

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 15/2014

Magersucht in der Familie – Risiken, Probleme, Chancen – Integrative Wege einer salutogenen Beziehungsgestaltung

*Monika Buckenmaier, Marbach **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Beschreibung des biopsychosozialen Störungsbildes Anorexia Nervosa	5
1.1 Allgemeines zu dem Themenkreis Essstörungen	5
1.2 Diagnosekriterien für die Anorexia Nervosa – Magersucht	6
1.3 Risikofaktoren und Ursachen für die Entwicklung einer Magersucht	10
1.3.1 Soziokulturelle Faktoren.....	10
1.3.2 Psychosoziale Risikofaktoren.....	12
1.3.3 Biologische Faktoren.....	12
1.4 Komorbidität.....	14
1.5 Aufrechterhaltung und Folgen der Magersucht – Suchtmechanismen	14
1.6 Problem erkannt- Gefahr gebannt? – ein Trugschluss beim gemeinsamen „Kampf“ gegen die Magersucht. Erfahrungen einer Mutter.	15
1.7 Die Rolle der Familien	20
1.8 Zusammenfassung	22
2 Konzepte der Integrativen Therapie zum Verständnis des multifaktoriellen Geschehens der Anorexie	23
2.1 Der „Informierte Leib“ – ein Kernkonzept der Integrativen Therapie	23
2.1.1 Zusammenfassung und Relevanz für die Betrachtung von Essstörungen bzw. Magersucht.....	26
2.2 Das Konzept der Affiliation innerhalb der Relationalitätstheorie des Integrativen Ansatzes	28
2.3 Die Bedeutung der Pubeszenz für die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Jugendlichen aus Sicht der Integrativen Therapie.....	30
3 Beziehungsgestaltung aus einer salutogenen und integrativ-therapeutischen Perspektive	32
3.1 Die Entwicklung relevanter Themen	32
3.1.1 Eingebunden sein in Beziehungen, Sorge tragen für sich und andere und die Entwicklung von persönlicher Souveränität	32
3.1.2 Die Zentrierung auf die Mutter-Tochter-Beziehung beim Thema Essstörungen und daraus resultierende Folgen und Erfordernisse	36
3.1.3 Ressourcenorientierung und Resilienzförderung	39
3.1.4 Die Relevanz von Trost und Beistand bei der Überwindung von Krisen.....	41
3.1.5 Erfahrungen des Beistandes und des Trostes, der Hilfe und Unterstützung – die Wirkung von unterschiedlichen protektiven Faktoren.....	42
3.1.6 Zusammenfassung zentraler Themen und Inhalte	47
3.2 Schlussfolgerungen für ein unterstützendes Elternangebot für Mütter und	

Väter aus integrativ-tanz- und bewegungstherapeutischer Sicht unter Einbezug von naturtherapeutischen Gesichtspunkten	48
3.2.1 Sammeln von Informationen und Austausch von Wissen über Essstörungen	49
3.2.2 Erarbeiten einer unterstützenden Beziehungsgestaltung	49
3.2.3 Erfahrung eines konvivialen Miteinanders in der Gruppe	50
3.2.4 Raum für Gemeinschaftserfahrungen	50
3.2.5 Zeit für Leiberfahrungen	50
3.2.6 Zeit und Raum für Trosterfahrungen	51
3.2.7 Den Lebensrhythmus der Natur spüren und erleben	51
3.2.8 Den Schatz der Ressourcen heben, Potentiale entfalten und Resilienzen fördern	52
3.2.9 Zusammenfassung.....	52
4 Schlussbemerkungen	53
Literaturverzeichnis.....	56

Einleitung

Das Themenfeld der Essstörungen umfasst verschiedene Störungsbilder, wie die Magersucht (Anorexia Nervosa), die Bulimie (Bulimia Nervosa) und die Binge-Eating-Störung. Allen Störungen ist eines gemein, die übermäßige Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme und dem eigenen Körper.

An einer Essstörung erkrankt zu sein hat weitreichende Folgen, sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Angehörigen und das soziale Umfeld. Es bedeutet für die Betroffenen, in einem Teufelskreis gefangen zu sein, aus dem es für sie kein Entrinnen zu geben scheint. Sie entfernen sich zunehmend vom Leben und somit von sozialen Beziehungen. Alle Gedanken drehen sich ums Essen und um die Angst zu dick zu sein. Bei der Magersucht kommt es innerhalb kurzer Zeit zu einer drastischen Gewichtsabnahme, was schnell lebensbedrohlich werden kann.

Mit einer solch komplexen und einschneidenden Störung im nächsten Umfeld konfrontiert zu sein, ist eine krisenhafte Erfahrung für alle Beteiligten. Die Angehörigen stehen den Entwicklungen oft hilflos gegenüber und erleben selbst ein krisenhaftes Geschehen. Es verändern sich sowohl die Beziehungen zum erkrankten Familienmitglied, als auch die Beziehungen untereinander in der Familie und nach außen. Gelingende Beziehungen können wiederum die Basis für die Überwindung der Krankheit darstellen. Gerade die Aufrechterhaltung oder Herstellung von Beziehungen zu Menschen, die an einer Essstörung leiden stellt die Beziehungsaufnehmenden vor große Herausforderungen. Magersüchtige sind in ihrer eigenen, von außen bizarr wirkenden Gedankenwelt gefangen und haben oft kaum noch Zugang zu ihren Gefühlen. Beziehung aufnehmen bedeutet, sich auf die Gedanken, Gefühle des Gegenübers ein zulassen, empathisch zu sein. Dies ist in diesem Zusammenhang kein leichtes Unterfangen. Die mangelnde Krankheitseinsicht vieler Betroffener ist eine weitere Tatsache, die eine Beziehungsaufnahme und somit die Entwicklung einer unterstützenden Beziehung erschwert.

Bevor ich näher mit Essstörungen in Berührung kam, waren es vor allem Sätze von KollegInnen in der Weiterbildung oder in meinen Arbeitsstellen, die mir präsent waren: „Die Arbeit mit Patientinnen mit Essstörung, insbesondere Magersucht ist sehr schwierig.“, „Es ist kaum oder nur schwer möglich mit ihnen in Kontakt zu kommen, weil sie große Widerstände haben, sich auf die Therapie ein zu lassen.“, „Eine Heilung ist nur schwer möglich.“ So etwa lautete der Tenor. In der psychiatrischen Tagesklinik, in der ich seit einigen Jahren als Tanztherapeutin arbeite, sind immer wieder Patientinnen in der Tanztherapiegruppe, bei denen neben einer affektiv instabilen Persönlichkeitsstörung, auch bekannt als Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen, insbesondere Bulimie diagnostiziert wurde. Auch in meiner langjährigen Tätigkeit als Sozialarbeiterin in einem Frauenhaus kam ich mit diesem Thema in Berührung. Mein Arbeitsschwerpunkt lag in diesen Jahren in der Begleitung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen, die mit ihren Müttern im Frauenhaus lebten. Dabei nahm die Beratung der Mütter einen großen Teil der Arbeit ein. So entwickelte ich ein großes Interesse an der Beziehung zwischen Müttern und ihren Kindern in schwierigen, belastenden Situationen.

Eine intensive Auseinandersetzung mit Essstörungen und speziell der Magersucht begann, als ich eine Mutter kennenlernte, deren Tochter akut an dieser Störung erkrankt war. In vielen Gesprächen erhielt ich in einen Einblick, was die Erkrankung an einer Essstörung sowohl für die Betroffenen, als auch die Familien bedeutet. Es entstand die Idee für das

Thema der vorliegenden Arbeit. Aufzeichnungen der Gespräche, Erfahrungsberichte und ausgewählte Tagebuchaufzeichnungen, die mir von der Mutter¹ zur Verfügung gestellt wurden, ergänzen die auf Literatur basierenden Ausführungen in den folgenden Kapiteln.

Die Frage, wie innerhalb der Familie eine gesundheitsfördernde, unterstützende Beziehungsgestaltung mit Hilfe von Konzepten der Integrativen Therapie gelingen kann, ist leitend für diese Arbeit. Im ersten Teil wird zunächst an Hand von aktueller Literatur das biopsychosoziale Störungsbild der Anorexia Nervosa (Magersucht) skizziert: Diagnosekriterien, Entstehung, Risikofaktoren, Suchtmechanismen. Diese Ausführungen werden durch die o.g. Tagebuchaufzeichnungen und Erfahrungsberichte ergänzt. Der Schwerpunkt des zweiten Teils liegt bei der Betrachtung relevanter Theorien der Integrativen Therapie (IT) (*Petzold*) zum Verstehen des Beziehungsgeschehens im Rahmen der Essstörung Magersucht. Im Mittelpunkt stehen hier das Konzept des „Informierten Leibes“, die Beziehungstheorie der Integrativen Therapie und die Betrachtung der Pubeszenz bzw. Adoleszenz aus integrativer Sicht. Um das Konzipieren eines unterstützenden Angebotes für Angehörige, insbesondere für Eltern mit Inhalten und Methoden aus der Integrativen Tanz-, Bewegungs- und Naturtherapie geht es im dritten Teil der Arbeit. Hier werden zunächst relevante Themen auf dem Hintergrund der Ausführungen von Teil 1 und 2 entwickelt. Auf dieser Basis werden mögliche Inhalte eines unterstützenden Angebotes für Väter und Mütter vorgestellt. Dabei liegt der Fokus auf einer Pathogenese verhindernden und eine Salutogenese² unterstützenden Beziehungsgestaltung.

¹ Im Folgenden nenne ich die Mutter Fr. M.. Die Erfahrungsberichte und verwendeten Tagebuchaufzeichnungen wurden vollständig anonymisiert und Namen, Daten und Orte geändert.

² Der Begriff der Salutogenese beschreibt in Anlehnung an Antonovskys Konzept die Prozesse der Gesundung und nimmt die protektiven Faktoren in den Blick und fokussiert nicht ausschließlich auf pathogene Faktoren. (Antonovsky, 1997; Erim, 2013)

1 Beschreibung des biopsychosozialen Störungsbildes Anorexia Nervosa

1.1 Allgemeines zu dem Themenkreis Essstörungen

Laut der ICD 10 Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (International Classification of Diseases)³ zählt die Anorexia Nervosa zu den „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ und hier speziell zu den Essstörungen. Neben der Anorexia Nervosa (AN) – „Magersucht“ wird die Bulimia Nervosa (BN) – „Ess-Brechsucht“ diagnostisch ausgeführt und beschrieben. Andere Essstörungen, wie die erst seit 1994 benannte Binge-Eating-Störung (BES) – Essanfallsstörung fehlen bisher in den Ausführungen des ICD 10 und werden bei der Diagnose unter der Rubrik: „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ subsumiert (Herpertz et al. 2008, 24-28).⁴ In der klinischen Praxis stellen die PatientInnen, deren Störung nicht den vollen Kriterien der AN oder BN entsprechen den größten Anteil derer, die auf Grund von Essstörungen vorstellig werden dar. Ebenso ist fest zu stellen, dass sich im Krankheitsverlauf die Symptome und somit die Einordnung verändern kann. So liegt bei 25% der bulimischen PatientInnen eine anorektische Erkrankung zu Grunde. Weiter werden in Langzeitkatamnesen Übergänge von den „klassischen“ zu den „atypischen“ Essstörungen festgestellt (ibid.).

Als verbindendes Element der Essstörungen (insbes. der AN und BN) gilt die übermäßige Beschäftigung mit Themen rund um das Essen und die übermäßige Angst davor zu dick zu sein oder zu werden, verbunden mit einer unangemessenen Koppelung des Selbstwertgefühls an das Körpergewicht. (Herpertz et al. 2008, 30-36).

Verhaltensweisen, die einem essgestörten Verhalten zugerechnet werden können wie häufige Diäten, restriktives Essverhalten, Gewichtskontrollen, Manipulation des Gewichts durch Maßnahmen, wie Einnehmen von abführenden Substanzen oder Erbrechen, Fitness zum Abnehmen, permanente Unzufriedenheit mit der eigenen Körperform sind weit mehr verbreitet als die Anzahl diagnostizierter Essstörungen nahelegen (ibid.). So ist laut Literatur von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Es gibt weit mehr Menschen, die Symptome einer der o.g. Essstörungen haben. Da diese jedoch nicht allen Diagnosekriterien der AN, BN, bzw. BES entsprechen, kommt es zu keiner Diagnose und möglicherweise auch zu keiner Behandlung (Nolte 2013). Auf der anderen Seite entsprechen ca. 50% -70% der behandelten PatientInnen im ambulanten oder stationären Setting nicht eine der o.g. Diagnosen einer Essstörung, leiden aber dennoch an Symptomen, die behandlungsbedürftig sind (Fichter 2009, Herpertz et al. 2008).

Laut der KIGGS- Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) des Robert- Koch - Instituts, Berlin ist mehr als jedes fünfte Kind im Alter von 11 – 17 Jahren von Symptomen einer Essstörung betroffen. Dabei handelt es sich um nahezu doppelt so viel Mädchen, wie Jungen (Nolte 2013).

Essstörungen betreffen nicht nur Mädchen und Frauen und sind nicht ausschließlich ein Frauenleiden. Nach derzeitigem Wissen und den erhobenen Daten handelt es sich um weit mehr Frauen als Männer, die an einer diagnostizierten Essstörung erkrankt sind. Die

³ Das in Deutschland gebräuchliche Klassifikationssystem für psychische Störungen

⁴ Im DSM IV (Diagnostische Kriterien der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) wurde die Binge- Eating Störung seit 1994 als Forschungsdiagnose aufgeführt und ist im DSM V als eigenständige Diagnose aufgeführt.

statistische Datenlage hierzu ist allerdings lückenhaft. Geschlechtsspezifische Zahlen liegen nur für einzelne Bereiche vor und verweisen auf ein differenziertes Bild. So handelt es sich bei ca. 10% der an Anorexia Nervosa erkrankten Menschen um Männer, bei einer Bulimia Nervosa sind es ca. 25 % Männer, bei einer Binge Eating Störung könnten es ca. 30% Männer sein (*Herpertz et al. 2008, 87-92*). Da es sich bei der BES bisher um keine offizielle Diagnose handelte (s.o.), liegen keine genauen Zahlen vor. Auch gilt es als wahrscheinlich, dass unter den weiteren „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ (ICD 10, F50.9) erfassten PatientInnen weit mehr Männer sind, als bei der AN, BN und BES Gerade bei Männern könnte die Dunkelziffer derer, die keine Behandlung in Anspruch nehmen größer sein als bei Frauen. Möglicherweise erhöht die Meinung, dass es sich bei Essstörungen, um eine Frauenkrankheit handelt, die Hürde für Jungen und Männer sich in Behandlung zu begeben. Anzunehmen ist auch, dass Personen des nahen sozialen Umfeldes der Betroffenen bei ersten Anzeichen eher bei Mädchen und Frauen an eine Essstörung denken als bei Jungen und Männern (*Nolte 2013*).

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Essstörungen macht folgendes deutlich. Es gibt bei der Entstehung und dem Krankheitsverlauf Übereinstimmungen, aber auch erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So spielt bei den erkrankten Jungen/Männern der Muskelaufbau eine größere Rolle, als ein generell schlanker Körper, wie dies bei den Frauen der Fall ist. Das heißt, es geht bei Männern um eine Gewichtsabnahme (Fettmasse) und um eine Zunahme an Muskelmasse. Bei den Frauen zielt das restriktive Essverhalten ausschließlich auf die Reduzierung des Körpergewichts (Fettmasse) ab. Auch ist bei Frauen der Wunsch abzunehmen nicht abhängig vom Gewicht (d.h. auch bei Normalgewicht entsteht der Wunsch), während bei den Männern oft ein reales Übergewicht (BMI > 24) am Beginn des restriktiven Essverhaltens steht. Der Verlauf der manifestierten Symptome der Essstörungen (AN, BN und BES) unterscheiden sich bei Männern und Frauen nicht wesentlich (*Herpertz et al. 2008, 87-92*).

