

Psychotraumatologie der Essstörungen

Verf.: Prof. Dr. med. Reinhard Plassmann



Psychotherapeutisches Zentrum

Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 0

E-Mail: plassmann@ptz.de

1. Einführung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Essstörungen sind paradigmatisch für kritische Entwicklungsstillstände. Keine andere Krankheit als die Magersucht zeigt augenfälliger, wie die Entwicklung des Weiblichen zum Stillstand kommt. Wir haben beispielsweise kürzlich eine Patientin stationär aufgenommen, 20 Jahre alt, seit 8 Jahren magersüchtig, also seit ihrem 12. Lebensjahr. Sie war seither nicht nur seelisch, sondern auch körperlich nicht gewachsen. Die damalige Größe von 1,49 m war gleichsam eingefroren, ebenso ihr Gewicht, so dass sie als Zwanzigjährige bis auf einen manchmal fast greisenhaft wirkenden Gesichtsausdruck noch aussah, wie die damalige Zwölfjährige. Eine Pubertät, eine Periode hat sie nie erlebt.

Während bei Magersucht der Entwicklungsstillstand so beunruhigend offensichtlich geschieht, bleibt dies bei Bulimie geheim. Alle Energie geht in die Entwicklung einer Fassade, die den Konventionen des Weiblichen entsprechen soll, während die Bulimie zugleich die innere Leere zu unterdrücken versucht.

Beide Essstörungen zeigen uns mit sehr beunruhigender Klarheit, dass das Weibliche in unserer Gesellschaft keinen entwicklungsförderlichen Rahmen mehr findet. Etwa 5 % der Mädchen und Frauen sehen deshalb zu dieser essgestörten Entwicklungsblockade keine Alternative (Cierpka und Reich 1997)

Aus alledem ergibt sich ohne jede Frage eine starke Herausforderung, Strategien zu finden, mit denen menschliches Wachstum gefördert werden kann, das des Individuums und das der Gesellschaft. Hyperindustrialisierte moderne Gesellschaften können nicht mehr darauf vertrauen, dass die spontanen Lebensbedingungen auch wachstumsförderlich sind. Solche Industriegesellschaften müssen vielmehr einen wachstumsförderlichen Rahmen für sich selbst aktiv und professionell schaffen oder sie werden verschwinden, schlicht aussterben, wie die Entwicklung der Geburtenrate zeigt.

Für diese Neukonzeption brauchen wir Modelle, Vorstellungen davon, wann Lebendiges wächst, wann etwas stagniert, wann jemand erkrankt und wann es zur Emergenz neuer Muster von Selbstorganisation mit Zuwachs an Vitalität kommt und wann zur Submergenz, also einem Verlust von Ordnung und Vitalität (Schmid–Schönbein 1999, Seite 151). Ich möchte Ihnen in meinem Vortrag schildern, welche Impulse von der modernen Traumatherapie ausgegangen sind, wie wir dies auf die Behandlung der Essstörungen anwenden und zu welchen Therapieergebnissen wir dadurch kommen.

2. Paradigmenwechsel in der Psychotherapie

Wie wirksam die psychischen Selbstheilungssysteme sind, haben uns neuere Entwicklungen der Traumatherapie nachdrücklich gezeigt.

Das EMDR, 1989 von Shapiro zufällig entdeckt, ist mittlerweile das bestuntersuchte traumatherapeutische Verfahren. Es beruht ausschließlich auf selbstorganisatorischen Prozessen, also dem Unterstützen innerer Energiequellen um neue, funktionale, gesunde Muster der Selbstorganisation zu finden.

Shapiro hatte an sich selbst beobachtet, dass schnelle Augenbewegungen ihre emotionale Belastung – sie hatte selbst eine Krebserkrankung durchgemacht – drastisch verringerten. Sie hat dann diese zunächst völlig theoriefreie Beobachtung an einigen Freunden erprobt und nachdem sich der Effekt reproduzieren ließ, begonnen mit schwertraumatisierten Patienten, insbesondere Vietnam-Veteranen zu arbeiten.

Die erste kontrollierte Studie zu EMDR (Shapiro 1998) ergab Erstaunliches. Die Teilnehmer waren 22 Patienten zwischen 11 und 53 Jahren, schwer traumatisiert durch Vergewaltigungen, sexuellen Missbrauch und Kriegserlebnisse in Vietnam. Die Traumata lagen im Mittel 23 Jahre zurück und alle Patienten hatten erfolglose Vorbehandlungen von im Mittel 6 Jahren Dauer absolviert, alle litten an einem oder mehreren typischen Symptomen der posttraumati-

schen Belastungsstörung wie Flashbacks, Alpträumen, Schlafstörungen, Arbeits- und Beziehungsstörungen. Nach einer einzigen EMDR-Sitzung ergab sich folgendes Resultat:

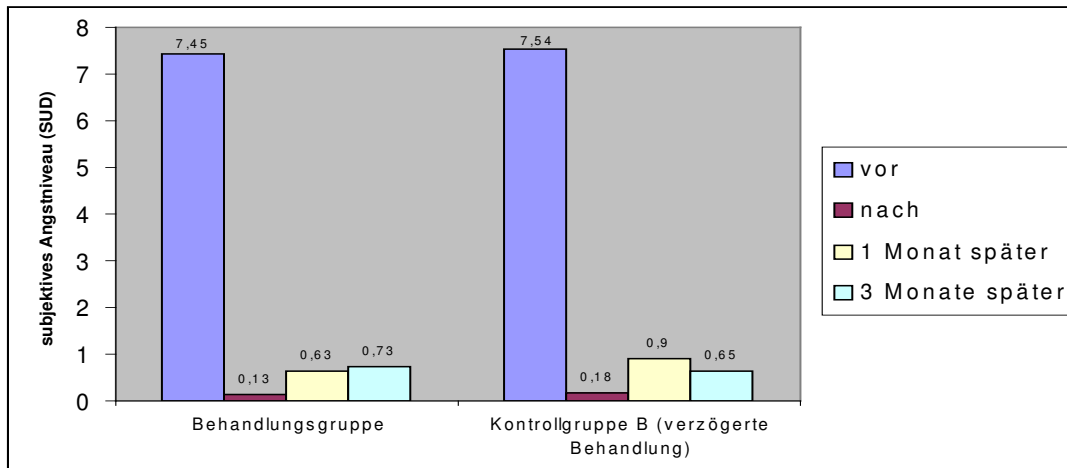


Abb. 1: Subjektives Angstniveau (SUD) der Behandlungsgruppe und der Kontrollgruppe B in der ersten Sitzung, bei der Überprüfung nach einem Monat und bei der Überprüfung nach drei Monaten.

Die Belastung war auf Werte unter 1 abgesunken, war also praktisch nicht mehr fühlbar.

