die weder der aktuelle anorektisch-bulimische Modetrend noch die Tatsache, daß diese Syndrome fast ausschließlich Mädchen und Frauen betreffen,[7] erklärt werden können. Schließlich habe ich auch *nur einen Aspekt* der kindlichen Masturbation herausgegriffen, und auch diesen vorwiegend von seiner interaktiven und weniger von seiner intrapsychischen Seite her beleuchtet: den funktionellen Aspekt innerhalb der narzißtischen Besetzungen resp. Entwicklungen. Ihre objektlibidinöse Bedeutung (Freud, 1905) habe ich gänzlich weggelassen, ebenso die *Masturbationsphantasien,* (Freud, 1908) und deren Bedeutung bei der Verarbeitung der ödipalen Situation und bei ihrer Wiederbelebung während der Adoleszenz (Laufer, 1980).

Immerhin: Während ich im Kapitel zur Zwangsneurose zu dem Schluß kam, daß mein Gesichtspunkt dort eher einen Nebenaspekt beleuchtet und nichts wesentlich Neues bringt, scheint er mir bei den Anorexie-Bulimie-Syndromen eine zentralere Bedeutung zu haben und dadurch neue Aspekte zu eröffnen. Die Richtung der *weiteren Überlegungen* müßte dahin gehen, ihn mit den erwähnten anderen, hier nicht behandelten Gesichtspunkten zu verknüpfen. Dabei kann z. B. die auffällige Oralität als das *bewußtseinsfähige Manifeste* verstanden werden, an dem sich das *Unbewußte, Latente* – die hier besprochenen Schicksale um die kindliche Masturbation als Bedingung für die Aufrichtung der Autonomie innerhalb der narzißtischen Entwicklung – von unten nach oben verschoben festgemacht hat. Die ödipale Konfliktlösung wäre dann dadurch beeinträchtigt, daß die spätere Anorektikerin ihren Vater nicht richtig begehren könnte, weil sie infolge der libidinösen Besitzansprüche der Mutter, welche die Libido- und Ichentwicklung behindern, sich viel eher wünschen muß, daß nicht sie, sondern *die Mutter* den Vater richtig »kriegt«; nur das könnte dahin führen, daß die Mutter ihre autoerotischen Besetzungen vom Töchterchen abzieht. Andererseits zwingt die gesellschaftlich bis vor kurzem vorherrschende Struktur der Kleinfamilie viele Mütter der oberen Mittelklasse dazu, in der autoerotisch unbefriedigenden Rolle der Hausfrau und Mutter »aufzugehen«, während das moderne Schlankheitsideal als »psychosoziales Entgegenkommen« dient, mit dem sich die Abmagerung rationalisieren läßt. Schließlich: in der Psychoana-

[7] Reimut Reiche (mündliche Mitteilung) ist der Ansicht, daß die gleiche Konstellation, welche nach meiner Auffassung bei Mädchen zur Anorexie/Bulimie disponiert, bei Knaben die Entwicklung zur Perversion begünstigt.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

lyse stellt sich jede Symptomatik, wie oben ausgeführt, als *überdeterminiert* dar, weswegen es sich von selbst verbietet, nach einer *einzigen Ursache* irgendeines psychopathologischen Syndroms zu suchen.

