

# Frau zu werden...

## Psychotherapie einer Patientin mit schwerer Endometriose

*Renate Bukovski*

**Vor dem Hintergrund psychopathogenetischer und psychosozialer Aspekte wird eine existenzanalytische Psychotherapie einer an Endometriose erkrankten Patientin vorgestellt. Hauptziel des therapeutischen Vorgehens war es, die Patientin zu einer wohlwollenden Beziehung zu sich und ihrem Körper zu begleiten und ihr zu einem personalen Umgang mit der Erkrankung und zu einer guten Lebensqualität trotz verbleibender Symptomatik zu verhelfen. Im phänomenologischen Schauen auf das körperliche und psychische Erleben der Patientin und auf die Beziehungsdynamiken in der Ursprungsfamilie konnten krankmachende und leidvolle Zusammenhänge aufgezeigt und einer Bearbeitung zugeführt werden.**

**Schlüsselwörter: Endometriose, Kasuistik, Körperliche Erkrankung, Personale Existenzanalyse, Phänomenologie**

### **On becoming a woman...**

*Psychotherapy of a patient with severe endometriosis*

**An existential analytical psychotherapy is introduced of a patient fallen ill with endometriosis against the background of psychopathogenetical and psychosocial aspects. The principal goal of therapeutic process was to accompany the patient towards a benevolent relationship with herself and her body, and to help her find a personal handling of her illness as well as a good quality of life in spite of remaining symptoms. Through phenomenological introspection onto the physical and psychological experience of the patient and into dynamics of the relationships in her family of origin, illness provoking and painful connections became visible and suited for treatment.**

**Key words: endometriosis, casuistry, Personal Existential Analysis, physical illness, phenomenology**

### **Einleitung**

Eine schwere „körperliche“ Erkrankung und die dadurch notwendige jahrelange medizinische Behandlung stellen eine umfassende Belastung für Betroffene dar. PatientInnen mit somatopsychischen Erkrankungen sind jedoch in der Schulmedizin oft sich selbst überlassen und bedürften doch auch einer psychotherapeutischen Behandlung oder Begleitung, um in Zusammenarbeit und Abstimmung mit der medizinischen Behandlung die organismische Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung erfahren zu können.

Vorgestellt wird die psychotherapeutische Behandlung einer Patientin mit einer tief infiltrierenden Endometriose, einer besonders schweren Form einer Frauenkrankheit. Diese wird in der Literatur somatisch aufgefasst und von medizinischer Seite ist mit der Frage zu rechnen: „Was kann Psychotherapie bei einer somatischen Erkrankung bewirken?“ Ich werde im Folgenden einige Fragen und Themen aus dem komplexen Geschehen der zweijährigen Psychotherapie von Frau N herausgreifen. Bei der Erkrankung fielen mir bei dieser Patientin als psychische Themen besonders Beziehung (Beziehung zu sich, zu dem eigenen Körper, zu anderen) und Frausein (im weiteren Sinne das Sosein-Dürfen) auf. Es sind

dies Themen der zweiten und dritten personal-existentiellen Grundmotivation und die wesentlichen Behandlungsschritte beziehen sich auch auf die von Alfred Längle (2009, aktuelle Zeitschrift) ausgeführten und beim internationalen Kongress der GLE-Int. in Salzburg 2009 vorgestellten Überlegungen zur existenzanalytischen Therapie von psychosomatischen Erkrankungen. Ich danke meiner Patientin, die zugestimmt hat, dass ich ihre Leidens- und Lebensgeschichte und ihre Behandlung veröffentlichen darf.

### **Die Endometriose und ihre phänomenologische Betrachtung**

Die Endometriose ist eine Erkrankung durch Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut. Sie entsteht häufig so, dass schon bei der ersten Regelblutung die Gebärmutter Schleimhaut nicht ganz ausgeschwemmt wird. Teile davon treten in den Beckenraum über und wachsen dort und an anderen Organen an. So bilden sich im ganzen Bauchraum Herde, die bei jeder Menstruation wieder bluten. Dieses Blut kann aber nicht abrinnen, sondern verursacht entzündliche Herde und verbreitet sich weiter – und so breiten sich die Schmerzen im gesamten Bauch- und Beckenbereich aus. Phänomenolo-

