

# Pränatale Versorgungskonflikte in der Behandlung von Essstörungen aus der Sicht von PPP (Prä- und Perinatal orientierte Psychotherapie)

*Barbara Jakel*

---

**Abstract:** The psychotherapeutic concept in treatment of eating disorders will be presented here, focused on prenatal period of development in the meaning of a primary bonding space. The interorganismic dialogue between mother and prenatal child imprints the postnatal symptomatology of the individual, especially its capacity to relate. Therefore it is important to work on early conflicts of bonding with clients having eating disorders in order to prevent the symptoms. Only a long time therapy aimed on recognizing and influencing the early conditions of emotional care in a corrective way may heal the symptomatology of eating disorders avoiding the trauma of primary lack of maternal care. The lecture is regarded to treatment of eating disorders within a bonding oriented psychotherapy named PPP-Prenatal and Perinatal oriented Psychotherapy, created by the author. PPP underlines the significance of birthing trauma (O. Rank) as a trauma of existential change: prenatal versus postnatal world. The theory is explained by the concept of Bipolar Self showing conditions of prenatal bonding which may also imprint postnatal development deficits. In the theory part illustrated clinical cases will be presented indicating the possible source of eating disorders like bulimia nervosa and adipositas. The thesis of this lecture is that eating disorders may result from the conflicts in the interorganismic dialogue in the prenatal period which is called by F. Lake „umbilical cord affections“. Thus the earliest existential conflict has to do with placental dependency. In many clinical cases we observe a deficiency or even lack of primary resonance processes (early mirroring function) imprinting the primary situation of care between mother and prenatal child. This may create a trauma caused isolation for the Self called „primary narcissistic stage“ to prevent disintegration. Thus following implications for the therapy of eating disorders will be necessary: the confrontation with the prenatal roots of narcissism as a basic therapy. These primary conflicts of prenatal care influence the development of therapeutic attachment. The presented cases will be put in connection with the supposed prenatal situation of the client.

**Zusammenfassung:** Es wird ein psychotherapeutisches Konzept für die Behandlung von Essstörungen vorgestellt, das sich auf den pränatalen Zeitraum des Menschen als seinen ersten Bindungsraum bezieht. Die Beschaffenheit der primären interorganismischen Dialogik prägt die postnatale Symptomatik und beeinträchtigt die Bindungsfähigkeit von essgestörten Patienten. Die Prävention stellt eine gelungene Therapie dar, die diese frühen Bindungsmuster erkennen sowie korrektiv beeinflussen kann. Der Beitrag bezieht sich auf die Behandlung von Essstörungen im Rahmen von PPP – Prä- und Perinatal orientierter Psychotherapie – einer bindungsorientierten integrativen Therapieform, die das Geburtstrauma als das Trauma des Existenzwechsels (pränatale Uteruswelt vs. postnatale Welt) in den Vordergrund stellt. Im theoretischen Teil wird das Konzept des bipolaren Selbst vorgestellt, welches die Beschaffenheit der pränatalen Bindung in ihrer Auswirkung auf die postnatale Entwicklung bei Essstörungen zeigt. Im praktischen Teil werden Kasuistiken präsentiert (mit Bildmaterial), die auf einen möglichen pränatalen Ursprung

von Essstörungen wie Bulimia nervosa und Adipositas hinweisen. Die Hypothese dieses Vortrags lautet: Essstörungen können ihren Ursprung im primären Dialog zwischen dem mütterlichen und embryonalen/fötalen Organismus haben. Der früheste existenzielle Konflikt betrifft die plazentare Abhängigkeit und ihre Formen. Die Beschaffenheit der intrauterinen Versorgungssituation weist in vielen klinischen Fällen den interorganismischen Mangel an Resonanzprozessen im Mutterleib auf. Traumatisch bedingter Rückzug in den primärnarzisstischen Zustand führt zur Abkapselung des Selbst. Das hat Implikationen für die Therapie: die Auseinandersetzung mit den pränatalen Wurzeln des Narzissmus als traumaorientierte Basis der Behandlung. Diese primären Versorgungskonflikte beeinflussen massiv die therapeutische Bindung. Essstörungen werden hiermit in einen Zusammenhang zu der vermuteten pränatalen Situation der Klienten gesetzt.

**Stichwörter:** interorganismische Dialogik, pränatale Wurzeln des Narzissmus, pränatale Resonanzprozesse, primär- und sekundärnarzisstische Option, Introjekt Leere und Introjekt Todesangst, bipolares Selbst

### **Essstörungen und pränatale Resonanzprozesse**

#### *Pränatale Bindungstheorie: Resonanzerfahrungen und Spiegelungsprozesse im Mutterleib als Grundlage der Symptombildung*

Zum Verständnis frühester Interaktion zwischen Kind und Mutter als pränatale Resonanzerfahrung: Nur eine ausreichende emotionale vorgeburtliche Bindung sorgt für Kontinuität der Beziehung zwischen Fötus und Mutter.

Über diese Qualität der Mutterrepräsentanz entscheidet die psychophysische Ausstattung des mütterlichen Organismus, die oft im transgenerationalen Muster übertragbar ist (s. Hidas u. Raffai 1996). So gesehen fungieren die Erfahrungen aus dem pränatalen Zeitraum als eine primäre psychosomatische Matrix. Hollweg (1993) befasste sich ausführlich mit den prä- und perinatalen Wurzeln der psychischen und psychosomatischen Symptombildungen. Er betonte die Bedeutung von Erinnerungssymptomen, die von den Ausdruckssymptomen zu unterscheiden seien (Ausdrucksymptome machen sowohl den sozialen als auch den intrapsychischen Konflikt sichtbar). Wenn die Wurzeln der Symptombildung in die prä- oder perinatale Zeit zurückgehen, begegnet man viel häufiger Symptomen, die eine direkte psychophysische Erinnerung an die erlittenen Traumata darstellten.

Um mit Erinnerungssymptomen zu arbeiten, ist es notwendig, entsprechende Techniken anzuwenden, die nicht nur einen introspektiven Zugang zum frühen Erleben per se ermöglichen, sondern das Wiedererleben der primären Traumata ermöglichen.

Wenn wir von einem primären Bindungstrauma im pränatalen Zeitraum ausgehen, dessen Folge die Unterbrechung der Bindungskontinuität zwischen Mutter und Fötus ist, so müssten in der Symptombildung generalisierte Interaktionsmatrizen implizit gespeichert sein.