B. Zur Behandlungstechnik

Wie die dargestellten Beispiele aus analytischen Situationen illustrieren, stellt sich die Masturbation selber in der Regel nicht direkt dar – im Gegensatz zum Psychodrama, wo sie auf der Bühne nachgespielt werden kann. In der Übertragung-Gegenübertragung wiederholen wir (reale oder phantasierte) elterliche Reaktionen auf Lebensäußerungen unserer AnalysandInnen, die sich – für beide PartnerInnen des analytischen Prozesses zunächst unbewußt – als *verschobene* autoerotische Besetzungen und/oder Akte, als *Masturbationsäquivalente* darstellen. Bei Herrn K. betraf dies meinen Umgang mit *Selbst*mordphantasien, bei Rita die Reaktion der Analytikerin auf ihre berufliche *Selbst*verwirklichung, bei Frau D. über weite Strecken die analytische Situation als solche, soweit sie *Selbst*reflexion ist.
Auch wenn wir den analytischen Prozeß nicht auf Selbstreflexion reduzieren, ist sie eine wichtige und notwendige Voraussetzung dazu. Die Art und Weise, wie die AnalysandInnen assoziieren können, müssen oder auch nicht können, bekommt daher früher oder später den Stempel der infantilen und späteren Masturbation aufgedrückt, ihrer Schicksale und Verarbeitungen. Bei ZwangsneurotikerInnen treibt ihr Umgang mit der freien Assoziation Blüten, die uns zumindest »irritieren«, aber auch eine »entsetzte« Reaktion darauf nahelegen können. Bei Frau D. war es die als »liberale« Reaktion konstellierte und erlebte »neutrale« analytische Haltung, welche den Prozeß lange Zeit blockierte. Bei Anorexie-Bulimiepatientinnen ist »der psychoanalytische Eros« von Anfang an Aufhänger für die Wiederholung »erotisierter« Reaktionen; mein Gesichtspunkt hilft, leichter zu verstehen, weshalb diese Patientinnen auf Distanz gehen. Wenn Deutungen in unbewußte Bereiche vorzudringen versuchen und dadurch auch nur andeutungsweise als »penetrierend« erlebt werden, wundern wir uns nicht, daß sie – statt Erleichterung – Kränkungen und Fluchtreaktionen verursachen. Die aversive Reaktion der Betroffenen darauf zeigt sich regelmäßig auch darin, Deutungen nicht anders erleben zu können denn als Vorwürfe. Bruch ist deshalb der Meinung, daß psychoanalytisches Vorgehen und insbesondere Deutungen, *unabhängig davon, ob sie richtig oder falsch sind,* die Betroffenen in der Aufrichtung ihrer Autonomie beeinträchtigen.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

In der Fallvignette Rita sehen wir das zunächst bestätigt. Auf Deutungen reagiert sie negativ, mit einer Ausnahme: die konsequente, die Befürchtungen des Ichs innerhalb der Übertragung-Gegenübertragung ins Zentrum stellende Deutungsarbeit, welche die »mitfiebernden« Reaktionen der Analytikerin als »erotisierte« Reaktion auf Ritas Versuche zur Selbstverwirklichung deutet. Dies habe ich inzwischen mehrfach erlebt, so daß Bruchs Meinung relativiert werden kann: In den Fällen, in denen sich mein Konzept dadurch als richtig erweist, daß es sich in der Übertragungs-Gegenübertragungssituation klar darstellt, *wirkt* die richtige und *vollständige* Übertragungs- und rekonstruktive Deutung oft erstaunlich rasch und nachhaltig.

Die Schwierigkeiten der Psychoanalyse mit Anorexie-Bulimie-Patientinnen läßt sich also dadurch erklären, daß unser ganzes Verfahren als »erotisierte« Reaktion erlebt, aber selten so gedeutet wird. Dazu trägt bei, daß wir nicht nur in einem dichten Setting, welches real die zeitliche und finanzielle Autonomie unserer AnalysandInnen einschränkt, arbeiten und dessen Störung wir als Widerstand zu deuten gewohnt sind, sondern daß wir auch unseren »analytischen Eros« auf die tiefen (intimen) unbewußten Vorgänge innerhalb der analytischen »Zweierbeziehung« richten. Erfolge bestimmter FamilientherapeutInnen könnten wir demgegenüber so erklären: Sie ziehen das Zentrum ihrer Aufmerksamkeit – ihren »therapeutischen Eros« – vom betroffenen Individuum und seinem (intimen) Unbewußten ab und verlagern es auf die ganze Familie und deren bewußte und vorbewußte Interaktion. An die Stelle der individuellen »erotisiert« erlebbaren Situation stellen sie eine kollektive »irritierte« Situation, unabhängig von den bewußten systemischen Konzepten, die sie anwenden. Diese Konzepte *ermöglichen* ihnen aus meiner Sicht die Etablierung und Aufrechterhaltung der desexualisierten »irritierten« Reaktion und geben den Betroffenen *Instrumente* in die Hand, mit denen sie weiterarbeiten können (s. z. B. Minuchin et al., 1978).

