

EXISTENZANALYTISCHE THERAPIE VON ANOREXIE UND BULIMIE

HELENE DREXLER

Zentral für den therapeutischen Ansatz ist das Verständnis der Anorexie und der Bulimie als komplexe Erkrankungen auf körperlicher, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit die Behandlung all dieser Bereiche in die Therapie zu integrieren. Im vorliegenden Artikel werden die wesentlichen Schritte einer existenzanalytischen Therapie dargestellt. Es werden vorerst Fragen des Settings geklärt und Möglichkeiten der Ressourcenstärkung besprochen, mit dem Ziel den Patientinnen zu einer Stabilität zu verhelfen, die die Aufarbeitung ihrer tiefgreifenden Problematik erlaubt. Den Schwerpunkt der Erörterungen bilden die Bearbeitung der Defizite - in Wahrnehmung, emotionalem Erleben, Beziehungsgestaltung, Selbstwert, Denken und Einstellungen - sowie die Aufarbeitung von Verletzungen und Traumatisierungen in der Biografie.

SCHLÜSSELWÖRTER: Anorexie, Bulimie, Essstörung, Sucht, PEA, Inneres Kind

EXISTENTIAL ANALYTICAL THERAPY OF ANOREXIA AND BULIMIA

Central for the therapeutic approach is the understanding of anorexia and bulimia as a complex illness on a physical, psychological and cognitive level. This leads to the necessity of integrating the treatment of all these aspects into therapy. The present article outlines essential steps in existential analytical therapy. First of all questions referring to the setting are clarified and possibilities of strengthening resources are discussed with the aim to provide patients with a stability allowing the treatment of their profound problems. The main focus of the discussion is on the treatment of deficits – in perception, emotional experiencing, arrangement of relationships, self-worth, thought and attitudes – as well as the treatment of injuries and traumatization in biography.

KEYWORDS: anorexia, bulimia, eating disorder, addiction, PEA, inner child

EINLEITUNG¹

Die deutsche Namensgebung Magersucht und Ess-Brechsucht rückt die Suchtproblematik der Essstörungen in den Mittelpunkt. Weiten wir den Blick, so zeigt sich neben dieser Symptomatik eine vielschichtige Erkrankung. Wir finden auf der Körperebene eine Störung des Körperschemas und der Wahrnehmung von Körpersignalen; auf der emotionalen Ebene eine Beeinträchtigung der Gefühlswahrnehmung und der Zuordnung von Gefühlen; häufig hat sich begleitend zur Essstörung auch eine Depression entwickelt (Weigel 2008). Weiters zeigen sich problematische kognitive Denkmuster, die sich zu unrealistischen, mitunter wahnhaften Glaubenssätzen fixiert haben, sowie eine Störung der sozialen Beziehungen. Die Suchtproblematik findet ihren Ausdruck auf der Verhaltensebene (Bruch 2004).

Zahlreiche Autoren und Kliniken in Österreich ordnen Essstörungen den psychosomatischen Erkrankungen zu, was dem Umstand Rechnung trägt, dass die Symptomatik auf körperlicher Ebene sichtbar und ausagiert wird, ihre Entstehung und Aufrechterhaltung aber stark auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen ist, die die Betroffenen auf der psychischen Ebene nicht halten können (Stahr et al. 2010).

Habermas et al. (1987) und Jacobi (1991), die ich stellvertretend für Autoren, die sich mit dem Suchtcharakter von Essstörungen beschäftigen, nennen möchte, konstatieren keine typischen Süchte, wohl aber Suchtelemente; das deshalb, weil wesentliche Elemente der Sucht fehlen; zum Beispiel bei der Bulimie die Entzugserscheinungen oder etwa

bei der Anorexie wo nicht der Genuss, sondern die Kontrolle im Fokus der Erkrankten steht.