Die Ein- und Dreimonatskatamnese zeigt ein weitgehend stabiles Verschwinden des subjektiven Angst- und Belastungsniveaus sowie der klinischen Symptomatik. Dies gilt auch für die Sechsmonatskatamnese, die hier allerdings in der Grafik nicht dargestellt ist.

Die posttraumatische Belastungsstörung war praktisch ausgeheilt.

Es hatte sich also gezeigt, dass die Patienten, was niemand geglaubt hatte, imstande waren, ihre Traumata zu verarbeiten, so dass die emotionale Belastung verschwand.

Ich verwende bewusst die Formulierung „die Patienten waren imstande“. Es war deren eigene, bislang blockierte und ungenutzte Selbstheilungskompetenz, die vom EMDR reaktiviert worden war. Dies macht nachdenklich. Wie können wir uns dieses psychische Selbstheilungssystem vorstellen?

3. Das bipolare Prinzip der Psychotherapie

Folgende Erkenntnis beginnt sich durchzusetzen:

Den selbstorganisatorischen Prozessen im Patienten liegt im Kern ein bipolares Prinzip zugrunde. (Plassmann und Seidel 2003)

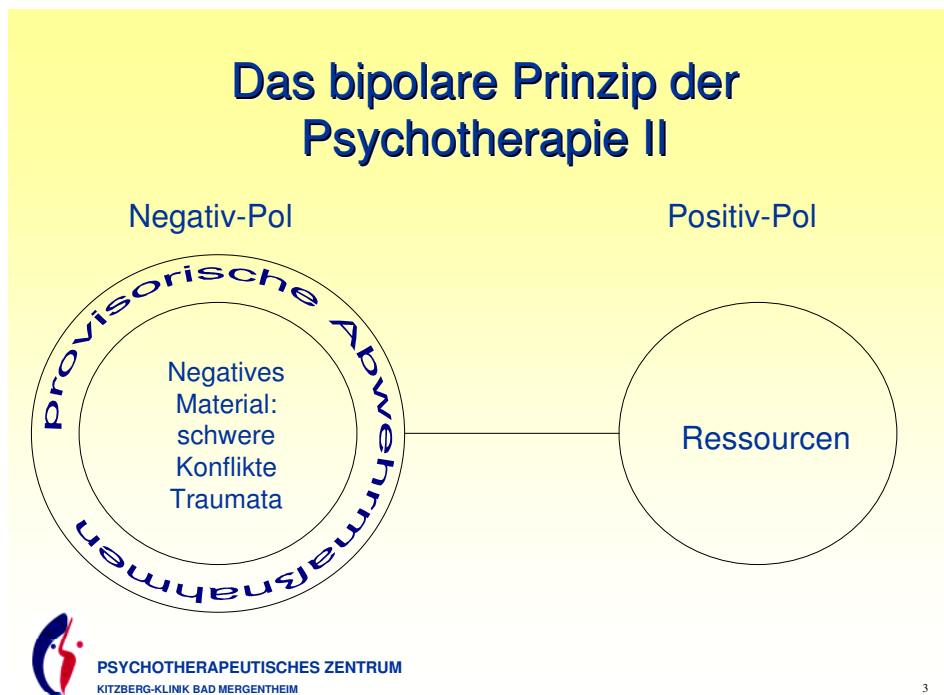


Abb. 2: Das bipolare Prinzip der Psychotherapie II

Den negativen Pol bilden das unverarbeitete emotionale Belastungsmaterial, bestehend aus schweren Konflikten oder traumatischen Erfahrungen oder, wie meist, einer Mischung aus beidem. Wir finden im Kern des negativen Materials überstarke negative Affekte, fragmentierte Sinneseindrücke, eine zerstörte Zeitordnung und eine zerstörte Fähigkeit zur Versprachlichung. Die damit verbundenen kognitiven Selbstaspekte sind ebenfalls durchweg negativ: Ich bin inkompetent, hilflos, wertlos, schutzlos, schuldig. Dieses Material hat sich im sogenannten heißen, sprachlosen Gedächtnis gleichsam eingebrannt und sich niemals mit den natürlichen, gesunden Verarbeitungsressourcen verbinden können.

Statt dessen ist um dieses Negativ-Material herum gleichsam ein Ring provisorischer Bewältigungstechniken entstanden, die häufig exzessiv praktiziert

werden, weil sie immer nur kurzfristig helfen: Dissoziation, Selbstverletzung, Sucht, Essstörung.

Diese lauten vordergründigen Symptome und Manöver haben reparativen Charakter, sie sollen das negative Material bewältigen helfen. Sie sind aber dessen direkte Abkömmlinge und sind deshalb niemals zur Heilung, also zur vollständigen Verarbeitung des negativen Materials geeignet.

Im positiven Pol, den sogenannten Ressourcen, versammeln sich die salutogenetischen, zur Selbstorganisation befähigten Persönlichkeitsanteile, kurz gesagt: die Inneren Helfer. Dass diese Inneren Helfer existieren, auch beim kränksten Patienten, ist offensichtlich, sie sind aber desorganisiert.

In deren Kern stehen wiederum Emotionen, allerdings von positiver Färbung, sie sind gut moduliert, sie sind verknüpft mit Körpergefühlen und bildhaften Phantasien. Es gibt ein klares Zeitgefühl gibt mit einem Vorher, Während und Nachher und einer Freude an der Versprachlichung, d. h. die Symbolisierungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt. Zu diesem positiven Material zählen auch durchweg positive Selbstaspekte: Ich fühle mich sicher, wertvoll, ich habe ein Lebensrecht und eine Zukunft. Vielleicht kann man sagen, dass diese positiven Komplexe eine ästhetische, eine rhythmische, vielleicht auch eine poetische Natur haben. Wir werden später noch sehen, welche erstaunlich große Bedeutung das Wiederfinden innerer Rhythmen für die Heilungsprozesse hat.

Das EMDR als konsequent bipolar aufgebaute Methode hat uns nun gelehrt, dass die Heilungsvorgänge auf der Interaktion des heilungs- und verarbeitungskompetenten Ressourcenpols mit dem negativen Material des Belastungspols beruhen. Das Standardprotokoll der EMDR-Traumatherapie fokussiert deshalb zum einen die emotional am belastendsten empfundene Situation einschließlich der damit verbundenen negativen Kognition und zum anderen den positiven Pol durch Fokussierung auf die sogenannte positive Kognition. Was zu den oft erstaunlichen Heilungsprozessen führt, ist nicht etwa der Therapeut oder die Methode, sondern die Heilungskompetenz eines gut orga-

nisierten, präsenten und verfügbaren Ressourcenpols, also diese Konstellation:

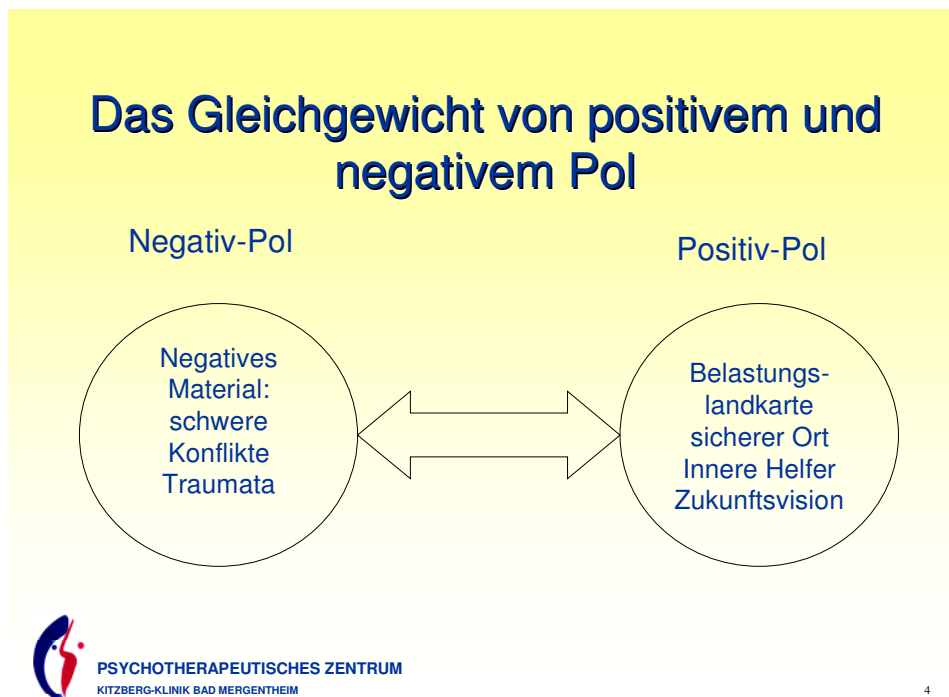


Abb. 3: Die Interaktion von negativem und positivem Pol

Im sogenannten Prozessieren scheinen die rhythmischen Stimulationen, Augenbewegung o. ä., den selbstorganisatorischen Heilungsprozess zu fördern, möglicherweise deshalb, weil dieser Heilungsprozess immer als schwingende Oszillation zwischen Problem und Lösung geschieht.

Damit kommen wir zum folgenden Modell von Traumatherapie, wahrscheinlich von Psychotherapie schlechthin.

4. Psychotherapie der Essstörungen

4.1 Die Ausgangssituation

Schauen wir uns die Ausgangssituation an.

Die gegenwärtigen Behandlungsergebnisse der stationären Essstörungstherapie hat die Stuttgarter multizentrische Essstörungsstudie gut dargestellt.

Die Ergebnisse einiger ausgewählter deutscher Kliniken zeigt diese Grafik:

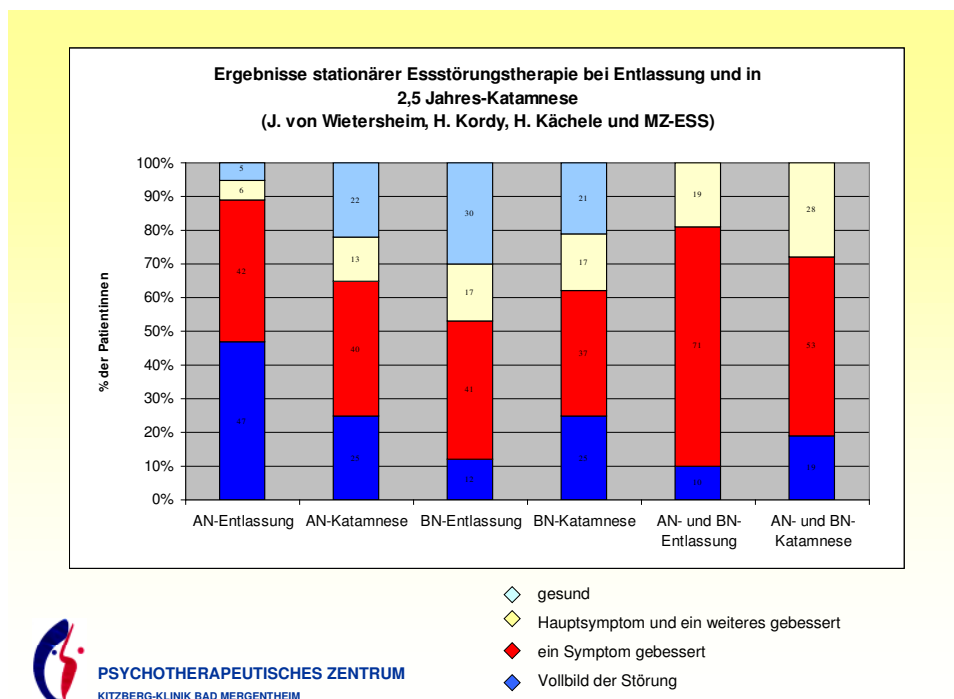


Abb. 5: Ergebnisse stationärer Essstörungstherapie in Deutschland

Etwa 11 % erfolgreiche Behandlungen bei Magersucht, etwa 47 % bei Bulimie.

Es wird evident, dass wir mit solchen Ergebnissen nicht recht zufrieden sein können. Wäre es möglich, statt weiter gesteigertem Einwirken **auf** die Patientinnen die Energiequellen **in** der Patientin zu erschließen? Es ist möglich.

4.2 Die Therapiephasen

Zunächst benötigen wir einen therapeutischen Rahmen. Grundlage ist das traumatherapeutische 3-Phasen-Modell, welches noch von Janet (1889) stammt. Wir ergänzen es um die Ressourcenorganisation und kommen somit zum 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.

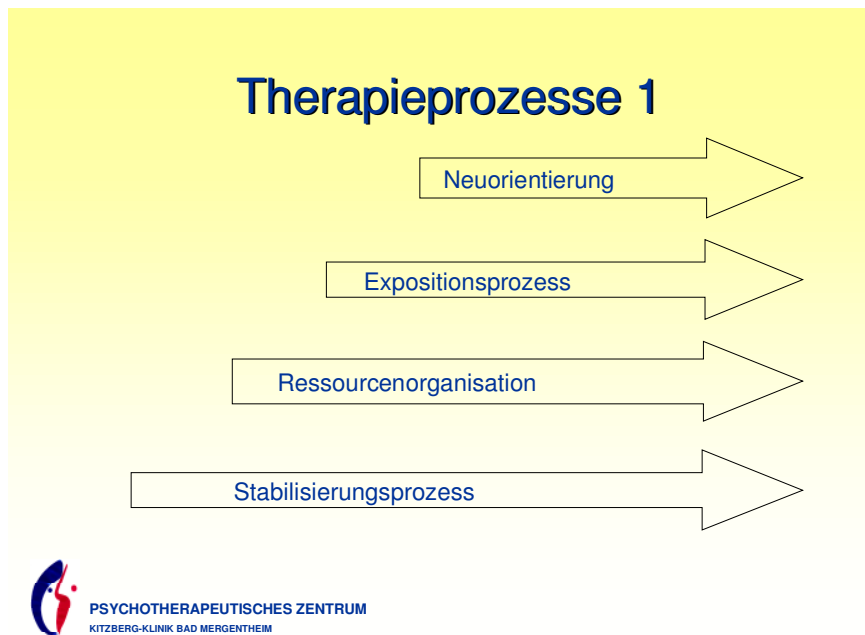


Abb. 6: Therapieprozesse 1

Dieser allgemeine Therapierahmen hat sich mittlerweile als Grundstruktur stationärer Psychotherapie sehr bewährt.