1.2 Diagnosekriterien für die Anorexia Nervosa – Magersucht

Anorexia Nervosa gilt als die schwerste Form der Essstörungen mit der höchsten Mortalitätsrate und je nach Verlauf den schwerwiegendsten Folgen für die körperliche Gesundheit. Je nach Untersuchungen liegt die Sterblichkeitsrate bei 10-15% der an Anorexie Erkrankten. Damit zählt die Anorexie neben den Suchterkrankungen zu den psychischen Krankheiten, die am häufigsten tödlich verlaufen. Der Krankheitsverlauf ist häufiger chronisch als bei BN und den anderen Formen der Essstörungen (*Herpertz et al. 2008, 44-47; Fichter 2009*).

Auffälligstes Merkmal einer ausgeprägten Magersucht, ist das geringe Körpergewicht in Bezug auf die Körpergröße (BMI⁵ < 17,5). Dabei zeigen die Betroffenen ein kachektisches Erscheinungsbild. Die Gewichtsreduktion wird in der Regel durch eine zunehmende Einschränkung der Nahrungsaufnahme, insbesondere durch Weglassen von „hochkalorischen“ Nahrungsmitteln, so genannten verbotenen Nahrungsmitteln erzielt. Wobei die Liste dieser Nahrungsmittel im Verlauf der Krankheit wächst, bis es nur noch wenige erlaubte Nahrungsmittel gibt.

Kommt es weder zu Essanfällen, noch werden zur Gewichtabnahme Maßnahmen wie Erbrechen oder Abführmittel eingesetzt, wird vom Subtyp der restriktiven bzw. asketischen Anorexie gesprochen. Es wird dagegen der Binge/ Purging oder bulimische Typus der

⁵Der Body-Mass-Index wird wie folgt errechnet: Körpergewicht in kg/ (Körpergröße in m)²

Anorexie unterschieden. Hier leiden die Betroffenen an regelmäßigen Essanfällen (Binge = Gelage) und steuern mit Maßnahmen wie selbst herbeigeführtem Erbrechen und Einnahme von Medikamenten dagegen (to purge= Reinigen) (Herpertz et al 2008).

Kriterien für die Diagnose einer Magersucht (AN) für beide Subtypen sind nach dem ICD 10:

1. Das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht entsprechend der Größe und des Alters. Das entspricht einem BMI weniger als 17,5.
2. Die Gewichtsreduktion ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von Nahrungsmitteln, von denen angenommen wird, dass sie „fettmachend“ sind. Weitere Maßnahmen können sein: selbst induziertes Erbrechen, Einnahme von gewichtreduzierenden Medikamenten, übermäßige körperliche Aktivität und Einsatz von Appetitzüglern.
3. Es liegt eine Körperschema- oder Körperbildstörung vor. Dabei empfinden sich die Betroffenen unabhängig von ihrem tatsächlichen Gewicht als zu dick. Es besteht eine unkontrollierbare Angst davor, dick zu sein oder zu werden, in Form einer überwertigen Idee. Es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festgelegt, die auch unterschritten wird.
4. Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse vor. Bei Frauen äußert sich diese als Amenorrhö (Ausbleiben der Monatsblutung) und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Bei Kindern in der Vorpubertät treten die Entwicklungsschritte der Pubertät verzögert oder gehemmt auf: gehemmtes Wachstum, gehemmte Brustentwicklung und eine primäre Amenorrhö bei Mädchen, Genitalien bleiben kindlich bei Jungen.

(vgl. auch Tabelle in: Herpertz et al. 2008, 15)

Die Körperbildstörung stellt nach der Klassifikation des DSM IV/ V⁶ ein notwendiges Diagnosekriterium dar, das sich aus mehreren Merkmalen zusammensetzt. Eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme spielt eine zentrale Rolle. Es liegt eine gestörte Wahrnehmung des Körperumfangs vor. Der Körper bzw. als kritisch bewertete Körperbereiche werden als zu dick wahrgenommen, obwohl dies nicht der Realität des tatsächlichen Umfangs entspricht. Besonders auffällig ist dies bei Magersüchtigen, die sich in einem kachektischen Zustand befinden und sich als zu dick ansehen und empfinden. Dazu kommt das Leugnen eines bedrohlich niedrigen Körpergewichts. Der eigene Selbstwert hängt in hohem Maße vom Körpergewicht ab. Dabei geht es nicht um das reale Gewicht, sondern um das Empfinden zu dick zu sein (Herpertz et al 2008, 82-86, Fichter 2008, Nolte 2013).

Auch im ICD-10 steht die Körperbildstörung an zentraler Stelle der Diagnose, ist jedoch bezüglich der Beschreibung der Symptome weniger ausführlich. So findet hier die Verknüpfung von Selbstwert und Gewicht keine Erwähnung.

Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Körperbildstörung, um eine kognitiv-affektive Störung handelt, die sich durch eine perzeptive, eine kognitiv-affektive bzw. kognitiv-evaluative und eine verhaltensbezogene Komponente auszeichnet. Bei der perzeptiven Seite geht es um die Wahrnehmung der Körpermaße, die sich bei Magersüchtigen als

⁶ Diagnostische Kriterien der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA), seit Mai 2013 in der 5.Auflage

Überschätzung der Maße äußern.

Tuschen-Caffier führt an, dass hierbei die Hin-oder Abwendung des Blickes, die Blickrichtung und Blickverweildauer, sowie der Gedächtnisprozess bei der Entwicklung einer Körperbildstörung eine wichtige Rolle spielt (in: *Herpertz et al.* 2008, 82-86). Es handelt sich nicht um eine generelle Störung der Einschätzung von Maßen. So können Betroffene, bei Gegenständen und anderen Personen sehr wohl den Umfang bzw. die Ausmaße der Realität entsprechend einschätzen. Dies weist auf die kognitiv-affektive bzw. kognitiv-evaluative Komponente hin. Diese äußert sich konkret in negativen Gefühlen dem eigenen Körper gegenüber, wie Ekel und Ablehnung. In Verbindung mit der Betrachtung des Körpers werden dieser oder bestimmte Bereiche negativ bewertet. Es ist bisher nicht geklärt, ob es sich hier um unbewusste oder willentlich gesteuerte Prozesse handelt. Als verhaltensbezogene Komponente wird die übermäßige Beschäftigung mit dem Körper gesehen, wie das ständige Kontrollieren des Gewichts und des Körperumfangs (body checking). Dieses Verhalten wirkt oft zwanghaft und ist eventuell nicht mehr oder kaum willentlich steuerbar. Bisher ist noch ungeklärt, welche psychischen Prozesse und Mechanismen für die Aufrechterhaltung der Körperbildstörung auch nach Gewichtsrehabilitation beteiligt sind (ibid.).

Unbestritten ist, dass zum Erkennen, ob eine Anorexie vorliegt, eine Betrachtung des Essverhaltens, der Kognitionen rund ums Essen und der Körperwahrnehmung bzw. des Körperbildes eine große Rolle spielt. Vor allem die Verknüpfung zwischen Körpergewicht und Selbstwert stellt wie bereits erwähnt einen wichtigen Punkt dar (*Herpertz et al.* 2008, 29-36; 54-58). Der Gedanke zu dick zu sein manifestiert sich bei den Betroffenen in einem Maße, in dem sie sich selbst nicht davon distanzieren können. Sie erleben sich als minderwertig. Es verfestigt sich die Idee mehr wert zu sein, wenn die Waage weniger kg anzeigt. Speziell bei AnorektikerInnen ist der Selbstwert mit einem hohen Leistungsanspruch an sich selbst verknüpft. Der Gedanke „Ich bin nur etwas wert, wenn ich viel leiste“ gleicht einem Credo und führt zu einer hohen Leistungsbereitschaft mit immer höher angelegten Messlaten. Abnehmen, dem körperlichen Bedürfnis Nahrung zu sich zu nehmen, zu widerstehen wird als Leistung verbucht. Dies führt zunächst zu einem Hochgefühl, etwas zu schaffen, was nicht vielen gelingt. Dabei geht es vor allem auch um Anerkennung durch nahe stehende Menschen, wie Freunde, Familie. Vor allem zu Beginn des Abnehmens erfahren Betroffene viel Bewunderung für ihre Disziplin und die Gewichtsreduktion. Dies signalisiert ihnen, auf dem richtigen Weg zu sein und bestärkt sie darin (*Fichter* 2008, *Nolte* 2013, *Schuster* 2011).

In der Literatur werden „anorektische“ Verhaltensweisen dargestellt, die neben den o.g. Diagnosekriterien vor allem auch für die Menschen des nahen sozialen Umfeldes als Erkennungsmerkmale für die Entwicklung einer Essstörung dienen können:

- die zwanghafte Beschäftigung mit Essen und Gewicht
- das Anschauen von Kochbüchern
- Kochen für andere, ohne selbst zu essen mit der Aussage: „Ich habe während des Kochens schon so viel probiert. Ich habe nun keinen Hunger mehr.“
- das Vermeiden von gemeinsamen Essen mit den Familienmitgliedern
- das Anfertigen von Kalorientabellen
- ständige Gewichtskontrollen
- übermäßige sportliche Aktivität, getrieben von einer inneren Unruhe, mit dem einzigen Ziel, Kalorien zu verbrennen
- absichtliches Frieren, Stehen statt sitzen und dies teilweise in einem Zustand, der sich am Rande der eigenen Kräfte bewegt (ibid.)

Fichter beschreibt neben der oben ausgeführten Körperschemastörung, eine Störung der Wahrnehmung bezüglich körperlicher Zustände wie Müdigkeit, Schmerz und „ein alles durchdringendes Gefühl von Unzulänglichkeit“ (*Fichter* 2008, 8). Diese drei Bereiche, die von *Hilde Bruch* 1978 als erstes benannt wurden, sollten näher betrachtet werden, um Essstörungen zu verstehen und zu behandeln. Es handelt sich nicht in erster Linie um ein gestörtes Essverhalten, wie die Bezeichnung der Krankheit nahelegen könnte.

Das Gefühl der Unzulänglichkeit, nichts wert zu sein versuchen magersüchtige Menschen nach *Fichter* durch Gegenmaßnahmen in Form von Kontrolle und übermäßiger Leistung einzudämmen. So viel Disziplin aufzubringen dem Grundbedürfnis zu essen zu widerstehen, gibt den Betroffenen das Gefühl der Kontrolle, zumindest über einen Bereich des Lebens. Gedanken wie, „wenn ich es schaffe heute nur wenig zu essen bin ich kein Versager“ nehmen einen großen Raum ein. Der tägliche Beweis, Kontrolle über die Nahrungszufuhr zu haben wird zum Motor, der alles am Laufen hält. Zu essen wird als Kontrollverlust erlebt. So kann für Magersüchtige schon das Essen eines halben Brötchens als Essanfall und somit als Verlust der Kontrolle gelten (*ibid.*). Der hohen Leistungsbereitschaft liegt oft ein dichotomes Denken zu Grunde – ein „Alles-oder-nichts-denken“. Nur die/der Beste zu sein ist gut. Auf der anderen Seite steht das Versagen. Neben den üblichen Leistungsbereichen wird das Abnehmen als Leistung gesehen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass Menschen, die an Magersucht erkrankt sind, bis zum Zusammenbruch (meist in einem sehr niedrigen Gewichtsbereich) hohe Leistung bringen (Schule, Freizeit) und sehr viel Energie ins Funktionieren nach außen stecken. Erschwert wird dies durch zunehmende Konzentrationsstörungen, bedingt durch die Mangelernährung (*ibid.*, *Nolte* 2013).

Als Folge des Unzulänglichkeitsgefühls gilt das Verhalten der Konfliktvermeidung. Das durchdringende Gefühl nichts wert zu sein, führt bei vielen Betroffenen dazu, dass sie sich nicht getrauen, ihr Recht einzufordern, oder Nein zu sagen. Dazu fürchten sie sich vor Kritik oder abgelehnt zu werden. Dies kann zu tiefen Selbstwertkrisen führen. „Pleasing-Disease“ bezeichnet „die Krankheit, sein Leben so zu führen, wie man meint, dass es anderen gefällt“ (*Fichter* 2009, 11). Dies beinhaltet, von der Meinung oder dem Urteil anderer unabdingbar abhängig zu sein. Jane Fonda, selbst an einer bulimischen Essstörung erkrankt, prägte diesen Begriff.

Es wird deutlich, dass die Betrachtung der beschriebenen Denk- und Handlungsmuster wichtig ist, um die Mechanismen der Magersucht zu verstehen, aber auch um zu erkennen, ob eine Anorexie vorliegt bzw. noch wichtiger, ob sich eine entwickelt.

Selbst wenn die Betroffenen vor dem Abnehmen Normalgewicht hatten, gibt es einen Gewichtsbereich, in dem sich anorektisches Verhalten bereits manifestiert hat, gemessen am BMI (s.o.) ein wichtiges Diagnosekriterium jedoch noch nicht erfüllt ist. Dies trifft in noch höherem Maße für diejenigen Menschen zu, die übergewichtig waren. Vor allem in der Vorpubertät ist Übergewicht unter Kindern ein viel beachtetes Phänomen. Nicht selten kommt es während der Pubertät zu einer Gewichtsnormalisierung. Wie viele Mädchen und Jungen im Rahmen des Abnehmens eine Essstörung entwickeln, bleibt zu vermuten. Aufgrund klinischer Erfahrungen kann als sicher gelten dass es sich dabei um einen Risikofaktor handelt (*Herpertz et al.* 2008, 9-13; 87-92). Das heißt, es gibt Betroffene, die eventuell bereits eine Magersucht entwickelt haben, lange vor Erreichen des in der Diagnostik vorgesehenen BMIs von < 17,5. Hier ist es wichtig, weniger das tatsächliche Gewicht als den Gewichtsverlauf zu betrachten. So gilt der Verlust von 15% des Körpergewichts innerhalb einer kurzen Zeitspanne (ist nicht näher bestimmt) als Richtwert für die Entwicklung einer Anorexie (*Nolte*, 2013, *Schuster* 2011, *Fichter* 2008). Dies nicht zu beachten, kann

zur Folge haben, dass die Diagnose Magersucht nicht gestellt wird bzw. die Diagnose unter der Rubrik atypische Anorexie (F 50.1 ICD 10) fällt, die bisher sehr offen formuliert ist. Folgen für die Behandlung sind zu vermuten.

1.3 Risikofaktoren und Ursachen für die Entwicklung einer Magersucht

In der Literatur werden verschiedene Risikofaktoren benannt. Es gibt dabei Bereiche, die übereinstimmend sind. Unbestritten ist, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt und mehrere Faktoren zusammen wirken müssen, damit es zum Ausbruch der Störung kommt.

Grob werden drei Bereiche von Faktoren unterschieden, die für die Entstehung einer Essstörung eine Rolle spielen:

Soziokulturelle Faktoren, biologische Faktoren und persönliche Faktoren (*Fichter* 2009, 34ff).

1.3.1 Soziokulturelle Faktoren

Als wichtigster soziokultureller Faktor gilt ein kulturell vermitteltes Schlankeitsideal (*Herpertz et al.* 2008, 87- 92). Dieses ist in unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich ausgeprägt. In der westlichen Welt äußert sich das Schlankeitsideal als Druck zum Schlanksein mit einer Vorgabe eines Idealgewichts, das ein Großteil der weiblichen Bevölkerung mit ihrem persönlichen Normalgewicht (Setpoint)⁷ nicht erfüllen kann. Transportiert wird dieses Ideal durch die Medien und die soziale Umgebung wie Peergroup und Familie. Der Einfluss dieses Faktors auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen ist bei AN, BN und BES unterschiedlich.

So weist die Tatsache, dass es Anorexie in Zeiten gab, in denen es dieses Schlankeitsideal nicht gab, darauf hin, dass sich diese Störung unabhängig von diesem Faktor manifestiert (*Herpertz et al.* 2008, 75- 81). Während für die Entstehung der Bulimie der kausale Zusammenhang zwischen der Überbetonung des Schlankeitsideal und der Entwicklung bulimischer Symptome als gesichert gilt, ist dies für die Entstehung der Anorexie nicht zwingend erforderlich. Das Schlankeitsideal legitimiert und begünstigt jedoch die Entwicklung von anorektischen Symptomen. Im Verlauf der Krankheit entspricht das reale Körpergewicht allerdings nicht mehr dem angestrebten Ideal und spielt bei der Aufrechterhaltung der Krankheit keine weitere Rolle mehr. Dennoch ist fest zu stellen, dass eine Zunahme von Erkrankungen an Magersucht mit der Verbreitung eines Schlankeitsideals einher gehen. Andere Soziokulturelle Faktoren wie sozioökonomischer Status und Bildungsniveau gelten als nicht gesichert (*ibid.*).

Studien über die Zufriedenheit von Jugendlichen mit dem eigenen Körpergewicht liefern erschreckende Zahlen. In einer Studie, in der in einem Gebiet alle Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 Schularten übergreifend befragt wurden, gaben 48% aller Mädchen an, sich zu dick zu fühlen, obwohl sie Normalgewicht hatten. Bei den Jungen waren es 16,7%, die sich bei Normalgewicht zu dick fühlten. Interessanterweise wurde in der Studie deutlich, dass die Zufriedenheit mit dem Aussehen, weniger vom tatsächlichen Gewicht, als von der subjektiv empfundenen körperlichen Attraktivität abhängt. Diätverhalten wird so nicht vom

⁷ Der „Setpoint“ wird von *Garner et al.*, als das persönliche Gewicht beschrieben, das sich bei normalem Essverhalten einstellt. Dieses Gewicht liegt vor allem bei der weiblichen Bevölkerung meist höher, als das sogenannte Idealgewicht. (in: *Jacobi et al.*, 1991, 24-50)

tatsächlichen Gewicht bestimmt, sondern von dem Körperbild, zu dick zu sein. Dies erhöht die Vulnerabilität eine Essstörung zu entwickeln (*Herpertz et al. 2008, 9-13*). Dabei spielen die Entwicklungsschritte der Pubertät im Zusammenhang mit soziokulturellen Einstellungen eine große Rolle. *Brunner* und *Resch* formulieren dies wie folgt:

„Die Entwicklung körperlicher Unzufriedenheit und eines gestörten Essverhaltens in der Adoleszenz wird nicht nur mit der biologischen Entwicklung im Rahmen der Pubertätsentwicklung gesehen, sondern dem Umstand zugeschrieben, dass die Adoleszenz diejenige kritische Periode darstellt, in der die Internalisierung kultureller Ideale bezüglich der körperlichen Attraktivität gelernt wird“ (in: *Herpertz et al. 2008, 10*).

Dies verdeutlicht, dass Jugendliche in der Pubertät besonders empfänglich dafür sind, wenn in ihren sozialen Bezügen wie Peergroup, Vereinen, Familie Themen wie Diäten, Gewichtskontrolle, Traumfigur eine große Rolle spielen. Themen rund um die Ernährung wie Kochen, gesunde Lebensmittel, bzw. Lebensmittelskandale, Diäten, die besten Rezepte zum Abnehmen, etc. nehmen einen großen Bereich z.B. im Fernsehen, Zeitschriften, in Life-style- Bewegungen, wie der Fitness- Bewegung ein. Das ist für jeden wahrnehmbar.⁸ Es gibt kaum eine Möglichkeit sich diesem zu entziehen. Die Verschränkung zwischen persönlichem Erleben, sozialen Interaktionen und kulturellen Einstellungen als zirkulärem Prozess wird darin deutlich. Biologische Faktoren untermauern dies (vgl.1.3.3).⁹

Interessanterweise sind weit mehr Mädchen anfällig dafür, ihr Gewicht zu reduzieren, als Jungen. Sie vergleichen sich mehr mit den Gleichaltrigen und verspüren einen höheren Druck, attraktiv und damit anerkannt zu sein. Auch Jungen vergleichen sich mit Gleichaltrigen und haben den Wunsch mindestens genauso attraktiv zu sein. Mädchen jedoch wollen attraktiver sein, als die als attraktiv befundenen Gleichaltrigen oder anderen Vorbilder. Dabei scheint der Zusammenhang zwischen Selbstwert, Selbstkonzept und körperlicher Attraktivität bei Mädchen eine größere Rolle zu spielen als bei Jungen (*Herpertz et al.2008, 9-13*).

Gerade die Verknüpfung zwischen schlankem Körper, Erfolg, Anerkennung und Glück, kann bei Mädchen und Jungen (auch Frauen und Männer) mit geringem Selbstwert dazu führen, zu probieren durch immer neue Diäten von dem Gefühl des Versagens weg zu kommen (s.o.). Wie bereits erwähnt, handelt es sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen Einstieg in eine Essstörung (*Fichter 2009; Herpertz et al. 2008 9-13, 75-86*).

In den bisherigen Ausführungen wurde folgendes deutlich. Das weit verbreitete und auf verschiedenen Ebenen wirksame Schlankheitsideal führt dazu, dass sich Menschen, die normal gewichtig sind, zu dick fühlen. Welche Wirkung hat dies auf Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche, die tatsächlich übergewichtig (laut BMI Definition) sind? Es ist davon auszugehen, wenn Mädchen und Jungen realisieren, dass sie übergewichtig sind, in der Entwicklung ihres Selbstwertes beeinträchtigt werden können. Nicht selten erfahren sie, wenn auch versteckt, Spott, werden gehänselt, in sozialen Zusammenhängen benachteiligt oder ausgeschlossen z.B. beim Sport (*Nolte 2013*). Machen sie nun die Erfahrung, durch das Abnehmen, Anerkennung und Bewunderung zu erfahren statt Ausgrenzung, kann sich diese Erfahrung als Idee manifestieren, so Probleme lösen zu können. Die Menschen des Umfeldes werden zudem das Abnehmen honorieren. Vor allem

⁸ Ob die Zunahme der Themen rund um die Nahrungsaufnahme und Körpergewicht wiederum ein Spiegel von einer Verbreitung von zumindest latent essgestörtem Verhalten in der Bevölkerung ist, wäre eine spannende Frage.

⁹ Auf dem Hintergrund der Therapietheorie der Integrativen Therapie, insbesondere dem Konzept des „Informierten Leibes.“ (*Petzold 2003a, 1051-1092*) werde ich später auf diese Verschränkung im Hinblick auf das Verstehen des Geschehens der Störung und daraus resultierenden Handlungsstrategien eingehen (vgl. 2.1).

Eltern erleben einen Druck von außen, etwas zu unternehmen gegen die Übergewichtigkeit ihrer Kinder. Dahinter steht m.E. die Meinung, schlank zu sein sei grundsätzlich gesund und Übergewicht krank machend. Es steht außer Frage, dass extremes Übergewicht bei Kindern (BMI > 35) hohe lebenslange Gesundheitsrisiken zur Folge haben kann (*Herpertz et al. 2008*). Bedenklich ist m.E. jedoch, dass Kinder schon mit einem weit niedrigeren Gewicht als übergewichtig abgestempelt und dazu angehalten werden abzunehmen. Die Angst der Eltern vor einem Übergewicht ihrer Kinder kann zudem dazu führen, dass diese das Essverhalten ihrer Kinder kontrollieren und somit „Diäten“ schon früh zur Realität des Essens dazu gehören (*Schuster 2011*). In diesem Zusammenhang ist eine Studie bemerkenswert, die gezeigt hat, dass Frauen, die leicht über dem Normalgewicht liegen die geringste Sterblichkeitsrate aufzeigen (*Treasure 2001*).

Die Grenze zu erkennen, ab wann das Abnehmen nicht mehr gesund ist und sich eine Essstörung, insbesondere eine Anorexie manifestiert hat, ist bei Menschen, die übergewichtig waren, sehr viel schwerer zu erkennen, als bei Normalgewichtigen (*Nolte 2013*).

1.3.2 Psychosoziale Risikofaktoren

In empirischen Studien konnten bisher wenige psychosoziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer Magersucht als wesentlich bzw. gesichert festgestellt werden (*Herpertz et al. 2008, 9-13*). Dazu zählen das weibliche Geschlecht, ein negativer Selbstwert (vgl. 1.2) und Sorgen über das Gewicht (*Herpertz et al. 2008, 67-74*).

Andere Faktoren, die in diesen Bereich fallen, sind Familienfaktoren, Entwicklungsfaktoren, widrige Lebenserfahrungen, psychologische und verhaltenspsychologische Faktoren (*ibid. 87-92*). Insbesondere auf die in der Literatur sehr unterschiedlich dargestellte Rolle der Familie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Magersucht werde ich später ausführlich eingehen (vgl. 1.7; 3.1.2). Hier gibt es mannigfaltige klinische Postulate, aber kaum durch Untersuchungen gesicherte Aussagen. So gilt in einigen Studien. ein überbehütender Erziehungsstil als retrospektives Korrelat jedoch nicht als festgestellter Risikofaktor. Um weitere Risikofaktoren zu identifizieren und v.a. in ihrem kausalen Zusammenhang zu verstehen, bedarf es weiterer empirischer Untersuchungen (*ibid. 67-74*).

1.3.3 Biologische Faktoren

Zunächst sind hier genetische Dispositionen zu nennen. Durch Zwillings- und Familienstudien wurde deutlich, dass es eine genetische Disposition gibt, die die Entwicklung einer Anorexie begünstigt. So haben z.B. Kinder von an AN erkrankten Menschen ein 10% erhöhtes Risiko an einer AN bzw. Essstörung zu erkranken. Zwillingsstudien legen nahe, dass ein ca. 50% erblicher Anteil besteht, eine AN zu entwickeln (*Herpertz et al. 2008, 62-66*).

Dabei spielen zahlreiche genetische Varianten bei der Vererbung eine Rolle und es ist nicht möglich ein bestimmtes Gen auszumachen, das für die Krankheit verantwortlich ist. So handelt es sich nicht um eine monogene Krankheit. Der Fokus der Untersuchungen richtet sich auf serotonerge und dopaminerge Gene und appetitregulierende Hormone. In allen drei Bereichen konnten Kandidatengene ausgemacht werden. Die Spezifität dieser Genotypen für die AN ist indes noch nicht klar. So können diese auch mit anderen psychischen Krankheiten assoziiert werden.¹⁰ Große Bedeutung wird in weiteren Untersuchun-

¹⁰ Untersuchungsmethoden: Linkage- Analysen (Genomweite Untersuchung) und Assoziationsstudien von

gen der Gen- Umweltinteraktion¹¹ und der Epigenetik¹² zukommen (ibid.).

In Familien, in denen ein Familienmitglied an AN erkrankt ist, gibt es signifikant mehr Erkrankungen an Depression, Angst- und Zwangsstörungen als in Kontrollfamilien ohne AN (Nolte 2013). Es kann davon ausgegangen werden, dass epigenetische Mechanismen eine Rolle spielen bei der Vermittlung von Vulnerabilitäten für auslösende und aufrechterhaltende Krankheitsfaktoren (Herpertz et al. 2008, 62- 66).

Als weitere biologische Faktoren gelten Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt. So gibt es Untersuchungen, die nahelegen, dass eine Frühgeburt und Bluthochdruck der Mutter während der Schwangerschaft (Präeklampsie) sowie Verletzungen des Kindes während der Geburt (z.B. Kephalhämatom), ein erhöhtes Risiko darstellen, an AN zu erkranken (Nolte 2013).

Der Beginn einer frühen Menarche gilt als ein weiterer Risikofaktor. Die Tatsache, dass Mädchen mit einem frühen Einsetzen der Menstruation früher mit der Veränderung ihres Körpers und dem Erwachsenwerden konfrontiert werden, kann dazu führen, dass dies besondere Unsicherheiten und Ängste auslöst. Auch verändert sich dadurch die Erwartungshaltung von Lehrern, Eltern an die Jugendlichen. Früh pubertierende Mädchen wirken älter als sie sind und werden auch dementsprechend behandelt (Fichter 2009). Die Pubertät geht sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen mit Wachstum und der Veränderung der Körperformen einher. Bei Mädchen äußert sich dies durch eine Zunahme der Fettmasse von 17% auf 24% des Gesamtgewichts (bei Jungen sind es ca. 14%). Generell setzt bei Mädchen die körperliche Entwicklung der Pubertät früher ein als bei Jungen. Beides gilt als Grund dafür, dass Mädchen sowohl früher an Essstörungen erkranken als auch wesentlich häufiger betroffen sind (Herpertz et al. 2008, 87-92; 19-23).

Für Essstörungen bedeutend ist die Betrachtung des Systems der Hunger-Sättigungs-Regulation. Dieses wird vereinfacht gesagt durch Hormonausschüttung im Hypothalamus gesteuert. Verschiedene Botenstoffe, wie Beta Endorphin, Dynorphin (Stimulierung d. Nahrungszufuhr) oder Glykagon und Leptin (Verringerung der Nahrungszufuhr), spielen hier eine Rolle. Stoffe wie Serotonin und Noradrenalin, die im Körper aus Nahrungsbestandteilen gebildet werden, haben ebenfalls einen Einfluss auf Verminderung oder Erhöhung der Nahrungszufuhr (Fichter 2009). Diese Stoffe sind auch für eine ausgeglichene Stimmung wichtig. So ist Noradrenalin und Serotonin bei depressiven Menschen verringert. In diesen diffizilen Regelkreis durch massives Hungern, wie das bei der AN der Fall ist, einzugreifen, hat weitreichende Folgen. Zum einen sinkt das Schilddrüsenhormon Thyroxin, was eine Verlangsamung des Stoffwechsels und eine bessere Verwertung der Nahrung einleitet. Zum anderen kommt es zu Heißhunger, um das Nahrungsdefizit auszugleichen. Dies wiederum löst bei Menschen mit Essstörung, insbesondere der AN große Ängste aus, denen mit großer Willensstärke (vor allem bei der restriktiven AN) entgegengesteuert wird. Dies leisten zu können setzt Persönlichkeitsmerkmale wie Willensstärke und Perfektionismus voraus. Es wird davon ausgegangen, dass die dazu gehörende Gehirnphysiologie und somit diese Eigenschaften erblich sind (ibid.).

Bei Veränderungen des Hirnstoffwechsels und des Hormonhaushaltes, die nach einer

Kandidatengenen (Herpertz et al. 2008, S.62f).

¹¹ Durch Umweltbedingungen bekommen bestimmte Gene eine spezifische Ausformung (Bsp.: Gen zur Stressregulation, kann Stress verstärkend oder Stress mindern wirken).

¹² Im Bereich der Epigenetik, geht es um die Veränderung der Genetik durch einschneidende Erlebnisse, vor allem sichtbar durch eine „globale“ DNA- Methylierung.

Gewichtrehabilitation weiter bestehen, wird inzwischen davon ausgegangen, dass es sich nicht um Ursachen, sondern um Wirkungen der AN handelt (*Fichter* 2009).

1.4 Komorbidität

In Zusammenhang mit Essstörungen wird die Komorbidität, d.h. das Auftreten von mehreren psychischen Krankheitsbildern erwähnt. Am häufigsten tritt laut Literatur¹³ bei Essstörungen eine Komorbidität mit Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, affektiven Störungen und mit Persönlichkeitsstörungen auf. Während bei der AN Depressionen und Angststörungen (insbesondere Zwangsstörungen) häufiger zusätzlich auftreten, besteht bei der BN häufiger eine Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen oder Suchtmittelmissbrauch. Bei der Komorbidität von mehreren Störungen gibt es einen Zusammenhang mit der Schwere des Krankheitsverlaufs, dies zeigen mehrere Studien (*Herpertz et al.* 2008, 106- 111). Teilweise handelt es sich bei den komorbiden Störungen um Begleiterscheinungen der Essstörung, teilweise um grundlegende Erkrankungen vor Ausbruch der Essstörung. So gilt eine Persönlichkeitsstörung, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder eine zwanghafte Persönlichkeit als Risikofaktor, eine Essstörung zu entwickeln. Dagegen wird die Depression eher als Folge des essgestörten Verhaltens gesehen, kann jedoch auch grundlegend sein. Nicht immer ist die Richtung der Wechselwirkung auszumachen (*ibid.*, 112-116; *Nolte* 2013). Selbstverletzendes Verhalten¹⁴ tritt häufig in Verbindung mit Essstörungen auf (etwa bei 25% der Betroffenen) und ist nicht immer Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (*ibid.* 117- 121). Das Konzept der Komorbidität ist m.E. sinnvoll, wenn es dazu dient, genauer in den Blick zu bekommen, welche Behandlungsmethoden von psychotherapeutischer bis psychopharmazeutischer Behandlung für die betreffende Patientin einzusetzen ist. Weniger sinnvoll ist es, wenn es zu einer Häufung von Festschreibungen kommt, die dazu führen können, dass sich die Betroffenen aussichtslos krank und abgestempelt fühlen.

1.5 Aufrechterhaltung und Folgen der Magersucht – Suchtmechanismen

Es ist in den bisherigen Ausführungen angeklungen, dass es kognitiv-emotionale Prozesse gibt, die dazu führen, dass die Betroffenen in ihrem Verhalten, emotionalen Erleben und der Wahrnehmung in die Mechanismen der Magersucht verstrickt sind (vgl. 1.2). Dazu kommen biologische Prozesse, die durch den Entzug von Nahrung in Gang gesetzt werden. So wird das Belohnungssystem im Gehirn verändert. Während normal Essende bei Nahrungsaufnahme mit „wohligen Belohnungsgefühlen“ reagieren, tritt bei Magersüchtigen dieses beim Hungern ein. Verantwortlich dafür gemacht wird der Neurotransmitter CART-Peptid, der ähnlich wie Kokain wirkt und das Hungergefühl unterdrückt und euphorische Gefühle auslöst. Bei der Magersucht besteht das Suchtmittel nicht aus einem vermeintlich „glücksbringenden Stoff“, sondern im Weglassen von Nahrung. Während es bei einem Suchtmittelmissbrauch darum geht, den Stoff wegzulassen, müssen Magersüchtige entgegen ihrem Suchtdruck, wieder lernen zu essen, um von der Sucht los zu kommen. Essen löst bei den Betroffenen eine Fülle von negativen Gefühlen aus, wie die Angst, dick zu

¹³ Vgl. *Fichter* 2009; *Nolte* 2013; *Herpertz et al.* 2008.

¹⁴ Selbstverletzendes Verhalten wird wie folgt definiert: „Unter der Bezeichnung „selbstverletzendes Verhalten“ werden selbst zugefügte, soziokulturell nicht akzeptierte körperliche Verletzungen ohne Tötungsabsicht verstanden.“ (*Herpertz et al.* 2008, 119)

werden, Völlegefühl, Ekel, Versagensgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit. Hier wirken die bereits beschriebenen Mechanismen der Körperbildstörung und des geringen Selbstwertes (vgl. 1.2). Auf der anderen Seite scheint das Hungern, die Leistungsfähigkeit zu steigern. Dies lässt sich durch einen Notfallmechanismus (evolutionäres Überlebensprogramm) des Körpers erklären, der in Notzeiten die letzten Kraftreserven mobilisiert. Dies könnte weiter erklären, dass Magersüchtige selbst in ausgemergeltem Zustand noch fähig sind, sportliche Leistungen zu erbringen, wie stundenlanges Joggen. Beginnen die Betroffenen wieder zu essen, ist dies mit negativen Gefühlen verbunden und zunächst mit einer Verringerung der Leistungsfähigkeit. Das heißt, ihnen geht es zunächst wesentlich schlechter, als ohne Essen. So ist der Weg aus der Sucht vergleichbar mit einem Suchtmittelentzug (Schuster 2011, 85-87).

Selbst wenn die Betroffenen erkannt haben, so nicht weiter leben zu können, führt das Beschriebene dazu, dass sie ohne Hilfe nicht aufhören können zu hungern. Eine Tatsache, die Angehörige, Freunde und nahestehende Personen oft verkennen. Besonders schwierig nachzuvollziehen ist, dass die Magersüchtigen darunter leiden zu essen und jeder Bissen eine Qual darstellt. Was dies für die Betroffenen und das nahe soziale Umfeld (meistens die Familie) bedeutet, werde ich im Folgenden an Hand der Aufzeichnungen einer Mutter (Fr. M.) beschreiben, deren Tochter an Magersucht erkrankt ist. Als die Magersucht von Frau M.s Tochter offensichtlich wurde, begann sie zum einen Tagebuch zu schreiben und zum anderen sich in Gesprächen mit zu teilen.¹⁵

1.6 Problem erkannt- Gefahr gebannt? – ein Trugschluss beim gemeinsamen „Kampf“ gegen die Magersucht. Erfahrungen einer Mutter.

Die Schilderungen von Frau M. über den Beginn der Magersucht ihrer Tochter¹⁶ machen deutlich, wie schwer es ist, frühe Anzeichen zu erkennen. So berichtet sie davon, geahnt zu haben, dass ihre Tochter zunehmend Probleme mit dem Essen hat, sie aber den Gedanken an eine Magersucht bei Seite schob. Folgender Tagebucheintrag handelt von dem einsetzenden Erkenntnisprozess, als die Tochter sich ihrer Mutter anvertraut.

„Dezember. Es ist früh morgens – ich bin dabei Betten zu machen als mich meine Tochter J. anspricht. Sie wollte wissen, ob ich mitbekommen habe, wann sie das letzte Mal ihre Tage hatte. Sie vermutete, dass es schon länger her sei. Ich musste gestehen, dass ich keine Ahnung hatte. Nach und nach rückte sie raus, dass sie in letzter Zeit immer mehr abgenommen habe und nun noch 44kg wiege. Der Schock darüber mischt sich mit dem Wissen darüber, dass es nichts Selbstverständliches ist, dass J. sich mir anvertraut. Am Abend vorher haben einige Freundinnen mit ihr gesprochen und sie ermutigt, etwas zu tun. J. möchte einen Arzttermin von sich aus!! Es ist kurz vor Weihnachten und nicht so schnell ein Termin zu bekommen. Auf der anderen Seite ist mir die Tragweite klar – es ist ja nicht so, dass es mir nicht aufgefallen wäre, dass sie immer weniger aß. Nur hatte ich irgendwie den Glauben, dass J. zu gerne essen würde und ein Stück weit genießen kann, um fast gänzlich aufzuhören mit essen. So hatte ich auf der anderen Seite die Hoffnung, dass es sich über Weihnachten wieder etwas regulieren würde. Wir hatten die Essensplanung gemeinsam gemacht und J. hatte ihre Wünsche eingebracht. Es regulierte sich nicht! J. aß zwar noch, aber von der Menge her sehr wenig. Allerdings aß sie noch etwas Brot, Käse, Fleisch ... Es sollte noch viel weniger werden! (.....) Bis zum Ende der Weihnachts-

¹⁵ Alle Namen und persönliche Daten sind in den verwendeten Aufzeichnungen geändert und mit Anfangsbuchstaben abgekürzt.

¹⁶ Die Familie besteht aus Vater, Mutter, einer Tochter und einem Sohn.

ferien stand bei mir die Zuversicht im Vordergrund. J. möchte etwas ändern – wir sind im Gespräch – wir werden es schaffen !!!“

Fr. M schildert weiter, wie im Verlauf des Januars die Zuversicht mehr und mehr der Erkenntnis wich, was es bedeutet, eine Magersüchtige in der Familie, am Tisch sitzen zu haben.

Aus dem Tagebuch:

„Bis Februar magerte J. offen vor unseren Augen, der Augen der Ärztin und der Psychiaterin/Psychotherapeutin ab. Es gab kein Halten mehr. Es war, als ob ihr Bekenntnis, dass sie ein Essproblem hat, Tür und Tor geöffnet hatte, es nun offen tun zu können, ohne es weiter verstecken zu müssen. Deutlich wurde auch die Ambivalenz, dass sie auf der einen Seite Hilfe wünschte, auf der anderen Seite aber schon sehr tief in der Sucht war und noch lange nicht bereit, davon zu lassen bzw. aus eigener Kraft nicht fähig war, mit dem Hungern aufzuhören.“

Immer wieder tauchte in der Familie von Frau M. die Frage auf, ob J. nicht könne oder nicht wolle. Vor allem ihr Mann konnte zu Beginn der Krankheit nicht nachvollziehen, warum seine Tochter, nachdem das Problem erkannt, war nicht einfach wieder aß. War doch so klar, wohin das führt, wenn sie es nicht tat. Er war es gewohnt, dass man Probleme rational anging und nach einer Lösung suchte – psychische Krankheit war ihm bis dato fremd.

Bis zum ersten Klinikaufenthalt der Tochter machte die Familie immer wieder die Erfahrung der Hilflosigkeit. Als nahezu unerträglich beschreibt Frau M. die Situationen am Esstisch. Dieses Erleben tangierte das gesamte Zusammenleben der Familie. Das verdeutlichen folgende Aussagen::

„Bisher stellte das gemeinsame Essen eine Konstante im Familienleben dar. Auch unter der Woche hatten wir zusammen mindestens zwei Mahlzeiten, am Wochenende mehr. Wenn die Kinder älter werden und ihre eigenen Wege gehen, besonders in der Freizeitgestaltung, sind die gemeinsamen Essen Fixpunkte im Kontakt. So war das auch bei uns. Es ging nicht nur um die Nahrungsaufnahme, sondern um Austausch und Gespräche über Gott und die Welt. Als J. offen damit begann am Tisch zu hungern, tangierte dies nicht nur das gemeinsame Essen, sondern brachte auch den verbalen Austausch zum Erliegen. Die Leichtigkeit war weg. Zum einen gelang es mir/uns kaum, Js Essverhalten zu ignorieren. Ich bekam jeden Bissen mit, vor allem die nicht gegessenen. Zum anderen verstummte J. und saß zunehmend am Tisch wie zur Schlachtbank geführt.“

Als die Tochter kaum mehr etwas aß, mischte sich zur übergroßen Sorge, der Wunsch die Situation zu verändern und die Tochter zum Essen zu bewegen.

Aus dem Tagebuch:

„J. isst weniger und weniger und nimmt immer mehr ab! Ich mache mir richtig Sorgen – habe Angst vor dem Zusammenbruch. Sie kann es nicht steuern, weiß selbst nicht, warum sie weiter reduziert. Unser Verhältnis wird dadurch etwas schwieriger, weil ich wieder viel mehr mit ihr übers Essen rede. Sie dazu anhalte wenigstens noch etwas Joghurt und Honig zum Obst dazu zu essen. Ich würde so gerne verhindern, dass es zum totalen Zusammenbruch kommt. Aber nehme ich mir da nicht zu viel vor – steht denn dies in meiner Macht?“

Hier wird zum einen Frau M.s Hilflosigkeit deutlich und zum anderen ihr Bestreben Schlimmeres zu verhindern, was wiederum zu Gefühlen der Machtlosigkeit führte. Den-

noch war sie bemüht Zuversicht im Alltag zu bewahren, obwohl die Tochter gänzlich die von ihr zubereitete Nahrung verweigerte.

Aus dem Tagebuch:

„..... Es gibt kaum noch unbeschwerte Familienmomente. Bisher waren unsere Gemeinschaftszeiten meistens beim Essen. J. ist zwar dabei, teilt mit uns aber nicht mehr das Essen. Sie isst nichts! mehr was ich zubereite. Das unbeschwerte Gemeinschaftsgefühl beim Essen ist weg! Finden wir andere gemeinschaftliche Momente? – Ich weiß es nicht. Es ist nicht so leicht Zuversicht und Lebensfreude in der Familie zu bewahren und doch wäre es wohl wichtig.“

Zu Beginn der deutlich gewordenen Magersucht ist das Schwanken zwischen Hoffen und Bangen, zwischen Hilflosigkeit und dem Glauben, alles wieder in den Griff zu bekommen in den Tagebucheinträgen und den Schilderungen von Frau M. im Vordergrund. Dies spiegelte sich nach Aussage von Frau M. auch im Verhalten ihrer Tochter wieder: Auf der einen Seite standen bei J. große Zukunftspläne und ein Festhalten am Alltag, auf der anderen Seite große Stimmungsschwankungen, Rückzug und ein Reduzieren der Nahrung, inklusive Flüssigkeit auf ein Minimum.

Eine weitere Schilderung hierzu aus dem Tagebuch:

„... Mein Mann und ich hatten beschlossen am Vormittag einen langen Spaziergang zu machen. Zuerst schließt sich S. an (J's Bruder Anm.) und kurz vor dem Gehen J. So spazieren wir zu viert- die meiste Zeit zu viert eingehängt. Die Sonne scheint, die Luft ist frisch – Frühlingsluft. Welch ´ gutes Gefühl. Wir reden über Verschiedenes, Pläne, Erlebnisse in der Schule, Urlaube und auch über das Essen – J's Probleme – das begleitet uns – und doch ist es beim Spaziergehen anders – die Zuversicht, eine Lebenskraft stand im Vordergrund – eine andere Perspektive. Ein schöner Moment zu viert – so kostbar – nicht planbar. Schön, dass wir auf Erlebtes zurückgreifen können. Wir haben dieses Jahr noch vieles zum Freuen –(...) Der Zweifel, ob es klappen könnte ist nur ganz klein. Beim Essen kommt wieder etwas Ernüchterung –J. isst etwas Gemüse hauchdünn mit einem Löffel Kefir zum Nachtisch- so gut wie nichts. Ihr geht es insgesamt viel besser als gestern – hat mehr Energie. Sie beschließt nach dem Essen joggen zu gehen. Die Grundstimmung ist wichtig, aber wie viel ist sie wert, ohne die Bereitschaft zu essen? Vielleicht die Voraussetzung das Schwierige zu schaffen.“

Besonders eindrücklich sind die Schilderungen von Fr. M. bezüglich der Veränderung der Beziehung zu ihrer Tochter. Zunächst stand noch die Annahme der Eltern im Vordergrund, J. könne zumindest noch ein Stück weit Verantwortung für sich übernehmen und wisse im Grunde selbst, was für sie gut ist. Zunehmend sahen sich die Eltern gezwungen wieder sorgende Verantwortung für eine Jugendliche zu übernehmen, die klare Ziele vor Augen hatte und dabei war ihre Zukunft zu planen, um auf eigenen Füßen zu stehen. Dies schien den Eltern in dieser Situation angebracht und unpassend zugleich. Zumal sich eine Magersüchtige vor allem, was das leibliche Wohl anbelangt nicht versorgen lassen will und doch hilflos ihrem eigenen Verfall ausgeliefert zu sein scheint.

Dies führte dazu, dass die Verantwortung für und die Sorge um die Tochter ins unermessliche stieg und für die Eltern fast nicht mehr zu tragen und zu ertragen war.

Aus dem Tagebuch:

„J. geht es heute wieder schlechter. Sie liegt am Vormittag nur im Bett. Als sie mir ihre wunden Beckenknochen zeigt, erschrecke ich sehr. Da ist nur noch Haut und Knochen. Sie hat die letzten Tage noch mal so abgebaut. (...) Sie wirkt so zerbrechlich, als wenn man sie umblasen könnte. Sie ist schwer krank! (...) Das Einkaufen mit J. ist intim und

berührend. Es ist wie eine Schwerkranke durch die Stadt zu führen. Mich begleitet immer wieder die Sorge, dass sie es nicht schafft und umfällt. (...) Die letzte Nacht (vor der Klinik Anm.) schlafe ich wenig, immer wieder habe ich Angst J. könnte sterben.“

Die Tochter in eine spezialisierte Klinik bringen zu können war für die Familie ein wichtiger Schritt. Frau M. beschreibt, dass es wichtig war die Verantwortung zumindest in Teilen an Professionelle abgeben zu können. Auf der anderen Seite sah sich Frau M. mit den Nöten und Sorgen ihrer Tochter weiter konfrontiert. Interessant sind ihre Schilderungen bezüglich des unterschiedlichen Umgangs mit der Situation von ihrem Mann und ihr selbst.

„Im Verlauf des Klinikaufenthaltes zeigte es sich, dass J. zwar räumlich von uns getrennt war, in Gedanken, Gesprächen und im direkten Kontakt bei zahlreichen Telefonaten, aber viel Raum einnahm. Sie war für mich jederzeit präsent auch bei der Arbeit. Mein Mann schaffte es schneller wieder in den Alltag über zu gehen und Privates und Berufliches zu trennen, auch wenn ihn die Krankheit unserer Tochter sehr beschäftigte. In seinem Arbeitsumfeld wusste niemand etwas von der Magersucht unserer Tochter. So hatte er dort einen Magersucht freien Raum. Meine Kollegen dagegen waren von Beginn an informiert. Ihre persönliche und fachliche Anteilnahme stellte für mich eine wichtige Unterstützung dar.“

In vielen Gesprächen und Telefonaten gewann Frau M. zunehmend einen Einblick, was es für die Tochter bedeutet, an Magersucht erkrankt zu sein. Sie beschreibt in ihren Ausführungen deutlich die Zerrissenheit der Tochter zwischen dem Wunsch, gesund zu werden und dem Drang weiter zu hungern.

„Immer, wenn es J. schlecht ging rief sie mich an. Meistens ging es darum, dass sie sich schlecht fühlte, weil sie so viel, so schnell zugenommen habe. Hatte sie wiederum abgenommen, fühlte sie sich schlecht, weil sie die Erwartungen von außen nicht erfüllt hatte. Ein anderer Teil freute sich darüber abgenommen zu haben. Mit der Zeit wurde deutlich, dass es wie zwei Seiten oder zwei Stimmen in J. gab. Die „Magersuchtstimme“, die forderte, dass sie weiter abnimmt und stark bleibt und die gesunde Stimme, die leben wollte, genießen wollte. Das verhinderte die andere Stimme, indem sie „sagte“, dass J. es nicht wert sei zu genießen. J. sprach viel über das Dilemma, in dem sie sich befand und was es ihr so schwer machte aus der Magersucht zu kommen: Beim Essen muss J. gegen die „Magersuchtstimme“ ankämpfen. Gibt sie ihr nach wird diese lauter und lauter und es wird schwerer gegen sie anzukämpfen, d.h. das Essen wird zunehmend zum Kampf. Da dies schwer auszuhalten ist, wird das Essen weiter reduziert, das Gewicht fällt, die Magersucht gewinnt die Oberhand. Eine Abwärtsspirale, die dann aus eigener Kraft kaum zu stoppen ist. Das wurde immer deutlicher.“ (Anm. ¹⁷)

Im Verlauf der Magersucht kam J. zunehmend in eine Depression. Fr. Ms Schilderungen dazu verdeutlichen die Ausweglosigkeit, die dadurch verstärkt wurde.

Aus dem Tagebuch:

„Sie (J., Anm.) ist so verletzlich und teilweise wie nicht da. Sie ist gefangen zwischen Magersucht und Depression. Wenn sie mit fester Stimme spricht, ist dies meist negativ, bezogen auf's Essen – „die Magersuchtstimme“. J. selbst ist in der Depression. Diese Stimme ist ganz leise, kann nichts wollen. Mir kommt es vor, wie wenn die Magersucht so auf J.'s Wesen eingewirkt hat, dass sie in die Depression kam und dieses nun verhindert, dass sie

¹⁷ Fichter hat die zwei Seiten der von Magersucht betroffenen Person gut und anschaulich beschrieben. (Fichter 2009, 13)

sich vehement gegen die Magersucht wenden kann“

Frau M. und ihre Familie unternahmen zunächst den Versuch ihre Tochter mit Komplimenten wie: „Du siehst wieder viel besser aus.“ zu bestärken, wenn sie zugenommen hatte. Erst mit der Zeit lernten sie, dass gerade solche Aussagen zu einer Verstärkung des Drangs abzunehmen führten und somit die Magersucht und nicht die Gesundheit fördern. So übten sie sich darin, sich mit Kommentaren zum Gewicht ihrer Tochter zurück zu halten.¹⁸

Die beschriebene Zerrissenheit und das Gefühl, dass es für die Tochter eine Qual war, egal ob sie ab- oder zunahm, konnte Frau M. nur schwer aushalten. Sie beschreibt Gedankengänge beim Essen, die ihr bis dahin fremd waren.

„Es ging so weit, dass ich mich schlecht fühlte, wenn J. z.B. einen von mir gebackenen Kuchen gegessen hatte und sich deswegen Vorwürfe machte. Es war mir als ob ich ihr Schaden zugefügt hätte – was zeigt, wie das Bizarre auch vor meinen Gedanken nicht Halt machte und eine Distanzierung oft nicht möglich war.“

Bei Magersüchtigen dreht sich alles ums Essen. Das wird in der Fachliteratur auch aus Sicht der Betroffenen ausführlich beschrieben. Auch die Mütter, in der Regel die Hauptzuständigen der Essensversorgung in der Familie laufen Gefahr, sich in Gedanken ums Essen zu verstricken. Frau M. beschreibt in ihren Schilderungen, wie sie den Versuch unternahm, die Familienessen so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen aller gerecht wurde. Wenn nach dem Essen ihre Tochter litt, bezog sie das auf sich, obwohl sie wusste, dass die Tatsache, wie sich ihre Tochter fühlte nichts mit der Zubereitung oder Zusammensetzung des Essens zu tun hatte. Frau M. fiel es zunehmend schwer „hochkalorische“ Essen zu kochen, auch wenn es Leibspeisen der Familie waren. Regelmäßig kam sie beim Kochen sehr unter Stress, weil sie sowohl Js Wunsch nur noch vegetarisch „leicht“ zu essen und ihren Anspruch, dass es allen anderen auch schmecken sollte, verbinden wollte und gleichzeitig die Hoffnung hatte, dass J. genug Kalorien zu sich nimmt. Dies verminderte nicht gerade die angespannte Atmosphäre, die die Familienessen zumindest untergründig immer begleiteten.

Frau M. beschreibt weiter, dass sie sich in Verbindung mit der Stimmung ihrer Tochter abhängig fühlte und sich nur schwer davon distanzieren konnte. Litt diese sehr, z.B. nach dem Essen, so litt sie mit. Es gab Phasen, da hätte Frau M. am liebsten gesagt: „Dann iss halt weniger, wenn es Dir dann besser geht.“ Zumindest kam sie ihrer Tochter anfänglich in der Auswahl der Lebensmittel entgegen, z.B. Sojamilch statt Milch. Frau M. erzählt, wie sie Monate später nach der akuten Phase im Keller einiges an Lebensmitteln fand, die mit der Magersucht in Verbindung standen und dann entsorgte.

In diesem Zusammenhang könnte sich das Konzept der Co- Abhängigkeit aus dem Suchtbereich aufdrängen. Tatsächlich wird dieser Begriff, wenn auch wenig, in der Literatur in Zusammenhang mit Essstörungen erwähnt (Nolte 2013; Kunze 2006). Da es sich hier um keinen durch Forschung abgesicherten Begriff handelt, ist dieser vor allem in Zusammenhang mit Essstörungen sehr kritisch zu betrachten und daher wenig dienlich, um das Beziehungsgeschehen zwischen Eltern und Kindern zu beschreiben. Problematisch ist vor allem die mögliche Stigmatisierung der Personen des Nahraums. Gerade das Mitleiden und Mit-Betroffensein stellt eine wichtige Voraussetzung dar, der erkrankten Tochter bei zu stehen und mitzufühlen. Die Fähigkeit, empathisch zu sein stellt die Basis von tragenden Beziehungen dar, die wiederum einen wichtigen Beitrag beim Weg aus der Essstörung

¹⁸ Vgl Fichter 2009.

darstellen (vgl. 2.2). Beides kann somit nicht Gegenstand sein, eine Co- Abhängigkeit zu begründen. Es geht hier also vielmehr darum, ein „zuviel“ an Engagement, ein Überfordert sein am Rande des Familienburnout zu erkennen, zu coachen und ab zu puffern. Es geht darum die Regulationskompetenz der Bezugspersonen zu fördern und zu stärken (vgl.3). So ist es angebrachter von „schwieriger parentaler Begleitung“ (difficult parental guidance) (Petzold)¹⁹ zu sprechen.

Unter dieser Perspektive sind auch die von Frau M in der folgenden Aussage beschriebenen „Verstrickungen“ zu betrachten.

„Immer wieder ließ ich mich verstricken. Am deutlichsten war dies bei Spaziergängen durch übermäßigen Aktivismus motiviert, zu denen mich J. überredete und die oft ungut endeten. Ich konnte meiner Tochter schwer etwas ausschlagen, wenn sie es wünschte, mit der Idee, ihr damit zu helfen. Im Laufe der Zeit erkannte ich, dass sie oft nicht fähig war zu merken, was ihr gut tut und die Begrenzung auch brauchte. Auf der anderen Seite boten gerade lange Spaziergänge in schöner Natur Gelegenheit in aller Ruhe über Dinge zu reden oder schweigend miteinander unterwegs zu sein. Eine Rolle spielte hier die Grundmotivation zu der Aktivität. Ging es bei J. nur darum, Kalorien zu „verbrennen“, gab es kaum Chancen diese positiv zu gestalten.“

Während des Klinikaufenthaltes der Tochter fanden für die ganze Familie begleitende Gespräche statt. Dabei ging es vor allem darum, Verhalten zu entwickeln, das die Gesundheit der Tochter unterstützt und nicht die Magersucht. Frau M. nennt in diesem Zusammenhang einen Satz des Therapeuten ihrer Tochter: „Ich mag ihre Tochter, aber ich mag nicht ihre Magersucht.“ Es fiel Frau M. nicht leicht, so zu denken. Schien die Magersucht doch ein großer Teil ihrer Tochter zu sein. Sie stellte sich die Frage, ob sie nicht ein Stück weit ihre Tochter ablehne, wenn sie gegen die Magersucht kämpfe. Auf der anderen Seite wurde in den Gesprächen deutlich, dass mit der Magersucht kein Deal zu machen ist und der Kampf gegen sie nur gelingt, wenn sich alle gemeinsam gegen sie verbünden.

In der akuten Phase der Magersucht, stand die Bewältigung des Alltags, das Ringen um die Beziehung und die Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten im Vordergrund. Dennoch beschäftigte die Familie die Frage nach den Ursachen der Magersucht der Tochter und vor allem die Rolle der eigenen Familie bei der Entstehung. Sich hier nicht in Schuldzuweisungen oder Schuldgefühlen zu verstricken, beschreibt Fr. M. neben der Akzeptanz der Krankheit der Tochter als eine wichtige Aufgabe und die Voraussetzung dazu, handlungsfähig zu bleiben und gemeinsam nach vorne zu schauen.²⁰

Aus dem Tagebuch:

„Mir wird immer mehr klar, dass es auch nach diesem Klinikaufenthalt nicht „pling“ machen wird und es ist alles beim „Alten“. Es heißt Abschied nehmen und Akzeptieren. Abschied nehmen vom bisherigen Bild unserer Familie und akzeptieren, dass ein Mitglied unserer Familie schwer psychisch krank ist. Das ist sehr, sehr traurig, aber eine Tatsache. Die Frage nach dem Warum? Ist immer noch da, aber irgendwie wichtig und nicht wichtig. Zukunftsorientiert denken, das ist jetzt wichtig. Aber auch schauen, was ist bisher nicht so gut gelaufen, was können wir ändern.“

1.7 Die Rolle der Familien

In der Literatur werden den Familien bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Magersucht ganz unterschiedliche Rollen zugewiesen. Zum einen wird ausgehend von bisheri-

¹⁹ Petzold, Sieper 2014: Kommentare zu Buckenmaier

²⁰ Vgl. dazu Fichter 2009 und Treasure 2001.

gen Untersuchungen festgestellt, dass es weder allgemein zutreffende Charakterisierungen von Familien mit Essstörungen gibt, noch dass bestimmte vorwiegende Verhaltensweisen in Familien als ursächlich für die Entstehung der Störung eindeutig zu identifizieren sind (Nolte 2013). Auf der anderen Seite gibt es Versuche, Familien zu charakterisieren und bestimmte Verhaltensweisen in Verbindung mit der Essstörung zu bringen (Fichter 2009). Fichter stellt in seinem für Betroffene und ihre Angehörigen geschriebene Buch verschiedene Familientypen vor: die „autoritäre Familie“, die „emotional überengagierte, verstrickte Familie“, die „leistungsorientierte Familie“, die „Konflikt vermeidende Familie“ und die „inkonsequent chaotische Familie“ (ibid. 45-48). Er macht deutlich, dass es sich bei den Beschreibungen nur um Prototypen handeln kann und um einen Versuch das komplexe Geschehen einer Familie zu erfassen und es nicht um Festschreibungen geht. Dennoch sind dieser Versuch einer Charakterisierung von Familien und somit die Einordnung in Typen kritisch zu sehen. Zum einen scheint es sich um eine Typologie zu handeln, die nicht durch Forschungsdaten gestützt ist. Zum anderen ist fraglich, ob es für die betroffenen Familien hilfreich ist, sich dem einen oder anderen Typ zu zuordnen. Fichter betont selbst, dass er davon ausgeht, dass die meisten Familien sich in mehreren Beschreibungen wieder finden werden. Die Frage ist auch, ob es sich dann um spezifische Merkmale handelt, die in Bezug zur Magersucht des Kindes stehen. Besonders deutlich wird m. E. die Problematik der Zuordnung von bestimmtem Familienverhalten als ursächlich für die Magersucht bei einer Beschreibung, die sich hartnäckig hält, obwohl sie nicht durch Forschung gestützt ist.

Es handelt sich hier um die Annahme, dass ein überbehütender Erziehungsstil von Seiten der Mutter und die Abwesenheit des Vaters ursächlich für die Entwicklung einer Magersucht sind. Dabei werden die Mütter als kontrollierend, übergriffig, konfliktvermeidend und emotional zurückhaltend beschrieben. Das Entwickeln einer Essstörung wird dann als ein Versuch gewertet, etwas für sich alleine zu haben, was sich der Kontrolle der Mutter entzieht.²¹ (vgl. Gerlinghoff, Backmund 2001). Solche Zuordnungen sind insofern schwierig, da sie einfache Erklärungsansätze liefern, die tatsächliche Ätiologie aber nicht erfassen. Besonders problematisch ist bei der enthaltenen Fokussierung auf das Verhalten der Mutter das Untermauern einer problematischen „Mütterzentrierung“. Was dies im Zusammenhang mit dem Versuch einer Familie bedeutet, einen gemeinsamen Weg aus der Magersucht eines Familienmitgliedes zu finden werde ich in 3.1.2 näher beleuchten.