gisch betrachtet stellen sich die Fragen: Was geschieht dieser Frau? Was macht da die Gebärmutter Schleimhaut bzw. was geschieht mit dieser? – Mit Eintreten der Regel verändert sich das Leben der Patientin, denn es treten Schmerzen auf. Diese hängen mit der Gebärmutter Schleimhaut zusammen. Sie wird am Abfluss behindert und überschreitet in der Folge die Grenzen ihres Organs. Man kann dies als ein Ausufern der Schleimhaut bezeichnen, die ihre Lebenskraft behalten hat und so zu neuen Lebensgrundlagen kommt: Sie setzt sich an verschiedenen Stellen im Bauch- und Beckenbereich, auch an anderen Organen fest. Da sie nicht mehr am richtigen Ort ist, erzeugt sie Schmerzen. Hier bleibt etwas am Leben, das nicht mehr an seinem Platze ist, wird sogar am falschen Platz am Leben erhalten und kann auch vom Körper physiologisch nicht abgeschüttelt werden. Der Körper ist ohnmächtig. So weist die Krankheit viel Leben auf, aber weil es Leben am falschen Platze ist, weist sie auch viel Destruktivität auf. Es bleibt etwas lebendig, was auf diese Weise nie zur Erfüllung kommen kann, in seinem Wesen unerfüllt bleiben muss. Auf der psychischen Ebene könnte man an Sehnsucht denken, an Ungelebtes, das trotz allem Bemühen nicht zur Erfüllung kommen kann.

## Zum Krankheitsbild der Patientin

Als Frau N in die Therapie kam, litt sie bereits seit 18 Jahren an Endometriose, erst seit drei Jahren stand die Diagnose fest. Seither wurde sie dreimal operiert, zuletzt wurde neben Herden am Darm und am Harnleiter auch die Gebärmutter entfernt. Postoperativ litt die Patientin dann täglich unter starken Schmerzen, die vorher immer „nur“ während der Menstruation auftraten. Diese beeinträchtigten die Patientin beim Gehen, Sitzen, vor allem in der Sexualität, sie war noch nicht arbeitsfähig. Weiters litt sie unter unkontrolliertem Kaufverhalten, Ess-Brech-Attacken, unter einem Konflikt beladenen Umgang mit Autoritäten, unter einem geringen Selbstwertgefühl und unter einer Verzweiflung und Ablehnung gegenüber ihrem Körper und seiner Symptomatik. Zur Biographie meinte sie: „Ich kann mich kaum an meine Kindheit erinnern, aber ich war das Nesthäkchen – eine Nachzüglerin, ich bin fast ausschließlich mit meinen Eltern aufgewachsen“. Der Vater, alkohol- und spielsüchtig, war vor sieben Jahren plötzlich an den Folgen seiner Alkohol-erkrankung verstorben. Zur Mutter hatte die Patientin in Folge langwieriger Streitereien den Kontakt abgebrochen. Frau N lebte und lebt in einer stabilen Partnerschaft, die eine große Ressource für sie darstellt.

## Eindrücke zu Therapiebeginn

Im Erstgespräch hatte ich folgende Eindrücke von der Patientin: Im Vordergrund stand das jahrelange Leiden an der Endometriose, das mit großem Schmerz und einer Ohnmacht verbunden war. Im Gespräch darüber erschien mir ein braves Mädchen, das sympathisch lächelte, sich bei den leidvollen Erzählungen duckte, wie wenn es durch das Schlimme durchtauchen wolle, ohne davon berührt zu werden und sich dabei

sehr angepasst verhielt. In der Schilderung des schwierigen Umgangs mit Autoritäten wurde ein maskulines, hartes, aggressives Gegenüber sichtbar – eine Kämpferin. Der Körper der Patientin, vom Aussehen her ein attraktiver Frauenkörper, wirkte im leiblichen Ausdruck, der Bewegung, der Mimik eher männlich, vor allem aber „unbelebt“, wie verlassen.

Nach einigen Stunden wurde für mich spürbar, dass die Patientin zwar einen Platz in der Welt gefunden hatte, es fehlte ihr aber der gute Zugang zu den Gefühlen. Frau N kam nicht wirklich in die Lebendigkeit, hatte wenig gefühlte Beziehung zu sich, ihrem Körper, den Werten in der Welt und zu anderen. Sie lebte verzweckt, hielt sich viel im Außen auf, uferte beim Essen aus, ging sich beim Einkaufen verloren. Auch in der Auseinandersetzung mit anderen ging ihr das Eigene schnell verloren, sie konnte keine Grenze ziehen: Nicht, um sich zu schützen, nicht, um das Eigene zu vertreten, und auch nicht, um sich zu begrenzen.

Wenn es in der Phänomenologie heißt: „Was wesentlich ist, ist gegenwärtig und in jeder lebendigen Äußerung enthalten. Als solche ist es phänomenologisch zugänglich.“ (Längle 1994,11) – so tauchen mir folgende Fragen zu Frau N auf:

Worauf verweisen die Phänomene der aggressiven, maskulinen Kämpferin, des Ausuferns, des übergriffigen Umgangs mit anderen, des sich Verlierens, das angepasste Mädchen, der Ohnmacht und des ungelebten Frauseins? Worüber sprechen die körperlichen Phänomene des schmerzhaften Ausuferns der Gebärmutter Schleimhaut und der „Unbelebt“ des Körpers? Was war dieser Frau auf dem Weg vom Nesthäkchen zur Erkrankten widerfahren, was hatte sie erlebt, erlitten? Was tat so weh? Oder anders formuliert: Welche Vergangenheit zeigt sich da in der wirksamen Gegenwart, in der Leiblichkeit der Patientin? Wie kann die Patientin von den vorherrschenden psychodynamischen Reiz-Reaktionsmodi: „Anpassung an andere“, wenn ihr der Kontakt wichtig erschien (das brave Mädchen) und „Kampf gegen die anderen“, wenn der Beziehungsverlust sie nicht bedrohte (die Kämpferin) – in einen personalen Umgang mit sich und der Welt kommen?

