

Essstörungen als psychisches Trauma

Verf.: Prof. Dr. Reinhard Plassmann

Vortrag am Institut für Psychoanalyse Tübingen

03.02.2010

1. Was ist ein Trauma?

Nach gängiger Auffassung begreifen wir ein psychisches Trauma als die Erfahrung überstarker negativer Affekte von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, von denen die Person überflutet wurde. Dies ist die traumatische Situation nach Fischer und Riedesser. Sie wird in qualitativ veränderter Weise psychisch repräsentiert. Sie ist häufig in ihre einzelnen Erlebnisqualitäten fragmentiert, die einzelnen Sinnesqualitäten der Erfahrung und die damit verknüpften Gefühle bleiben unverbunden. Zudem bleibt die Gesamterfahrung ebenfalls dissoziiert, sie ist nicht ins Narrativ der persönlichen Geschichte integriert, d. h. diese Erfahrung bekommt keinen Platz in der Zeit und keinen Platz im persönlichen Wertesystem.

Die Psyche verfügt nun über eine Anzahl von Techniken, mit denen solche desintegrierten, qualitativ veränderten Erlebniskomplexe integriert werden können. Gemeinsames Wirkprinzip aller dieser natürlichen Verarbeitungstechniken der Psyche scheint die Wiederholung zu sein. Die Psyche holt sich die Erfahrung wieder, um den Integrationsprozess jedesmal erneut zu versuchen. (assimilative Reproduktion nach Piaget 1947) Letztlich können wir zwei Formen der Wiederholung unterscheiden: solche die funktioniert und solche die nicht funktioniert. Zu funktionierenden Formen der Wiederholung, die also zur Integration der Erfahrung ins Subjekt führt, sind all jene Menschen imstande, die wir niemals sehen, weil sie keine Patienten sind. Sie sind gesund. Pathologische Formen der Wiederholung sind das, was einen Menschen zum Patienten macht, der Behandlung braucht. Diese Wiederholungsformen reaktivieren zwar das Trauma, sie erzählen es in mehr oder weniger verschlüsselter Form, sie lösen es aber nicht. Sie sind kurzum ein Symptom. Wir kennen dieses Prinzip aus jeder Psychotherapie, insbesondere aus Psychoanalysen, in denen die Übertragung zu jenem Medium wird, in dem das Unbewusste seine Erfahrungen wiederholt, um sie zu integrieren. Die Psychoanalyse hat hierfür den Begriff des Durcharbeitens verwendet, die Objektbeziehungstheorie hat für dieses Durcharbeiten die Modellvorstellung des „containing“ entwickelt.

Ganz Ähnliches findet außerhalb jeder Therapie im spontanen Wiederholungszwang statt. Das pathologische Muster der traumatischen Erfahrung wird gesucht, gefunden, wiederhergestellt, reinszeniert, durchlitten. Auch der Schlaf, der Traum, kurzum die mentalen Prozesse des Schlafs sind ein Prozessieren mit dem Ziel des Durcharbeitens, Verarbeitens und Integrierens. Donald Meltzer (1988) hat dies in seinen Arbeiten über das Traumleben nachdrücklich beschrieben. Auch künstlerische Kreativität ist ein weiteres Verfahren des Durcharbeitens, um sprachlos Repräsentiertes zu symbolisieren, Gestalten zu entwickeln und zu vollenden, Erlebtes kommunizierbar zu machen. Wo diese natürlichen Vorgänge ausreichen, entsteht keine Krankheit. Wo sie nicht ausreichen, beobachten wir zunächst die gesteigerte aber frustrane natürliche Verarbeitungsaktivität. Aus Schlaf und Traum wird Alptraum, aus Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten wird intrusive Überflutung, aus künstlerischer Kreativität werden abnorme Symbolisierungsformen wie z. B. Selbstbeschädigung oder Essstörungen, was eine sprachlose Erzählung von Geschehenem sein kann.