Therapieprozesse 2

1. Stabilisierung:
 - Beendigung der Selbsttraumatisierung
 - kontrollierter Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial
2. Ressourcenorganisation:
 - Kontakt zu den salutogenetischen Kräften der Persönlichkeit
 - bipolares EMDR
3. Exposition:
 - systematisches Durchprozessieren des emotionalen Belastungsmaterials
4. Neuorientierung:
 - Wagen was Sinn macht.



Abb. 7: Therapieprozesse 2

Stabilisierung bedeutet dabei das Beenden der Selbsttraumatisierung sowie den Erwerb der Fähigkeit zum kontrollierten Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial. Dies gilt sowohl für die Patientinnen wie auch für die Therapeuten. Beide Beteiligten dürfen in der Annäherung an das emotionale Belastungsmaterial die jeweiligen Grenzen der Verarbeitungsfähigkeit nicht überschreiten.

Im Prozess der Ressourcenorganisation wird die Fähigkeit zum kontrollierten und steuerbaren Umgang mit dem emotionalen Belastungsmaterial aktiv gefördert durch Aufsuchen, Unterstützen und Integrieren der in der Person vorhandenen Verarbeitungsfähigkeiten, z. B. mit Hilfe der mittlerweile weitverbreiteten imaginativen Verfahren, dem sicheren Ort, den inneren Helfern. Unterstützt man die Ressourcenorganisation durch bipolares EMDR, so kommen erstaunlich häufig Selbstheilungsprozesse in Gang, die große Teile der Expositionsphase überflüssig machen.

Die Expositionsphase, sofern noch erforderlich, dient dem systematischen Durchprozessieren des noch bestehenden und krankmachenden emotionalen Belastungsmaterials.

Die Neuorientierungsphase dient dem Finden der eigenen Entwicklungsziele und der notwendigen Entscheidungen. Kurzum: Wagen was Sinn macht.

Die einzelnen Phasen dieses Therapierahmens vollziehen sich nicht von selbst, sondern bedürfen krankheitsspezifischer Unterstützungsprotokolle, die, erlauben Sie mir den technischen Begriff, die Selbstheilungsprozesse wie Katalysatoren intensivieren. Sie bilden den entwicklungsförderlichen Rahmen für das Selbstheilungspotential der Patientinnen.

Auf diesem Gebiet ist eine lebhafte Entwicklung im Gange, die bei weitem noch nicht abgeschlossen ist. Ich kann Ihnen nun zeigen, welche Unterstützungsprotokolle wir derzeit verwenden, und welche Behandlungsergebnisse die Patientinnen mit deren Hilfe erreichen.

4.3 Die Stabilisierungsphase

An der magersüchtigen Lebensform fällt als Haupteigenschaft die strikte Kontrolle über jedes fremde Eindringen in die eigene Person auf, wahrscheinlich als Abwehr gegen erfahrene traumatische Eingriffe in die Integrität der eigenen, weiblichen Persönlichkeit. Die Magersucht ist als Notlösung eine krankhafte Form der Selbstorganisation, sie ist Hilfspersönlichkeit und sie ist doch auch eine Form der Selbsttraumatisierung: Die eigene Entwicklung wird mit Gewalt zum Stillstand gebracht. Wir dürfen die Patientinnen deshalb nicht nur als die Opfer sehen, die sie waren oder bis heute sind, sie bleiben in der Magersucht im Traumaschema, sie kontrollieren, beherrschen, brechen mit Gewalt in die Integrität ihres eigenen Körpers ein.

Wie uns die Erfahrung mit Magersüchtigen, aber auch mit selbstverletzenden Patienten oder Borderlinepatienten gelehrt hat, beginnt die Stabilisierungsphase des psychotherapeutischen Prozesses mit einer Entscheidung: Sind die Patientinnen bereit, Verantwortung für ihre Selbsttraumatisierung zu übernehmen und ihre vorhandenen Fähigkeiten zu deren Begrenzung zu nutzen, um sich selbst in der Gegenwart einen stabilen entwicklungsförderlichen

Raum zu schaffen, von dem aus weiteres traumatisches Material durchgearbeitet werden kann.

Stabilisierung, soviel wird hier deutlich, ist von Beginn an ein aktiv vollzogener selbstverantworteter Prozess, für den die Patientinnen sich aktiv entscheiden.

Wir haben hierfür den Begriff der **aktiven Selbststabilisierung** eingeführt.

Der aktiven Selbststabilisierung bei Magersucht liegt eine Fähigkeit zu Grunde, die meist als Gegnerin, selten als Verbündete betrachtet wird.

Magersüchtige Patientinnen steuern ihr Gewicht sehr exakt, je nach ihren Zielen.

Magersuchtprotokolle wie dieses zeigen das sehr deutlich.