Einzelne psychoanalytische AutorInnen geben behandlungstechnische Anweisungen, die zu meinem Konzept passen, z. B. Boris (1984 a, 1984 b). Unter dem Stichwort »schlechte Psychoanalyse ist nicht ›gut‹ für jedermann« unterzieht er die gegenüber der Psychoanalyse ablehnende Haltung insbesondere von Bruch (1978) und Minuchin et al. (1978) einer kritischen Würdigung. Seine theoretischen Konzepte enthalten zwar meinen Gesichtspunkt nicht explizit. Dagegen lassen sich seine aus der Praxis geschöpften Vorschläge für die Behandlung als Anleitung zur dazu passenden Modulierung der analytischen Haltung lesen:

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

»Sollte der Analytiker nichts für oder von der anorektischen Patientin wollen, wird sie davon sehr beeindruckt sein... Alles in allem *ist* es notwendig, nichts für oder von der Anorektikerin zu wollen, obschon sie keine Anstrengung scheut, Sehnsucht im Analytiker zu wekken (S. 463)... Der Analytiker muß also in einem Übergangsraum arbeiten. Er kann nicht an oder in seiner Patientin arbeiten. Sie ihrerseits wird – unwillkürlich – an oder in ihm arbeiten... Ein (Ausweg) ist, in die Luft zu sprechen. Als ob man seine Grübeleien einem interessierten, aber anderweitig beschäftigten Kollegen anvertraute, oder wie man ein Schnipsel aus der Morgenzeitung laut liest. Die Idee ist: Dies könnte Sie interessieren« (S. 438; Übers. R. B.).

Das liest sich wie eine analytische Haltung, die sich »autoerotisch total befriedigt« gibt. Dadurch vermeidet sie jede »erotisierte« Reaktion. Mein metapsychologisches Konzept kann also dazu beitragen, unsere analytische Haltung so zu modulieren, daß wir von den AnalysandInnen als »sexuell resp. autoerotisch nicht bedürftig« erlebt werden können. Dann wird die Analysandin, wie jede andere aus dem Indikationsbereich der Psychoanalyse, ihrem Wiederholungszwang folgen und *zum Beispiel* »Sehnsucht im Analytiker wecken«. Was immer uns früher oder später zum Mit- oder Gegenagieren motiviert, werden wir angemessen *deuten,* wenn es uns bewußt wird. Das ist die »gute Psychoanalyse«, welche auch bestimmten Anorexie-Bulimiepatientinnen gerecht werden kann.

(Anschrift des Verf.: Dr. med Ralf Binswanger, Freiestraße 90, CH-8032 Zürich)

Summary

Child masturbation – a Genetic Viewpoint. With special reference to anorexia and bulimia nervosa. – The author examines the functions of child masturbation in the development of narcissism and distinguishes a demarcation function, a compensation function and a function serving to establish autonomy. In Binswanger's view, certain reactions to child masturbation on the part of parents may affect the interactive relationship between the child and the parent representing the primary object in such a way as to thwart or undermine these functions. The result is the appearance of masturbation substitutes in the form of certain symptomes. Binswanger distinguishes »horrified«, »liberal«, and »eroticized« reactions by parents, relating the first to compulsion neurosis, the second to obesity, and the third to anorexia/bulimia. The author illustrates his hypotheses with copious references to cases from his own practice.

BIBLIOGRAPHIE

Amitai, M. (1977): Die Zwangsneurose. Bedeutung der Objektdistanz für ihre Behandlung. Psyche, 31, 385–398.