Alle Traumatherapie hat also zum Ziel, wir werden darauf noch näher zu sprechen kommen, die natürlichen Verarbeitungsprozesse so zu unterstützen, dass sie zum Abschluss kommen oder anders ausgedrückt, Wiederholung so zu gestalten, dass daraus Integration statt Symptom wird.

2. Traumatherapie für Essgestörte?

Wie ist nun die Ausgangssituation in der Essstörungstherapie?

Es wird geschätzt, dass in Deutschland 100.000 Menschen an Magersucht leiden, 600.000 an Bulimie, 1,5 Millionen an Esssucht. Etwa 20 % aller Jugendlichen in Deutschland haben Symptome einer Essstörung (Nervenheilkunde 2010).

Die multizentrische Essstörungsstudie der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart (Kächele 1999, Kordy 2002) untersucht die Resultate stationä-

rer Essstörungsbehandlung in 11 europäischen Ländern mit folgendem Ergebnis: europaweit liegt der Anteil erfolgreicher Behandlungen im Mittel bei 30%, in der 1-Jahreskatamnese bei 40%. Deutschland schneidet etwas unterdurchschnittlich ab. Die stationäre Behandlungsdauer liegt in Deutschland im Mittel bei ca 11 Wochen, in den Niederlanden bei ca 26 Wochen. Spezialisierte Kliniken haben deutlich bessere Ergebnisse.

Diese Resultate geben insgesamt in ihrer Bescheidenheit zu Denken. Es beginnt damit, dass die Patientinnen Therapien im Mittel erst nach über 6 Jahren Krankheitsdauer beginnen oder wieder abbrechen und dann chronifizieren. Es genügt nicht, dies einfach ihrer Unmotiviertheit zuzuschreiben. Sie fühlen, so meine ich, dass sie ihre Störungen mit den vorhandenen Therapiemöglichkeiten vielleicht nicht los werden. Haben die bescheidenen Ergebnisse der Essstörungstherapie möglicherweise mit einer Blockierung der Persönlichkeitsentwicklung durch traumatische Erfahrungen zu tun? Dieser Frage möchte ich nun nachgehen.

Wir wissen, dass in der Normal-Bevölkerung 30 % der Frauen und 10 % der Männer vor dem 18. Lebensjahr unfreiwillige sexuelle Kontakte haben, davon bei 4% realer Inzest (Fischer und Riedesser 1999). Die Täter sind 90 % Männer und, wie neuere Untersuchungen ergaben, auch etwa 10 % auch Frauen (Heyne 1994).

Bei Patientinnen und Patienten mit Borderlinestörungen ist die große Bedeutung traumatischer Erfahrungen mittlerweile unbestritten. Sexueller Missbrauch ist bei 70 % der weiblichen und 45 % der männlichen Boderlinepatienten anzunehmen. Vater-Tochter-Inzest hat mit 15 % eine ca. 5 mal höhere Häufigkeit als in der Normalbevölkerung, schwere körperliche Misshandlung kommt bei 73 % der Patienten vor (Paris 2000)

Auch bei Patientinnen mit Essstörungen, mehren sich die Hinweise auf traumatische Erfahrungen. Die berichteten Zahlen über sexuellen Missbrauch lie-

gen zwischen 30 und 60 % der Patientinnen in den untersuchten Gruppen (Hall et al, 1989; Oppenheimer et al, 1985; Sloan et al, 1986).

3. Ein traumatologisches Verstehens- und Behandlungsmodell der Essstörungen

3.1 Anorexia nervosa

Es sind aber nicht nur grobe Makrotraumata, die mit der Ausbildung einer Essstörung beantwortet werden. Beginnen wir mit der Betrachtung der Mager-sucht.