Die bisherigen Ausführungen zum Störungsbild der Magersucht zeigen m.E. deutlich, dass solche Erklärungsansätze zu kurz greifen und das komplexe Geschehen einer Essstörung, aber auch der Persönlichkeitsbildung nicht erfassen. Zudem ist das Verhalten einer Familie wiederum in deren Kontext zu betrachten. So kann die so genannte „leistungsorientierte“ Familie nur in Verbindung mit einer zunehmenden Leistungsorientierung der Gesellschaft, zu beobachten in der Schulausbildung, im Arbeitsleben und der Freizeit, gesehen werden. Außerdem kommen Familien sowohl in der klinischen Praxis, als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen erst in den Blick, wenn die Essstörung bereits ausgeprägt ist und bereits eine Veränderung des Beziehungsgefüges stattgefunden hat. So sind die Verhaltensweisen, die sich in der akuten Magersucht in der Familie, bei den einzelnen Familienmitgliedern unterschiedlich ausgeprägt, einstellen nicht trennscharf als Ursache zu identifizieren und können auch als Folge gesehen werden (Treasure 2001, Fichter 2009, Nolte 2013).

Es mag hilfreich und unabdingbar sein, verschiedene innerfamiliäre Faktoren im Blick zu haben und diese zu reflektieren. Gibt es Verhaltensweisen in der Familie, die die Aufrecht-

²¹ Diese Charakterisierungen sind u.a. in Wikipedia und in Online Auftritten von Kliniken zu lesen.

erhaltung der Essstörung begünstigen, ist es wichtig diese zu überdenken und zu verändern. Kommt es jedoch zu Festschreibungen, die zu eindimensionalen Rückschlüssen führen, ist dies m.E. wenig hilfreich und im schlimmsten Fall schädlich. Es muss vielmehr darum gehen jede Betroffene und deren Familien individuell, respektvoll in ihrem Kontext zu betrachten.²² Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Betrachtung des zu Grunde liegenden Familienbildes, des jeweiligen Verfahrens der Hilfe (Therapie, Beratung), des Therapeuten oder Beraters und der betreffenden Familie von sich selbst.²³

Unbestritten ist, dass die Familien und nahen Angehörigen eine wichtige Rolle beim Weg aus der Krankheit spielen und somit Unterstützung benötigen, diese Aufgabe zu bewältigen (*Treasure 2001, Fichter 2009, Nolte 2013*). Eine therapeutische Begleitung, ob stationär oder ambulant kann nur zeitextendiert stattfinden und deckt so nur einen gewissen Bereich der Lebenspraxis und der Erfahrungswelt ab.²⁴ Hier ist es wichtig, die relevanten Bezugspersonen zu stützen, zu stabilisieren und zu befähigen, diese Aufgabe in Ko-respondenz (Petzold) mit allen Beteiligten inklusive der Betroffenen zu bewältigen (vgl.3.2). Wie dies konkret aussehen kann, werde ich im 3. Teil dieser Arbeit beschreiben.

1.8 Zusammenfassung

Zum Abschluss der Ausführungen zum spezifischen Störungsgeschehen der Anorexie ist fest zu stellen, dass es sich um ein sehr komplexes, multifaktorielles Geschehen handelt. Dies gilt sowohl für die Entstehung, die Mechanismen als auch für die Aufrechterhaltung und erst recht für die Überwindung der Störung. Einfache Erklärungsmodelle sowie eindeutige Ursachenidentifizierungen sind hier fehl am Platz.

Eine mehrperspektivische, interdisziplinäre Betrachtungsweise, wie dies in der Integrativen Therapie (IT) mit ihren Kernkonzepten gängige Praxis ist, ist notwendig um das komplexe Geschehen einer Magersucht zu verstehen und zu behandeln. Im folgenden Kapitel werde ich das Konzept des „Informierten Leibes“ vorstellen, was als Kernkonzept der Integrativen Therapie gilt. Da die Beziehungsgestaltung zwischen den Eltern und den betroffenen Jugendlichen ein zentrales Thema dieser Arbeit ist, werde ich auch das Konzept der „Affiliation“ und die Betrachtung der Pubertät aus integrativer Sicht darstellen.

²² Einen respektvollen Umgang mit Betroffenen und ihren Angehörigen fordert die weltweite Charta für Essstörungen, die u.a. von der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) erarbeitet und unterschrieben wurde. (in: *Fichter 2009* in deutscher Übersetzung von *M.Fichter*)

²³ Vgl. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010g-hrsg-integrativ-systemische-arbeit-mit-familien-integrativ.html>. Dieses Schwerpunktheft enthält wichtige Familientherapeutische Konzepte der IT und eine Familiendefinition (S.217).

²⁴ In der Integrativen Therapie wird den extratherapeutischen Faktoren (sozialer und ökologischer Kontext) eine große Wirkung zu geschrieben und bedürfen so besonderer Beachtung (u.a. *Petzold, 2012e*).

2 Konzepte der Integrativen Therapie zum Verständnis des multifaktoriellen Geschehens der Anorexie

2.1 Der „Informierte Leib“ – ein Kernkonzept der Integrativen Therapie

Ausgangspunkt aller Überlegungen und Interventionen der IT ist die Betrachtung des Menschen als „Leib-Subjekt in der Lebenswelt“ (Petzold 2002j, in Petzold 2003a). Grundlegend ist dabei die, in der IT entwickelte anthropologische Grundformel:

„Der Mensch (als Mann und Frau), ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, das heißt er ist ein Körper -Seele -Geist -Subjekt in Kontext und Kontinuum und steht in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit“ (Petzold 2003a, 1062).

Der Leib umfasst sowohl materielle als auch transmaterielle Wirklichkeit. Zum Materiellen zählt der Körper mit seinen physischen Funktionen, die Biologie des Menschen. Zum Transmateriellen gehören Gedanken, Gefühle, Willensakte, die Personalität des Menschen, die genauso real ist. Der Leib ist biologischer Organismus²⁵, Zeit- Leib²⁶, Sozialleib – social u. culturalbody²⁷ und Traumleib – Corps phantasmatique²⁸. Der Leib ist lebendiger Leib, durch Bewegung mit der Welt verbunden. Er ist Ort für Memoriation, Perzeption und Expression (idem 1996, 2003a). Der Leib als „totales Sinnesorgan“ ist „auf die Welt gerichtet (etre au monde)“ und ist „Mitsubjekt in seiner je gegebenen Lebenswelt.“ „Der „informierte Leib“ ist ein Leib, der sich in der Welt und mit ihr bewegt. (M. Merleau- Ponty, Petzold 2003a, 1060, Petzold, Sieper 2012a).

Die u.a. von Merleau- Ponty entwickelten Auffassungen sind grundlegend für die Konzeptentwicklung der IT und gehen weit über einen Kognitivismus hinaus. Das Bezogensein des Menschen ist eine wichtige Basis zur Betrachtung des Menschen. Sein ist immer auch „Sein zum anderen“ (Levinas). (ibid.)

„Leib im Kontext / Kontinuum eingebettet (embedded) – wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial- kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen (d.h. bewussten) und sublimen unbewussten Relationalität mit dem Umfeld und dem verleiblichten (embodied), als differenzielle Information mnestisch archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken als „Informierter Leib“ das personale „Leibsubjekt“ als Synergem konstituieren“ (Petzold 2009, 39).

Der Mensch als „Leib-Subjekt“ ist von Beginn an mit seiner Lebenswelt verbunden, in diese eingebettet, „embedded“. Er bewegt sich in der „Sozialwelt“, als Mitmensch unter Menschen. Diese wiederum ist von einer besonderen Ökologie umgeben, die in wechselseitiger Beeinflussung mit der Sozialwelt steht.

„Der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende

²⁵ durch „Inkarnation“ aus dem Strom der Zeit ausgegliedert, ohne ihn zu verlassen – mit der Welt verbunden (M. Merleau Ponty).

²⁶ Aus dem Strom des Lebens ausgegliedert und verbunden, mit der Geburt beginnend und dem Tod endend, umfasst so die Lebensspanne und ist eingefleischte Geschichte.

²⁷ Zur Interaktion geboren, fähig Rollen aufzunehmen, wird durch lebenslange Sozialisations- und Kulturationsprozesse gebildet.

²⁸ Ort der Träume und des Begehrens, des Unbewussten und der Ängste.

Leib als Subjekt ist Teil seiner Lebenswelt. In diese eingebettet gehört er einer Welt der Zwischenleiblichkeit zu, einer Sozialwelt, deren Qualitäten er aufnimmt und verleiblicht und zu deren Möglichkeiten er zugleich kokreativ beiträgt, die aber immer auch von einer spezifischen Ökologie – des Zimmers, des Hauses, der Landschaft, Region umfassen ist, die – Stadt oder Dorf – spezifisch prägend wirksam wird“ (*Petzold* 2003a, 1062).

Diese anthropologische Aussage macht deutlich, dass der Mensch, um in seiner Komplexität verstanden zu werden, immer in seiner wechselseitigen Verbundenheit mit seiner Lebenswelt betrachtet werden muss.

„Das „Leibsubjekt“ in der Lebenswelt, d.h. der leibhaftig, in permanenter Entwicklung stehende Mensch mit den relevanten Mitgliedern seines Netzwerkes/ Konvois in seinem ökologischen Lebensraum und seiner Sozialwelt ist der Ausgangspunkt aller sozialintervenativen Arbeit“ (*ibid.*, 1051).

Diese biopsychosozialökologische Betrachtens- und Vorgehensweise ist spezifisch für den Integrativen Ansatz und wird u.a. durch neurophysiologische (*Lurija, Vygotsky Bernstein* u.a.) und philosophisch- phänomenologische (phänomenologische Leibtheorie: *M.Merleau- Ponty, G. Marcel, H. Schmitz, P.Ricoeur*) Herangehensweisen und Arbeiten untermauert und gestützt²⁹ (*ibid.*, 1062).

Der Mensch wird durch seine Verbundenheit mit der Lebenswelt geformt und beeinflusst und nimmt wiederum Einfluss auf seine Lebenswelt. Gerade diese Wechselseitigkeit und Relationalität macht das Verwoben und Eingebunden sein des Menschen in sein spezifisches Sozial- und Ökosystem deutlich.

„Der Mensch als Leibsubjekt ist durch ein differenzielles und integriertes „Wahrnehmen – Verarbeiten – Handeln“ unlösbar mit der Lebenswelt verflochten – mit den Menschen durch Zwischenleiblichkeit, mit den Dingen durch Gebrauch und Handhabung. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet, er wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst sie kokreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch destruktiver Weise – auf der Grundlage seiner archivierten Lebenserfahrung (Narrative)“ (*Petzold*, 2003a, 1066).

Grundlage des „Informierten Leibes“ ist das Leibgedächtnis. In diesem sind durch sensu- motorische, mnestiche, neuronale Prozesse, alle Informationen, die in der Entstehung und im Lauf des Lebens aufgenommen werden, gespeichert, auch phylogenetische³⁰. Es gibt so drei Bereiche, die in einem synergetischen Zusammenspiel das Leibgedächtnis generieren: die neuronalen Speichersysteme mit Kurzzeit und Langzeitgedächtnis, die immunologischen Speichersysteme und das genetische Gedächtnis (*Petzold* 2002 b, in 2003a).

Der „Informierte Leib“ entsteht in lebenslangen Sozialisations- Kulturations- und Ökologisationsprozessen³¹, in denen der Mensch selbst verarbeitendes Subjekt ist. Die so gebildeten Informationen finden ihren Niederschlag in mentalen Repräsentationen, die als Verkörperungen gesehen werden können und somit Soziales in Fleisch und Blut übergegangen ist. Der Leib ist „verkörpertes Subjekt, eingebettet in die Lebenswelt“, ist “embodied

²⁹ Hier sind die Grundlagen des Ansatzes nur sehr verkürzt wiedergegeben.

³⁰ Hierbei handelt es sich um evolutionär entwickelte Programme der Menschheitsgeschichte, die im Genom ihren Niederschlag finden und durch Transkription immer wieder verändert werden (*Petzold* u.a. 2003a).

³¹ Zu Ökologisationsprozessen: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2014-petzold-h-g-gruene-therapie-gegen-graue-depression-die-neuen-naturtherapien.html>.

and embedded“ (idem 2003a, 1053).

Grundlegend für eine Therapietheorie in der IT ist eine Theorie des Lernens(*Sieper, Petzold, 2002/2011*). In komplexen Gedächtnis- und Lernprozessen nimmt der Mensch mannigfaltige Informationen auf und bearbeitet diese. „Lernen (...) bedeutet immer auch Gedächtnisleitung, ist ein differentielles Geschehen, das mit unterschiedlichen cerebralen Prozessen und Strukturen verbunden ist“ (Petzold 2003a, 1077). So findet ein lebenslanges Lernen statt. Es geht um komplexes Lernen, das weit über kognitives Aneignen von Wissen hinausgeht. Eine rein neurobiologische Betrachtungsweise greift zu kurz und erfasst nur eine Dimension des Lernens. Volitive, emotionale und kognitive mit Lernen verbundene Prozesse sind ebenfalls zu betrachten. Erfahrungen der Menschheit in der Auseinandersetzung mit der Umwelt finden in genetischen Lernprozessen ihren Niederschlag im Genom. Dies ist die phylogenetische Perspektive.

Es kommt zu individuellen dysfunktionalen Genregulationen bei Gewalterfahrungen, Traumata durch man made desaster und anderen einschneidenden Erfahrungen. Dies zeigen Forschungen zum Schmerzgedächtnis, Traumata und zu Depressionen. Fehlprogrammierungen, die als kindling bezeichnet werden, führen zu nicht adäquater Bewertung von Situationen. So werden Streßgene wie das CRH (Corticotropin-Realising-Hormon) aktiviert, ohne dass der Anlass dafür gegeben ist. Außerdem führt die dysfunktionale Genregulation dazu, dass es nicht zur Erholung und Regeneration kommt und protektive Faktoren, wie z.B. zwischenmenschliche Zuwendung nicht wirksam werden können (idem, 2003a, 1070f).

Als Basis für optimales Lernen und optimale Genregulation gelten gute zwischenmenschliche Beziehungen. Diese wirken als transmaterielle Wirklichkeit in Form von Sätzen, Gesten, Mimik, Berührungen auf die materielle Wirklichkeit, indem biophysikalische und biochemische cerebrale Prozesse stattfinden. Diese wiederum generieren Gefühle und Gedanken. Durch Selbstbesinnung und Selbstaffektionen und Reflexionen kann wiederum Einfluss auf die Physiologie genommen werden. Bei diesen Vorgängen handelt es sich also nicht um lineare, sondern um „zirkuläre bzw. spiralige Prozesse kontextgegründeter Erkenntnis- und Lernvorgänge“ (idem, 2003 a, 1072).

Lernen ist Beziehungslernen. Dabei wird die komplexe Erfahrung mit anderen Menschen (Freunde, Familie, nahestehende Personen) in das Leibgedächtnis aufgenommen. Ebenfalls gespeichert wird die eigenleibliche Reaktion darauf. Diese Aufnahme des interaktionalen Prozesses ermöglicht das Gelernte sowohl Anderen gegenüber, als sich selbst gegenüber anzuwenden. Hier handelt es sich um Interiorisierungen, um Verinnerlichungen. Diese geschehen von „Außen in ein Innen“ und darüber hinaus von „Innen in ein anderes Innen“, was dem Menschen ermöglicht, sich zu sich selbst, wie zu einem anderen zu verhalten (z.B. Selbstberuhigung). Im Konzept der „Integrativen Interiorisierung“ werden gute zwischenmenschliche Erfahrungen genutzt, um schwierige, belastende Lebenssituationen abzapuffern oder zu kompensieren. Dies kann durch korrigierende oder alternative Erfahrungen geschehen (*Petzold, 2012e*). Auf die heilende Wirkung von Interiorisierungen werde ich im Rahmen der Themen „Trost und Beistand“ (vgl. 3.1.4) eingehen.