## Zum Therapieverlauf

Am Beginn der Therapie stand der sehr wesentliche Aufbau der therapeutischen Beziehung. Dies geschah vor allem durch die Würdigung und das Bewusstmachen der Stärken und Ressourcen, mit der Frau N bisher ihr Leiden bewältigt hatte. Durch ein ausführliches, interessiertes und einfühlsames Anfragen ihrer körperlichen Leidensgeschichte und ihrer Resilienz wurde sie in ihrem leiblichen Erleben, entgegen ihren eigenen und den von einigen Behandlern erfolgten Bagatellisierungen, erstmals wahr- und ernst genommen. Frau N wurde dadurch sicherer, ruhiger, begann sich selbst für sich zu interessieren und sich zu öffnen. Behutsam angesprochen auf ihr auffallendes Lächeln bei leidvollen Erzählungen, hinterfragte sie darauf diesen Schutzmechanismus auch selbst, wurde ernsthafter bei ihren Schilderungen.

Es folgen Auszüge aus der psychotherapeutischen Behandlung, wobei es mir dabei nicht um die zeitliche Abfolge

der 90-stündigen Therapie, sondern um die Darstellung der wesentlichen Themen geht, die in verblüffender Weise das phänomenologische Bild der Endometriose spiegeln.

## 1) Vom Sich-Verlieren und Ausufern zum Grenzen-Setzen und Sich-Vertreten

Wiederholte Auseinandersetzungen mit ihrem Abteilungsleiter machten Frau N zunehmend zornig. Sie warf der Firma Ungerechtigkeiten, insbesondere Ausnützeri vor und kam dabei in Rage. In den Streitgesprächen mit ihrem Vorgesetzten versuchte sie sich aggressiv und lautstark zu behaupten, den Betrieb und ihren Vorgesetzten zu verändern und verfiel in Beschuldigungen und Abwertungen. Ihr Vorgesetzter reagierte dabei ähnlich aggressiv und abwertend, Frau N war im Arbeitsalltag dadurch stark belastet, stand knapp vor der Kündigung. Ihr Ärger bekam Raum in der Therapie, ich nahm sie darin ernst, half ihr, ihm nachzugehen, statt ihm nur nachzugeben, ihn und sich zu verstehen und dazu Stellung nehmen zu lernen.

Gesprächsauszüge aus der Arbeit mit der Personalen Existenzanalyse (Längle 2000):

Frau N nach einem solchen Gespräch mit ihrem Abteilungsleiter: „Ich bin außer mir, fühle mich wie von roter Farbe übergossen, habe Herzrasen und möchte am liebsten kündigen.“ Die Patientin ist außer sich, ist sich in der Auseinandersetzung verloren gegangen, beschreibt sich als von etwas Rotem übergossen. Was ist der phänomenale Gehalt der Situation?

„Was gibt Ihnen die Firma, ihr Vorgesetzter mit diesem, seinem Verhalten zu verstehen?“

Frau N: „Du bist unwichtig. Wichtig ist, dass du funktionierst, wie wir das wollen.“

Ich versuche das Gefühl zu bergen: „Wie fühlt sich diese Botschaft an?“

Frau N: „Das kenne ich von meiner Mutter. Immer das tun, was sie möchte, vor allem um ein perfektes Bild nach außen zu erhalten. Wie es mir dabei ging, was ich gebraucht hätte, war ihr egal.“

Ich frage nochmals das Gefühl an: „Offensichtlich kennen Sie eine entsprechende Botschaft auch von ihrer Mutter. Was empfinden sie bei dieser Botschaft?“

Die Patientin: „Das tut weh, ich fühle mich übergangen.“ Zur Verdichtung des Erlebens frage ich nach dem Handlungsimpuls zur vernommenen Botschaft, halte die Patientin aber in der Arbeitssituation: „Was würden sie denn in der Situation mit ihrem Vorgesetzten jetzt am liebsten ganz spontan tun?“

Sie: „Aufspringen und ihn anschreien: Schau her, schau auch mal auf mich!“,

Ich: „Sie wollen gesehen, beachtet werden?“

Frau N: „Ja, ich will endlich mal gesehen werden von den anderen!“ Frau N begann zu weinen. Nun war mit sich in Berührung gekommen und in der Folge konnte sich der Schmerz über das Nicht-gesehen-Werden in der Arbeit und dann auch in der Biografie von ihrer Mutter zeigen und bearbeitet werden.