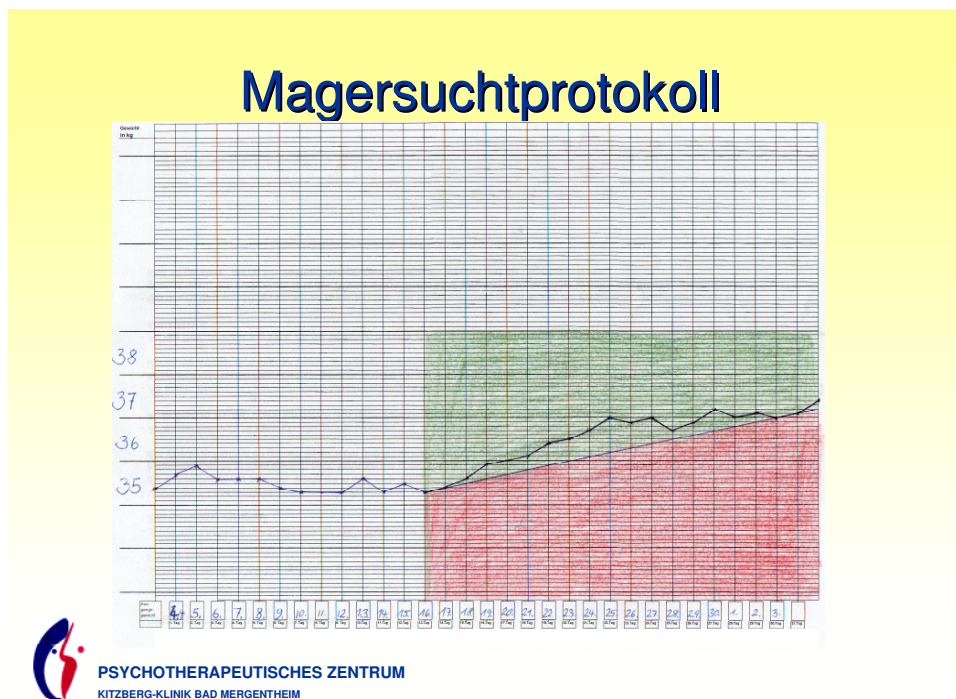


Abb. 8: Magersuchtprotokoll

Die 16jährige Patientin war 1 Jahr fast durchgehend in einer kinderpsychiatrischen Klinik gewesen, wo sie ihr Gewicht bei Entlassung auf 100 gr genau auf der Höhe des Aufnahmegewichtes gehalten hatte.

Nach der Verlegung hat sie 2 Wochen nachgedacht, ob sie die Stabilisierungsphase beginnen will und hat sich dafür entschieden. Sie sagte zu ihrem Therapeuten: „Es ist genug. Es reicht jetzt mit Magersucht.“

Weiterhin steuert sie ihr Gewicht aber so exakt, wie das kein Gesunder könnte, aber man beginnt zu ahnen, wieviel Vitalität in diesem Mädchen wartet. Mich berühren solche Entscheidungen für das Leben jedesmal sehr.

Die Stabilisierungskompetenz wird allerdings mit fortschreitender Kachexie schwächer und kollabiert nach klinischer Erfahrung etwa unterhalb eines BMI von 11,5. Das wären bei einer Patientin von 1,65 m Größe etwa 31 kg.

Diese Fähigkeit zur Gewichtsregulation haben die Patientinnen im Magersuchtverlauf erworben, es war geradezu das Ziel der Patientinnen, die Fähigkeit zur Gewichtskontrolle zu perfektionieren. Wer diese Fähigkeit zum Gegner hat, weiß von deren Kraft zu berichten. Es ist nicht möglich, den Willen der Patientinnen zu brechen und es gibt nach meiner Ansicht auch keinen Grund, es zu versuchen.

Die Stabilisierung beginnt also mit der Frage, ob die Patientin diese Kraft für die eigene Entwicklung nutzen möchte.

Das Stabilisierungsprotokoll besteht deshalb aus einem knappen Regelsystem, welches von den Patientinnen nur eines verlangt, sich für oder gegen Selbsttraumatisierung zu entscheiden.

Stabilisierungsprotokoll

Umgang mit meiner Erfolgslinie

- Jeder Tag oberhalb der Erfolgslinie im grünen Bereich ist ein guter Tag. Ich werde mich dafür mit etwas belohnen, was mir Freude macht.
- Jeder Tag unterhalb der Erfolgslinie im roten Bereich ist ein schlechter Tag, den ich bis auf Therapien und Mahlzeiten in Zimmerklausur verbringe.
- Wenn ich 7 Tage hintereinander im roten Bereich war, habe ich mich entschieden, bis auf weiteres magersüchtig zu bleiben, die Behandlung wird beendet.
- Bei einem BMI von 18 bin ich am vereinbarten Ziel. Der Magersuchtvertrag gilt weiter, die Erfolgslinie verläuft horizontal.



PSYCHOTHERAPEUTISCHES ZENTRUM
KITZBERG-KLINIK BAD MERGENTHEIM

Abb. 9: Stabilisierungsprotokoll

Die Akzeptanz dieses Stabilisierungsprotokolls ist gut, es hat psychoanalytisch betrachtet eher väterliche Eigenschaften, indem es zunächst eher die Orientierung an einem Regelsystem als die emotionale Nähe enthält. Es trägt damit dem Autonomiebedürfnis der Patientinnen Rechnung, es fordert lediglich eine Entscheidung und greift ansonsten nicht in die Selbstbestimmung ein.

Äußerer Druck oder Kontrolle von Seiten der Therapeuten findet nicht statt, ebensowenig Gegendruck von Seiten der Patientinnen in Gestalt unendlicher Debatten oder kunstvoller Tricks.

Es bewährt sich nicht, die Regeln dieses Rahmens den eigenen emotionalen Bedürfnissen folgend, situationsweise außer Kraft zu setzen. Die Entscheidung einer Patientin auch gegen Therapie zum gegebenen Zeitpunkt muss respektiert werden.

Sorgfältige Ressourcenorganisation bringt die Patientinnen mit ihren eigenen Kraftquellen in Verbindung. Allein deren Wahrnehmung, das Gefühl, dass es sie gibt, hat enormen positiven Einfluss auf die Patientinnen, die sich praktisch alle im Zustand der Hilf- und Hoffnungslosigkeit ihrem emotionalen Belastungsmaterial gegenüber befunden haben. Zu unserer Überraschung, wir hatten das nicht erwartet, kommen durch sorgfältige Ressourcenorganisation, insbesondere mit der Methodik des bipolaren EMDR, erstaunlich intensive Selbstheilungsprozesse in Gang. Der natürliche Verarbeitungsprozess, über den jeder Mensch verfügt, scheint gleichsam seine Arbeit wieder aufzunehmen. Erhebliche Teile der eigentlichen Expositionsphase werden dadurch überflüssig, weil die emotionale Belastung so stark absinkt, dass sie von den Patientinnen nicht mehr als krankmachend empfunden wird. Es handelt sich in der Terminologie des EMDR um den sogenannten Absorptionsprozess (Plassmann 2005).

4.5 Expositionsphase

In der Expositionsphase von emotionalem Belastungsmaterial, welches sich nicht in der Ressourcenorganisation spontan aufgelöst hat, stoßen wir beunruhigend häufig auf konkrete Erfahrungen von innerfamiliären sexuellen Übergriffen. Die zugehörigen Emotionen sind ebenfalls stark körperlich repräsentiert als Ekel vor dem eigenen Körper, meist lokalisiert im Bauchbereich oder als Erfahrung des Selbstverlustes mit Dissoziation vom eigenen Körper und Verlust der Körperwahrnehmungen.

Die Patientinnen können nach erfolgreicher Stabilisierung und Ressourcenorganisation frei entscheiden, ob sie an diesem Traumamaterial mit einer der Expositionsmethoden arbeiten wollen, was meist der Fall ist.