Es ergibt sich durch die hier in Kürze beschriebenen komplexen Prozesse lebenslangen Lernens eine Vielzahl von aufgeschalteten Programmen, die zum Teil aktiviert als auch deaktiviert sind. Dies legt die Grundlage für Lernprozesse, die das Ziel haben, nützliche stillgelegte Programme zu aktivieren. Eine wichtige Rolle spielen hier Narrative: Aufzeichnungen, Transkriptionen, Erzählungen, Geschichten. Diese finden ihren Niederschlag in molekularbiologischen Prozessen, z.B. in Form eines „Immunologischen Gedächtnisses“

und auf der Ebene von mnestischen Niederschriften im „neuronalen Gedächtnis“. Letzteres umfasst „Archive“, die nicht bewusst erinnerbar, mitbewusst, durch Schlüsselreize aktivierbar oder bewusst sind.

Narrative, werden sowohl auf kollektiver als auch auf individueller Ebene durch konkrete Erlebnisse konkreter Menschen und deren Erzählungen gebildet.

Die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns bietet die Chance lebenslanges Lernen zu verwirklichen. Dies legt den Grundstein für jegliche Veränderung im Denken, Fühlen, Wollen und Handeln und somit im komplexen Verhalten des Menschen. Hier wird deutlich, dass die Entwicklung des menschlichen Gehirns in Verbindung steht mit jeglicher leiblichen Erfahrung und Entwicklung des Menschen in der gesamten Lebensspanne und somit auch mit seiner Umwelt. Dies wird durch aktuelle neurobiologische Forschungen gestützt. *Thomas Fuchs* betitelt das menschliche Gehirn als „Beziehungsorgan“ und legt so „eine ökologische Konzeption von Geist und Gehirn“ vor.³² *Gerald Hüther* plädiert in zahlreichen Veröffentlichungen dafür, die Möglichkeiten des menschlichen Gehirns zu nutzen und Räume zur Entwicklung von Begeisterung zu schaffen.³³

Durch multiple Stimulierung und die Bereitstellung von guten zwischenmenschlichen und zwischenleiblichen Beziehungen ist die Regulation von dysfunktionalen Gedächtnisinhalten möglich! Das ist eine gute Nachricht und Grundlage von auf Veränderung zielenden Therapieinterventionen (Petzold, 2003a).

2.1.1 Zusammenfassung und Relevanz für die Betrachtung von Essstörungen bzw. Magersucht

Das Konzept des „Informierten Leibes“ verdeutlicht, wie der Mensch als „Leibsubjekt“, verwoben mit seiner individuellen, sozialen und ökologischen Umwelt in lebenslangen komplexen Lernprozessen zu einer individuellen, souveränen Persönlichkeit wird, die mehr oder weniger widrige Umstände zu bewältigen hat und über mehr oder weniger Ressourcen verfügt.

Für die Betrachtung von Essstörungen, insbesondere der Magersucht ergeben sich auf diesem Hintergrund folgende Überlegungen. Die Entwicklung der Magersucht kann als Prozess dysfunktionalen Lernens betrachtet werden. Dies betrifft sowohl die physischen, emotionalen, kognitiven und volitiven Prozesse des Lernens. So kann der Gedanke: „Ich werde erfolgreich und geliebt sein, wenn ich dünn bin“ zu dem Lernergebnis führen: „Ich kann Anerkennung erreichen, wenn ich abnehme und willentlich etwas außergewöhnliches leisten.“ Durch die anfängliche Bewunderung von relevanten Beziehungspersonen bekommen die Betroffenen Anerkennung und „lernen“, dass sie auf dem richtigen Weg sind. Entscheidend für wirksame Lernprozesse, die zu neuronalen Verschaltungen führen und als Veränderungen des Gehirns sichtbar werden, sind die neuronalen Belohnungssysteme. So werden bei Anerkennung und positiver Reaktion neuronale Prozesse in Gang gesetzt, die die Ausschüttung von Dopamin zur Folge haben, was sich in einem Wohlgefühl äußert. Hier handelt es sich um das dopaminerge Belohnungssystem. Dieses wird dann aktiviert, wenn ein Unterschied zwischen der zu erwarteten und der tatsächlich statt findenden Reaktion besteht. Das führt dazu, dass im Falle der Magersucht, ein Erfolg dann verbucht wird, wenn das Gewicht noch niedriger ist und die Bewunderung von außen noch

³² *Fuchs*, 2012

³³ Für *Hüther* handelt es sich hier um eine wichtige Voraussetzung die Potentiale des Gehirns zu nutzen. (*Hüther* 2006, 2011)

größer oder schon in Besorgnis umgeschlagen ist. Es kommt durch die gleichzeitig intensivierte Ausschüttung von Endorphinen zu Euphorisierungen.³⁴ Dies wird in Verbindung mit Magersucht in der Literatur und von Betroffenen immer wieder beschrieben und stellt die physiologische Basis des Suchtgeschehens der AN dar. (*Petzold*, 2003a,1078f; *Fewer et al.* 2004; *Fichter* 2009; *Schuster* 2013).

So kommt es zu physiologischen Prozessen, die zu einem dysfunktionalen Lernen bezüglich des Empfindens des eigenen Körpers, der Leiblichkeit führt. Weiter werden durch das extreme Hungern Stressreaktionen ausgelöst, was mit einer Erhöhung des Noradrenalin-spiegels einhergeht. Dadurch kann durch eine zeitlich begrenzte Aktivierung des Stressgens CHR eine dauerhafte Sensibilisierung der Stressachse ausgelöst werden, was eine dysregulierte Cortisolsteuerung zur Folge haben kann. Das Aufgezeigte macht deutlich, dass es über psychodynamische Überlegungen und Interventionen hinaus wichtig ist, die physischen, dysregulierten Lernprozesse zu beachten und z.B. Maßnahmen zur Beruhigung (down regulation), wie aus der Traumatherapie bekannt ist, anzuwenden (*Fewer et al.* 2004).

Um eine Gewichtsrehabilitation und somit die Grundlage für eine Überwindung der Störung zu erreichen, bedarf es eines „Umschreibens“ des Belohnungssystems und einer Regulierung der Stressreaktionen. Es sind positive Lernerfahrungen, die mit einem gesunden Essverhalten, aber auch mit einer Selbstfürsorge und einem positiven Selbstbild in Verbindung stehen, notwendig. Geht man wie neurobiologische Forschungen aufzeigen, davon aus, dass Lernen von neuem Verhalten, immer dann wirksam wird und es zu neuen „Bahnungen“ im Gehirn kommt, wenn positive Emotionen beteiligt sind, bedarf es eine Vielzahl positiver Erlebnisse, um den schwierigen Weg aus der Sucht zu gehen (vgl. *Hüther* 2006, 2011). Es geht darum durch multiple Stimulierung³⁵, also durch eine Vielzahl von Maßnahmen, wie kreativ-, bewegungs- und naturtherapeutische Interventionen, über die verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Zugänge hinaus, einen Erlebnisraum zu schaffen, der ein Lernen und somit Veränderung in die o.g. Richtung ermöglicht. Voraussetzung dazu ist ein Klima zwischenleiblicher Konvivialität, also ein soziales Klima der „Sorge füreinander“, in der die „Sorge für sich selbst“ kultiviert werden kann (*Petzold*, 2003a; *Fewer et al.* 2004). Hier geht es auch um die Generierung von Sinn und die Schaffung eines positiven Erfahrungsraumes u.a. in der Familie. Das wird ein wichtiges Thema im 3. Teil dieser Arbeit sein.

Im dargestellten Kernkonzept der IT der „Informierte Leib“, werden mannigfaltige wechselseitige Wirkungen und Beziehungen deutlich, sowohl intrapersonelle als auch interpersonelle Prozesse des Menschen als „Leib-Subjekt in seiner Lebenswelt“ (s.o.) betreffend. Betrachtet man nun auf diesem Hintergrund das komplexe Geschehen der Essstörungen, hier speziell der Magersucht, wird deutlich, dass weder die Suche nach einer klar definierten Ursachen – Folge – Wirkung, noch die einseitige Betrachtung von Beziehungen zwischen Menschen als krank machend, weiter führt.

Wichtig ist eine multifaktorielle, mehrperspektivische, multidimensionale, non-lineare, Betrachtungsweise. Essstörungen und somit Magersucht entstehen nicht monokausal (*Fewer*

³⁴Es wird wie bereits dargestellt davon ausgegangen, dass das extreme Untergewicht mit der Ausschüttung von Endorphinen ein Notfallprogramm in Gang setzt (*Nolte* 2013, 85f).

³⁵ Hier besonders wichtig: Das Wissen um korrigierende, alternative und gedächtnisaktivierende Erfahrungen durch multiple Stimulierung und die Möglichkeit der Regulierung von dysfunktionalen Gedächtnisinhalten (wie in der Magersucht vorhanden). Je mehr auf positive Beziehungserfahrungen zurückgegriffen werden kann, je wirksamer ist dies (*Petzold* 2003a, 1077).

et al. 2004; *Herpertz et al.* 2008).

So kann auch die Dynamik in den Familien nur unter Berücksichtigung der Wechselseitigkeit verstanden werden und als ein System des wechselseitigen Interagierens unter Berücksichtigung der jeweiligen Umwelt und Lebensumstände. Dies rückt die einseitige Betrachtung der Familie bzw. des nahen sozialen Umfeldes als Hauptort der Entstehung der Störung und die damit verbundenen implizierten Schuldgefühle in ein anderes Licht. Auch kann es für die Betroffenen selbst entlastend wirken „ihre Krankheit“ im Kontext ihres Lebensumfeldes und auf dem Hintergrund des komplexen Leibkonzeptes der IT zu verstehen.

Sich darauf einzulassen, Komplexität zu betrachten, wahr zu nehmen, heißt einen Schritt zurück zu treten, etwas von vielen Seiten zu betrachten, mehrperspektivisch. Dies beinhaltet den Blick zu weiten, was leiblich spürbar ist u.a. im Atem, im Muskeltonus. Weiter findet dies im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, also in „komplexem Verhalten“³⁶ seinen Niederschlag. Es werden Muster, Perspektiven, Wege sichtbar, die beim eindimensionalen Betrachten verborgen bleiben. Der Blick bleibt eng, was wiederum leiblich spürbar ist, mit Auswirkungen auf das Verhalten. Sich in Details zu verlieren, ins Grübeln zu kommen, sich an bestimmten Ereignissen der Vergangenheit festzubeißen, verhindert frei in die Zukunft zu denken, Zuversicht zu entwickeln und handlungsfähig zu bleiben. Den Blick zu weiten und Perspektiven zu entwickeln das sind m. E wichtige Aufgaben für ein erlebnisorientiertes, biopsychosoziales, edukatives Angebot in Gruppen für Angehörige von Magersüchtigen, aber nicht nur für diese (vgl. 3.2).

2.2 Das Konzept der Affiliation innerhalb der Relationalitätstheorie des Integrativen Ansatzes

Sowohl die Darstellung des Konzeptes des „Informierten Leibes“ als einem grundlegenden Basiskonzept der IT zur Betrachtung des Menschen in seinem Lebensumfeld, als auch die Darstellung des komplexen Geschehens der Magersucht verdeutlichen die grundlegende Bedeutung zwischenmenschlicher, zwischenleiblicher Beziehungen.

So gilt im Integrativen Ansatz das Thema der Beziehung und Beziehungsgestaltung als grundlegend, was in der Entwicklung einer Relationalitätstheorie ihren Niederschlag gefunden hat. Diese basiert auf den bereits dargestellten anthropologischen Grundannahmen.³⁷ Der Mensch ist von Beginn an auf Beziehungen angewiesen, sucht die Nähe nach anderen Menschen. Dieses intrinsische Bedürfnis nach wechselseitiger Zugehörigkeit kann mit dem Begriff der Affiliation erfasst werden und gilt in der Theorie der IT als ein evolutionäres Basisnarrativ. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe sicherte auf verschiedenen Ebenen das Überleben des Menschen. Das Bedürfnis nach Nähe, nach Zugehörigkeit zu Gruppen anderer Menschen, nach Schutz und Geborgenheit kann auf diesem Hintergrund als evolutionär entwickelt und genetisch verankert angesehen werden.

Das Fehlen bzw. die Verweigerung von Affiliation ist mit Bedrohung verbunden. Ausgrenzungen aus Nahraumbezügen verursachen affilialen Stress, der zu Hyperstress mit krankmachenden Folgen werden kann, wie das Phänomen des Mobbings zeigt. Affiliation findet zwischen Menschen statt, ohne dass eine vertrauensvolle, emotional gewachsene Beziehung zu Grunde liegen muss. Gleichzeitig ermöglicht diese die Entstehung von Be-

³⁶ *Petzold*, 2003a, 1079

³⁷ grundlegend ist hier das Koexistenzaxiom: „Sein ist Mit- sein“ (synousia) – „Existenz ist Koexistenz“ (*Petzold* 2002b, 2003e), (vgl. 2.1).

ziehungen mit Bindungsqualität. Affiliationen gelten als Kitt, der soziale Netzwerke zusammenbringt und zusammenhält und so jeder Form des Miteinanders zu Grunde liegen. Der Boden jeglicher Relationalität ist Affiliation. Freundschaften entstehen durch eine Vertiefung der Affiliationsintensität und können eine hohe Bindungsqualität haben (*Petzold/Müller 2005/07*).

Getragen werden Beziehungen durch die Fähigkeit der wechselseitigen Empathie, des sich gegenseitig in den jeweils anderen Einfühlen können, einer Mutualität der Empathie. Die Empathie der Mutter und anderen „relevant caregiver“ gegenüber dem Säugling ermöglicht diesem selbst-empathisch zu sein und wiederum eine Empathiefähigkeit anderen gegenüber zu entwickeln. Schon Säuglinge haben die Fähigkeit „Multipersonenkommunikation“ zu praktizieren und sind somit fähig in Polyaden zu kommunizieren und mehrere „caregiver“ zu unterscheiden. Die einseitige Fixierung auf die Mutter-Kind Dyade in der menschlichen Frühentwicklung scheint aus dieser Perspektive nicht haltbar und nicht dem Bestreben des Menschen nach vielfältigen Affiliationen von Beginn an zu entsprechen (*ibid.*).

Beziehungen sind nicht linear erklärbar und vorhersehbar. Es gibt keine „einfachen Ursache-Wirkung-Schemata“. Es handelt sich um komplexe, kommunikativ-interaktive Netze mit „multiplen Ursache-Wirkungs-Matrizen“ in der gesamten Lebensspanne. Beziehungsgeschehen, kommunikative Verläufe und Affiliationsprozesse „werden – wie auch Prozesse in neuronalen Netzwerken – von multiplen Konnektivierungen gesteuert“ (*ibid.*, 25).

Der Mensch benötigt die Nähe anderer Menschen unabdingbar, er benötigt aber auch seinen eigenen Raum. Reaktanz ist so ebenso zu Beziehungen dazugehörig zu betrachten wie Affiliationen.

„Reaktanz ist das intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach ungeteiltem Eigenraum, d.h. eine hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen Eigenständigkeit im Affiliationsraum – mit ihm, durch ihn und gegen ihn – gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegenstellt“ (*ibid.*, 11).