## Das Verstehen der Kämpferin

Nun tauchten Erinnerungen und Verstehenszusammen-

hänge aus der Biografie auf. Der Vater entzog sich einer zerütteten Partnerschaft, indem er oft tagelang nicht zu Hause war, uferte beim Trinken aus und verlor sich beim Spielen. Die Mutter empfand sich als Opfer in der Beziehung, versuchte den Mann immer wieder durch Beschuldigungen und Abwertungen zu verändern. Nach außen versuchte sie das Bild einer perfekten Familie aufrecht zu erhalten. Frau N, von der Mutter vor allem, wenn der Vater auswärts war, vereinnahmt, musste für die Mutter da sein, als Klagemauer, als Partnersersatz, für gute Stimmung sorgen, sie überall hin, untergehakt wie die beste Freundin, begleiten. Zu Hause gab es keine Privatsphäre, sondern offene Zimmertüren, sogar das Badezimmer war kein Intimbereich, das Tagebuch der Jugendlichen wurde mehrmals aufgebrochen und gelesen. Auch in den Beziehungsdynamiken der Ursprungsfamilie zeigten sich nun die Phänomene des Ausufern, des Überschreitens von Grenzen und des Sich-Verlierens.

Frau N fand in der Therapie zur Wut auf ihre Mutter, die sie psychisch missbraucht hatte, und konnte die erlebte Ungerechtigkeit betrauern. Sie verstand nun auch, dass sie nicht gelernt hatte, Eigenes zu beachten, sondern sich zu übergehen und auch andere zu übergehen.

Wir arbeiteten am Sich-Beachten, Sich-ernst-Nehmen und Sich-gerecht-Werden im Sich-Vertreten. Frau N bezog dann in der Firma Stellung, statt übergriffig zu werden, und erlebte, dass sie im Bei-sich-Bleiben Konturen bekam, sichtbar wurde und von den anderen nun auch beachtet wurde. Weil sie eine Grenze zog, konnte sie nun auch anderes gelten lassen und die entstehende Spannung aushalten, ohne ins Agieren zu kommen. Die Tendenzen des Ausufern und Sich-verloren-Gehens, der übergriffige Umgang, die Negationen, die Entwertungen anderer nahmen ab. Die Kämpferin wurde ruhiger. Die körperliche Schmerzsymptomatik nahm in dieser Zeit merklich ab. So wurden die durch die Endometrioseherde verursachten Schmerzen nicht nur leichter, sondern auch weniger häufig. Mir stellt sich die Frage: Musste der Körper weniger „schreien“, weil die Person mehr zu Wort kam?

## 2) Vom Benutzen und Verzwecken zum Zuwenden und Ins-fühlen-Kommen

Der kühle, verzweckte Umgang der Patientin mit sich, ihrem Körper, ihren Freundschaften und auch ihrer Partnerschaft verlangte nach Erwärmung. Achtsames Im- Hier-und-Jetzt-Sein (DA-Sein), sich und ihre Umgebung mit allen Sinnen bewusst wahrnehmen und ressourcenorientiertes Arbeiten an der zweiten personal-existentialen Grundmotivation halfen ihr, sich Gutes zu tun, sich Werten zuzuwenden, dort zu verweilen und langsam ins Fühlen zu kommen. Beispiele aus der Arbeit:

- statt sich hetzen, den Kaffee am Morgen in Ruhe trinken, mit einer Wärmflasche am Bauch wegen der Schmerzen;
- achtsam, mit allen Sinnen duschen, und die Haut als Körpergrenze wahrnehmen;
- kleine Wanderungen, sich in der Stille der Natur zuzuwenden.

Dabei versuchte Frau N nun immer wieder, in den therapeutischen Gesprächen dazu angeregt, sich der Situation, dem Wertvollen zuzuwenden, dabei zu verweilen, Nähe aufzu-

nehmen und zu fühlen, wie es ist. Nach einiger Übung erlebte die Patientin erstmals bewusst Freude, Staunen, Dankbarkeit, vor allem in der Natur.

Zunehmend konnte sie Unstimmigkeiten in ihrer Lebensführung bemerken, bearbeitete diese und begann sie zu verändern:

- Sexualität, früher zwischen Abendessen und Hauptfernsehprogramm zur Befriedigung des Freundes erledigt, wurde stimmiger gestaltet. Sie nahm sich Zeit dafür, schuf eine liebevolle Atmosphäre und begann, die Sexualität zu genießen, weil sie so auch nicht schmerzte.
- Sie kam mit ihrem Partner vermehrt ins Gespräch, dies vertiefte die Nähe in der Partnerschaft.
- Sie ließ ab von oberflächlichen Kontakten und unbefriedigenden Treffen, zu denen sie sich früher verpflichtet fühlte.
- Das ausufernde Kaufverhalten, oft als Belohnung, als Frustabbau eingesetzt, ließ nach, die Patientin erlebte nicht mehr eine unbefriedigende Leere, sondern mehr Erfüllung in der Wertverwirklichung.