Aus diesen knappen Überlegungen ergibt sich für die therapeutische Vorgangsweise, dass nicht das gestörte Essverhalten und damit die explizite Suchttherapie im Mittelpunkt steht, sondern die Arbeit an den gestörten Persönlichkeitsanteilen. Eine Ausnahme stellen Situationen dar, bei denen der Suchtcharakter dominiert und eine Gefährdung der Patientin vorliegt. In diesen Fällen sind Maßnahmen der Suchttherapie wie strikte Tagesstruktur, Regeln und Kontrollen angezeigt, meist verbunden mit einem stationären Aufenthalt. Eine Differenzierung wird beim Thema Setting vorgenommen, die weiteren Ausführungen danach werden sich auf die therapeutische Vorgangsweise in der freien Praxis konzentrieren.

THERAPIEÜBERSICHT

Die in der Folge skizzierten Therapieschritte sind für Anorexie und Bulimie anwendbar, wo Unterschiede angezeigt sind, wird darauf beim jeweiligen Punkt eingegangen.

Am Beginn stehen Überlegungen zum Setting. Einen großen Stellenwert nimmt vor allem in der ersten Zeit der Therapie die ressourcenorientierte Arbeit ein, mit dem Ziel, den Patientinnen zu einer Beruhigung und Stärkung zu verhelfen. Danach liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung der Defizite. Indem die Defizite die Patientinnen aber oft in ihrem Alltag beeinträchtigen, muss diese Arbeit mitunter alternierend zur Ressourcenstärkung stattfinden. Erst nach Veranke-

¹ Ich werde mich auf die Therapie von Anorexie und Bulimie, die klassischen im ICD 10 vertretenen Essstörungen konzentrieren. Und ich werde generell die weibliche Form verwenden, weil die Patientinnen größtenteils weiblich sind und weil ich als Therapeutin auch aus meiner Sicht spreche.

rung dieser beiden Eckpfeiler wendet sich die Therapie den Verletzungen der Patientinnen in ihrer Biografie zu.

Besonders ist auf den Stellenwert der Körperarbeit zu verweisen. Indem es sich um Erkrankungen handelt, bei denen Speicherungen im Körpergedächtnis eine wesentliche Rolle spielen und die Symptomatik antreiben, ist es wichtig, in allen Therapiephasen die Arbeit auf der Körperebene zu integrieren (Weigel 2008).

SETTING

Erste Priorität gilt der Überprüfung des gesundheitlichen Zustands und der sozialen Situation der Patientinnen. Denn es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, die die Behandlung in einer Klinik erforderlich machen. Dazu zählen somatische Gefährdungen wie Blutbildveränderungen, Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, speziell bei Anorektikerinnen ein hoher, schneller Gewichtsverlust und Kräfteverfall; außerdem Störungen der Impulskontrolle insbesondere bei Bulimikerinnen, weiters Suizidgefahr, wiederholte Therapieabbrüche und familiäre Überlastung, etwa wenn die Spannung in der Familie unkontrollierbar wird.

Zeigt sich im therapeutischen Gespräch eine Gefährdung auf psychosozialer Ebene, so sollte gemeinsam mit der Patientin ein Klinikaufenthalt vorbereitet werden. Für die Beurteilung der medizinischen Risikofaktoren und der etwaigen Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts ist die Überweisung zum Facharzt/zur Fachärztin unerlässlich. Aber auch wenn von therapeutischer und ärztlicher Seite der Zustand der Patientin als ausreichend stabil eingestuft wird, empfiehlt sich die kontinuierliche Zusammenarbeit; einerseits damit von ärztlicher Seite, wenn nötig, die Medikation übernommen wird, andererseits um die mitunter beziehungsverunsichernden medizinischen Maßnahmen, Gewichtskontrollen bzw. Diätpläne aus der Therapie auszulagern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Einbeziehung der Familie. Weil die Betroffenen sehr jung sind – bei Anorexie liegt der Altersgipfel bei 14–15 Jahren, bei Bulimie bei 17–18 Jahren – bestehen noch weitreichende, zum Teil gegenseitige emotionale und finanzielle Abhängigkeiten. Häufig ist auch eine Überforderung der Familie im Umgang mit der Essstörung zu beobachten (Bruch 2004).