Das Trauma, welches die magersüchtige Patientin häufig erfahren hat und mit der Ausbildung der magersüchtigen Hilfspersönlichkeit beantwortet ist, wie ich meine, die permanente Erfahrung emotionaler Überwältigung mit Eindringen fremder nicht zu ihr gehöriger Gefühle. Alles, was an ihrem Körper weich ist, scheint ihr fremd, als ein falsches Selbst, in sie mit Gewalt hinein gepresst. Genauso wird der eigene Körper empfunden, ein falsches Selbst, ein Nicht-Ich. Selvini formuliert dies so: Der Körper ist die Lüge, die Magersucht die Echtheit (von Braun 1993). Alles was auf die Knochen aufgelagert ist, scheint der Magersüchtigen falsch, nicht sie selbst, von beiden Eltern in allen Entwicklungsphasen von kleinauf in sie hineingepresst, mit Gewalt auf die Knochen aufgelagert. Magersein heißt deshalb nicht nur dünn sein, auch hart sein.

Die magersüchtige Hilfspersönlichkeit ist ein einziger Gegenangriff der willensstarken und kämpferischen Mädchen gegen diese emotionale Überwältigung. Sie „schützt“ anfangs das verborgene wahre Selbst. Dieses ist ein schwaches, wehrloses inneres Kind, welches sich gegen emotionale Überwältigung nicht wehren kann, Schmerz und Ohnmacht fühlt und sich in der Überwältigung selbst verliert. Dieses innere Kind ist isoliert, vereinsamt und hat kaum Erfahrungen in entwicklungsförderlichen Beziehungen. Später wird die Magersucht selbst zum Trauma

Sehr häufig beschreiben Magersüchtige das Gefühl, dass andere beliebig in sie einzudringen scheinen, was sie dann gerade im Bauch wie einen diffusen, äußerst widerwärtigen Fremdkörper empfinden. In der Logik des magersüchtigen Persönlichkeitsteils sind dann Abführmittel, Nahrungsverweigerung, exzessiver Sport adäquate Mittel zum Austreiben und Abtreiben dieser eingedrungenen Fremdgefühle.

Wir wissen, dass bei einem ca. 10%igen Anteil der magersüchtigen Mädchen das Grundgefühl des Durchdrungen-Seins von Fremdem so ausgeprägt ist, dass verschiedene Formen von Wahnsystemen die Folge sind, beispielsweise Überzeugungen über eingedrungene Fremdkörper, die dann im Bauch oder unter der Haut mit wahnhafter Gewissheit vermutet werden. Wir dürfen aber die Magersucht, auch wenn sie ursprünglich zum Selbstschutz gegen Traumatisches erfunden wurde nicht idealisieren. Sie ist heute die Krankheit geworden, die das Gesunde blockiert.

Je vollständiger die Spaltung zwischen dem magersüchtigen Persönlichkeitsteil und dem wahren Selbst ist, desto schwerer verläuft die Magersucht. Die Gefühle des wahren Selbst werden nicht mehr gefühlt, seine Talente, seine Leidenschaften, seine Entwicklungspotenzen werden weder geahnt noch gelebt. Ob dieses magersüchtige Mädchen gerne singen, malen, reisen, schreiben, schmuse, tanzen würde, davon weiß sie selbst nichts mehr. Würde sie Kontakt mit ihrem wahren Selbst aufnehmen, so müsste sie sich zunächst ihrer eigenen Gefühle gewahr werden und dann in Beziehungen Gemeinsamkeit des Empfindens, emotionale Intimität ertragen, ohne sich selbst zu verlieren. Die Patientinnen beginnen damit meist sehr vorsichtig. Einige Teile des wahren Selbst, die ungefährlichen voran, können gelebt, gefühlt und mitgeteilt werden, sie werden gleichsam aus dem Magersuchtgefängnis entlassen. Weiterhin dort inhaftiert, d. h. hinter einer Dissoziationsbarriere verschlossen, sind die Fähigkeiten, genussvoll zu essen und zu lieben. Solche Patientinnen lernen zwar, kontrolliert und ausreichend zu essen, jedoch noch nicht mit Genuss. Das gleiche gilt für Erotik und Sexualität. Sie kann allenfalls praktiziert,

jedoch nicht genossen werden. Dass gerade diese beiden zentralen Lebens- und Beziehungsbereiche zuletzt aufleben, muss bedeuten, dass gerade hier die stärksten Traumatisierungen stattgefunden haben.

Was wissen wir darüber?

Die zwanghaften Essrituale in Magersuchtfamilien sind bekannt. Sie weisen auf eine familiäre, wahrscheinlich von kleinauf, bestehende Unfähigkeit, insbesondere der Mütter hin, oralen Genuss mit ihren Kindern zu teilen. Diese Störung hat wahrscheinlich bereits im Säuglingsalter eingesetzt und ist zum Kern der traumatischen Erfahrung geworden. Statt gemeinsamer Freude dominiert Kontrolle. Später ist in Bezug auf Sexualität die Häufigkeit emotionaler und auch physischer Angriffe auf die Weiblichkeit der späteren Patientinnen enorm hoch, wie eingangs erwähnt, und zwar sowohl von den männlichen wie von den weiblichen Familienangehörigen. Der Körper des Mädchens ist breitgetretenes öffentliches Familienthema, ohne Respekt vor Intimität. Der Verschluss des Badezimmers, die Intimität des eigenen Zimmers, des Tagebuchs, der Unterwäsche, werden ebensowenig gefühlt wie die peinliche Veröffentlichung eigener Intimitäten durch andere Familienmitglieder. Der Mangel an Schamgefühl für die Grenzen der Intimität ist Merkmal von Magersuchtfamilien.

Auffällig häufig und ohne dass ich dies in der Literatur finde, sind unsere magersüchtigen Patientinnen sehr hübsch oder besser: Sie könnten schöne junge Frauen sein, wenn sie nicht Skelette wären. Ich halte es für möglich, dass gerade die attraktiven Töchter von den Familien schon als Kleinkind intuitiv erkannt und nach dem Prinzip des Schneewittchen-Mythos zur emotionalen Leblosigkeit verdammt werden. Die Magersucht unserer Patientinnen ist deshalb nicht nur Selbstschutz, sondern auch Auftrag der Familie zur Körperlosigkeit.

Eine unserer Patientinnen brachte mit 12 Jahren bei den allerersten Anzeichen von Pubertät ihre körperliche und psychische Entwicklung zum Stillstand. Sie, die heute 17jährige mit 31 kg und einem BMI von 12, hat noch niemals

eine Monatsblutung erlebt, sie ist im präpubertären Zustand gleichsam eingefroren. Sie sagte: „Ich weiß, dass ich stark bin und dass ich kämpfen kann. Ich fühle meine Kraft aber nur, wenn ich magersüchtig bin. Wenn ich ich selbst bin, bin ich nichts.“ Sie hat hier ihr Leiden auf den Punkt gebracht. Das wahre Selbst ist nicht fühlbar und darf nicht fühlbar werden, lebensfähig ist nur jene bizarre magersüchtige Hilfspersönlichkeit. Sie ist auch das Einzige, zu dem uns Behandlern Kontakt erlaubt ist.

3.2 Therapie mit traumatherapeutischen Elementen

In der therapeutischen Beziehung merken wir dieses Ausgesperrtsein vom authentischen Gefühlsleben der Patientinnen sehr deutlich. Bei nichts können wir entscheiden, ob es wahr ist oder eine Beziehungsattrappe, die uns auf Abstand halten soll. Die Magersüchtige sperrt uns emotional aus und wir suchen unwillkürlich Wege, den Widerstand zu überwinden. Diebel-Braune (1993) vermutet, dass gerade Psychotherapeuten, die ja emotionale Begegnung suchen, die magersüchtige Kontaktverweigerung schwer ertragen.

Immer in der Traumatherapie gilt aber: Die therapeutische Beziehung muss gewaltfrei sein, im Falle der Magersucht also jede emotionale und physische Überwältigung meiden. Genau dazu werden die Patientinnen uns zu zwingen versuchen, um ihr Trauma zu wiederholen. Sie werden uns authentischen Kontakt versagen und uns mit Lügen füttern bis wir glauben, sie irgendwo emotional packen zu können, um wenig darauf festzustellen, dass sie uns wieder entwischt sind.

Solches therapeutisches „*Mis-Match*“ können Anorexiepatientinnen beliebig lange kultivieren, weil sie sich gerade in diesem Spiel besonders sicher fühlen. Sie wissen, dass dabei nichts und niemand, auch sie selbst nicht, mit ihrem wahren Selbst in Berührung kommt.

Die Magersuchtbehandlung beginnt deshalb mit der Sensibilisierung der Patientinnen für ihre Techniken der Selbsttraumatisierung. Sie beginnen zu sehen,

wie der magersüchtige Persönlichkeitsanteil vollkommen überentwickelt ist, eine Schutz- und Abwehrstruktur gegen die Befürchtung der emotionalen Penetration, die aber schließlich in ihrer Hypertrophie Wahrnehmungen aus dem Bereich des abgespaltenen Kernselbst kaum noch zulässt.

Wir lehren sie wahrzunehmen, wie diese von ihrem magersüchtigen Teil aus organisierte Lebensform einmal eine Schutzstruktur war, die mittlerweile selbst zur Krankheit geworden ist. Die Folge ist ein immer deutlicher werdendes Bewusstsein, wie die magersüchtige Lebensform eben diesen lebendigen Kontakt mit dem eigenen Selbst, nach dem sie sich zutiefst gesehnt haben, verhindert hat. Diese Sehnsucht wird zur treibenden Kraft, die Therapie ernst zu nehmen und einzuhalten, so dass wir in der ganz überwiegenden Anzahl unserer Magersuchtbehandlungen eine eindeutige Abkehr vom magersüchtigen Lebensstil verbunden mit fast beiläufiger Gewichtsnormalisierung erleben.

Über 80 % der Patientinnen überwinden die Magersucht in der so konzipierten stationären Therapie erfolgreich. Sie beenden die Selbsttraumatisierung und es ist sehr anrührend zu sehen, wie das Leben in die Patientinnen zurückkehrt.

4. Bulimie als Traumabewältigung?

Eine zentrale traumatische Erfahrung von Bulimiepatientinnen scheint das „emotionale Verhungern“ zu sein. Sie wurden zwar gefüttert, aber nie gestillt. Ein wunderbares Wort übrigens, wie ich finde. Sie kennen den Rhythmus von Hunger, gemeinsamer Sättigung und gemeinsamer Zufriedenheit nicht. Alle Bulimiepatientinnen erzählen uns genau diese Geschichte, also den Mangel jeder natürlichen Sicherheit im Umgang mit dem Hunger. Auffälligerweise schämen sie sich dafür. Was aber ist peinlich daran?

Wir haben es hier anscheinend mit einem abgespaltenen Persönlichkeitsanteil zu tun, einem inneren Kind, vielleicht so alt wie ein Säugling, für welches die Patientinnen sich schämen. Dieses innere Kind erscheint ihnen hässlich, gie-

rig, maßlos, ekelhaft. Die öffentliche, erwachsene, sehr angepasste und brave Alltagspersönlichkeit der Bulimiepatientinnen kann dieses innere Kind nur verachten. Dieser Zustand der Entwicklung von zwei sich bekämpfenden Persönlichkeitsteilen scheint wiederum Folge jener traumatischen Beziehungserfahrung, welche die Patientinnen verinnerlicht haben und weiterleben. Sie versuchen den bulimischen Teil in sich, das gierige innere Kind aus sich selbst und aus ihren Beziehungen zu eliminieren, mit ihm möglichst nicht in Kontakt zu kommen. Sie füttern es nicht, lassen es den ganzen Tag fasten, wollen dieses peinliche innere Kind in der Öffentlichkeit nicht zeigen und nicht stillen, bis es sich dann abends oder in der Heimlichkeit des Zimmers um so heftiger meldet und im Fressanfall abgefüttert wird. Im Moment des Fressanfalls ist aller Verstand, alles Erwachsene und alles Vernünftigsein ausgesetzt, im maßlosen Fressen gibt es keine Moral, kein Schuldgefühl, keine Scham. Es ist aber deshalb kein glücklicher Moment, die Patientinnen sind nur Kind, völlig einsam, zu niemandem in Beziehung, an die Stelle eines Menschen, einer Mutter, tritt der Kühlschrank. Der Fressanfall endet deshalb nicht wie normales Essen durch zufriedene Sättigung, welche die Nahrung nun verdauen und aufnehmen möchte, sondern in einem widerlichen Missempfinden. Im gleichen Moment kippt die Persönlichkeitsorganisation, der angepasste Teil der Person setzt sich durch und empfindet massive Schuld- und Schamgefühle, Ekel, Selbstverachtung. Das daraus resultierende bulimische Erbrechen schafft dem Völlgefühler zwar ein wenig Erleichterung, nicht allerdings den Gefühlen von Scham, Schuld und Selbstverachtung. Deren Folge ist wiederum der Versuch, das innere Kind hungern zu lassen und so fort.

Aus der Biographie von Bulimiepatientinnen hören wir immer wieder von Müttern, denen die Gier des Säuglings unerträglich war, sie konnten mit ihrem hungrigen emotional erregten und bindungsbedürftigen Säugling keinen Körperkontakt und keinen Gefühlskontakt ertragen. Solche Mütter erzählen, dass sie sich beim Stillen oder Füttern ablenkten, eine Mutter machte es sich zur Gewohnheit, beim Füttern gleichzeitig mit ihren Freundinnen zu telefonieren. In dieser Beziehung hat der emotionale Hunger des Kindes keinen Platz. Eine Bulimiepatientin erzählte in einer Gruppensitzung tief bewegt, dass sie sich

genau an zwei Situationen emotionaler Verbindung mit ihrer Mutter erinnert, die den größten Schatz ihres Lebens darstellen. Man könnte sagen: sie ist zweimal gestillt worden, nicht öfter.

Auslösend für die Bulimie ist häufig eine unausgesprochen erwartete Autonomieforderung. Der Patientin wird gewissermaßen von ihrer Familie die Kindheit gekündigt. Mütter haben dann allergrößtes Interesse daran, dass die Patientin ihre schulische Ausbildung absolviert, nicht weiter vom Elternhaus abhängig ist und nicht mehr zu Hause wohnt. Typischerweise findet dies im Alter von 16 Jahren statt. Die Patientin möchte alles dafür tun, dass sie gemocht wird und alles vermeiden, was zu weiterer Unsicherheit und zu Bindungsverlust führen könnte. Sie investiert ihre Energie in Anpassung, nicht in Persönlichkeitsentwicklung. Die Bulimie wird nun zur scheinbaren Helferin in dieser Not, sie scheint der Patientin das zu geben, was sie braucht, aber es scheint nur so. Die Bulimie lügt.

Die Pubertät wird von Bulimiepatientinnen nicht als Chance zum Erwachsenwerden empfunden sondern als Zwang. Pubertät heißt, sich außer an die Erwartungen der Eltern nun auch an die des Freundes, des Partners anzupassen, um durch Anpassung ein Ersatz für Bindung zu bekommen. Der emotionale Hunger nach Berührung wird dadurch aber nicht gestillt sondern verstärkt. Die Patientinnen beginnen um so mehr, diesen hungrigen Teil, das innere Kind, zu bekämpfen, passen sich mit dem öffentlichen erwachsenen Teil ihrer Person so gut sie können an alle Normen an und verbannen das verhungerte innere Kind voll Scham in den als hässlich und widerwärtig empfundenen bulimischen Persönlichkeitsbereich. Was die Patientinnen nicht lernen, ist diesem hungrigen inneren Kind Mutter sein, es wirklich zu stillen.

4.1 Therapie der Bulimie mit traumatherapeutischen Elementen

Anlass für die Entscheidung zur stationären Psychotherapie ist nach dem Bericht der Patientinnen die Wahrnehmung, dass die Bulimie all das, was sie bessern sollte, verschlimmert, Die Patientinnen fühlen sich auf dem Tiefpunkt

der Bulimie vollkommen leer, ohne Bindung zu sich selbst und was sie von sich selbst fühlen, ist negativ. Der Kampf gegen die Bulimie ist hunderte von Malen verloren gegangen, alle guten Vorsätze, die Fressanfälle zu stoppen, haben versagt. Bulimie ist eine heimliche Krankheit, viele Jahre vor sich selbst und der Umgebung verborgen. Im Beginn der Behandlung liegt die Chance, die zu beenden.

Die Patientinnen sprechen mit ihren Therapeuten und Mitpatientinnen nun offen darüber, dass sie unter Bulimie leiden, sie gehen nach wenigen Tagen dazu über, alle Aktivitätsformen ihres Bulimiemusters zu benennen und mit Therapeuten und Mitpatientinnen zu teilen. Dies hat weitreichende Auswirkungen. Sie fühlen erstmals seit langem, dass sie so sein können, wie sie sind, ohne jene Lüge, die zum Leben zu gehören schien. Es kommt auf diesem Wege zur intensiven Bindung an die Gruppe der bulimischen Mitpatientinnen und an die Gesamtpatientengruppe. Dieser erste Schritt enthält das heilsame Anerkennen der Selbsttraumatisierung durch die Bulimie.

Der zweite Schritt der Stabilisierung ist **ein regelmäßiger normaler Mahlzeitenrhythmus**. Dieses Element wird häufig unterschätzt. Die Patientinnen versuchten ihre Fressanfälle nicht nur durch Erbrechen ungeschehen zu machen, sondern auch durch die Auflösung des normalen Mahlzeitenrhythmus'. Sie gehen ohne Frühstück in den Tag, essen nichts zu Mittag und nehmen sich vor, am Abend nur eine kleine maßvolle Portion zu sich zu nehmen. Dies ist nicht menschenmöglich. Es kommt zum erneuten Fressanfall, der wiederum mit Erbrechen und mit ausgelassenen Mahlzeiten beantwortet wird. Mit Beginn der stationären Psychotherapie legen sich die Patientinnen deshalb verbindlich darauf fest, drei Haupt- und drei Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen. Nahezu alle Patientinnen berichten übereinstimmend, dass hierdurch der bulimische Suchtdruck schlagartig zurückging, beim Essen wieder Gefühle von Genuß und Satttheit auftauchten und im Denken Freiräume entstanden für Inhalte, die nichts mit Essen zu tun haben.

Im Zuge der Bulimiestabilisierung verändert sich die emotionale Verfassung der Patientinnen erheblich. Die Bulimie als Muster der Selbsttraumatisierung hatte sie emotional entleert, körperlich geschwächt und einen großen Teil der psychischen Energien gebunden. All dies fällt nun weitgehend weg. Die Patientinnen fühlen ihren Stolz auf die eigene Stabilisierungsleistung und sie spüren ihre Neugier und Lebensfreude. Im spezifischen Bereich des Essens wird wieder normaler Appetit, normale Sättigkeit erlebt, im kognitiven Bereich ist das Denken nicht mehr vom Essen beherrscht. Über 90% der Patienten überwinden die Bulimie in dieser Form stationärer Psychotherapie. Wenn diese anfängliche Stabilisierung Fortschritte macht, wird die Arbeit am Traumamaterial möglich.