In dieser Therapiephase wurde Frau N weicher und die körperliche Symptomatik nahm weiter ab. Sie war weniger eingeschränkt durch die Endometriose – Gehen, Sitzen, Sexualität wurden während mehrerer Tage im Monat schmerzfrei erlebt. Half es Frau N, über das Fühlen in Beziehung zu sich zu kommen, so dass die Gebärmutter Schleimhaut, dieses intimste Beziehungsorgan, nicht mehr so schmerzen musste?

Zur Entspannung und Reduktion des Schmerzerlebens bot ich der Patientin auch Imaginationsübungen an (Reddemann 2001; Huber 2006; Koppe 2007). So gestaltete sie sich zum Beispiel einen imaginären, sicheren Wohlfühlort, der existenzanalytisch den guten Bedingungen der ersten und zweiten personal-existentialen Grundmotivation entspricht. Dieser brachte ihr schon bald nach Therapiebeginn nach anstrengenden Arbeitstagen und bei besonders starken Schmerzen eine Erleichterung.

Eine Körperreise mit einem hilfreichen Wesen, Frau N wählte eine Elfe, die ihren Organen heilsame Energie in Form von Licht brachte, aktivierte ihre Selbstheilungskräfte. Mit diesem inneren Beobachter, einem Hilfsmittel zur SD, auf die schon Frankl (1959) als anthropologische Fähigkeit der Person hingewiesen hat, gelang Frau N eine erste Annäherung an ihren Körper. Sie lernte so, sich ihm nach und nach zuzuwenden und ihre Körperempfindungen zu beachten.

- Sie konnte dadurch innerliche Spannung von Hunger unterscheiden und die Essattacken nehmen ab.
- Sie bemerkte in der Therapie Veränderungen in der Symptomatik der Endometrioseherde, je nach Gesprächsinhalt.
- Ihr oftmals auftretendes Herzrasen begann sie wahr- und ernst zu nehmen. Über einen Dialog mit der Elfe konnte sie es in einen Zusammenhang mit starkem eigenem Leistungsdruck und Druck von außen, durch den sie sich in die Enge getrieben fühlte, setzen.

Die Auseinandersetzung mit dem Erleben von Druck brachte uns aber auch in die Biographie, zu dem braven Mädchen, das immer getan hatte, was die Mutter von ihm verlangte. Frau N fiel gerade die Zuwendung zum angepas-

ten, kleinen Mädchen sehr schwer. Sie mochte das Kind nicht – „Ich war dick und hatte nur Lesen und Essen im Sinn.“ Über ihr Herz gelang es, mit der Elfe die Kontrolle zurückzunehmen und mit dem Körper als Reservoir aller Lebenserfahrungen zu sprechen. Dadurch konnten dissoziierte Inhalte auf bewegende Weise – im doppelten Sinne – als Erfahrungen des kleinen Mädchens ins Bewusstsein kommen.

Dies soll die folgende Gesprächssequenz veranschaulichen: Frau N kam mit Herzrasen zur Therapie, sie könne es aber nicht verstehen. Wir schickten ihren inneren Beobachter, die Elfe, zu ihrem Herzen. Diese schilderte, dass Gurte um das Herz gespannt seien, die Druck erzeugen und das Herz müsse gegen diese Beklemmung ankämpfen.

Ich: „Was macht ihnen Druck?“

Frau N: „Ich mir selbst, die Schule, das Lernen neben der Arbeit, ich will unbedingt die Matura nachmachen.“

Ich: „Was fühlen Sie, wenn sie das so sagen?“

Frau N: „Ich glaube, dass es mir zuviel wird, viel zu viel, es wird mir ganz eng und beklemmend.“

Ich: „Welches Gefühl haben Sie, wenn es so eng und beklemmend wird?“

Frau N: „Angst – ich habe große Angst.“ Die spürbare Angst erschien mir hinsichtlich der Leistungsthematik unverhältnismäßig stark, daher fragte ich sie:

Ich: „Ist da noch jemand, dem etwas zu viel wird?“

Frau N.: „Als kleines Mädchen, zusammengekauert im Bett liegend, da habe ich auch so eine Angst.“

Die emotionale Belastung der Patientin nahm hier spürbar zu. Deshalb vereinbarten wir, dass sie diese Erlebnisse der Kindheit aus einer neutralen Beobachterposition betrachten und in der dritten Person von dem Mädchen erzählen solle. Dies verhalf Frau N zu einer ausreichenden, emotionalen Distanz zu den frühen Erfahrungen und sie erhielt detaillierte Kenntnisse von teils traumatisierenden Situationen in ihrem Elternhaus, ohne diese in Folge einer Regression wieder erleben zu müssen.