Bastiaans, J. (1963): Psychiatrische Bemerkungen zu Problemen der Fettsucht und Magersucht. Psyche, 16, 615–630.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Battegay, R. (1982): Die Hungerkrankheiten. Bern (Huber).
Binswanger, L. (1909): Versuch einer Hysterieanalyse. Z. f. psa. Forschung, I, 174–356.
Binswanger, R. (1980): Widerstand und Übertragung im Psychodrama. Gruppenpsychother. Gruppendynamik, 15, 222–242.
– (1985): Versuch einer Konzeptualisierung des psychodramatischen Prozesse. Integrative Therapie, 1, 26–38.
–, und R. Fröhlich (1985): Moreno und die Psychoanalyse. Integrative Therapie, 1 39–57.
Boris, H. N. (1984 a): On the problem of anorexia nervosa. Int. J. Psychoanal., 65, 303–311.
– (1984 b): On the treatment of anorexia nervosa. Int. J. Psychoanal., 65, 435–443.
Bruch, H. (1973): Eating Disorders, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York (Basic Books.).
– (1978): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Mit einem Vorwort von H. Stierlin. Frankfurt a. M. (Fischer Tb) 1980.
Chediak, Ch. (1977): The so-called anorexia nervosa. Bull. Menninger Clinic, 41, 453–474.
Die Onanie (1912). Vierzehn Beiträge zu einer Diskussion der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Wiesbaden (J. F. Bergmann).
Eglé Laufer, M. (1981): Female masturbation in adolescence and the development of the relationship to the body. Int. J. Psycho-Anal., 63, 1982, 295–302.
Ettl, T. (1988): Bulimia nervosa – die heimliche unheimliche Aggression. Z. f. psa. Theorie u. Praxis 3, 48–76.
Feiereis, H. (1990): Bulimia nervosa. In: T. v. Uexküll (1990), 615–634.
Fenichel, O. (1938): Über Masturbation. Aufsätze, Bd. II. Frankfurt a. M./Berlin/Wien (Ullstein) 1985, 92–99.
– (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. I–III. Berlin/Wien (Ullstein) 1983.
Fichter, M. (1989): Bulimia nervosa. Stuttgart (Enke).
Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. G. W. V, 29–145.
– (1908): Hysterische Phantasien und ihre Beziehungen zur Bisexualität. G. W. VII, 189–199.
– (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. G. W. VII, 279–463.
– (1923): »Psychoanalyse« und »Libidotheorie«. G. W. XIII, 209–233.
Freyberger, H., und K. Strube (1963): Psychosomatische Aspekte der Fettsucht. Psyche, 16, 561–578.
Gerö, G. (1952): Ein Äquivalent der Depression. Anorexie. Psyche, 5, 641–652.
Kohut, H. (1971): Narzißmus. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1973.
– (1972): Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. In: H. Kohut (1975), 205–251.
– (1975): Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt a. M. (Suhrkamp).
Köhle, K., und C. Simons (1990): Anorexia Nervosa. In: T. v. Uexküll (1990), 582–613.
Lampl-de Groot, J. (1950): On masturbation and its influence on general development. Psa. Study Child, 5, 153–174.
Laufer, M. (1980): Zentrale Onaniephantasie, definitive Sexualorganisation und Adoleszenz. Psyche, 34, 365–384.
Mahler, M. S. (1985): Studien über die ersten drei Lebensjahre. Stuttgart (Klett-Cotta).
–, F. Pine und A. Bergman (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt a. M. (Fischer) 1980.
Maisch, H., D. Schönberg und H. Wallis (1965): Psychosomatische Aspekte der einfachen Adipositas im Kindesalter. Psyche, 19, 339–364.
Minuchin, S., B. L. Rosman und L. Baker (1978): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart (Klett-Cotta) 1981.
Morgenthaler, F. (1978): Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M. (Syndikat).
– (1980): Homosexualität. In: F. Morgenthaler (1984), 95–136.
– (1984): Homosexualität, Heterosexualität, Perversion. Frankfurt a. M./Paris (Qumran).

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Parin, P. (1985): Die Verflüchtigung des Sexuellen aus der Psychoanalyse. In: P. Parin und G. Parin-Matthèy: Subjekt im Widerspruch. Frankfurt a. M. (Syndikat) 1986, 81–89.
Rado, S. (1926): Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Internat. Z. f. Psa., 12, 540.
– (1934): Die Kastrationsangst des Weibes. Wien (Int. Psa. Verlag).
Schulte, M. J., und C. Böhme-Bloem (1991): Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Stuttgart (Thieme).
Selvini Palazzoli, M. (1963): Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992.
Sours, J. (1980): Starving to Death in a Sea of Objects. New York (Jason Aronson).
Spitz, R. A. (1952): Autorität und Onanie. Psyche, 6, 1–24.
– (1962): Ein Nachtrag zum Problem des Autoerotismus. Psyche, 18, 1964, 241–272.
Stauder, K. H. (1959): Studien zur Psychologie und Psychotherapie der Fettsüchtigen. Psyche, 12, 641–686.
Stunkard, A. J., und V. Pudel (1990): Adipositas. In: T. v. Uexküll (1990), 565–581.
Thomä, H. (1960): Anorexia nervosa. Stuttgart (Klett).
– (1977): On the Psychotherapy of Patients with Anorexia Nervosa. Bull. Menninger Clinic, 41, 437–452.
Tolstrup, K. (1963): Psychosomatische Aspekte der Fettsucht im Kindesalter. Psyche, 16, 592–599.
Uexküll, T. v. (1990): Psychosomatische Medizin. München/Wien/Baltimore (Urban & Schwarzenberg).
Weber, G., und H. Stierlin (1989): In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek (Rowohlt) 1991.
Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett) 1973.

Lizenziert für Anita Dietrich-Neunkirchner am 05.09.2022 um 10:05 Uhr

© J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH