

# Personal-existenzieller Zugang in der Therapie von Ängsten bei Essstörungen

Christian Probst

*Anhand eines Fallberichtes wird anschaulich gemacht, wie ein integrativer Zugang zu Ängsten, die häufig bei Essstörungen auftreten, gelingen kann. Durch das Aushalten und Annehmen-Können der Bedingungen des eigenen Daseins einerseits und des eigenen Soseins in der Selbstannahme andererseits entstehen Vertrauen und Selbstvertrauen. Auf dieser entstandenen Basis können die Patienten Mut für einen neuen und freieren Umgang mit ihren Ängsten finden.*

## Einleitung

Ich nehme in diesem Artikel auf eine spezielle Form von Ängsten Bezug. Ängste, die bei Personen, die unter Essstörungen leiden, eine zentrale Bedeutung haben. Gerade Menschen, die an einer Bulimie oder einer Anorexie leiden, haben immer mit Angsterleben zu kämpfen.

Die Angst vor dem Zu-dick-Werden, die Angst, sich selbst oder anderen in der Körperlichkeit nicht zu genügen, unzumutbar zu sein, sich selbst nicht mehr aushalten zu können oder sich anders als in einer selbst auferlegten Idealvorstellung ertragen zu müssen, wirkt auf diese Menschen bedrohlich und führt zu auto-aggressiven Verhaltensweisen. Auf die Umgebung wirkt dieses Erleben der Angst befremdlich und übertrieben. Die Patienten stoßen deshalb oft auf Ablehnung. Auch für den Therapeuten ist es schwierig, diese fremd wirkenden und kaum nachvollziehbaren Ängste zu akzeptieren.

Bei genauerem Hinsehen wird jedoch verstehbar, wie es zu diesem bedrohlichen Erleben der Angst gekommen ist. Oft zeigen sich in der biografischen Entwicklung Traumatisierungen, die die Erschütterung und Brüchigkeit, mit der diese Menschen zu leben gelernt haben, fassbar werden lassen. Daraus bekommen wir Hinweise, wie die therapeutische Arbeit anzulegen ist, damit diese Menschen in einen heilsamen Umgang mit sich selbst kommen können.

Anhand eines Fallbeispiels werde ich versuchen, deutlich zu machen, wie ein personal-existenzieller Zugang zu den Ängsten einer Patientin, die wegen einer Essstörung in psychotherapeutische Behandlung gekommen ist, möglich wird.

## Vorstellung der Patientin

Karin kommt zu mir, weil ich ihr von ihrer Ärztin als Psychiater und Therapeut empfohlen wurde. Bei dieser Ärztin steht sie wegen einer seit der Kindheit bestehenden Epilepsie regelmäßig in Behandlung. Sie selbst ist Heilmasseurin und Psychotherapeutin.

Im Erstgespräch schildert mir Karin, wie sie ihren Alltag erlebt. Als sie 12 Jahre alt war, begann sie unter einer bulimischen Anorexie zu leiden. Sie war so abgemagert, dass sie mehrmals nur durch stationäre Aufnahmen und Zwangsernährung überleben konnte. Ab dem 20. Lebensjahr trat die Anorexie in den Hintergrund, und eine quälende Bulimie begann nun von ihr Besitz zu ergreifen.

In den letzten 15 Jahren, also etwa seit ihrem 30. Lebensjahr, hat sie die Bulimie, wie sie sagt, weitgehend im Griff. Sie erbricht zwar noch immer, aber nur ein oder zwei mal pro Woche. Sie hat gelernt, wie sie mit ihrer Bulimie umgehen kann, wie sie selbst die Essstörung durch das Einhalten von Regeln und geordneten Verhaltensweisen beherrschen kann. Sie weiß, was sie nicht tun darf, zum Beispiel darf sie keine Vorräte einkaufen, wie etwa Süßigkeiten oder mehr als eine Tagesration Brot, da sie sonst, wie sie sagt, nicht widerstehen kann und „wieder zu fressen beginnt, bis nichts mehr Essbares da ist“ - gefolgt von Erbrechen, Schuldgefühlen, Versagensgefühlen und Selbstverurteilung. Trotz der Essstörung hat sie ihre Ausbildung abgeschlossen, eine Psychotherapieausbildung gemacht und arbeitet heute er-

folgreich als Heilmasseurin und Therapeutin.

## Das Leben mit Bulimie

Seit 15 Jahren hat Karin ihre Bulimie mithilfe von Regeln und Verboten im Griff. Es kostet sie jeden Tag aufs Neue unvorstellbare Mühe, sich gegen die Essstörung zu behaupten. Sie ist müde geworden, ständig gegen den Dämon „Essen“ ankämpfen zu müssen. Karin hat begonnen zu resignieren. Obwohl sie stolz ist auf ihren Beruf und ihre Leistungen, fragt sie sich immer öfter, wozu das alles gut sein soll. So mag sie nicht mehr leben. Sie kann sich gar nicht mehr erinnern, wann sie zuletzt auf irgendetwas Lust gehabt hätte. Ihr Alltag ist dominiert davon, zu funktionieren und sich gegenüber der Bulimie durch erlernte und sich selbst auferlegte Verhaltensweisen zu behaupten. Karin wirkt verzweifelt. In den letzten Monaten erbricht sie wieder öfter – sie hat nicht mehr die Kraft für den ständigen Kampf.

## Suche nach Hilfe

Karin fragt mich, ob ich ihr helfen könnte - sie möchte die Bulimie endlich los werden. Sie möchte endlich zu leben beginnen.

Sie fragt mich, ob ich ihr Medikamente verordnen würde, die ihr helfen könnten, von ihrer Bulimie los zu kommen. Weil sie an einer, mit Medikamenten kaum beherrschbaren Epilepsie leidet, wurde ihr bisher die Einnahme jeglicher Medikamente, die die Bulimie günstig beeinflussen könnten, verboten, da sonst vermehrt epileptische Anfälle auftreten könnten. Derzeit hat sie etwa zwei bis vier mal pro Jahr einen Grand Mal Anfall.

## Zugang zum Schmerz - Empathie und Trauer

In der Schilderung ihres Alltages wird mir deutlich, unter welchem Druck Karin steht. Ich spüre, wie schwer es

für sie sein muss, die Tage zu bestehen, wie bedrückend und bedrohlich es für sie ist, sich dem täglich notwendigen Thema Essen zu stellen. Beim Zuhören, und wenn ich mich auf das, was sie mir sagt, einlasse, kann ich die Mühsal, mit der sie ihr Leben in den letzten Jahren verbracht hat, nachempfinden. Ich kann verstehen, dass sie müde geworden ist und empfinde in mir ein Bedauern: Schade, dass es ihr noch immer so geht, dass all die Jahre des Kampfes nicht dazu geführt haben, ihr pathologisches Essverhalten zu überwinden.

Schade auch deshalb, weil ich spüre, dass auch ich ihr nicht werde helfen können, ihre Bulimie los zu werden.

In der ersten Rückmeldung sage ich Karin, wie ich das, was sie mir erzählt hat, erlebe. Wie schade ich es finde und dass es mich traurig macht, wenn ich das, was sie mir sagt, an mich heranlasse. Ich sage ihr auch, dass es mir leid tut, aber dass ich ihr wohl auch nicht werde helfen können, die Bulimie los zu werden. Aber vielleicht könnten wir einen anderen Weg gehen. Vielleicht wäre es möglich, statt des Ankämpfens gegen das Verhalten in der Essstörung und die damit verbundenen bedrohlichen Ängste, einen versöhnlicheren Weg zu gehen. Ich könnte ihr vielleicht dabei hilfreich sein, dass sie *mit* dem Bedrohlichen leben lernen könnte, sich vielleicht sogar mehr und mehr einlassen könnte, auf das, was sie unbedingt vermeiden zu müssen glaubt. Vielleicht könnte es ihr gelingen, *mit* ihren Ängsten leben zu lernen, aber dafür braucht es Mut - wahrscheinlich mehr Mut, als das Ankämpfen gegen die Angst braucht.

Ich verstehe, dass sie die Bulimie loswerden will, aber das hieße ja etwas von sich selbst los werden zu wollen, das wird wohl nicht funktionieren.

Als ich Karin von meiner Trauer erzähle, schaut sie mich unsicher an - sie wirkt überrascht, zunächst sogar ratlos - aber dann treten ihr Tränen in die Augen. Dass es schade ist, wie es ihr im Alltag geht und dass das jemand traurig erlebt, ist für sie überraschend. Das hat sie nicht erwartet. Und dass es vielleicht noch andere Möglichkeiten geben könnte, als gegen das gestörte Essverhalten ankämpfen zu müssen, macht sie nachdenklich.

## Medikamentöse Entlastung

Nach einer kurzen Abklärung der realen Risiken für die Auslösung von epileptischen Anfällen, beschließe ich, Karin eine medikamentöse Therapie mit hochdosierter Gabe von Serotoninwiederaufnahmehemmern zu verordnen. Das sind spezielle Antidepressiva, die bei Bulimie häufig hilfreich und entlastend wirken, kombiniert mit niedrig dosierten Tranquillizern, um das Anfallsrisiko zu minimieren.

Karin beschließt, die Psychotherapie bei mir zu beginnen, und wir vereinbaren den nächsten Termin in zwei Wochen, danach will sie ein mal pro Woche zur Therapie kommen.

Als Karin nach zwei Wochen wieder zum Gespräch kommt, wirkt sie entlastet, fast euphorisch. Sie hat in den zwei Wochen seit dem letzten Gespräch kein einziges Mal erbrochen. Nach der Einnahme des Tranquillizers hat sie ein deutliches Nachlassen ihrer inneren Anspannung erlebt und eine Art von innerlichem Gelöstsein, wie sie es bis dahin nicht gekannt hat.

Die antidepressiven Medikamente hat sie zusätzlich entlastend erlebt, der innere Drang zum Erbrechen war nicht mehr so stark, und Karins Stimmung hatte sich aufgehellt. Vor allem die Angst und die Bedrohungsgefühle im Zusammenhang mit Essen hatten deutlich abgenommen. Auch die Angst vor epileptischen Anfällen war weniger geworden.

Diese medikamentöse Entlastung in der Angstsymptomatik und die Aufhellung der eigenen Stimmung ließen Karin wieder Zuversicht finden. Allein das Erleben dieser Erleichterung ist für sie so positiv, dass sich schon deshalb der Entschluss für die Aufnahme der Therapie für sie lohnt, wie sie sagt. Sie wirkt motiviert, die Psychotherapie anzugehen.

Wir vereinbaren die schrittweise Reduktion der Tranquillizer und ein Ausschleichen dieses Medikamentes, das süchtig machen kann, bis zum nächsten Gesprächstermin in einer Woche. Karin gelingt dies problemlos, ohne dass sich ihr Befinden verschlechtert. Die hochdosierte antidepressive Medikation soll sie als Langzeittherapie ebenso beibehalten wie die antiepileptische Medikation.

## Annäherung an das gestörte Essverhalten

Karin sagt, dass sie etwas aus der letzten Stunde, unserem Erstgespräch, noch sehr beschäftigt hat. Der Gedanke, dass es auch noch eine andere Art des Umgehens mit der Bulimie geben könnte als dagegen anzukämpfen, hat sie irritiert. Zugleich hat sie viel darüber nachgedacht, wie das möglich sein könnte. „Wenn ich Sie richtig verstanden habe,“, sagt sie, „dann meinen Sie, es wäre besser mit der Essstörung zu leben zu versuchen, als gegen sie anzukämpfen. Das ist interessant, aber wie soll das gehen?“

Weiters sagt mir Karin, es habe sie verunsichert, dass ich es traurig finde, wie es ihr im Alltag geht, und ob ich das wirklich so erlebt habe, ob ich da ehrlich gewesen sei?

„Das stimmt schon“, sagt Karin, „es ist ja traurig, so leben zu müssen und nicht anders zu können“ - nur - das hat ihr bezüglich der Essstörung noch niemand gesagt. So habe sie sich noch nie wahrgenommen. Dass ich das gesagt habe, hat sie berührt, sie hat deshalb öfter geweint in den letzten zwei Wochen. „Das ist mir nahe gegangen“, sagt sie, „aber es hat gut getan“.

## Zugang zum Essen - Umgehen mit der Angst vor der Lust

Im weiteren Verlauf dieser Therapiestunde will Karin über ihr Essverhalten sprechen. Was soll sie sonst tun, als gegen ihre Angst vor dem Kontrollverlust beim Essen anzukämpfen? Karin schaut mich unsicher, fast ängstlich an, als sie mich fragt: „Wie geht denn normal essen? Ich kann das nicht. Ich weiß nicht, wie das geht. - Ich möchte auch einmal etwas genießen können - aber wenn ich etwas mit Genuss essen will - dann verliere ich die Kontrolle, eine Gier überkommt mich, und ich fresse dann alles, bis nichts mehr Essbares da ist - das ist dann kein Genuss mehr. Und dann bin ich vollgestopft, das ist nicht zum Aushalten - dann muss ich erbrechen, dann ist es leichter. Aber dann hab´ ich Schuldgefühle, weil das, was ich da wieder getan habe, nicht richtig ist. - Bitte, ich meine das ernst - wie geht das, normal essen? Ich hab´ das auch damals im Krankenhaus, als ich mit der Anorexie aufhören wollte und beschlossen habe, dass ich weiterleben will

und wieder zu essen beginnen möchte, die Krankenschwester gefragt. Ich habe ihr gesagt, dass ich wieder zu essen beginnen will und sie ersucht, mir eine Portion Abendessen anzurichten. Da ich Angst gehabt habe vor dem Essen und weil ich diese Schwester gern gehabt habe, habe ich sie gefragt, ob sie sich zu mir setzen und mir helfen könnte. Als das Abendessen vor mir stand, war ich hilflos. Ich habe sie angeschaut und gefragt: Wie geht denn das - Essen - wie soll ich das machen, normal essen? Da wurde sie böse und ist mich angefahren: Frag nicht so blöd. Stell dich nicht so blöd an, hat sie gesagt. Iss das jetzt einfach! Das hat mich getroffen. Ich habe das Essen irgendwie hinunter gestopft. Seit damals hab` ich niemanden mehr gefragt, wie normal essen geht, ich habe versucht es selbst herauszufinden, aber ich schaffe das nicht.“

In den nächsten Therapiestunden beschäftigten wir uns mit Karins Zugang zum Essen. Sie weiß von sich, was sie nicht einkaufen darf. Alles, worauf sie Lust hat, kauft sie nicht. Frisches Brot, zum Beispiel, Honig, Schokolade oder gar diese Becher mit Vanillecreme und Sahne darf sie nicht zu Hause haben, weil sie weiß, das sie sich dann nicht beherrschen kann und die Fressorgien losgehen. So steht sie im Supermarkt und teilt die Waren ein in solche, die für sie tabu sind, weil sie Lust darauf hat, und die anderen Sachen, die sie nicht in Gefahr bringen, also die, wo sie keine Lust in sich spürt, sie zu essen. Aber was soll sie jetzt einkaufen? Wie soll sie sich entscheiden, was sie in den Einkaufswagen legen will. Um sich orientieren zu können, was sie aussuchen soll, hat Karin gelernt, sich an die Vernunft zu halten.

## Die Grenze der vernünftigen Entscheidung

Als Heilmasseurin weiß sie, was der menschliche Körper braucht, um gesund und fit zu bleiben. Sie benötigt keine Kalorientabelle mehr. In ihrem Inneren läuft automatisch ein Kalorienzähler mit, sie weiß auswendig, wie viel Kalorien die diversen Nahrungsmittel haben. Sie weiß, welche Vitamine und Spurenelemente, Ballaststoffe und so weiter in welchen Speisen enthalten sind.

So kauft sie jeden Tag vernünftig ein.

Sie weiß dann, dass das, was sie für sich gekauft hat, gesund ist, sie ausgewogen ernährt und davor bewahrt, fett zu werden.

Manchmal ertappt sie sich dabei, dass im Supermarkt die Lust mit ihr durchgeht. Dann stiehlt sie sich ein Glas Honig oder eine Tafel Schokolade oder, wenn es ganz arg über sie kommt, einen Becher Vanillecreme mit Sahne vom Regal und legt ihn mit schlechtem Gewissen in den Einkaufswagen.

Sie schämt sich beim Zahlen an der Kassa vor der Kassiererin, wenn sie diese verbotenen Sachen auf das Förderband legt, und verschwindet dann schnell aus dem Geschäft. Zu Hause versteckt sie dann diese Sachen, obwohl sie alleine lebt, aus Angst, es könnte jemand unverhofft auf Besuch kommen und sehen, wie unmäßig und unvernünftig sie wieder war. Heimlich, immer wenn sie am Versteck vorbei geht, bricht sie dann ein Stück Schokolade ab, oder isst einen Löffel Vanillecreme oder Honig, und schluckt schnell hinunter. Das macht sie so lange, bis nichts mehr da ist.

Dann beginnt Karin darüber nachzudenken, was sie getan hat. Es war unvernünftig, die Vanillecreme, die Schokolade zu essen. Das sind mehr Kalorien, als sie verbraucht. Also wird sie davon dick. Es war unnützlich, das zu essen, weil es nicht gesund ist - keine Vitamine, einfach unvernünftig. Das liegt ihr im Magen, es muss wieder raus - also geht Karin ins Klo und erbricht. Und sie fühlt sich schuldig, weil sie sich hat gehen lassen und gegen die Lust nicht diszipliniert gekämpft hat. Begleitet wird dieses Schuldgefühl von einer Angst, sich vielleicht nie im Griff zu haben und die Kontrolle einmal vollends zu verlieren.

Dann würde sie fett werden und unzumutbar, einfach abstoßend sein, und so will sie nicht werden, das wäre unerträglich für sie. Dann wäre sie vernichtet, die Lust hätte sie vernichtet.

Ich fordere Karin auf, einmal ganz nüchtern hinzuschauen, ob das wirklich so ist, wie sie sagt. Ob ein Mensch deshalb, weil er einmal unmäßig ist und übermäßig Süßigkeiten in sich hineinfrisst, schon fett wird. Wir gehen diese Frage konkret, Schritt für Schritt durch. Karin entdeckt, dass ihre Befürchtungen übertrieben sind. Sie erkennt, dass ein einma-

liges über die Stränge schlagen und maßlos werden nicht gleich Fettleibigkeit macht - obwohl es schon unangenehm ist, wenn man sich angestopft und vollgefressen fühlt. Anstatt erbrechen zu müssen, gibt es ja auch noch die Möglichkeit, das widerliche Angestopft-Sein auszuhalten und am nächsten Tag oder in den nächsten Tagen weniger zu essen, oder nur leichte Kost, wie etwa Salat. Karin sagt staunend: „Wahrscheinlich wird dann ein Salat auch besser schmecken, als sich wieder mit etwas Schwerem anzustopfen.“

## Mut zur Lust

Ich frage Karin, ob sie den Mut aufbringen könnte, im Supermarkt einmal etwas zu kaufen, worauf sie Lust hat. Im schlimmsten Fall, so gehen wir die Situation durch, könnte sie sich damit vollstopfen und dieses widerwärtige Angestopft-Sein erleben. Karin prüft das Risiko und findet schließlich, dass sie es schon aushalten könnte, so angestopft zu sein. „Dann esse ich halt am nächsten Tag nichts oder nur Salat. Aber das wäre es schon wert, wenn ich dafür einmal so richtig Vanillecreme mit Sahne essen könnte - es mir nicht stehlen müsste.“

Karin meint, dass ein Becher Vanillecreme zu wenig ist. Um ihrer Lust wenigstens halbwegs Platz zu geben, braucht sie wenigstens fünf oder sechs Becher, am liebsten zehn. So richtig schön ist für sie die Vorstellung, die Creme im Bett zu essen, vor dem Einschlafen, das wäre ein richtiger Genuss - essen und genießen wie ein Baby. Karin beschließt, sich das zu gönnen und es gelingt ihr.

So beginnt Karin der eigenen Lust Platz einzuräumen. In den nachfolgenden Wochen ist es Karin wichtig, sich an immer neue, vormals verbotene Speisen, auf die sie Lust hat, anzunähern. Sie lernt wieder lustvoll zu essen, gefolgt von Tagen, wo sie durch vernünftiges Essen Ausgleich schaffen kann.

Karin ist nun schon ein halbes Jahr in Therapie und sie hat in dieser Zeit kein einziges Mal erbrochen. Sie traut sich wieder an ihre Lust heran. „Ich hab` mir nie vorstellen können, dass ich so leben könnte. Es ist viel leichter geworden, das Leben kommt an mich heran und ich kann mich darauf einlassen. Früher war alles so bedrohlich, und ich musste mir alles mühsam erkämpfen -

mich jeden Tag behaupten. So wie es jetzt ist, ist es viel besser. Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie glücklich ich bin. Ich habe sogar daran gedacht, wie es wäre, mich auf eine Beziehung einzulassen“.

## **Neue Offenheit für eine Beziehung**

Karin erzählt, dass sie sich in einen Mann, einen Arbeitskollegen verliebt hat. Sie ist sich sicher, dass auch sie ihm nicht egal ist, da er ihr seit längerem immer wieder von Problemen in seiner Ehe erzählt und ihre Nähe sucht. Sie versucht nun vermehrt seine Aufmerksamkeit zu erhalten und signalisiert, dass sie eine Beziehung mit ihm beginnen möchte. In dieser Situation zeigt ihr Kollege plötzlich kein Interesse mehr an ihr. Er sagt, sie solle nicht auf so blöde Gedanken kommen, er wolle nichts von ihr, schließlich sei er ja verheiratet.

Karin ist verletzt, sie gibt zunächst sich selbst die Schuld für das Verletztworden-Sein - schließlich hat sie sich durch ihr dummes Verhalten diesem Mann ausgeliefert. Aber Karin erkennt auch, dass dieser Mann sie ausgenutzt hat. Er brauchte jemanden, dem er von seinem Jammer und seiner Unzufriedenheit erzählen konnte. Er wollte sich nur verstanden fühlen, war aber nicht bereit, an einer Verbesserung seiner Ehebeziehung zu arbeiten oder eine Trennung in Erwägung zu ziehen.

## **Erneute Verunsicherung**

Karin klagt, dass es ihr auch mit dem Essen wieder schlechter geht. Sie kann essen, was sie will, sie fühlt sich gebläht. „Ich bin so aufgebläht wie eine Kuh. Mein Bauch ist riesig wie ein Ballon - ich mag so nicht sein, es ist ekelhaft.“

Ich fordere Karin auf, hinzuschauen, wie groß ihr Bauch wirklich ist. Schließlich überwindet sie ihre Abscheu und legt ihre Hände auf ihren Bauch. Sie spürt, dass ihr Bauch sich nicht groß anfühlt, nicht größer als sonst. Aber der Bauch tut ihr weh, in ihr rumort es so stark, dass Karin es fast nicht aushält. Sie fühlt sich so vollgestopft - am liebsten wäre ihr, dass alles vom Bauch abwärts nicht zu ihr gehört, sagt Karin.

Sie habe unmögliche dicke Beine, ei-

nen zu großen Po, zu dicke Schenkel und Waden, wie ein Fußballspieler. Das haben ihr schon die Kinder im Kindergarten gesagt, dass sie Fußballerwaden habe und sie haben sie deshalb ausgelacht.

Sie will diese Beine, diesen Po und diesen Bauch nicht. Am liebsten wäre ihr, sie würde unter der Brust aufhören. Alles unterhalb der Brust fühlt sich für Karin fremd an, als ob es nicht ihr Körper wäre.

In den folgenden Therapiestunden geht es um Karins Wahrnehmung des eigenen Körpers.

## **Fördern der Selbstannahme**

Ich fordere sie immer wieder auf, hinzuschauen und ihren Körper anzugreifen. Karin lernt dabei die konkrete Wahrnehmung mit ihrer Fantasie über den eigenen Körper zu vergleichen. Sie spürt und fühlt die Festigkeit ihres Körpers, ihrer Beine. Sie beginnt nun eine neue Erfahrung zu machen. Bisher hat sie ihren Körper immer nur mit dem Ideal der Schönheit von Modelfiguren verglichen - und diesem Ideal genügte ihr Körper nicht - so hat sie gemeint, ihr Körper verdiene nur Ablehnung.

Erstmals spürt Karin die Festigkeit und verlässliche Funktion ihres Körpers. Nicht einmal die Erinnerung an die epileptischen Anfälle hat das Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit ihres Körpers erschüttert. Karin spürt erstmals, wie verlässlich ihre Beine, mögen es auch Beine mit Fußballerwaden sein, sie getragen haben. Karin staunt darüber, was dieser ihr Körper schon alles ausgehalten hat und dass er noch immer zuverlässig funktioniert. Karin sagt, dass sie ihrem Körper dankbar ist, eine Dankbarkeit in sich aufkommen spürt, wenn sie daran denkt, was sie diesem, ihrem Körper im Laufe ihres Lebens schon alles angetan hat. Sie merkt jetzt, dass es gar nicht selbstverständlich ist, aber ihr Körper hat offenbar all das ausgehalten und funktioniert immer noch. So hat sie ihren Körper bisher noch nie wahrgenommen. „Eigentlich ist es gut, diese Beine zu haben“, sagt Karin, „eigentlich beginne ich diese meine Beine zu mögen - andere Beine hätten das wahrscheinlich nicht ausgehalten. Ein anderer Körper wäre schon kaputt gegan-

gen, der hätte das alles nicht so gut verkraftet.“

## **Traumatisierung in der Kindheit - Dissoziation als überlebenswichtige Copingreaktion**

Karin beginnt zu berichten, was sie damit meint, was ihr Körper schon alles verkraftet hat. Eigentlich wollte sie nicht mehr über ihre Vergangenheit reden, und sie will auch jetzt nicht mehr darin herumwühlen - das hat sie schon jahrelang getan, während der Therapie, als sie unter Anorexie litt und danach in der Selbsterfahrung in der Ausbildung zur Psychotherapeutin. Aber damit ich ungefähr weiß, was los war in ihrer Kindheit, will sie mir darüber berichten.

Karin war massiver körperlicher Gewalt durch ihren Vater ausgesetzt. Er hat sie, seit sie denken kann, immer wieder brutal geschlagen. Manchmal ist sie davon ohnmächtig geworden. Sie weiß bis heute nicht, weshalb er sie so verprügelt hat. Es genügte irgendwelche kleine Anlässe, und ihr Vater rastete aus. Mehrmals hat er sie mit einer Hand an ihrem Haarzopf gehalten und um das Elternhaus richtig herum geschlagen. Wenn ihre Beine unter den Schlägen nachgaben, hat er sie an den Haaren weitergeschliffen. Das hat schon begonnen, als sie vier Jahre alt war, sie ging noch nicht einmal in den Kindergarten. Ihre Mutter stand daneben und schaute dem Vater bei seinen Gewaltorgien, wie Karin seine Ausbrüche nennt, zu. Sie sagte immer „Hört auf, wenn das die Nachbarn hören - man muss sich ja schämen, wenn ihr euch so aufführt.“ Nach den Gewaltexzessen, wenn sich Karin erholt hatte, sagte die Mutter zu ihr: „Weshalb bist du so, weshalb provozierst du deinen Vater so, ich verstehe dich nicht, weshalb du nicht Ruhe gibst, wenn du merkst, dass er ausrastet.“

Karin hatte ihre eigene Art entwickelt, mit der erlebten Gewalt umzugehen. Wenn ihr Vater sie schlug, schaute sie ihm ins Gesicht und lachte - sie wollte ihm nicht die Genugtuung geben, dass er sie zum Weinen bringen könnte. Sie schaute ihn an und lachte.

So kam er nicht an ihr Innerstes heran - oft lachte sie, bis sie unter seinen Schlägen ohnmächtig wurde. Damals begannen auch ihre epileptischen Anfälle, da ging sie gerade in die Volksschule.

Gewalt. Sie begann von zuhause zu flüchten. In der Nachbarschaft gab es einen Mann, der immer lieb zu ihr war und ihr Süßigkeiten zusteckte. Zuhause bekam Karin keine Süßigkeiten - ihre Mutter arbeitete in einem Gesundheitsberuf und achtete sehr auf gesunde Ernährung.

Schließlich begann sie der Nachbar in sein Haus zu nehmen. Er gab ihr Süßigkeiten und verlangte Zuwendung von ihr. Sie musste lieb zu ihm sein, damit sie Süßigkeiten bekam und schließlich begann er, sie sexuell zu missbrauchen.

Karin war gerade sechs Jahre alt, als der sexuelle Missbrauch begann. Diese Erfahrung machte Karin noch mit anderen Männern. Burschen aus der Nachbarschaft begannen sich für sie, die inzwischen etwa zehn oder elf Jahre alt war, zu interessieren. Sie lockten sie in den Keller ihres Wohnhauses und missbrauchten sie. Einmal kam zufällig Karins Mutter in den Keller. Der Bursche war gerade dabei wegzugehen. Karin stand noch mit unbedecktem Unterkörper da. Da herrschte ihre Mutter sie an und sagte, sie soll sich gefälligst anziehen und auf ihr Zimmer gehen. Ihre Mutter war böse auf sie. Sie bekam zur Strafe Hausarrest. Geredet hat ihre Mutter nie darüber, was im Keller vorgefallen war. Sie war nur böse.

So war Karin den Gewaltexzessen ihres Vaters, dem Missbrauch durch Männer und Burschen und der Teilnahmslosigkeit ihrer Mutter, die nur darauf bedacht war, sich vor der Nachbarschaft nicht schämen zu müssen, ausgesetzt.

## **Verweigerung des Essens - ein möglicher Ausweg und Schutz vor der Gewalt**

Wenn es ihr zu viel wurde, bekam sie einen epileptischen Anfall. Schließlich begann Karin unter der Gewalt zusammenzubrechen. Als sie zwölf Jahre alt war, hörte sie auf zu essen. Wenn sie nichts aß und immer dünner wurde, wurden die Menschen auf sie aufmerksam. Die Lehrer in der Schule fragten, ob sie krank sei, weil sie so schlecht aussah. So lernte Karin, dass sie durch den Verzicht auf Essen Aufmerksamkeit erreichte und etwas bewirken konnte. Als sie abgemagert war, kam sie ins Krankenhaus, weil sie zuhause sonst verhungert wäre. Im Krankenhaus war

sie geschützt. Auch wenn es dort vorwiegend darum ging, dass sie wieder Gewicht zunahm, war es doch leichter als zuhause.

## **Leistung erbringen schafft Sicherheit**

In den Therapiegesprächen im Krankenhaus begann Karin langsam von ihren Erlebnissen zu erzählen. Ihren Therapeuten ging es, wie Karin sagt, darum, dass sie lernte, mit dem Erlebten umzugehen. Dass sie trotz der schlimmen Erfahrungen sich nicht aufgab und ihre Aufgaben wahrnahm. Dass sie ihre Schule abschloss, ihre Ausbildung vorantrieb und so ihr eigenes Leben zu bewältigen lernte. Es war wichtig, dass Karin lernte, wie stark sie ist und dass sie trotzdem, trotz der erlebten Traumatisierungen, erfolgreich sein kann in ihrem Leben.

In der später folgenden Therapieausbildung hat sie erfahren, dass die Trauerarbeit noch ausständig war. Sie sollte ihre Trauerarbeit in der Einzelselbsterfahrung mit ihrer Lehrtherapeutin leisten, sonst würde sie von der sie beherrschenden Psychodynamik, die die Bulimie aufrecht erhielt, nicht loskommen können.

Karin stellte sich dieser Aufgabe. Sie suchte die Orte ihrer Kindheit auf, den Schmerz, die Angst, die Bedrohung, die sie erlebt hatte. Sie weinte über das Erlebte und hoffte, mit dem wiedererlebten Schmerz und den geweinten Tränen von all dem Erlebten loszukommen. Sie weinte so gut sie konnte über das, was ihr widerfahren ist. Ingeheim erwartete sie sich, dadurch von all dem Grausamen loskommen zu können. Karin sagt, dass sie immer darauf gewartet hat, dass sie irgendwann genug geweint hat und darauf gehofft hat, sich so von ihren Erlebnissen befreien zu können. Aber das ist, trotz all des Bemühens, nicht gelungen.

## **Fehlen der integrierten Emotion**

„Irgendwas fehlt mir noch“ sagt Karin, „irgendwie habe ich das Gefühl, es ist so, als ob das alles nicht zu mir gehört. Aber ich weiß nicht, wie ich da herankommen kann. Es ist wie mit meinem Körper, die untere Hälfte gehört nicht zu mir.“

Auch mir fällt auf, dass Karin über die Erlebnisse in ihrer Kindheit berichtet, wie von einem Film, den sie gese-

hen hat. Sie wirkt unberührt, so, als ob das alles nichts mit ihr zu tun hätte. In den letzten Wochen spricht Karin in den Therapiestunden immer wieder davon, dass sie an das Erlebte heran kommen will. Sie will, dass ich ihr dabei helfe, sich auf sich selbst, auf ihre biografische Geschichte, auf ihr gewordenes Sein, einzulassen. Sie hat ja keine andere Geschichte, in dieser Lebensgeschichte ist sie selbst geworden. Sie will nicht mehr Angst haben müssen vor dieser Geschichte und sich von ihr bedroht fühlen. Karin will versuchen, *mit* dieser Geschichte leben zu lernen, anstatt weiter gegen sie und die damit verbundenen Ängste ankämpfen zu müssen.

Karin kommt jetzt seit etwas mehr als einem Jahr in Therapie. Es ist ihr mit medikamentöser Unterstützung gelungen, vom bulimischen Essverhalten loszukommen. Sie hat bis heute kein einziges Mal mehr erbrochen. Karin hat auch keinen epileptischen Anfall mehr erlebt.

Sie selbst sagt, ihre jetzige Lebensqualität ist viel besser als vor Beginn der Therapie. Es ist, als ob sie erstmals das Leben spüren kann.

## **Ausblick**

In den nächsten Monaten wird es wohl darum gehen, Karin zu helfen, einen Zugang zu sich selbst, zu ihrer Geschichte, ihrem Leid, indem sie selbst geworden ist und in dem sie selbst enthalten ist, zu finden. Erst dadurch wird es ihr möglich werden, sich mit ihrer Geschichte und dem erlebten Leid auszusöhnen und die damit verbundenen Ängste und Bedrohungsgefühle in das eigene Ich zu integrieren. So wie es ihr gelungen ist, die Angst vor dem Essen und der damit verbundenen Lust zu integrieren und ICH werden zu lassen.

So wie ich Karin in diesem Jahr kennen gelernt habe, spüre ich ein festes Vertrauen, dass ihr das gelingen wird.

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. Christian Probst*

*Neutorgasse 50/1*

*8010 Graz*

*christian.probst@existenzanalyse.org*