Das Reaktionsspektrum des Embryos/Föten ist zwar seit der Entwicklung des Ultraschalls und bildgebender Verfahren erfassbar, doch es geht um die psychischen und psychosomatischen Einwirkungen als Grundlage der Symptombildung. Schon Rascovsky (1978) sprach von „Reduplikationsvorgängen“, vom Prozess der „Perzeption, Inkorporation und Identifizierung“ als möglicher Basis der psychosomatischen Matrix. Heute erkennen wir diese Vorgänge in dem Abwehrmecha-

nismus der Identifikation mit dem Aggressor. (Ferenczi 1933; Winnicott 2002; Grottstein 1990; Hirsch 1987, 1997, 2001, 2006). Die auf diese Identifikation zurückgehende Symptombildung basiert daher auf der Verschmelzung von zwei Erlebensweisen der traumatischen Bindung – des embryonalen Opfers und des intrauterinen Aggressors (psychophysische Ausstattung der Mutterrepräsentanz).

Bei Essstörungen spielt die Beziehung zum eigenen Körper eine entscheidende Rolle. Der Körper als Selbstobjekt symbolisiert nicht nur die traumatische Interaktion aus dem prä- oder perinatalen Zeitraum (Ausdruckssymptomatik), sondern reproduziert eins zu eins die eigene traumatische Geschichte (Erinnerungssymptomatik), die in der Identifikation mit dem Aggressor gespeichert ist. Daher spielt die Technik der Introspektion eine Rolle, um die tiefe Schicht der Symptombildung zu erreichen.

Die Versorgungskonflikte im pränatalen Bindungsraum ergeben sich jedoch nicht nur aus möglichen traumatischen Einwirkungen im Mutterleib. Es ist die Beschaffenheit des kontinuierlichen prä- und perinatalen Kontakts im Sinne der psychophysischen Nabelschnurversorgung, die zu prägenden Reaktionsmustern führen kann.

Das pränatale Körper selbst ist auf Spiegelungsprozesse angewiesen, deren Basis die Beziehung zum psychophysischen Körper selbst der Mutter darstellt. Die sogenannte „Spiegelneuronenhypothese“ des Autismus baut auf der Überlegung auf, dass das Hauptdefizit beim Autismus in einer Funktionsstörung bei den Spiegelneuronen besteht (Iacoboni 2009). Diese Hypothese bestätigt die Intrasubjektivität des Erlebens des prä- und perinatalen Kontakts und lässt vermuten, dass die Spiegelneuronen schon vor der Geburt entstehen.

Bereits 1949 beschrieb F. Lake vier mögliche fötale Reaktionsmuster, die mit plazentarer oder Nabelschnurversorgung zusammenhängen und – aus heutiger Sicht – für die vier Bindungsstile von J. Bowlby relevant sind.

- a. Bei ideal-befriedigender Nabelschnurversorgung
- b. bzw. bei einer bewältigenden „gut genug“ sicheren Bindung.

Fehlt diese sichere Bindung, bekommt das pränatale Selbst wenig Entwicklungschancen und es entsteht:

- c. eine Reaktion des Widerstandes mit Kampf- und Fluchtreflex, Überflutung, Abspaltung, (unsicher-vermeidende Bindung)

und bei der bedrohlichsten der Bindungsarten

- d. transmarginaler Stress als die Wendung gegen das eigene Selbst, (ambivalente und desorganisierte Bindung) wie bei Anorexia.

Bei negativer existenzieller Spiegelung der Mutterrepräsentanz könnten die letzten zwei Reaktionen die frühe Prägung beim pränatalen Kind entscheidend beeinflussen. Es kann zur Unterbrechung der Bindungskontinuität kommen. Das führt zur bedrohlichen Reaktion des Urwiderstandes sowie primärnarzisstischer Isolation des Fötus, um Todesangst oder Leeregefühle abzuwehren. Die urnarzisstische, homöostatische Ganzheit geht verloren. Bela Grunberger (2001) und André Green (2003) weisen auf die pränatalen Wurzeln des Narzissmus als frühester Verletzung symbiotischer Bindung hin.

Bei pränataler Bedrohung schützt sich das Kind durch fundamentale Spaltungsprozesse und gerät in den fragmentierten Zustand primärer Bindungslosigkeit.

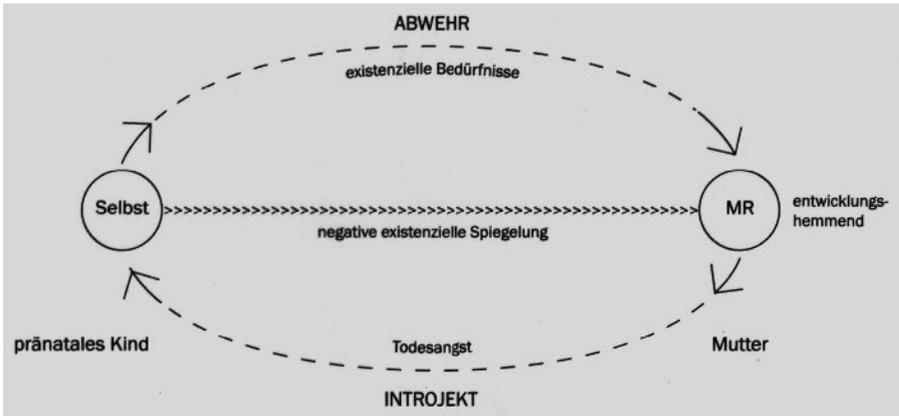


Abb. 1a. Introjekt Todesangst als Markenzeichen von Störungen pränataler Ätiologie

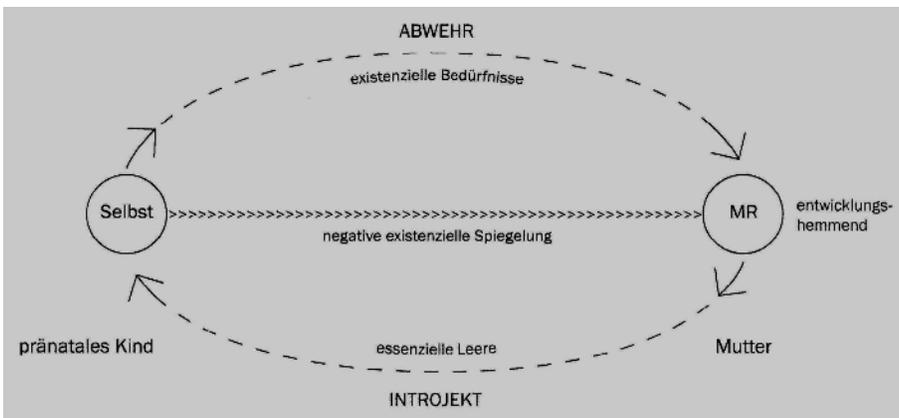


Abb. 1b. Introjekt Leere als Abwehr von Todesangst und Markenzeichen von Essstörungen

keit – eine Reaktion auf den transmarginalen Stress. Die Verbindung zur Kernidentität geht weitgehend verloren. Das generiert Todesangst. Die massive Abwehr der Todesangst nährt den Urwiderstand. Das Markenzeichen von Anorexia ist der primärnarzisstische Widerstand – die Wendung gegen das eigene Körper selbst.