Eine Einbeziehung – etwa durch einzelne gemeinsame Sitzungen – dient:

1. Der Entlastung der Familie; durch die Vereinbarung die Verantwortung an Experten auszulagern, durch Aufklärung über die Krankheit z.B.: dass Therapie nicht Bekämpfung der Symptome bedeutet, sondern ein Bearbeiten der Gründe dafür.
2. Der Klärung der Beziehungen und Zuständigkeiten mit dem Ziel, die Eigenständigkeit aller beteiligten Personen zu fördern.
3. Der Vorbeugung von Queragieren: Indem die Krankheit meistens familiäre Konfliktherde überdeckt, besteht ohne Unterstützung der Familie die Gefahr des Blockierens

oder Abbruchs, sobald ein therapeutischer Fortschritt spürbar wird. Die Unterstützung kann dahin gehen, persönliche bzw. familiäre Probleme zu erkennen und nach Lösungen zu suchen.

Auch bezüglich der therapeutischen Haltung sind einige Besonderheiten zu beachten (vgl. Bruch 2004, Franke 2003, Stahr et al. 2010):

Der therapeutische Schwerpunkt liegt auf den Defiziten der dritten Grundmotivation, also der Entwicklung von Identität und Selbstwert. Um den Rahmen für diese Entwicklung sicher zu stellen, ist auf eine klare, auch Grenzen vermittelnde Haltung zu achten. Vor allem bei Bulimiepatientinnen kommt ein Mangel an erfahrener Mütterlichkeit – ein Thema der zweiten Grundmotivation – hinzu, so dass es auch eine nachnährende, warme Zuwendung durch die Therapeutin braucht. Insgesamt stellt die Entwicklung einer vertrauensvollen, tragfähigen therapeutischen Beziehung aufgrund des Misstrauens der Bulimikerin und der mangelnden Krankheitseinsicht der Anorektikerin eine Herausforderung dar. Es verlangt eine in sich ruhende Therapeutenpersönlichkeit, die der Patientin trotz ihrer Verzweiflung und Aggression standhält und dieser durch ihre authentischen Stellungnahmen ein Gegenüber ist, an dem die Patientin ihre Persönlichkeit entwickeln kann.

RESSOURCENARBEIT

Am Beginn der Therapie liegt oft eine krisenhafte Situation vor; häufig ausgelöst durch ein Lebensereignis, kommt es zu einer Entgleisung der Symptomatik oder der Alltagsbewältigung (Bruch 2004). Dementsprechend steht in dieser ersten Phase die Stabilisierung im Mittelpunkt, um ein Durchstehen der Krise zu ermöglichen und die Festigung zu schaffen, die eine Bearbeitung der Problematik erlaubt. Die Gesprächsführung zu diesem Zeitpunkt ist von einer erklärenden, beratenden und gemeinsam übenden Vorgangsweise gekennzeichnet.

Hinsichtlich stabilisierender Themen und Methoden bietet das existenzanalytische Modell der Grundmotivationen eine gute Orientierung (Längle, Holzhey-Kunz 2008). Entsprechend der ersten Grundmotivation liegt die Konzentration auf haltgebenden Maßnahmen; dazu gehören Tagesgestaltung und Rituale, das Aufsuchen verlässlicher Beziehungen zu Menschen und Tieren sowie die Verankerung im eigenen Körper und in der Natur als großem Rahmen. Das Erleben von Lebendigkeit und Geborgenheit – wesentliche Aspekte der zweiten Grundmotivation – wird durch die Beziehungsaufnahme zu allem, was sich der Patientin an Wertvollem erschließt, gefördert. Indem sie lernt, sich Freude und Genuss zu erlauben, positive Erfahrungen gelten zu lassen und in sich zu bergen, erfährt sie eine Stärkung des Grundwerts. Die Förderung des Selbstwerts, Thema der dritten Grundmotivation, geschieht in dieser ressourcenorientierten Phase durch die Bestätigung und Ermunterung der Therapeutin sowie durch das Auffinden von Fähigkeiten und Stärken. Das Integrieren von Schwächen, das Teil eines stabilen Selbstwerts darstellt, geschieht erst im Verlauf der fortgeschrittenen Therapie.