5. Schluss: Sind psychosomatische Erkrankungen Folgen traumatischer Erfahrung?

Ich komme zum Schluss. Wir sehen in vielen Fällen von Magersucht und Bulimie eine gespaltene Persönlichkeit. Bei Anorexie den herrschsüchtigen magersüchtigen Teil auf der einen Seite und ein überwältigtes Kernselbst auf der anderen Seite. Bei Bulimie begegnen wir dem angepassten chronisch depressiven Alltags-Ich auf der einen Seite und einem bulimischen Teil, der das ewig einsame innere Kind enthält.

Wir sehen ferner, dass in der Entstehung von Essstörungen sowohl Makrotraumen durch Übergriffs- und Gewalterfahrung, wie auch zahllose Mikrotraumen eine wesentliche Rolle spielen. Magersüchtige Frauen haben häufig als kumulatives Mikrotrauma die emotionale Penetration erlebt, Bulimiepatientinnen die emotionale Deprivation, die Bindungslosigkeit. Dies kann uns veranlassen, der Behandlung eine traumatherapeutische Systematik zugrunde zu legen.

Damit bin ich am Schluss und danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturverzeichnis

Collum, J.M. (1972): Identity diffusion and the borderline manoever. *Comprehensive Psychiatry* 13, 179.

Damasio, A. (1999): The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness, *New York*.

Diebel-Braune, E. (1993): „Und bist du nicht willig, so brauch´ ich Gewalt“ – Eine Form der Spaltung bei der Anorexie und ihrer Behandlung.

In: Seidler, G.H. (Hg.) (1993): Magersucht – Öffentliches Geheimnis.

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Seite 189 – 202.

Felitti V.J., Anda R.F., et al (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med* 14, 245-258

Felitti V.J. (2002): Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 359-369

Fischer, G.; Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. *Ernst Reinhardt Verlag, München*

Hall, R.C.W.; Till, L.; Beresford, Th.P.; u. a. (1989): Sexual Abuse in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia. *Psychosomatics* 30: 73 – 79.

Heyne, C. (1994): Täterinnen. *Kreuz, Zürich.*

Hofmann, A. (1999): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. *Georg Thieme Verlag, Stuttgart.*

Janet, P. (1889): L´automatism psychologique. *Paris.*

Kächele, H. (1999): Therapieaufwand und –erfolg bei der psychodynamischen Therapie von Essstörungen. Eine multizentrische Studie (*unpublizierter Schlussbericht*).

Kretschmann, U. (1993): Das Vergewaltigungstrauma. Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen. *Thien und Wienold.*

Lorke, B.; Ehlert, M. (1985): Das Trauma der Vergewaltigung. *Diplomarbeit am Psychoanalytischen Institut der Universität Frankfurt . M.*

Meltzer, D. (1988): Traumleben: Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik. *Verlag Internationale Psychoanalyse München.*

Nervenheilkunde Sonderdruck 2010: Seite 5 und Seite 12

- Paris, J. (2000):** Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung
In: Kernberg, O. F.; Dulz, B.; Sachsse, U. (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart; Seite 159 – 166
- Piaget, J. (1947, dt. 1947):** Psychologie der Intelligenz. Rascher, Zürich.
- Plassmann, R. (2007):** Die Kunst des Lassens. Psychosozial-Verlag
- Plassmann, R. (2008):** Im eigenen Rhythmus. Psychosozial-Verlag
- Raphael, B.; Lundin, T.; Weisaeth, L. (1989):** A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, Suppl. No. 353, vol 88.
- Schüßler, G. (2002):** Aktuelle Konzeption des Unbewußten – Empirische Ergebnisse der Neurobiologie, Kognitionswissenschaften, Sozialpsychologie und Emotionsforschung *In: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48/2002, 192 – 214
- Shapiro, F. (1998):** EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn.
- von Braun, C. (1993):** Von der „virgo fortis“ zur modernen Anorexie: Geistesgeschichtliche Hintergründe der modernen Essstörungen.
In: Seidler, G.H. (Hg.) (1993): Magersucht – Öffentliches Geheimnis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. Seite 134 – 166.