5. Ergebnisse:

Die Auswertung der Behandlungsfälle der Jahre 2003-2006 ergab folgendes Bild:

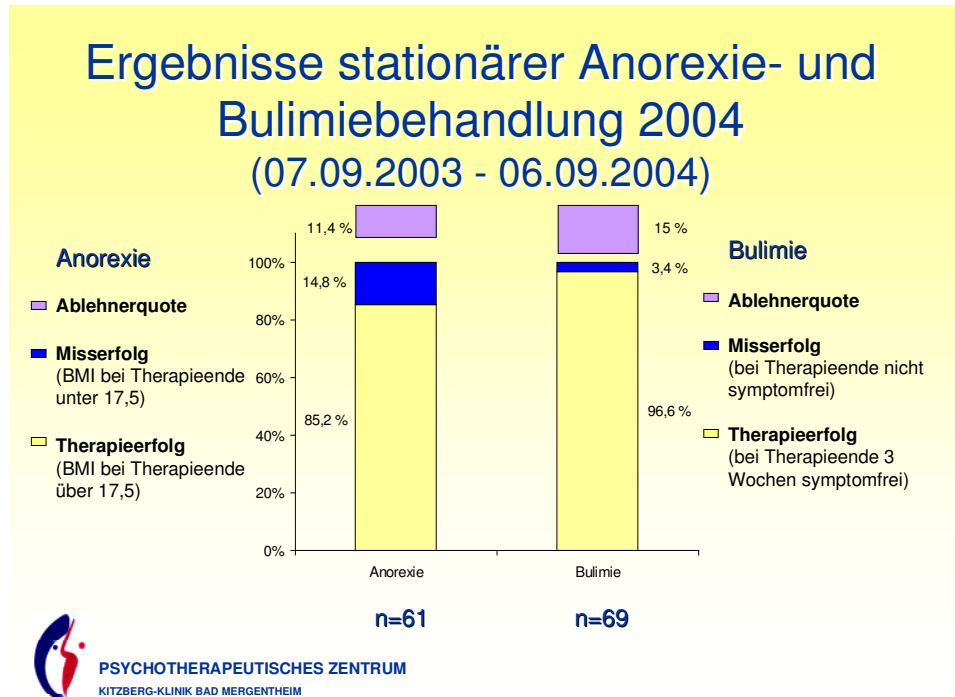


Abb. 11: Therapieergebnisse 2004 Psychotherapeutisches Zentrum

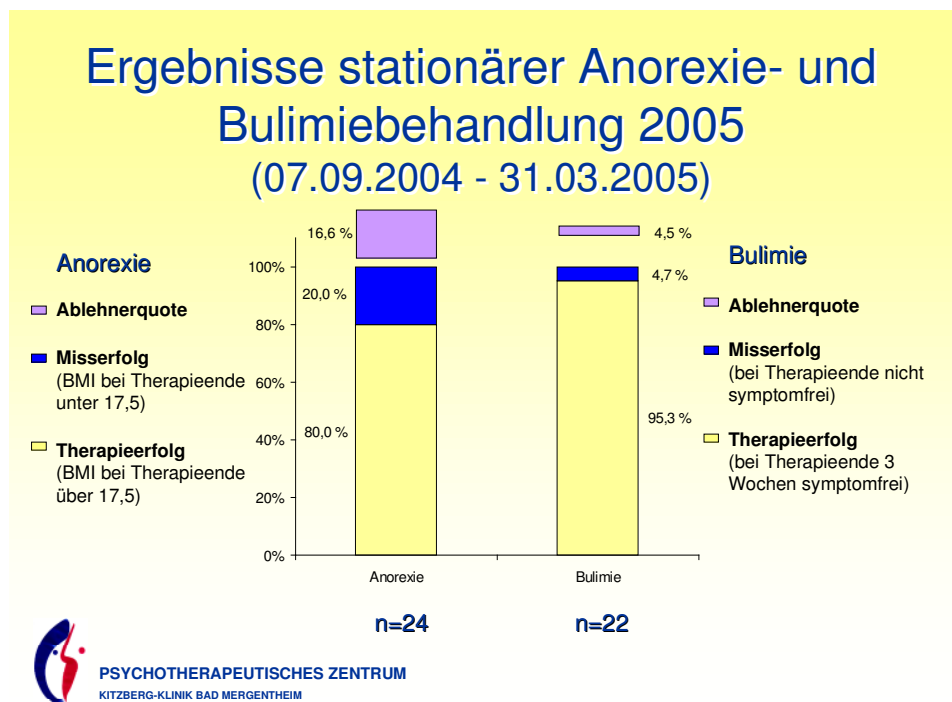


Abb. 12: Therapieergebnisse 2005 Psychotherapeutisches Zentrum

Ergebnisse stationärer Anorexie- und Bulimiebehandlung 2006 (01.04.2005 - 31.03.2006)

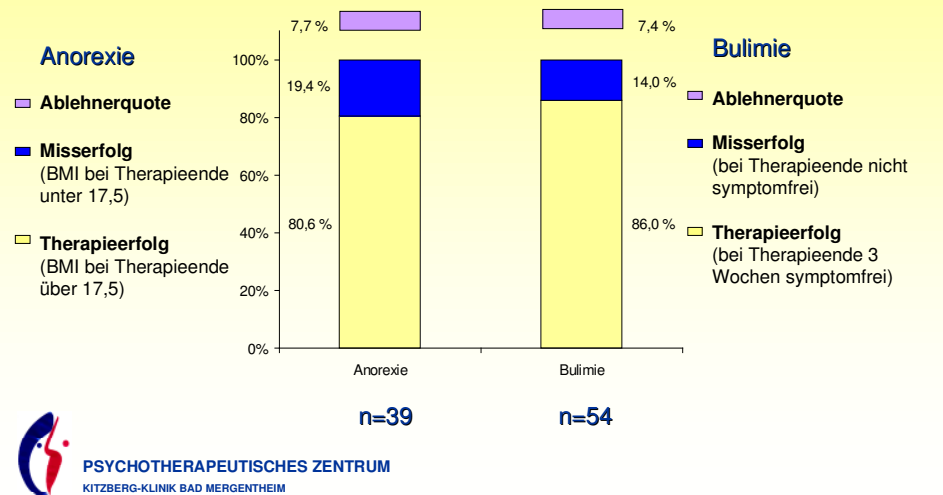


Abb. 13: Therapieergebnisse 2006 Psychotherapeutisches Zentrum

Ergebnisse stationärer Anorexie- und Bulimiebehandlung 2003 - 2006 (07.09.2003 - 31.03.2006)