Ziele der Patientin, die als sinnerfüllend erlebt werden, tragen durch ihre Orientierungsmöglichkeit zur Festigung und zum Durchhalten bei. Eine Unterstützung der genannten Themen bietet die Hinzunahme adjuvanter Methoden (Drexler 2009). Sie entfalten ihre Wirkung auf sinnlich-emotional-kreativer Ebene und fördern eine positive Verankerung in den entsprechenden Gehirnarealen. Die Verarbeitung mittels der Methode der Personalen Existenzanalyse (= PEA) macht die Erkenntnisse auch dem Bewusstsein zugänglich.

Drei Formen adjuvanter Methoden sollen hervorgehoben werden:

- Imaginationen
- Kreative Methoden
- Körperarbeit

Imaginationen:

Luise Reddemann (2001) und Michaela Huber (2006, 2009) haben im Zuge ihrer Traumarbeit zahlreiche Bilderreisen ausgearbeitet, die die Erdung und Geborgenheit in der Welt unterstützen und die sie in ihren Veröffentlichungen ausführlich beschreiben. Eine besondere Eignung für Trost, mütterliche Zuwendung zu sich selbst und Beruhigung negativer biografischer Erfahrungen ist mit dem Konzept des Inneren Kindes – von Bradshaw (1994) sowie Chopich und Paul (2002) entwickelt – gegeben.

Kreative Methoden:

Sie fördern die Sinneswahrnehmung und schaffen die Basis der Gefühlswahrnehmung. Zusätzlich verhelfen kreative Methoden wie Malen, Töpfern oder Musizieren durch ihr aktiv gestaltendes Element zu einem Erleben des Fließens und der Entspannung, die Frauen mit Essstörungen schwer zugänglich ist.

Körperarbeit:

Sie wirkt insbesondere auf unbewusste Speicherungen der Bewegungssinne, des taktilen und des optischen Sinns und ist dadurch in Bezug auf den Körper zu verändern. Wie bei den kreativen Methoden erzielen mit Bewegung verbundene Körperübungen wie etwa Tai Chi oder Qigong hinsichtlich der Entspannungintensität besonders gute Ergebnisse (Reddemann 2001). Achtsamkeitsübungen zum Atem, zur körperlichen Sinneswahrnehmung und bei einfachen Tätigkeiten erweisen sich in vielerlei Hinsicht als fruchtbar (Lehrhaupt, Meibert 2011). Sie unterstützen unter anderem das Ruhigwerden, die Konzentration, die Öffnung der Wahrnehmung und ein Intensivieren des sinnlichen Erlebens (Weigel 2008).

BEARBEITUNG DER DEFIZITE

Nachdem eine ausreichende Stabilisierung und Ressourcenaktivierung stattgefunden hat, die in den Patientinnen ein Gefühl des Getragen- und Geborgenseins in dieser Welt verankert hat, beginnt die Kernarbeit der Therapie, die Arbeit an den Defiziten. Dieser Therapieschritt beinhaltet sowohl die Entwicklung mangelhafter personaler Fähigkeiten als auch die Veränderung pathologischer Anteile.

Einen zentralen Stellenwert nehmen **Wahrnehmungsprobleme** in Form von Verzerrungen, Ausblendungen und Umdeutungen ein. Sie zeigen sich in Bezug auf faktische Gegebenheiten, ganz besonders ausgeprägt hinsichtlich Körper- und Gefühlswahrnehmung. Körperteile werden gar nicht wahrgenommen bzw. gespürt – vor allem Bauch, Po und Oberschenkel – oder falsch wahrgenommen (Fett, wo Knochen sind) oder Wahrnehmungen werden mit Ersatzgefühlen belegt wie zum Beispiel das bei Essstörungen dominante Erleben von Leere und Spannung. Dort, wo die Wahrnehmung anfragbar ist, besteht die Möglichkeit der Bearbeitung im phänomenologischen Dialog: Fragen wie „Ist das so? Woran ist das für Sie erkennbar? Was ist tatsächlich erkennbar?“, verhelfen zu einer offeneren Wahrnehmung.