Bei negativer Resonanz d. h. ungenügender Spiegelung kann der Embryo oder Fötus in die existenzielle Leere gestürzt werden. Ist die Mutter selbst extrem bedürftig, missbraucht sie das Kind für eigene Bedürfnisse, indem sie sich von ihm emotional nähren lässt – in Lakes Terminologie ein umgekehrter Nabelschnuraffekt. Es etabliert sich eine Art autistische Form der Bezogenheit: Schutz durch Einkapselung.

Als eine Form der Abwehr der Leere gelten Bulimia oder/und Adipositas mit ihren Symptomen der Kompensation. Das Symptom Leere erfasst die Qualität der pränatalen Mutter-Kind-Bindung, die durch Ablehnung der pränatalen Existenz beim gleichzeitigen Nähren des eigenen Körper selbst gekennzeichnet ist. Auf diese Weise bildet das Symptom Leere eine traumakompensatorische Maßnahme gegen weitere Desintegrationsprozesse des Selbst.

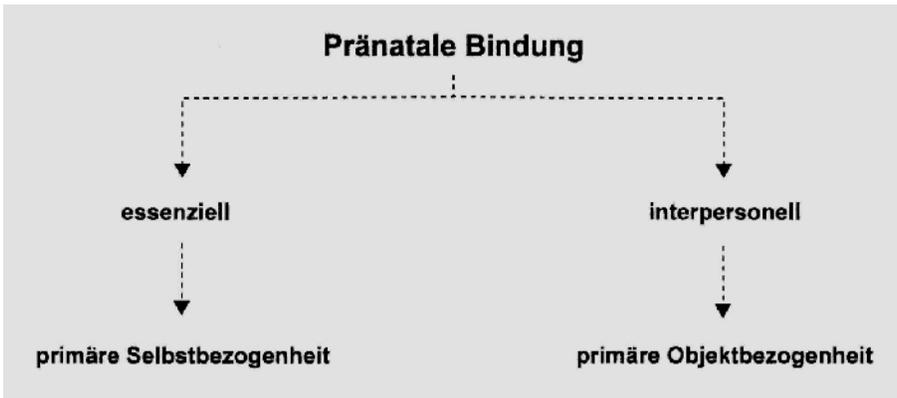


Abb. 2. Pränatale Bindungsmodi

[Abb. 2] Die mögliche existenzielle Situation des pränatalen Kindes im Mutterleib stellt die Welt der psychischen Gemeinschaft mit ihr (interpersonelle Bindung) oder der psychischen Isolation von ihr (essenzielle Bindung) dar. Die existenzielle Einsamkeit des pränatalen Kindes kann nur durch positive Mutterrepräsentanz relativiert werden. Fehlt sie, wendet sich der Fötus seinem eigenen Kernselbst zu. Es etabliert sich die Haltung des von Rank und Graber beschriebenen Urwiderstandes als einer tiefen existenziellen Abwehr, die auf einer Wendung gegen das eigene Körper selbst basiert. Das Fehlen der interpersonellen Bindung im pränatalen Zeitraum kann zu dessen Spaltung führen.

### **Bipolares Selbst – postnatale Reaktion auf pränatale Bindungsdefizite**

Anhand des Konzepts des bipolaren Selbst, welches den theoretischen Kern der Therapiearbeit bildet, versuche ich auf pränatale Wurzeln von Essstörungen hinzuweisen.

#### *Lena*

Bindungsmuster: Sekundärnarzisstische Position; vermutete pränatale Situation: umgekehrter Nabelschnuraffekt.

Es ist die Fallgeschichte einer Klientin, die im Alter von 16 Jahren mit schweren bulimischen Symptomen gegen den Willen beider Eltern in die Therapie gekommen ist. Lenas Mutter durchlebte die Schwangerschaft ganz alleine in einer feindseligen Umgebung; vermutlich war sie schwer depressiv. Lena kam im 8. Monat zur Welt. Es gab keinen Arzt in der Nähe und so musste die Mutter nach eigener Aussage die Geburt „zurückhalten“, um sicher zu entbinden. Das Kind wurde mit Gelbsucht geboren und in den Brutkasten gelegt. Nach 3 bis 4 Monaten gab es die nächste Trennung mit massivem Rückzug der Mutter vom bereits depressiv gewordenen Kind. Die emotionalen Nähebedürfnisse von Lena wurden mit Nahrung ersetzt, denn die Mutter war emotional nicht verfügbar. Die Bewältigungsstrategie Lenas war, die Mutter mit Schreien nach Nahrung zur Verfügbarkeit zu zwingen. Diese Kompensationsstrategie wurde zum Kern von Lenas späterem Bindungsmuster.

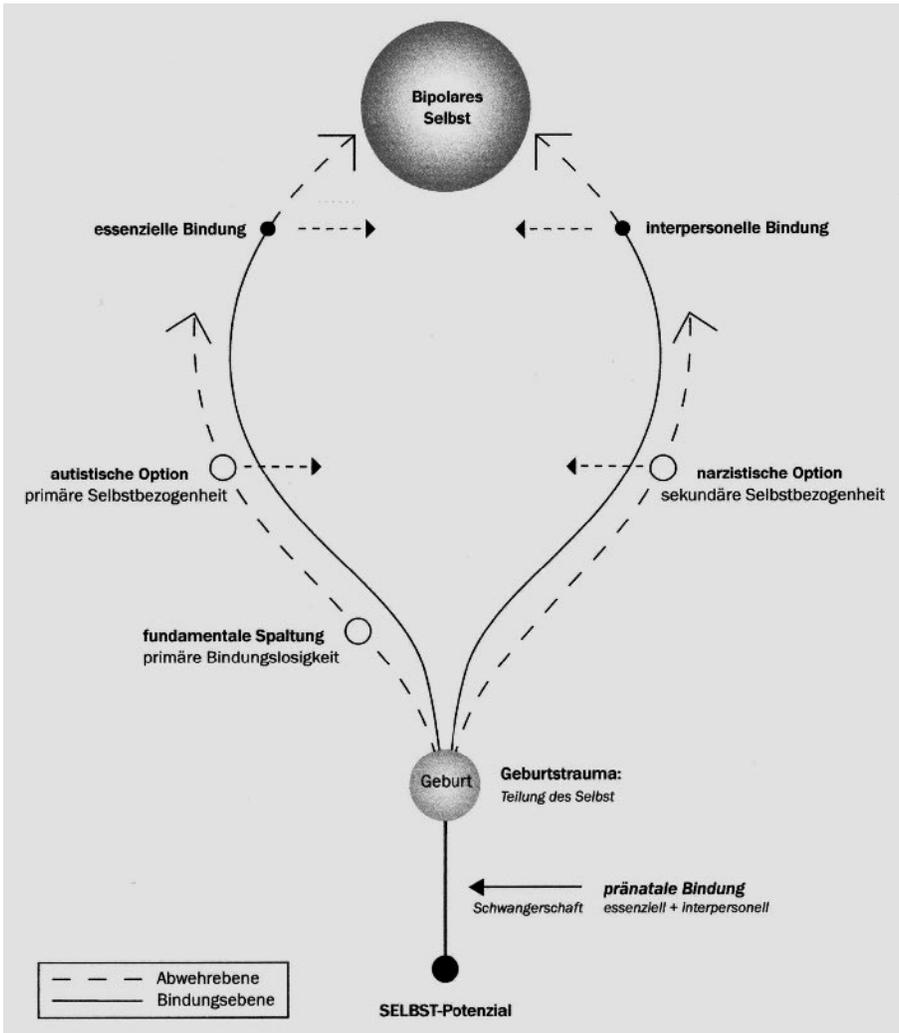


Abb. 3. Das bipolare Selbst (Jakel 2001, 2004, 2008)