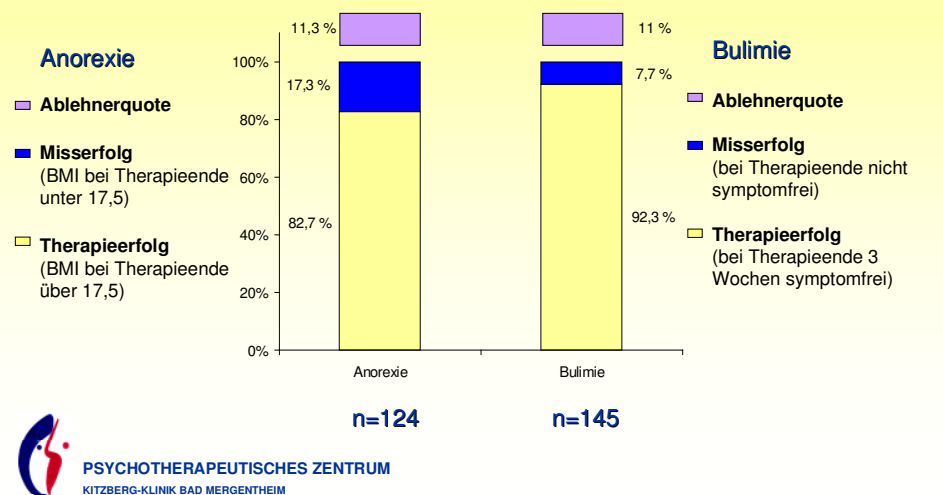


Abb. 14: Therapieergebnisse 2003 - 2006 Psychotherapeutisches Zentrum

6. Fallbeispiel

Die 18jährige Carolin B. ist wegen einer schweren Bulimie in der Klinik. Sie ist ein blasses, sehr starr und hart wirkendes Mädchen. Sie hat eine direkte, fast brutale Art, ihr Elend und ihre Hoffnungslosigkeit zu beschreiben. Sie findet ihre Bulimie mit mehreren Fress-Kotz-Attacken pro Tag widerlich, sie empfindet sich selbst gegenüber einen widerwärtigen Ekel, einen Abscheu ihrer Person und ihrem Körper gegenüber, seit Jahren jeden Moment ihres Lebens fühlbar.

Sie hat eine ältere Schwester, die unentwegt mit grauenvollen Formen des Selbstverletzens beschäftigt ist und das Sorgenkind ihrer Mutter darstellt. Sie selbst lebt beim Vater. „Mich haben sie völlig vergessen“ sagt sie und weint ein depressives hoffnungsloses Weinen. Diese ältere Schwester meint, dass sie selbst und auch die Patientin als Kinder sexuell vom Vater missbraucht worden seien, die Patientin ist sich nicht sicher, ob es stimmt oder ob es eine böartige Erfindung ist.

Sie ist nun seit vier Wochen in der Klinik, sie hat die Stabilisierungsphase mit Hilfe des Bulimie-Stabilisierungsprotokolls erfolgreich abgeschlossen und seit drei Wochen keine Fress-Kotz-Anfälle mehr. Ihr Ekelgefühl besteht weiterhin in voller Stärke und ist mit einem durchdringenden Gefühl von Mutlosigkeit und Hilflosigkeit verbunden. Sie findet kein Mittel dagegen. Diese Beobachtung scheint mir wesentlich. Es scheint eine zutiefst beunruhigende Erfahrung für den Menschen zu sein, wenn der seelische Selbstheilungsapparat nicht mehr fühlbar ist. Daraus ergibt sich das erste Therapieziel der Ressourcenorganisation: Die seelischen Selbstheilungsprozesse soweit zu beleben, dass sie wieder fühlbar werden.

In der ersten EMDR-Sitzung erzählt sie, woran sie derzeit am meisten leidet: Sie fühlt sich wie dreckig, ungepflegt, sie fühlt das vor allem im Bauch. Bulimie hat anfangs dagegen geholfen, aber mit der Zeit immer weniger. Nach jedem Fress-Kotz-Anfall fühlt sie sich noch

schmutziger als vorher. Aber: vom Verstand her weiß sie, dass sie weder schmutzig noch ungepflegt ist. Sie ist hier also auf eine erste Ressource gestoßen: Verstand und Wissen, eine zwar schwache aber vorhandene Kraft. Mutter und Schwester hingegen, so sagt sie, halten sie für genau das, was sie im kranken Bereich fühlt: ein Stück Dreck.

Ich dachte am Ende der Stunde, dass das innere Pendel der Selbstorganisation in dieser Stunde sehr weit zum Belastungspol ausgeschlagen ist, mit einer einzigen kurzen Bewegung zu einer Heilungsressource. Aber immerhin. Ich habe ihr meinen Gedanken mitgeteilt.

In der zweiten Stunde war ich überrascht. Die Patientin kam mit einem klaren Plan. Sie habe gemerkt, dass es ihr gut tut, solche Situationen zu identifizieren, die sie in der gegenwärtigen Therapie als belastend empfindet. Sie hat begonnen, darüber zu schreiben. In anderen Worten: Sie hat begonnen, systematisch mit der Ressource Verstand und Wissen zu arbeiten.

Weil wir in der Traumatherapie immer und ausschließlich mit jenem emotionalen Belastungsmaterial arbeiten, was im Hier und Jetzt fühlbar ist, frage ich sie also, ob sich jetzt in dieser Stunde irgendein Belastungsgefühl zeigt: Es gibt ein Spannungsgefühl, eher im Rücken, eine Art Starrheit im Nacken, sie kann sich im Sitzen nicht lösen, es hat während der Stunde begonnen und zugenommen. Auf meine Fragen nach Ressourcen, also was ihr jetzt in dieser Stunde gegen dieses Spannungsgefühl stärker machen wird, fällt sie sofort eine Lösung ein: Eine überschaubare Dauer der Sitzung wäre gut, 50 Minuten wären genau richtig, meint sie.

Sie hatte in dieser zweiten Sitzung also körperlich fühlbares Belastungsmaterial fokussiert, welches im Hier und Jetzt der Stunde aktualisiert worden war und hat im Ressourcenpol ein klares Wissen entwickelt, was ihr helfen würde. Ich war beeindruckt und habe ihr auch das gesagt.

Die dritte Stunde begann sie damit, sie sei etwas aufgeregt, habe feuchte Hände, diese steife Spannung der letzten Stunde sei verschwunden. Was sie jetzt fühle sei eine Art Schwere in den Gliedern aber nicht von unangenehmer Art sondern eher von der Art eines Bei-sichseins. Das Ekelgefühl habe sie unvermindert, auch jetzt in der aktuellen Therapiestunde. Hieran wolle sie, wenn möglich, arbeiten. Während sie damit also ihr stärkstes Belastungsmaterial, den Ekel benannt und für die Arbeit ausgewählt hatte, war zugleich und ohne mein Zutun eine Ressource im Körperempfinden aufgetaucht: Eine positive Schwere, eine gute Verbindung zu sich selbst.

Diese Beobachtung machen wir sehr häufig: die Ressourcen tauchen im gleichen Repräsentanzsystem auf wie das emotionale Belastungsmaterial, hier also im Bereich des Körpergefühls. Wir sehen hier vor den eigenen Augen ein Emergenzphänomen: Im Kontakt mit dem emotionalen Belastungsmaterial, hier dem Ekel, tauchen spontan Ressourcen auf. Sie werden üblicherweise übersehen, im bipolarem EMDR jedoch systematisch fokussiert. Nach unserer Erfahrung können Patientinnen den Heilungsprozess am leichtesten unter Nutzung dieser spontan emergierten Ressourcen in Gang bringen.