## Das Verstehen des angepassten Mädchens

Das Mädchen wartete oft stunden-, manchmal tagelang mit einer dann depressiven Mutter auf den Vater. Es war verzweifelt, fürchtete, der Vater hätte sie verlassen. Es fühlte sich der Mutter ausgeliefert, der es helfen musste, das Leben zu bewältigen. Wenn der Vater endlich heimkam, oder von der Mutter mit dem Mädchen mitten in der Nacht aus seinem Stammlokal betrunken heimgeholt werden musste, gab es einen heftigen Streit zwischen den Eltern. Sie gerieten dabei auch körperlich aneinander, das Kind ging in seiner Not dazwischen, konnte nichts ausrichten, war ohnmächtig. Die Eltern stießen es zur Seite. Einsam, angespannt, zitternd lag es im Bett, stundenlang sich selbst überlassen, bis sich die Eltern beruhigt, der Vater seinen Rausch ausgeschlafen hatte.

Bei der traumatherapeutischen Bearbeitung dieser Erlebnisse nach Luise Reddemann (Reddemann 2004) und der Arbeit mit der Methode der Biografischen Existenzanalyse (Tusch, Luss 2000) war es für Frau N wesentlich, das Leid des Mädchens und die Ohnmacht gegenüber der Situation anzuerkennen, sich ihm liebevoll zuzuwenden, es zu trös-

ten, und dem Mädchen und sich bewusst zu machen, dass das Ausgeliefertsein nun vorbei war. Die innere Ablehnung zum kleinen Mädchen löste sich auf. Frau N konnte nun verstehen, dass das Mädchen Einsamkeit und Ohnmacht, mangelnde Zuwendung und Kälte zu Hause durch ein Übermaß an Lesestoff und Nahrung kompensiert hatte. Die bulimischen Attacken nahmen ein Ende. Die somatischen Beschwerden besserten sich, das Herz kam zur Ruhe, der Körper schien von diesen Erfahrungen entlastet. Die Emotionalität der Patientin wurde freier, Frau N lebendiger. Im existenzanalytischen Verständnis wuchs in dieser Phase das Grundwert-erleben der Patientin.

### 3) Vom Mädchen zur Frau – Entwicklung eines neuen Frauenbildes

Im Selbstbild von Frau N zeigte sich eine tiefe Abwertung der eigenen Weiblichkeit. Diese ließ vor allem folgende biografische Zuströme erkennen:

- Einen Vater, der Frauen verbal und seine eigene Frau zusätzlich durch jahrelange Außenbeziehungen abwertete.
- Eine Mutter, die in ihrer Opferrolle und in ihrer manipulativen, die Tochter vereinnahmenden Art kein Vorbild als Frau darstellte.

In der Bearbeitung des Frauenbildes stellte sich die Frage, was in der Lebensgeschichte die Veränderung vom angepassten Mädchen zur Kämpferin bewirkt hatte. Frau N erinnerte sich an mütterliche, verbale Abwertungen ab dem Zeitpunkt, als beim Mädchen die körperliche Reifung einsetzte, als die Brust zu wachsen begann, die ersten Achselhaare sichtbar wurden: „Jetzt geht das bei dir auch noch los, jetzt bist du bald kein liebes, nettes Mädi mehr.“ – so die Mutter. Als die Menstruation einsetzte, vermittelte sie der Tochter: „Nun bist du den Männern ausgeliefert wie ich, die wollen nur das eine, besser wäre es, du wärest sterilisiert.“ Das Mädchen, von der Mutter und der Beziehung zu ihr abhängig, der körperlichen Reifung biologisch unterworfen, empfand ihren Körper, ihr Frauwerden nun als Beschämung und Bedrohung. Sie übernahm die Botschaften ihrer wichtigsten Bezugsperson ins eigene Selbst als tiefe, innere Überzeugungen über sich und ihr Frausein. Als Schutz vor weiteren Verletzungen und Beschämungen versteckte das Mädchen die körperliche Reifung, soweit ihr dies möglich war: ein Buckel sollte die Brust nicht sichtbar werden lassen, ein männlicher Gang, burshikose Kleidung, eine Stoppelglatze statt der langen, gelockten Haare ließen ihre weibliche Erscheinung in den Hintergrund treten. Sie nahm eine Lehrstelle in einer nur mit Männern besetzten Firma an, versuchte zu sein wie diese: laut, grob, hart. Bei mir entstand der Eindruck, Frau N habe sich während ihrer Pubertät auf die männliche, süchtige Seite des Vaters geschlagen. Ihren Körper verachtend, versuchte sie diesen zu ignorieren. Doch er begann mehr und mehr zu schmerzen, besonders mit jeder weiteren Menstruation.