Wenn wir die Tendenz zum Ausagieren von traumatischen Bindungsmustern bis in die pränatale Zeit verfolgen, so macht es nur Sinn, dass die Intensität des Ausagierens in der therapeutischen Beziehung ein ernstzunehmender Hinweis auf eine sehr frühe, interaktive Traumatisierung (hier: Versorgungskonflikte) und adäquate Abwehrform ist. „(...) so dürfen wir sagen, der Analytierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern er agiere es.“ (Freud 1914, S. 129). Bei frühen pränatalen Traumata bestehe demnach eine sehr geringe bis keine Fähigkeit zur Symbolisierung – das Agieren von archaischen Erlebnissen gilt als eine Form von Sprache. Als Agieren des Unbewussten, das nicht symbolisiert werden kann, beschreibt Joanna Wilhelm (1995) die projektive Identifikation. Sie sei die Grundmater des Unbewussten, der direkte Ausdruck des Triebes, die Ausdruckssprache der Seele, die ihre Destruktivität nicht in sich

halten kann, eine Kapsel, die beim Aufspringen eine Originalaufzeichnung davon sei.

Lenas Ausagieren zeigte sich in der Art, wie sie sich therapeutisch versorgen ließ. Einerseits versäumte sie keine Sitzungen, andererseits konnte sie keine therapeutische „Nahrung“ zu sich nehmen und lehnte Kontakt grundsätzlich ab. Ihre auf Kompensation ausgerichteten Versorgungswünsche entsprachen Winnicots Definition vom „Falschen Selbst“, bis Lenas Destruktivität immer sichtbarer wurde. Sie agierte projektiv-identifikatorisch im therapeutischen Raum, indem sie immer wieder neue „Originalaufzeichnungen“ ihrer pränatalen Geschichte fragmentarisch „aufspringen“ ließ. Sie stand vor dem Fenster des Therapieraumes, während ich auf sie dort wartete, um ihre Isolation trotz „Mutternähe“ zu demonstrieren, schwieg monatelang, ohne dass ich den Raum verlassen durfte.

Die Beschaffenheit des pränatalen Selbst und dessen postnatale Formen zeigt das Modell des bipolaren Selbst. In der Grafik sehen wir den Entwicklungsweg des Selbst von der Empfängnis bis zur Integration: Links ist die Achse der essenziellen Bindung, der Vektor der Selbstbezogenheit. Ich nehme an, dass sie vorgeburtlichen Ursprungs ist, wenn Spaltungsprozesse die Integrität des pränatalen Selbst bedroht haben. Die essenzielle Bindung entsteht als ein Resultat von dissoziativen Vorgängen, wenn die Objektbeziehung einen Bruch erleidet.

Rechts verläuft die Achse der interpersonellen Bindung; es ist der Vektor der Objektbezogenheit. Die durchgezogene Linie zeigt die Bindung, die unterbrochene die Abwehr der Bindung. Ein kontinuierlicher Prozess von Bindung versus Abwehr charakterisierte Lenas Therapieverlauf; in ihrem Falle dürfte die Depressivität der Mutter in der pränatalen und frühen postnatalen Zeit, die ungewollte Schwangerschaft sowie die frühgeburtliche Separation des Kindes den Rückzug in die vorgeburtliche Isolation begünstigt haben.

Wenn wir die pränatale Bindung in ihren zwei Formen bei Lena betrachten, so verhinderte die mangelnde existenzielle Spiegelung des Fötus sowie die emotionale Bedürftigkeit der Mutter die Erschaffung einer sicheren, interpersonellen Bindung.

Alan Schore (2001) zeigte eine enge Verknüpfung zwischen Bindung und Affektregulation. Viel früher gingen Frank Lake (1949) und Francis Mott (1959) vom Nabelschnuraffekt aus, bei dem die Versorgung über die Plazenta die Schlüsselrolle spielt. Wenn der Affektfluss negativ ist, versucht der Fötus diesen auf Kosten des Selbstkontakts auszugleichen. Da ein pränatales Trauma nur implizit erinnert werden kann (der Hippokampus ist noch nicht ausgebildet; die Speicherung geht über die Amygdala), kann dieser Schutzmechanismus im späteren Leben als Prägung wirksam werden. Das Modell des bipolaren Selbst beschreibt spezifische Formen dieser Prägung:

- a. Die **fundamentale Spaltung** (im Sinne Laings (1960)): traumabedingte primäre Strukturdefizite, wie Anorexia.

Bei negativer Resonanz der Mutterrepräsentanz dissoziiert das Selbst auf eine Ebene der Verbindung mit dem eigenen Kernselbst, um den Kontinuitätsbruch zu verhindern. Diese (essenzielle) Bindung sichert das Überleben und ist als ein Teil der pränatalen Prägung im impliziten Gedächtnis latent vorhanden. Bei rudimentärer Verbindung zum Kernselbst bedeutet Anorexia ein Überleben

durch extreme Isolierung des Selbst. Die vermutliche pränatale Situation, das Aushungert-Sein durch mangelhaften Nabelschnuraffekt (oder die defizitäre Mutterrepräsentanz) bedeutet eine extreme Aushungerung durch ein plazentares Trauma der (emotionalen) Unterversorgung. Ein Nahtoderlebnis in Verbindung mit der Intensität der Spaltung wird angenommen (s. Introjekt Todesangst). Die Wendung gegen das eigene Körper selbst bedroht die Selbstwahrnehmung und führt so zu Distanzierung/Entfremdung vom Körpererleben.

Der Pathologie von Essstörungen können primäre Defizite zugrundeliegen, die durch pränatale Spaltungsprozesse entstanden sind.

b. Die **primärnarzisstische, autistische Option** (die durchbrochene Linie links).

Das Selbst befindet sich (immer noch) im primären Rückzug auf Kosten der interpersonellen Bindung und in radikaler Abkapselung. Hier könnten die Wurzeln der psychischen Isolation bei bulimischer Störung vermutet werden. Nevill Symington (1993) beschreibt die autistische Option als eine extreme Form von Narzissmus. Er spricht von der Abwendung vom eigenen Lebensspender. Im pränatalen Kontext stellt der Uterus den Lebensspender dar; bei negativen Einflüssen bildet das Selbst ein geschlossenes System. Diese Abwehrform nenne ich „primäre Selbstbezogenheit“. F. Tustin sah den Autismus als eine Störung, die durch eine sehr frühe traumatische Trennung entstanden sei. Die Wahl der primärnarzisstischen Lösung als Schutz vor dem Bindungsbruch wurde in der Forschung von F. Dolto (1997) gezeigt; sie beobachtete den Einfluss früher Trennungen während der Schwangerschaft auf die Symptomatik in der Säuglingszeit; die Ereignisse pflegten sich zeitlich zu wiederholen.

Lenas pränatale Versorgungsgeschichte wiederholte sich als Prägung in ihren Beziehungen. Die defizitäre Mutterrepräsentanz zwang das pränatale Kind zur Versorgung; so fürchtete sie den emotionalen Missbrauch in Beziehungen oder missbrauchte andere. Die schwere Bedürftigkeit der depressiven Mutter erschuf das Muster der Identifikation mit der Leere. Dahinter verbarg sich aber auch die pränatale Versorgungsgeschichte der Mutter.

c. Die **sekundärnarzisstische Option** drückt die Anpassung an das Falsche Selbst im Sinne Winnicotts (2002) aus. Mit ihr korrespondiert die Bulimie mit dem Introjekt Leere als Abwehr der Todesangst. Charakteristisch für die Bulimie ist die Versorgung mit der defizitären Mutterrepräsentanz – ein umgekehrter Nabelschnuraffekt. Das Symptom stellt den selbstregulativen Versuch des Körper selbst dar, die auf diese Weise entstandene Leere zu füllen, um sie dann wieder loszuwerden.

Hier ist auch Adipositas angesiedelt. Die traumakompensatorische Selbst-Versorgung dient dem Versuch des Körper selbst, die Leere abzuwehren.

Zusammenfassung der These: Die autistische und narzisstische Position können einen pränatalen Ursprung haben und sind als Besonderheiten der primär- und sekundärnarzisstischen Form der Bezogenheit zu werten. Die für die Essstörungen charakteristische Körper selbst-Spaltung spiegelt die traumabedingte Dissoziation aus der pränatalen Zeit wider. Dies führt zu Unterversorgung und radikaler Abkapselung des Selbst auf Kosten der Bindungsfähigkeit. Die Symptombildung bei Essstörungen dient der traumakompensatorischen Abwehr von Todesangst

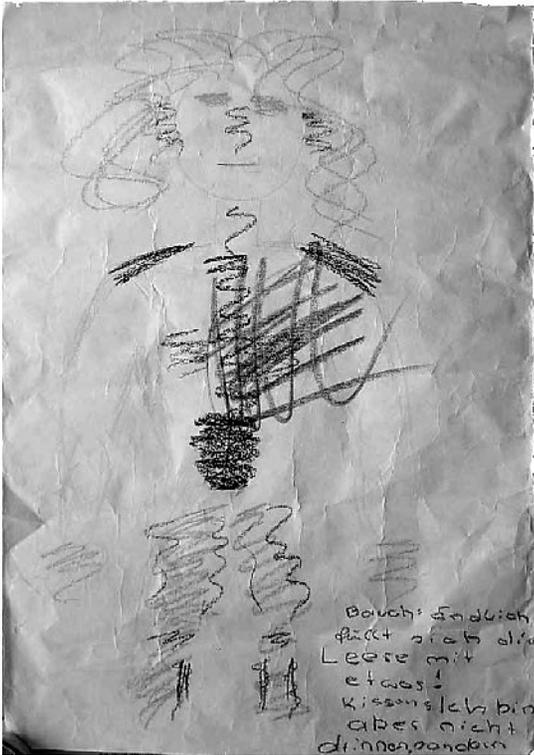


Abb. 4. Bauchleere

und Leere. Drei Formen der Bindung weisen auf mögliche Lösungen für das Körper selbst hin:

- a. fundamentale Spaltung (Introjekt Todesangst) – Anorexia nervosa – Wendung gegen das eigene Körper selbst
- b. primärnarzisstische Lösung – (Introjekt Leere) – Bulimia nervosa – Urwiderstand
- c. sekundärnarzisstische Lösung – (Abwehr der Leere) – Adipositas

Lenas Geschichte ist die der Versorgung ihrer Mutter. Lenas Mutter hat ihr Kind niemals als getrennt von ihr gesehen. Die Bindung zur bedürftigen Mutter machte sie krank; der Vater ignorierte sie. Sie entschied sich trotz elterlichen Widerstandes eine Therapie zu machen, nach einem Jahr Therapie beschloss sie aus dem Haus auszuziehen. In der Therapie ging es um die Unterstützung ihrer Autonomisierung. Es folgten lange Phasen von Wutausbrüchen gegenüber der Mutter und der Ignoranz des Vaters mit dem Anspruch, gleichzeitig von ihnen versorgt zu werden. Die bulimische Symptomatik ließ nach zwei Jahren fast ganz nach. In der Therapie folgten lange Monate des Schweigens – Lena bewegte sich kaum von der Stelle, schwieg, wollte aber nicht verlassen werden, testete, ob ich sie so aushalten würde.

Die Prüfung bestand darin, mich, ähnlich wie die Mutter, ohne „Versorgung“ ihrerseits dazulassen, ohne dass unsere Bindung einen Bruch erleiden würde. Sie

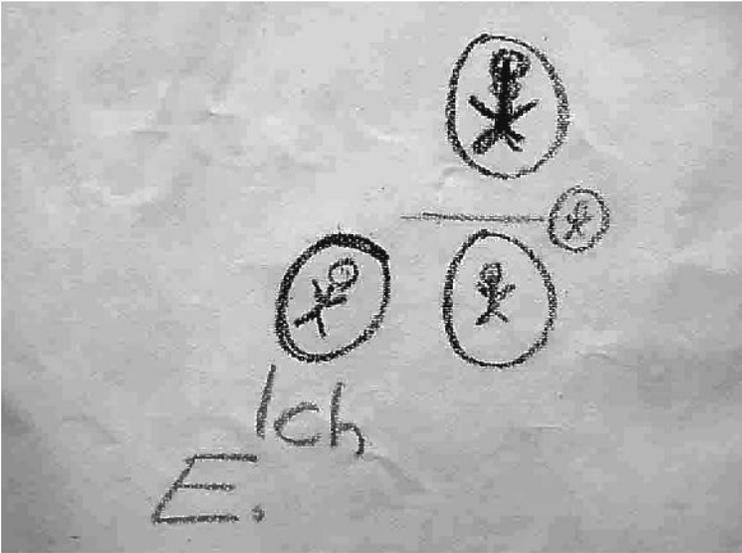


Abb. 5. Ich

provozierte mich mit Rückzug aus der Beziehung, als ob sie mich testen wollte, ob ich ihren isolierten Zustand, als Widerstand gegen die therapeutische Bindung, aushalten würde.

Zur gleichen Zeit verlangte sie nach Grenzen, wartete auf die Einladung meinerseits, um widerstehen zu können. Es machte ihr sichtlich Spass, nichts herzugeben und gleichzeitig projektiv-identifikatorisch Teile ihres Selbst in mich zu verlegen. Sie missachtete die Therapieregeln, indem sie verwirrt spielte und Zeiten verwechselte. Die Therapiepausen bedeuteten für sie den Rückzug in die bedrohliche Leere. Sie haderte mit ihrem Körper, als würde er nicht zu ihr gehören. Nichts konnte sie erfüllen; sie hatte Angst vor Menschennähe, um nicht in ihrer extremen Bedürftigkeit, aber auch nicht in ihrem Hass und ihrer Gier erkannt zu werden. Die Identifikation mit der missbräuchlichen Mutter machte ihr Wut, doch sie konnte es sich nicht leisten, die ablehnende Hülle, in der sie lebte, zu verlassen. Die Identifikation mit dem Aggressor ließ erst nach, als sie sich verliebte. Nun erkannte sie ihre einst blockierte Sehnsucht nach einer Bindung und verzweifelte beinahe daran. Der Kampf um die Nichtmissachtung ihrer Bedürftigkeit begann. Die Entwicklung zeigen folgende Bilder:

[Abb. 5] Hier die Wahrnehmung der Familiensituation. Lenas primärnarzisstischer Widerstand zeigt sich in der Selbstwahrnehmung als in ein Ei eingehülltes Wesen – links unten – mit der stärksten Isolationsschicht. Neben ihr die Schwester, oberhalb der Vater; das kleinste Ei mit der Nabelschnur gehört der bedürftigen Mutter.

[Abb. 6] Das Bild zeigt ihre Einkapselung unter Menschen, in der Gruppe. Die Einsamkeit des pränatalen Menschen dient als Schutz vor negativen Einflüssen aus der Umwelt. Einst war es der feindselige Organismus der Mutter, jetzt sind es die Menschen, die eine existenzielle Bedrohung darstellen. Um die Kontrolle

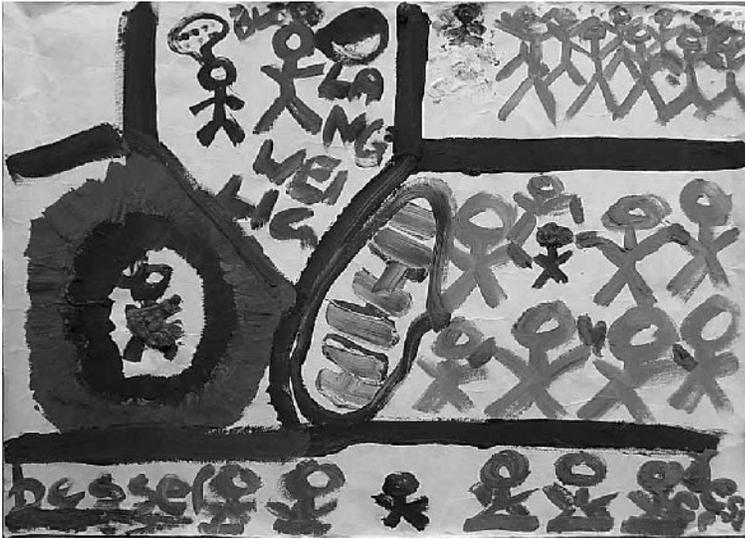


Abb. 6. „Splendid isolation“



Abb. 7. Plazentare Versorgung

zu behalten, ist die Abgrenzung von den Einflüssen in Form von schwarzen Linien nötig. Lenas Körper ist von roter, aggressiven Energie gefüllt; Zorn dient als Schutz vor dem Eindringen der Anderen.

[Abb. 7] Lena empfindet sich im isolierten Zustand wie in einer Amnionhülle voller negativer Einflüsse von außen. Schwarze Energie füllt den Raum zwischen der Fruchtblase und der imaginierten Plazenta, die auf Kosten ihrer Isolation unversehrt bleibt und trotzdem das Innere des Eis erreicht. In Beziehungen zu anderen Menschen droht immer die Gefahr, von ihrer Negativität durchdrungen

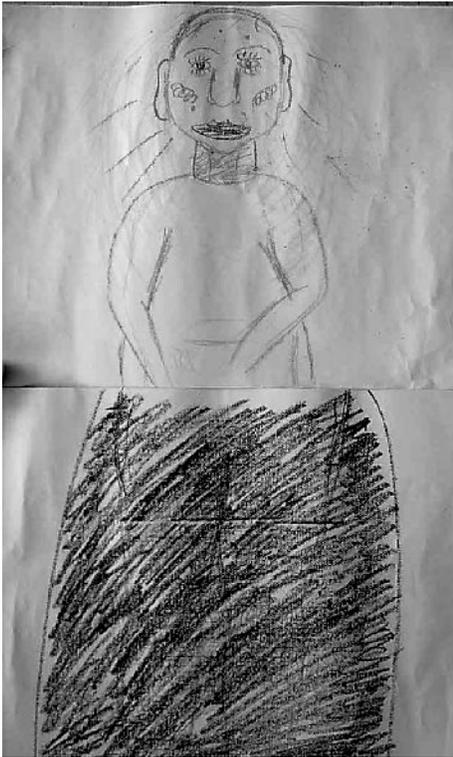


Abb. 8. Zweigeteilt

zu werden, diese aufsaugen zu müssen, als hätte Lena keinen Hautschutz (unter Menschen wird sie sofort aggressiv, um eine mögliche negative Penetration abzuwehren). Sie weint. Die Nabelschnur wirkt lose und ohne direkte Verbindung.

[Abb. 8] Das Körperbild ist durch die horizontale Linie getrennt. Lena identifiziert sich dem Kind in der Opferrolle. Sie will ihren Unterkörper mit dem Mutterleib als Sitz des pränatalen Traumas, aber auch der Sexualität, bedecken. Die Scham über die weibliche Identität entspringt u. a. ihrer Scham über die Identifikation mit der abgelehnten Mutter und der enormen Angst vor der Identifikation mit der Dominanz des Vaters. Beides lebt sie in Beziehungen aus.