Der nächste Schritt im bipolarem EMDR war deshalb die Frage nach guten Körpergefühlen als heilsamen Ressourcen gegen das Ekelgefühl. Ihr fiel sofort ein, dass sie solchen Körpergefühlen mittlerweile begegnet war.. Sie war nach der letzten Stunde mit einer Mitpatientin Käsekuchen essen gegangen, es war ihr ein Genuss, sie fühlte sich satt. „Ich habe die Hände auf meinen Bauch gelegt, ich war satt und zufrieden, irgendwie aufgehoben. Das war wunderbar. Ich fühl´ es immer noch.“

Mich rühren solche Momente der inneren Verbindung zu den Heilungsressourcen auf eine eigentümlich intensive Weise an, irgendwie ebenfalls körperlich. Ich kann das schwer beschreiben. Es ist, wie wenn eine Energie im Raum fühlbar wäre.

Es folgte das für bipolares EMDR typische Verankern dieser Positivverfahren mit einem langsamen bilateralen Organisationsrhythmus, ich verwende hierfür meist das NeuroTac-Gerät, welches taktile Reize erzeugt. Genauso wirksam sind bekanntlich Augenbewegungen, von denen das EMDR seinen Namen hat.

Dieses Prozessieren mit einem langsamen bilateralen Rhythmus dauerte ca. 5 Minuten. Die Patientin saß dabei mit geschlossenen Augen, atmete entspannt und setzte sich spontan immer wieder etwas anders in ihrem Stuhl zurecht, bis sie sich vollständig wohl zu fühlen schien. Nach Ende des Prozessierens sagte sie, sie sei erstaunt über die Intensität der inneren Ereignisse: „Viele Bilder sind aufgetaucht. Ich war in unserem früheren Garten, meine Mutter war bei mir, sie hatte gekocht, wir hatten gegessen, ich war satt und zufrieden, sie war stolz auf mich. Ich hatte alle diese Erinnerungen vollständig vergessen.“ Sie bezifferte die Intensität der Verbindung zur Heilungsressource auf der bekannten 1 bis 7-Skala mit 5, also noch leicht steigerungsfähig.

Die vierte und letzte Stunde zwei Wochen später begann sie mit einem Bericht. Sie habe in diesen zwei Wochen noch einmal erbrochen. „Das war zum Abschied nötig.“ Irgend etwas habe sich seither verändert, sie sei auf eine andere Art spazieren gegangen, langsam und aufmerksam, ganz bei sich, sie sei schwimmen gegangen, seit langem zum ersten mal, sie habe sich in die Sonne gesetzt und die Wärme genossen, sie habe genussvoll gefrühstückt und genau gewusst was sie mag. Das Ekelgefühl sei vollständig verschwunden. Dieses starre bleiche Mädchen hatte Farbe bekommen, und nicht nur durch die Sonne.

Erfahrungen wie diese machen wir im bipolarem EMDR häufig. Sorgfältige Organisation belastungsspezifischer Ressourcen setzt einen selbstorganisatorischen Heilungsprozess den sogenannten Absorptionsprozess in Gang, der

das vorher fokussierte Belastungsmaterial abbaut und erstaunlich häufig nahezu vollständig auflöst. So auch in diesem Fall.

7. Schluss

Ich fasse zusammen.

Die Beschäftigung mit essgestörten Patientinnen war schon immer geeignet, nachdenklich zu machen über Negativschicksale des Weiblichen in der Gesellschaft. Krankmachend sind in zunehmendem Maß Gewalterfahrungen von offener oder subtiler Art, körperlich oder verbal. Die Essstörungen sind die Antwort der Patientinnen darauf. Modifizierte Traumatherapie wird aus diesem Grund zum notwendigen Bestandteil der Psychotherapie.

Gerade die Traumatherapie hat uns aber auch gelehrt, dass sich seelische Heilungsvorgänge selbstorganisatorisch vollziehen. Das natürliche Heilungspotential wartet gleichsam darauf, die blockierte Verarbeitung und Persönlichkeitsentwicklung wieder in Gang zu setzen. Unsere Aufgabe ist es, für diesen selbstorganisatorischen Heilungsprozess günstige Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierin liegt der zweite Paradigmenwechsel. Den aktuellen Stand der Entwicklung habe ich versucht zu referieren.

Ein Drittes soll nicht unerwähnt bleiben: Es macht Freude, Wachstum zu erleben.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Cierpka, M. und Reich, G. (1997):** Psychotherapie der Essstörungen
- Dürr H. P. (1999):** Ist Medizin und Biologie nur Physik. In: Kröger F., Petzold E. R. (1999): *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik VAS Frankfurt*, Seite 12 - 27
- Hofmann, A. (1999):** EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Janet, P. (1889):** L'automatisme psychologique. Paris.
- Kächele, H. (1999):** Therapieaufwand und -erfolg bei der psychodynamischen Therapie von Essstörungen. Eine multizentrische Studie (*unpublizierter Schlussbericht*)
- Kordy, H. et al (2002):** Effective Treatment of Eating Disorders in Europe: Treatment Characteristics and Outcome. *Unpubliziertes Manuskript*
- Nefiodow L. A. (1999):** Der 6. Kondratieff. In: Kröger F., Petzold E. R. (1999): *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik VAS Frankfurt*, Seite 28 – 41.
- Plassmann, R. (2002):** Psychotraumatologie der Essstörungen. Vortrag Herbsttagung 2002 im Psychotherapeutischen Zentrum 97980 Bad Mergentheim, 18./19. Oktober 02
- Plassmann, R.; Seidel, M. (2003):** EMDR in der Gruppe bei Essstörungen: das Ressourcenverankerungsprotokoll. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Forum Verlag, 13. Jahrgang, Heft 3*
- Plassmann, R. (2005):** Inpatient Psychotherapy with EMDR for Patients with Eating Disorders. *EMDRIA Brüssel, 12.06.2005*
- Schmid-Schönbein A., Perlitz V., Cotuk B., Jaeger C., Heidtmann H. und Hektor J. (1999):** Physiologische Synergetik von den Wurzeln bei Charles Sherrington über den Stamm Hermann Haken zu den Verzweigungen in den Lebenswissenschaften. In: Kröger F., Petzold E. R. (1999): *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik VAS Frankfurt*
- Shapiro, F. (1998):** EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann, Paderborn.
- Wietersheim, J. v., Kordy, H., Kächele, H. (2004):** Stationäre psychoanalytische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. In: Herzog, Münz, Kächele: *Essstörungen. Schattauer 2004*