Bei einer fixierten bis wahnhaften Körperwahrnehmung empfiehlt sich eine verbindende Vorgangsweise auf Körper-, Emotions- und Erkenntnisebene, wie sie Elke Weigel (2008) bei Körperschemastörungen beschreibt. Wahrnehmungen und Empfindungen, etwa beim Erspüren von Grenzen, des Körperinneren oder von Bewegungen, werden durch kreatives Arbeiten verdichtet und anschließend in den Dialog gebracht. Damit können Speicherungen des Körpergedächtnisses und auch emotionale Speicherungen zum Körper verändert und ausdifferenziert werden.

Gelingt eine adäquate **Wahrnehmung der Gefühle**, so wird das Augenmerk darauf gelenkt, diese auch anzunehmen, sie als wichtige Botschafter für einen Bedeutungsgehalt zu erkennen, und ihnen den entsprechenden Raum zu geben (Längle et al. 2012). So führt das Zulassen von Angst zur Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen, das Zulassen von Wut zur Distanzierung und auch zum Verstehen ihrer Botschaft, und die Zuwendung zur Trauer ermöglicht ein Abschließen und wieder Lebendigwerden. Bei besonders heftigen Gefühlsausbrüchen, denen sich die Patientinnen ausgeliefert fühlen, braucht es Sofortmaßnahmen. Existenzanalytisch gesprochen bedarf es der Selbstdistanzierung. Wieder sind es Bilder bzw. bildhafte Sprache, die zu einer spontanen Distanzierung und Regulierung des Gefühls verhelfen; so etwa die Situation aus der Vogelperspektive zu betrachten oder auf einer Bühne oder als reife, alte Frau. Aus der Traumatherapie kennen wir Bilder der Reglertechnik, der Beobachertechnik, der Gestaltgebung in Bezug auf das Gefühl usw.

Besonders viel Raum nehmen bei Patientinnen mit Essstörungen Spannungs- und Leeregefühle ein. Vorerst steht Entlastung im Mittelpunkt; bei hoher Spannung zum Beispiel Sport betreiben oder der Aggression Raum geben, bei Leere nach aktiven Beschäftigungen suchen. Langfristig ist am tieferen Verstehen dieser Gefühle zu arbeiten. Fragen wie „Was bräuchte ich jetzt? Welchen Impuls spüre ich? Was sagt mir meine Spannung / Leere? Was fehlt mir gerade?“, tragen dazu bei, in einen konstruktiven Umgang zu kommen. Ein wesentlicher Grund für die Spannung und Leere liegt in der inneren Fremdheit, der Beziehungslosigkeit der Frauen zu sich. Indem der Zugang zu Wahrnehmung und Gefühl bereits geschaffen ist, sind die Patientinnen bereit, eine **Beziehung zu sich selbst** aufzubauen (Längle et al. 2012).

Bereits im Zuge der Ressourcenarbeit wurde überlegt: Was mag die Patientin? Was tut ihr gut? Eine Verdichtung der Selbstfürsorge geschieht nun durch das Erlernen des liebevollen inneren Dialogs, in dem die Patientin angeleitet wird, sich mit Ermutigungen, durch Trost und indem sie sich Mut zuspricht, durch den Tag zu begleiten. Verstärkung erfährt das innere Gespräch durch Umarmungs- und Herzmaginationen. Mit der wachsenden Beziehung zu sich wird auch die **Beziehung zu anderen** bearbeitbar. Das Leiden an den Beziehungen ist neben der Beschäftigung mit Gewicht und Figur das am meisten in die Therapie eingebrachte Thema. Die Patientinnen thematisieren vor allem Konflikte, aber auch Sehnsüchte, klagen über den Zwang sich anpassen zu müssen und über den Druck durch tatsächliche oder vermeintliche Leistungsanforderungen (Stahr et al. 2010).

Die zugewandte, klare Haltung der Therapeutin, die bereits im Rahmen des Settings angesprochen wurde, hat für die Patientin in Bezug auf die Einübung eines wertschätzenden Umgangs miteinander Modellwirkung.