[Abb. 9] Hier sieht man die Symbolik ihres Konfliktes: In der linken Ecke ist ihre Identifikation mit der Eizelle, welche sich mit dem Samen verbindet, dargestellt. Die schwarze Energie des Vaters dringt in die Eizelle wie Gift ein und bewirkt die Ausstoßungsreaktion. Die schwarzen Pfeile stehen für die Aggression als Schutz vor der Verbindung mit der Energie des Vaters; sie versucht sie auszuspucken. Die Bedrohung von außen stellt ein Ziegelfuß rechts im Bild dar; er symbolisiert die vernichtende Demütigung. Als störendes Element empfindet sie den schwarzen Kreis der Isolation (unten in der Mitte). Sie assoziiert einen Fächer aus Spaltäxten; der Kreis dient als Zusammenhalt für den Fächer. Ihr Isolationszustand ist es, den sie nicht mehr aushält und der als Zusammenhalt ihrer Wut gedient hat. Dies ist ein Bild ihres primärnarzisstischen Widerstandes, den sie nicht mehr gebraucht.

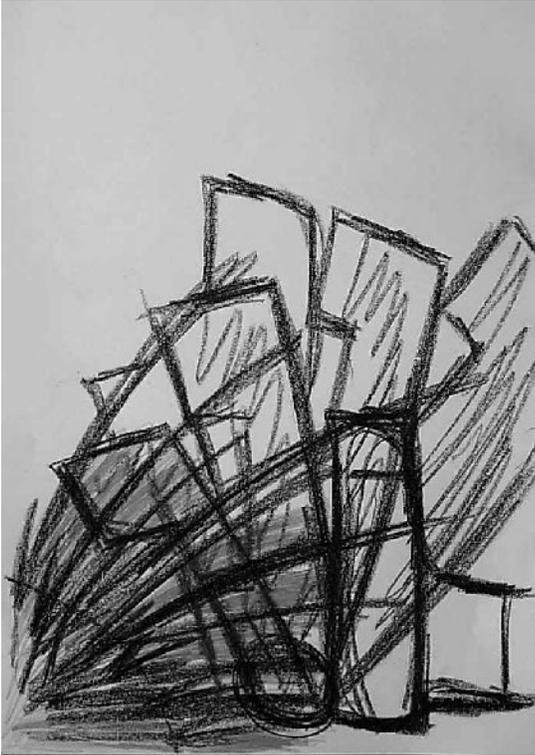


Abb. 9. Befruchtung der Eizelle

Sie beendet bereits die Therapie nach jahrelangem Kampf gegen das Verlassen der symbolischen Fruchtblase.

*Gitta, Adipositas*

Klientin, 50 Jahre alt, alleinstehend, 3 Kinder, seit 5 Jahren in Therapie

Bindungsmuster: primär- und sekundärnarzisstische Position

Symptomatik: Adipositas als Abwehr der Leere und der Todesangst

Prä-/perinatale Traumatisierung: ungewollt, Abtreibungsversuche in der 20. Woche, schwere Geburt unter Lebensgefahr (Nabelschnurstrangulierung), wiederholt bei der Geburt eigener Kinder, assoziativ aufgetauchte Empfindungen vom umgekehrten Nabelschnuraffekt, begleitet von massiven Leeregefühlen; die Klientin wuchs in psychischer Isolation auf, in der Rolle von emotionaler Nabelschnurversorgung für alle Bezugspersonen.

[Abb. 10] Dieses Bild wurde mit geschlossenen Augen gezeichnet. Es zeigt die pränatale Bindungssituation: einen Fötus von ca. 20 cm in erstarrtem Zustand, ohne Nabelschnurverbindung im Uterus wie eingeschlossen. Die Öffnung rechts oben zeigt den möglichen Ausgang aus der als dramatisch empfundenen existenziellen Situation – die Option zu sterben. Die Klientin kam mit einer typischen Nahtod-Körperhaltung in die erste Therapiestunde: den Kopf nach oben gerichtet, die Augen nach oben rollend, versuchte sie nicht da zu sein, mit dem Hass auf

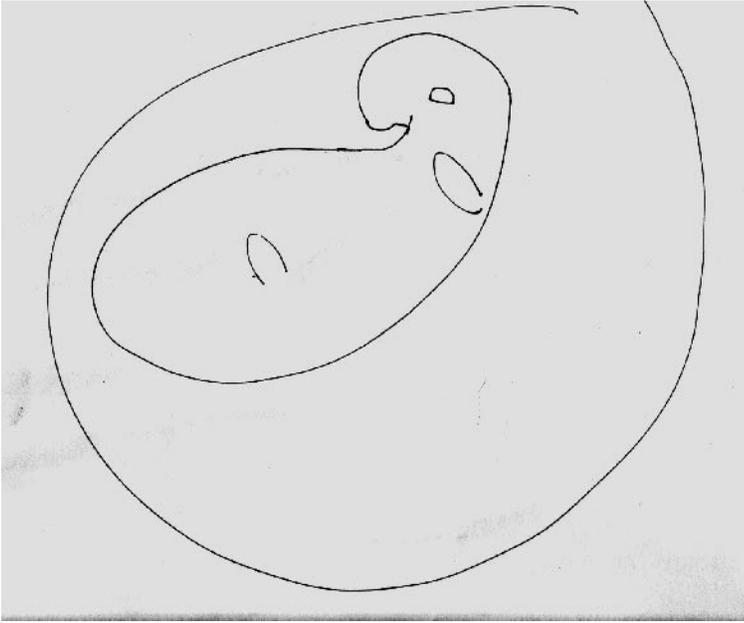


Abb. 10. Embryo im Uterus: verschlingen oder verschlungen werden?

den Körper, dessen Bedürfnisse sie erfüllt hatte, indem sie Leeregefühle durch die Esssucht kompensiert hatte. Gegen die therapeutische Bindung wehrte sie sich abwechselnd durch autistische Abkapselung und Anpassung an das Falsche Selbst; ihr adipöser Körper wurde zum Objekt der Missachtung ihrer Bedürftigkeit, bis sie langsam, nach dem Tod ihrer Mutter abnahm und nach langer Abstinenz Beziehungen mit Männern einging.

Das Bild zeigt die als pränatal vermutete Isolation. Die Therapie war dominiert durch sensomotorische Übertragungsschemata, die typisch für das frühe Erleben sind. In der Gegenübertragung zeigten sich projektiv-identifikatorische Bindungsmuster von pränataler Qualität: im Körper der Therapeutin zu sein, intensiv genährt werden zu wollen, ohne die „Nahrung“ zu assimilieren. Die Therapiestunden wurden suchartig konsumiert, jedoch ohne Nutzen für die Klientin; sie verschlang sie (sonst hätte sie Angst gehabt von mir verschlungen zu werden), bis sich dissoziative Abbildungen vom pränatalen Trauma der versuchten Abtreibung und der frühen Isolation zeigten.

[Abb. 11] Der Modus von Gittas Beziehungen einschließlich der therapeutischen erinnerte an eine einseitige plazentare Abhängigkeit, wo sie entweder sich selbst oder die anderen missbrauchte. Nachdem der Zugang zum eigentlichen Trauma des Ungewolltseins und Geburtstrauma möglich wurde, begriff sie die kompensatorische Funktion ihrer Fettsucht; es folgte die Auseinandersetzung mit der narzisstischen Haltung zum Schutz des frühtraumatisierten Selbst.