### Integration ihrer Weiblichkeit

Durch das Bewusstwerden der mütterlichen Verletzungen und die Trauer darüber, nun auch über die verlorene Gebärmutter und die wirklich eingetretene Sterilität, gelang es

Frau N in eine Distanz zu den übernommenen Überzeugungen zum Frausein zu kommen. Sie konnte Stellung nehmen zum erniedrigenden, verletzenden, ungerechten Verhalten ihrer Mutter. Die Entwicklung eines neuen Frauenbildes stand an und ich fragte die Patientin: „Was hätte das Mädchen von damals am Weg zur Erwachsenen während seiner körperlichen und persönlichen Reifung gebraucht, was es heute noch braucht?“

Frau N: „Eine Mutter, die ihr liebevoll den weiblichen Körper erklärt, sich freut über die Entwicklung der Tochter zur Frau und mit ihr in einer Atmosphäre der Geborgenheit und Intimität über Wertvolles, Besonderes am Frausein spricht.“ Mit diesem Auftrag haben wir gearbeitet. Ich habe Frau N begleitet, dem Kind in sich, und damit der Frau von heute, Wertvolles am Frausein zu erschließen und in sich zu entdecken. Dabei war Literatur hilfreich: Werke über Frauen und Weiblichkeit, sowie das bewusste Wahrnehmen von weiblichen Aspekten bei ihren Freundinnen und ihrer wohlthuenden Schwiegermutter. Immer wieder forderte ich Frau N dann zur inneren Stellungnahme auf, welche der wahrgenommenen Eigenschaften, Fähigkeiten sie auch an sich entdecken konnte. Durch die vollzogene Selbstwertinduktion erschloss Frau N sich ein neues Selbstverständnis ihrer eigenen Weiblichkeit. Wesentliche Aspekte für sie waren: Zärtlichkeit, liebevoller Umgang, Leidenschaft und Selbstbestimmung zum Beispiel im Bereich der eigenen Bildung.

Man kann sich fragen, ob die Bedrohung des Reifens, die Ablehnung des Frauwerdens und Frauseins insbesondere durch die Mutter sich nicht auch psychosomatisch niedergeschlagen hat und zur Entstehung der Endometriose durch behinderten Abfluss des Menstruationsblutes beigetragen haben könnte?

### 4) Von der Ohnmacht zum personalen Umgang mit der Erkrankung

Frau N erlebte über viele Jahre bei den unzähligen, gynäkologischen Untersuchungen im Rahmen ihrer Erkrankung und vor allem bei der letzten Operation Verletzungen durch Nicht-ernst-genommen-Werden, durch Abgewertet-Werden, durch unsensible, schmerzhaft Untersuchungen im Intimbereich. Diese wurden nicht selten unter Heranziehen mehrerer Assistenzärzte wegen des besonders „interessanten“ Falles vorgenommen. Immer wieder fühlte sie sich dabei ohnmächtig. In diesem Zustand fiel auch die Entscheidung betreffend ihrer Gebärmutter. Damit wurde dann dem Aufschrei ihres Körpers nach Beziehung, nach Frausein gleichsam die Stimme genommen, indem das Organ entfernt wurde. Da weitere Untersuchungen, Behandlungen anstanden, war es für Frau N entscheidend, in einen personalen Umgang betreffend der Erkrankung zu kommen. Dabei war die bewusste Integration der Endometriose in ihr Selbstverständnis notwendig. Über die Körperreisen gelang es ihr, sich letztlich ihrem Unterleib und der Erkrankung zuzuwenden, ein Bild von ihrem Körperinneren zu imaginieren und dann zu malen, obwohl besonders dieser Bereich lange Zeit ein Tabuthema auch in der Therapie war.

## Die Personierung – der Dialog

Durch die Visualisierung ihres Körperinnenraumes und den Dialog mit den auftauchenden Bildern kam Frau N in eine Berührung und in einen Dialog mit ihrem Körper und der Endometriose. Sie hörte auf, mit Hadern oder durch Ignoranz gegen die Erkrankung anzukämpfen. Es gelang ihr, mutig auszuhalten und anzunehmen, was sie im Bild sah und dabei fühlte.



Abb. 1: Körperlandschaft

Im Baumstumpf in ihrer Unterleibslandschaft sah Frau N ihren Scheidenstumpf. Zarte Äste wachsen dort hervor, wo früher die Gebärmutter war, für die Patientin das Sanfte, Liebevollste, Weibliche, das nach den jahrelangen Verletzungen und Beschämungen durch die Mutter, die eigene Verleugnung und die Entfernung der Gebärmutter, nun integriert und lebendig werden konnte.

In der Endometriose spiegelten sich für die Patientin die Unterdrückung ihrer Weiblichkeit und ihrer Gefühle. Der Endometrioseherd über der Stelle, wo die Gebärmutter einmal war, zeigte sich für Frau N als Gewitterwolke, in der Beschämungen, Verletzungen und Bedrohungen des Frauseins und ihr eigener Kampf gegen ihre Weiblichkeit einen Ausdruck fanden. Den sehr alten Herd im Beckenboden bezeichnete sie als den Ort, in dem sich lange Zeit ihre unaushaltbaren Gefühle angesammelt hatten, die dort zwar am falschen Platz, aber dennoch weitergelebt hatten. Im Dialog mit dem Körper gelang es der Patientin, ihre leibliche Einschränkung anzunehmen und eine neue Haltung zur Endometriose einzunehmen.