Für die befriedigende Gestaltung von Beziehungen steht aber auch das Erlernen einer reifen **Abgrenzung** an. Diese ist durch eine übergriffige, manipulative oder nicht greifbare Eltern-Kind Erfahrung unterentwickelt. Mit Hilfe der bereits erlernten Körper- und Gefühlswahrnehmung wird in der Therapie das Erspüren und Vertreten der Grenze thematisiert und geübt. Hand in Hand mit der eigenen Abgrenzung ist auch das Gespür für die **Grenze anderer** zu entwickeln. Gelegenheit dazu ergibt sich in der Therapie zum Beispiel, wenn die Patientin gekränkt vom „Nein“ einer Person erzählt. Der phänomenologische Dialog erweist sich hier wieder als hilfreich: Die Patientin wird angeleitet, die andere Person offen wahrzunehmen, ihre Beweggründe zu verstehen und dadurch zu einer respektvollen Haltung zu gelangen, womit sich auch das Erleben von Kränkung reduziert.

Die Bewusstmachung von Copingstrategien (Längle 2008), wie Trotz, Beleidigtsein oder Racheimpulse und das Verstehen von deren Schutzfunktion unterstützt zusätzlich den Prozess.

Damit rückt die **Erarbeitung des Eigenen**, speziell auch der Identität als Frau in den Fokus.

Beide Störungsbilder drücken mit Hilfe ihres Symptoms – dem Erbrechen bzw. dem Immer-weniger-Werden – ihr „Nein“ zu den sozialen und familiären Erfahrungen aus; herauszufinden, wozu sie „Ja“ sagen können, ist Aufgabe dieser Therapiephase.

Anorektische Frauen, die durch diffuse Rollenverteilungen in der Familie – Hilde Bruch (1992, 54) spricht bezüglich der Kommunikation von einer „Konfusion der Pronomen“ – durch ein fehlendes positives Leitbild der Mutter, mitunter auch sexuelle Irritationen bis hin zum Missbrauch kein stabiles Selbstbild entwickeln konnten, werden langsam dahin begleitet, ihr Frauwerden und -sein anzunehmen und die ganz eigene Gestaltungsmöglichkeit darin zu entdecken, die die ersehnte Einzigartigkeit gewährleistet.

Bulimischen Frauen wurde unter dem Deckmantel der Liebe das Erfüllen von Vorstellungen und das Funktionieren als Frau nach engen gesellschaftlichen Vorgaben aufgezungen – Alfred Längle et al. (2012, 52) nennen es „die

betrogenen Verheißung“. Nun lernen sie zu ihrer ganz eigenen Identität zu stehen und sich gegen Erwartungen von außen abzugrenzen. Basis dieser Aufgabenstellung stellt die respektvolle, raumgebende Haltung der Therapeutin dar, die sich vorschneller Angebote enthält, um nicht die elterliche Übergriffigkeit zu wiederholen. Unterstützung durch Feedback und Ermunterung erfolgt in entsprechend begrenzter Form, die den Frauen den Rahmen gibt, sich selbst zu finden. Als Leitsignal für die Beurteilung einer Einstellung, einer Entscheidung, eines Verhaltens als authentisch wird der Patientin das Erspüren der Stimmigkeit nahe gebracht.

Mit dem wachsenden Wissen um das Eigene gewinnen die Frauen Kontur; ihr „Ich“ tritt in Erscheinung. Damit verbunden entwickelt sich ein klarerer, von Selbstdistanzierung gekennzeichneter Blick auf bisherige Beziehungen, insbesondere auf die Herkunftsfamilie. Fassadenhaftigkeit, Benütztwerden oder Tabus können angesprochen werden. Dennoch fordert diese Auseinandersetzung die Patientinnen sehr, mündet sie doch oft in der Erkenntnis auf Distanz zu den Eltern gehen zu sollen oder sich einem Konflikt stellen zu müssen. Die Therapeutin ermutigt Körpersignale und -gefühle, etwa Übelkeit, ernst zu nehmen und der sich daraus ergebenden Stellungnahme Ausdruck zu verleihen. Methodisch kann die PEA zum Einsatz kommen; es bewährt sich aber auch die Personale Positionsfindung, besonders dann, wenn die Patientin die Befürchtung negativer Konsequenzen bei einer Abgrenzung quält.