[Abb. 12] Die Abwehr der Leere durch die Sucht symbolisieren die langen gierigen Hände der Mutter, die das Selbst des Kindes auffangen wollen. Nun ist Gitta

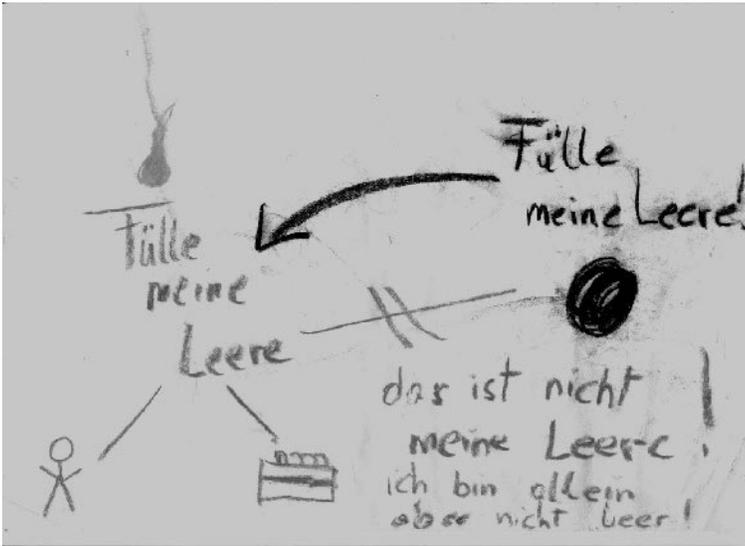


Abb. 11. Fülle meine Leere

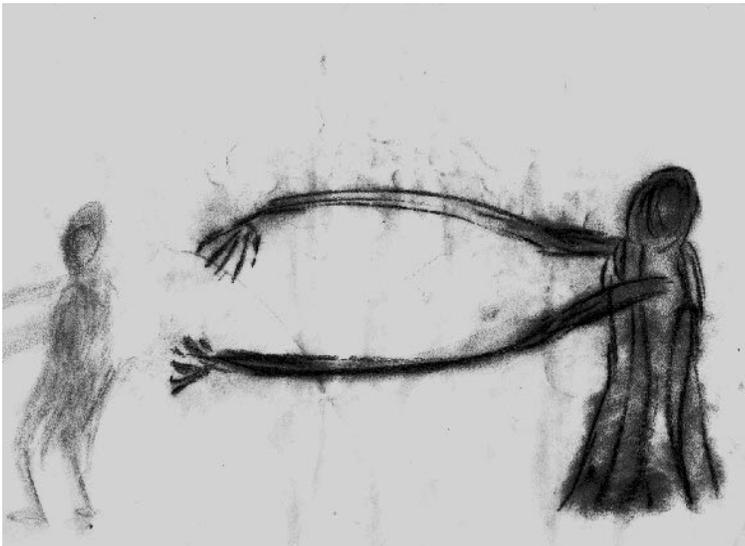


Abb. 12. Hände

sowohl die flüchtende als auch die fangende Gestalt. Ihre Aussage dazu: „Der Narzissmus ist schlimmer als das Trauma, denn nun bin ich es, die die Täterin ist“.

### Resümee

Die Essstörungen erfordern eine intensive therapeutische Arbeit mit Urwiderständen. Es geht um den Zugang zum primärnarzisstischen Zustand und dessen frühesten Abwehrmechanismen. Das ungenährte Selbst will plazentar versorgt werden, ist wie in der Fruchtblase gefangen und will diese nicht verlassen.

Es reaktivieren sich primäre Versorgungsmuster von existenzieller Qualität, die das postnatale Bindungsverhalten dominieren und den Kern der Symptomatik ausmachen. Die Geschichte des Körperselbst ist von Spaltungen gekennzeichnet und oft erst mithilfe von traumaorientierter Behandlung auflösbar. Die therapeutische Arbeit fokussiert zwei Ebenen:

- Reproduktion von frühen Versorgungsmustern (Übertragungs- und Gegenübertragungsebene)
- traumaorientierte Aufdeckungsarbeit (integrative Introspektionstechniken der PPP, siehe [www.barbarajakel.at](http://www.barbarajakel.at)).

## Literatur

- Dolto F (1997) In: C. Eliacheff, Das Kind, das eine Katze sein wollte. Dtv, München
- Ferenci S (1933) Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb. In: Bausteine der Psychoanalyse 3 (2. Auflage 1964). Huber, Wien, S 511–525
- Freud S (1914) Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW, Bd. 10, S 126–136
- Green A (2003) Die tote Mutter. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Grottstein (1990) In: Hirsch M. Das Kindesopfer, die Opferung des Kindes. S 13–41
- Grunberger B (2001) Vom Narzissmus zum Objekt, Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hidas G, Raffai J (2006) Nabelschnur der Seele. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hirsch M (2006) Das Kindesopfer. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Hollweg WH (1993) Prä- und Perinatale Wurzeln von psychischen und psychosomatischen Symptombildungen. In: Janus L (Hg) Das Seelenleben des Ungeborenen. S 55–59
- Iacoboni M (2009) Woher wir wissen, was andere denken und fühlen. DVA, München
- Jakel B (2001) Bipolar Self. Int J of Psychotherapy 6(2): 115–132
- Jakel B (2004) Pränatale Wurzeln menschlicher Bezogenheit. In: Janus L (Hg) Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Mattes, Heidelberg, S 37–59 [Ergebnisse der pränatalen Psychologie, Bd 1]
- Jakel B (2008) Pränatale Wurzeln der Psychotherapie – eine bindungstheoretische Perspektive. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 20(3/4): 237–256
- Laing D (1960) The divided Self. Tavistock Publications
- Lake F (1949) Constricted Confusions. Textstudio Gross, Heidelberg
- Mott F (1959) The Nature of the Self. Allan Wingat, London
- Rascovsky A (1978) Die vorgeburtliche Entwicklung. Kindler, München
- Schore AN (2001) John Bowlby memorial Lecture, “Attachement, the self-organizing brain, and developmenatally oriented psychoanalytic psychotherapy”. British Journal of Psychotherapy 17: 299–328
- Symington N (1993) Narcissism. A New Theory. Karnak Books
- Wilheim J (1995) Unterwegs zur Geburt. Mattes, Heidelberg
- Winnicott DW (2002) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Psychosozial-Verlag, Gießen

Korrespondenzanschrift: *Barbara Jakel*, 2380 Perchtoldsdorf, Österreich  
 E-Mail: [b.jakel@inode.at](mailto:b.jakel@inode.at)  
 Internet: [www.barbarajakel.at](http://www.barbarajakel.at)

Vortrag gehalten auf der Internationalen Heidelberger Arbeitstagung der ISPPM 2008