Frau N: „Irgendwie bin ich meiner Endometriose sogar dankbar, ohne sie wäre ich nicht die, die ich heute bin. Wegen ihr habe ich mich auf den Weg gemacht, und eigentlich lebe ich jetzt erst wirklich – freier, bewusster, freudvoller. Ich bin achtsamer, entschiedener geworden, lebe nicht mehr so automatisch und ich bin dem Leben gegenüber dankbarer geworden. Ich lebe jetzt gerne, trotz meiner Erkrankung.“

Durch die Annahme der Endometriose und die gute Be-

ziehung zu sich selbst wich die bisherige, vorhin beschriebene Ohnmacht der Patientin und die Aktualisierung der Person gelang besser. Sich und ihren Körper schätzend, war sie sehr sorgfältig geworden in der Auswahl ihrer BehandlerInnen und im Nachfragen aller Behandlungsschritte. Bei einer neuerlichen, kürzlich stattgefundenen Operation bestimmte die Patientin entscheidend mit, was gemacht werden sollte, was nicht. Das jahrelange Motto zur Endometriose: „Nur weg damit“ hat sie verabschiedet. Ihr Körper, insbesondere auch ihre weiblichen Organe, sind ihr wichtig geworden. Bei dieser Operation wurde dann auch klar, dass die Gebärmutter nicht entfernt hätte werden müssen.

## Schluss

Abschließen möchte ich mit ein paar Reflexionen zum Leiden und zur Behandlung von Frau N. Der Mensch ist Leib und mit diesem In-der-Welt. Alles, was er leibhaftig erlebt, prägt ihn und drückt sich wiederum leiblich aus. Es könnte also sein, dass bei Frau N die Beziehungsdynamiken in ihrer Kindheit und Jugendzeit und die in der Folge selbst gelebten Verhaltensmuster und inneren Überzeugungen die Endometriose, die phänomenologisch vergleichbare Symptome zeigt, mit beeinflusst haben. Es könnte auch sein, dass diese Frau in einer liebevollen, warmen, Grenzen respektierenden und setzenden Ursprungsfamilie nicht, beziehungsweise nicht so schwer erkrankt wäre.

Es sprechen auch die Fakten für sich. Durch die psychotherapeutische Bearbeitung der psychisch relevanten Inhalte, die mit der Erkrankung einhergingen, somit also jener Phänomene, die leiblich zum Ausdruck kamen und die eine erfüllende Beziehungsgestaltung behinderten, nahmen die körperlichen Schmerzen erheblich ab. Der deutliche Zugeschwinde an Lebensqualität ist außerdem mit der Mobilisierung struktureller Ressourcen verbunden. Die Patientin findet zu einer Beziehung zu sich selbst, zu ihrem Körper, zu anderem und anderen. Und sie entwickelt eine ihr selbst entsprechende Identität, die einen gefühlten Selbstwert ermöglicht. Gestärkt in der zweiten und dritten personal-existentiellen Grundmotivation kann sie nun auch ihre personalen Ressourcen besser einsetzen und das, was in ihr auftaucht, aushalten, immer besser annehmen und es durch das Erleben ins Fühlen bringen. Im Ernstnehmen kann sie es – und damit sich – besser verstehen, dazu Stellung nehmen und so in einen personalen Umgang damit kommen.

Entscheidend dafür war es, den Spuren ihrer Schmerzen aus der Biografie nachzugehen, um die erlittenen Verletzungen zu betrauern und sich zu trösten, wodurch sich das liebevolle Sich-Zuwenden auftat und die Patientin offen wurde für Gefühle. Auf dieser Basis konnte sie zu sich selbst finden, durfte endlich diejenige sein, die sie war. Sie kann nun mit Freude und Zufriedenheit ihr Leben gestalten und erlebt sich bewusst in ihrer Selbstwirksamkeit. Das Mädchen, das ein Kleines hätte bleiben sollen, ist erwachsen geworden, zur Frau gereift, in der die kraftvolle, männliche Seite mit ihrem Durchhaltevermögen, ihrer Willensstärke und Festigkeit den Platz teilt mit einer zärtlichen, fürsorglichen, lei-

# VORTRAG

---

denschaftlichen, weiblichen Seite. Die polaren Dynamiken der Ohnmacht und des Kampfes wichen einem bewussten, entschiedenen Umgang mit sich, mit der Welt und mit der Krankheit.

## Literatur

Huber M (2006) Der innere Garten. Paderborn: Junfermann

Frankl V (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, Gebattel V, Schultz J (Hg): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München, Wien: Urban & Schwarzenberg, Bd.III, 663-736

Koppe A (2007) Mut zur Selbstheilung. Würzburg: Diametric Verlag

Längle A (1994) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Biographie. Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 9-33

Längle A (2000) (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien:

Facultas

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Klett-Cotta

Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta

Tutsch L, Luss K (2000): Anleitung für die biographische Arbeit in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 17,1,31-35

*Anschrift der Verfasserin:*

*Mag. Renate Bukovski*

*A-5020 Salzburg, Thumegger Bezirk 7A/1*

*renate.bukovski@existenzanalyse.org*