Dieser Methode entsprechend beinhaltet ein erster Schritt die Überprüfung der Befürchtungen auf ihren tatsächlichen Realitätsgehalt hin. So nehmen Patientinnen häufig den Beziehungsabbruch ihrer Eltern an, wenn sie eine Erwartung nicht erfüllen. In einem zweiten Schritt wird am Aushalten können des Befürchteten gearbeitet, selbst wenn es der Beziehungsabbruch sein könnte, um eine Lockerung der erstarrten Haltung einzuleiten und damit in einem dritten Schritt für das Erspüren des eigentlichen Wertes, des Sinnvollen der Abgrenzung oder der kritischen Stellungnahme frei zu werden.

Fixierte Einstellungen, Verhaltensweisen und Glaubenssätze. Sie sind allgegenwärtig und treiben die Fixierung im pathologischen Denken und Handeln voran. Die vorrangigen Themen kreisen um Körper, Essen, Weiblichkeit und beziehen sich auf Leistung und Perfektionismus. So muss zum Beispiel die Anorektikerin jede weibliche Rundung eliminieren, Sexualität ist oft mit Ekel belegt. Die 100% Kontrolle über den Körper und ihr Tun ist ihr Ziel. Die Bulimikerin lehnt ihr Frausein nicht grundsätzlich ab, ist aber in einem Anspruch gefangen, dem sie nie gerecht werden kann (Franke 2003).

In Bezug auf Essen vereint die beiden Störungen die raumgreifende Beschäftigung mit dem Thema. Die Anorektikerin ist fixiert auf Kalorienzählen und Kochpläne für die Familie, die Gedanken der Bulimikerin kreisen um den nächsten Großeinkauf und das für alle Mühen des Alltags entschädigende „Festessen“. Einstellungen dieser Art haben sich über Jahre im Gehirn eingraviert und sind erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Therapie bearbeitbar. Insbesondere Glaubenssätze, die im Körpergedächtnis gespeichert sind und sich in

Form eines spezifischen Körpererlebens ausdrücken – zum Beispiel einen dicken Bauch zu haben und diesen deshalb konstant einziehen zu müssen – erweisen sich als äußerst widerstandsfähig. Solcherart gespeichertes Erleben und Verhalten kann durch Körperarbeit gelockert und verändert werden – wie beim Thema Körperwahrnehmung bereits erörtert.

Ist die Notwendigkeit, bisherige pathologische Verhaltensweisen mittels Glaubenssätzen zu schützen, nicht mehr absolut gegeben, so werden diese hinterfragbar. Dabei zielt die Anfrage darauf ab, der Patientin zu einem Verstehen ihrer selbst zu verhelfen. Gemeinsam wird geforscht, was die eigentliche Aussage der Einstellung oder des Verhaltens ist, ja sogar wofür sie gut sein könnte. So etwa kann im Essanfall der Versuch einer Zuwendung zu sich, das Erlebenwollen von Wärme und Beziehung aufgefunden werden. Im Erbrechen kann das intuitive Wissen erkannt werden, um die Erfüllung eben dieser Sehnsucht betrogen zu sein. Im Fasten ist ein eiserner Wille und die Fähigkeit zur Disziplin zu entdecken oder auch die Fähigkeit, anders zu sein und sich abzugrenzen. Das Verstehen der Überzeugung oder des Verhaltens ermöglicht ein Sich-ernst-Nehmen und birgt den Keim der Distanzierung in sich. In der Folge können die schädlichen Aspekte erkannt und es kann der eigentlichen Sehnsucht nachgegangen werden.

AUFARBEITUNG VON VERLETZUNGEN

Damit kommen wir zur letzten Therapiephase, der Aufarbeitung von Verletzungen, die der Essstörung zugrunde liegen. Während bisher im Zuge der Bearbeitung der Beziehungen die Lösung aktueller Probleme zwischen der Patientin und der Familie im Zentrum stand, begleitet nun die Therapeutin die Patientin in die als verletzend erlebten Kindheits-situationen, um diese gemeinsam zu verarbeiten. Auch hier kommt die PEA zum Einsatz. In Orientierung an den Schritten dieser Methode werden im Folgenden die speziell für die biografische Aufarbeitung wesentlichen Aspekte skizziert.

Bei der Aufarbeitung von Verletzungen aus der Kindheit liegt ein erster Schwerpunkt auf dem Zulassen von Schmerz und Trauer – über den Missbrauch, die Manipulationen, das Nicht-gesehen-worden-Sein. Die Hinzunahme der Methode des Inneren Kindes verschafft dem Schmerz durch die Zuwendung der erwachsenen Person zu sich als Kind einen tragenden Boden und unterstützt die Auseinandersetzung mit den schmerzlichen Erfahrungen und ihre Verarbeitung (Chopich, Paul 2002).

Einen ganz entscheidenden Stellenwert für den Heilungsprozess nimmt das Verstehen der kindlichen Situation und der Krankheitsentwicklung ein. Häufig gehen Patientinnen streng mit sich als Kind ins Gericht und verurteilen sich dafür, den Eltern nicht gerecht geworden zu sein und damit selbst an den Ereignissen und Entwicklungen schuld zu sein. Die Einfühlung in das Kind von damals, das Erfassen seiner hilflosen, abhängigen Situation und das Verstehen seines Handelns als Bemühen um Liebe und Anerkennung bedeuten einen Meilenstein auf dem Weg zur Gesundheit.

Für viele Patientinnen hat aber auch die Einfühlung in die elterliche Position und das Erkennen deren Unvermögens Bedeutung, um das Ringen um Gesehen- und Geschätztwerden loslassen und stattdessen für sich selbst sorgen zu können.

Das Verstehen nach außen und nach innen verhilft zu einem die gesamte Entwicklungsgeschichte erfassenden Blick und zum gefühlten Erkennen der Bedeutung des Erfahrenen für das vergangene wie für das zukünftige Leben. Damit kann ein Aussöhnungsprozess einsetzen. Die Frauen lernen die schwierigen Erfahrungen und die Krankheit als Teil ihrer ganz persönlichen Geschichte anzunehmen und allmählich in ihr Selbstbild und in ihr Leben zu integrieren. Die Essstörung verliert ihre Funktion, sowohl als Ausdruck für das Leiden als auch als Bollwerk gegen die verletzenden Erfahrungen.

Die Therapie mündet nun in eine Nacharbeitungsphase, in der vor allem der Frage nach dem zukünftigen Weg nachgegangen wird. Wie immer er aussehen mag, welche Interessen und Pläne sich herauskristallisieren, welche Ziele angestrebt werden, es kann nach einem oft langen, mühsamen und von Rückschlägen gekennzeichneten Therapieprozess eine Gestaltung des Lebens ohne Fasten und ohne Erbrechen beginnen.

Literatur:

- Bradshaw J (1994) Das Kind in uns. München: Droemer-Knaur
 Bruch H (1992) Der goldene Käfig. Frankfurt: Fischer
 Bruch H (2004) Eßstörungen. Frankfurt: Fischer, 9°
 Chopich EJ, Paul M (2002) Aussöhnung mit dem inneren Kind. München: Ullstein, 14°
 Drexler H (2009) Körperbilder bei Anorexie und Bulimie und Möglichkeiten ihrer Veränderung in der Therapie. Existenzanalyse 26, 2, 56–60
 Franke A (2003) Wege aus dem goldenen Käfig. Weiheim, Basel, Berlin: Beltz
 Habermas T et al. (1987) Ist die Bulimie eine Sucht? In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 32, 138–146
 Huber M (2006) Wege der Traumabehandlung. Paderborn: Junfermann, 3°
 Huber M (2009) Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann, 4°
 Jacobi C, Paul T (Hrsg.) (1991) Bulimia und Anorexia Nervosa. Ursachen und Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer
 Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas 23–179
 Längle A et al. (2012) Bulimie – Die betrogene Verheißung. In: Existenzanalyse 29, 1, 46–56
 Lehrhaupt L, Meibert P. (2011) Stress bewältigen mit Achtsamkeit. München: Kösel, 4°
 Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
 Stahr I, Barb-Priebe I, Schulz E (2010) Essstörungen und die Suche nach Identität. Weinheim und München: Juventa, 5°
 Weigel E (2008) Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserin:

DR. IN HELENE DREXLER
 Wilhelmstr. 7a
 A – 3032 Eichgraben
 hd@helene-drexler.at