Beides Affiliation und Reaktanz gehören untrennbar zu menschlichen Beziehungen und bergen Chancen und Konflikte in sich. Die Ausbildung von Reaktanz war vor allem wichtig, um die persönliche Kreativität des Einzelnen zu entfalten und so kokreativ an der Gestaltung des Gemeinwesens mitwirken zu können und hatte evolutionstheoretisch gesehen ebenfalls eine überlebenssichernde Funktion (*ibid.*).

Reaktanz wird aus Sicht der IT als eine regulationstheoretische Verhaltensweise verstanden, „die Innen- und Außenwelt in Einklang zu bringen versucht“ (*ibid.*, 50) und somit eine Reaktion auf Frustration und Einschränkungen ist. Findet die Reaktanz reflektiert statt, kann diese dem Menschen ermöglichen, die „Kraft der Reaktanz“ zu nutzen, um sich für seine Belange und die Belange anderer gezielt einzusetzen in Auseinandersetzung mit der Umwelt und somit Veränderung zu erzielen und nicht wiederum Reaktionen des Widerstands bzw. der Reaktanz (*ibid.*, 49).

2.3 Die Bedeutung der Pubeszenz für die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Jugendlichen aus Sicht der Integrativen Therapie

Das Streben nach „Eigenraum“ und die damit verbundenen oft impulsiven Reaktanz-Reaktionen scheinen in der Pubeszenz besonders stark ausgeprägt zu sein. Gleichzeitig scheint hier die Suche nach „neuen“ Affiliationen z.B. mit der Peergroup, aber auch mit andere Erwachsene außerhalb der Familie besonders bedeutend zu sein. Es ist offensichtlich, dass es sich hier um einen Lebensabschnitt handelt, der besonders viel Konfliktpotential in den Beziehungen enthält. Vor allem in der Interaktion mit Erwachsenen, insbesondere mit den Eltern, kommt es zu konflikthafter, oft von hoher Aggressivität (ob passiv oder aktiv) geprägten Auseinandersetzungen, im Verlauf derer sich nicht selten beide Seiten unverstanden fühlen. Dies ist nur eine Seite, des Lebensabschnittes der Pubeszenz bzw. Adoleszenz, der für Heranwachsende gleichsam schwierig als auch bedeutsam ist. Wie bereits deutlich geworden, spielt die Pubeszenz mit ihren intra- und interpersonellen Mechanismen auf neuronaler, psychischer und sozialer Ebene bei der Entwicklung von Essstörungen eine wichtige Rolle. So lohnt es sich vor allem im Hinblick auf die Auswirkungen und Chancen in den Familien das komplexe „Geschehen“ in der Pubeszenz näher zu betrachten.

Auf dem Hintergrund der Betrachtung des Menschen als „Informierter Leib“ (vgl.2.1) sind die neuronalen bzw. cerebralen Veränderungen hier im Kontext komplexen Lernens³⁸ zu sehen. Die Entwicklung des Gehirns in der Pubeszenz, die mit einer umfassenden Umstellung im präfrontalen Kortex einhergeht, stellt eine sensible Phase dar mit großen Entwicklungschancen, aber auch Risiken. Dies macht deutlich, dass es sich hier um eine vulnerable Phase handelt. Die Umstellung im „operativen“ Bereich geht mit einem veränderten Verhalten einher, das sowohl für die Jugendlichen selbst als auch für die Erwachsenen, die ja selbst einmal Jugendliche waren, nur schwer zu verstehen ist. Die „Baustelle Gehirn“ stellt beide Seiten vor große Herausforderungen und verlangt eine gute Lösung³⁹. Dies beinhaltet sich aufeinander einzustellen, sich aneinander „angrenzen“⁴⁰, getragen durch eine Mutualität der Empathie zur Entwicklung persönlicher Souveränität.

Die neurohumoralen Veränderungen in der Pubeszenz sind mit dem psychischen Geschehen der sozialen Geschlechterrealität der je gegebenen Kultur durch Interaktion verbunden. Die subjektiv erlebbare, veränderte Leiblichkeit durch die sich entwickelnde Geschlechtlichkeit und die daraus resultierenden „Probleme“ für die Jugendlichen müssen sowohl aus physischer als auch aus psychischer und soziokultureller Perspektive betrachtet werden (Petzold, 2007d). Wichtig zum Verständnis der Pubertät und der damit einhergehenden Vulnerabilität⁴¹ ist die Betrachtung des Selbsterlebens und des Selbstwertes. Dass beides bei der Entwicklung einer Essstörung eine große Rolle spielt, wurde bereits aufgezeigt (vgl.1.3). Selbstwertprobleme werden als problematische, selbstreferentielle Kognitionen und Emotionen definiert. Das Selbsterleben und damit der Selbstwert werden somit durch situative Kontextattributionen bestehend aus „kollektiven, mentalen Repräsentationen“ (ibid., 6), wie Werte und Normen (z.B. schlank ist schön – Anerkennung über

³⁸ „Sensumotorisches, emotionales, volitionales, kognitives, sozial-ökologisches, kulturelles“ Lernen, welches „Gehirn, ökologische und soziale Umwelt und Persönlichkeitsentwicklung“ unlösbar miteinander verbindet (Petzold 2007d, 15).

³⁹ „Prozesse dynamischer Regulation zwischen Systemen“ (Petzold 2000h in Petzold, Müller 2005/2007, 38).

⁴⁰ Petzold prägte diesen Begriff, insbesondere innerhalb des Konzeptes der „persönlichen Souveränität“ (vgl. Petzold, 2005ö; Petzold, Sieper, 2008, Petzold, Orth 2014), (vgl. 3.1.1).

⁴¹ Es geht hier nicht um eine Pathologisierung der Adoleszenz, sondern um das Aufzeigen von möglichen Risiken.

Leistung) und „persönlich individuellen Repräsentationen“ herausgebildet in „lebensgeschichtlichen Mentalisierungsprozessen“ (idem). Bei magersüchtigen oder gefährdeten Jugendlichen könnten diese sich in Sätzen wie: „Ich habe keine Freunde, weil ich dick bin“, „Wenn ich viel leiste, werde ich anerkannt“, „Wenn ich dünn bin, fühle ich mich besser“ ausdrücken. Die veränderte leibliche Selbstwahrnehmung führt zu Dissonanzen mit der Vorstellung von sich selbst, was zu Gefühlen der Fremdheit oder des Nicht – richtig – seins führen kann. (ibid. , 16) Hinzu kommen verbale oder nonverbale Äußerungen des sozialen Umfeldes, die nicht mit der Eigenwahrnehmung übereinstimmen oder diese in schmerzlicher Weise „korrigieren“.

In diesem Zusammenhang sind Schilderungen von Frau M. bezüglich des Erlebens ihrer Tochter J. interessant. So erzählte J., dass ihr erst durch Reaktionen und unsensible Aussagen von anderen Personen wie der Kinderärztin, Mitschülern, Lehrern u.a. bewusst wurde, dass mit ihrem Körpergewicht etwas nicht richtig ist: *„Nachdem ich durch Äußerungen von außen realisiert habe, dass ich zu dick bin, habe ich mich nie mehr wohl gefühlt in meinem Körper. Auch nicht als ich Normalgewicht hatte. Am wohlsten fühlte ich mich in meinem Körper, als ich übergewichtig war, dies aber noch nicht als falsch oder schlecht wahrnahm.“*⁴²

Eine weitere von J. geschilderte Begebenheit verdeutlicht weiterhin das Entstehen von problematischem Selbsterleben und daraus resultierenden Selbstwertproblemen durch lebensgeschichtliche Mentalisierungsprozesse⁴³. So erzählte sie, dass im Biologieunterricht der individuelle BMI errechnet wurde. Die meisten Mitschülerinnen hatten in dieser Zeit eine kindliche Statur, J. schon die einer Jugendlichen mit Tendenz zu Übergewicht (laut Definition). Die meisten Mädchen der Klasse hatten einen BMI von 18 oder weniger. J. traute sich nicht ihren BMI zu errechnen. Im Kopf, so berichtete sie, setzte sich der Gedanke fest, *„wenn ich einen BMI von 18 oder weniger habe, werde ich beliebt sein und viele Freunde haben.“* In der Zeit des Erlebnisses litt J. darunter, keine oder wenig richtige Freundinnen zu haben, fühlte sich oft ausgeschlossen und unter Gleichaltrigen nicht anerkannt. Dies geschah einige Jahre vor Manifestation der Magersucht. Später, als J. begann abzumagern, wurde das von ihr gedachte Traumgewicht zum Zielgewicht.

Die Zeit der Adoleszenz und speziell der Pubeszenz, das wurde, denke ich auch in der Kürze der Darstellung deutlich, stellt sowohl die Jugendlichen, als auch die Eltern vor große Aufgaben. Welche Kompetenzen und Performanzen, welche Ressourcen sind notwendig, um diese Zeit zu bewältigen, insbesondere dann, wenn Störungen im Sinne des ICD 10 wie die Magersucht, auftreten? Was ist für eine gesundheitsfördernde Beziehungsgestaltung zwischen den Eltern (Vater und Mutter) und der Jugendlichen Voraussetzung? Welche Themenfelder gilt es dabei zu betrachten? Welche Unterstützung benötigen Eltern und Jugendliche bei der Umsetzung?

Im folgenden Kapitel werde ich mich diesen Fragen aus integrativ-therapeutischer und integrativ-tanz-und- bewegungstherapeutischer Sicht annähern.

⁴² In einem persönlichen Gespräch mit ihrer Mutter gemachte Aussage von J..

⁴³ D.h. durch „persönlich-individuelle, mentale Repräsentationen der Lebensgeschichte, verschränkt mit kollektiven mentalen Repräsentationen (Werte Normen) des soziokulturellen Hintergrunds herausgebildet (Petzold, 2007d, 6).

3 Beziehungsgestaltung aus einer salutogenen⁴⁴ und integrativ-therapeutischen Perspektive

3.1 Die Entwicklung relevanter Themen

In den vorangegangenen Kapiteln ist folgendes deutlich geworden:

- Die Komplexität einer Essstörung ist nur durch eine mehrdimensionale Betrachtungsweise, die sowohl biologische, soziale, psychische und ökologische Faktoren und deren wechselseitiges Zusammenwirken in den Blick nimmt, zu erfassen und zu verstehen.
- Die Betroffenen einer Essstörung, müssen als Individuen in ihrer spezifischen Lebenswelt betrachtet und verstanden werden. Das gleiche gilt für die Angehörigen des nahen sozialen Netzwerkes.
- Tragende affiliale Bindungen, stellen eine unabdingbare Voraussetzung zu einer gesunden Entwicklung des Menschen dar. In prekären Lebenslagen bilden sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit. In dieser Qualität können Beziehungen als „Medikament“ dienen (Petzold, Müller, 2005/ 2007).

Aus integrativer Sicht spiegelt sich vor allem letzteres in folgender Aussage wieder: „Die Sanierung einer Lebenslage, Verbesserung eines Lebensstils, das ist ein Projekt für ein Netzwerk mit seinen familialen und amikalen Netzwerkmitgliedern und den professionellen Helfern im Netzwerk, ein Projekt für einen „Konvoi“⁴⁵, ein Weggeleit“ (ibid., 53).

3.1.1 Eingebunden sein in Beziehungen, Sorge tragen für sich und andere und die Entwicklung von persönlicher Souveränität

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nehmen die Mitglieder der Familie, insbesondere Eltern und Geschwister, neben Freunden einen wichtigen Platz im „Konvoi“ ein. Wie auch bei anderen psychischen Störungen bekannt, nehmen im Krankheitsverlauf oft die amikalen Bindungen ab und es lastet ein hoher Beziehungsdruck auf der Familie. Das heißt das „Weggeleit“ wird schwächer und die verbleibenden Beziehungen werden einer höheren Belastung ausgesetzt. Die Gefahr, dass diese der hohen Anforderung nicht standhalten ist groß. Je tragfähiger, ressourcenreicher die Beziehungen der sozialen Netzwerke sind, je besser können „stressfull live events“ abgepuffert werden (Petzold, Müller, 2005/ 2007). Daraus folgt, dass die Stärkung der Familien, neben dem Auf- und Ausbau freundschaftlicher Beziehungen zu Gleichaltrigen wichtig ist und ggf. durch professionelle Unterstützung erreicht werden sollte. Altersgemäß geht es um eine Begleitung des Erwachsenwerdens, also um die Entwicklung von persönlicher Souveränität. Im Zusammenhang mit der Adoleszenz wird landläufig vorwiegend von Ablösung und Autonomie gesprochen. Aus integrativer Sicht beinhaltet der Begriff der „persönlichen Souveränität“, sowohl die Sorge um sich, als auch die Sorge um den anderen und das Gemeinwohl. Der

⁴⁴ Der Begriff der Salutogenese beschreibt in Anlehnung an Antonovskys Konzept die Prozesse der Gesundung und nimmt die protektiven Faktoren in den Blick und fokussiert nicht ausschließlich auf pathogene Faktoren (Antonovsky, 1997; Erim, 2013).

⁴⁵ Unter einem „Konvoi“ werden soziale Netzwerke verstanden, die den Mensch auf der Wegstrecke des Lebens begleiten und sich somit verändern (ibid.).

Begriff der Autonomie fokussiert dagegen stark auf die Entwicklung der Interessen des Individuums ohne explizite Benennung des bezogen Seins auf die soziale und ökologische Umwelt (vgl. *Fewer et al.*, 2004).

Die Entwicklung von „persönlicher Souveränität“⁴⁶ stellt ein zentrales Ziel der IT und somit auch der Integrativen Tanz- und Bewegungstherapie dar (*Petzold 2005ö, Willke 2007*). Hier geht es zum einen um eine Arbeit an sich selbst, sich selbst kennen zu lernen, um die Erlangung von innerer Freiheit und innerer Souveränität. Zum anderen geht es um eine Erweiterung der Freiheiten im persönlichen Lebensumfeld in Verbundenheit mit diesem und nicht dagegen, um äußere Souveränität. Die Entwicklung „persönlicher Souveränität“ setzt eine Qualität der Exzentrizität, der Überschau über seinen persönlichen Lebensraum und seine persönliche Lebenszeit, die Fähigkeit der Reflektion, des über sich selbst und damit über andere nachdenken Könnens voraus (*Petzold, Sieper et al.*, 2008). „Persönliche Souveränität“ beinhaltet ein ständiges Aushandeln von Grenzen, ein sich angrenzen, an den Bedürfnissen und Belangen des „Anderen“ (Levinas), unter Berücksichtigung der eigenen Belange und Bedürfnisse. Der Andere mit seiner Souveränität ist die Grenze der eigenen Souveränität. Bei der Entwicklung von Souveränität geht es um Verantwortung, für sich selbst und da aus integrativer Sicht das Selbst immer in seinem Lebenskontext (vgl. 2.1) betrachtet werden muss um Verantwortung für die Anderen und die Lebenswelt (ibid.).

Verantwortung übernehmen und Sorge zu tragen für sich und andere hat in der Erziehungsarbeit und somit in der Familie eine besondere Dimension. So ist es wichtig beides für die Entwicklung einer supportiven, begleitenden, gesundheitsfördernden Beziehung zwischen Eltern und Jugendlichen näher zu betrachten. Insbesondere während einer psychischen Erkrankung eines Jugendlichen kommt es zu Verschiebungen im Bereich der Verantwortungsübernahme und der Sorge für die Heranwachsenden in der Familie. Wie bereits beschrieben führt die Essstörung dazu, dass die Betroffenen immer weniger Verantwortung für sich übernehmen können und ihre Selbstfürsorge auf ein Minimum reduziert ist. Sie scheinen selbst hilflos der Krankheit ausgeliefert zu sein und im Suchtkreislauf gefangen (vgl. 1.5, 1.6). Es steht außer Frage, dass hier Eltern und nahestehende Personen angefragt sind, Verantwortung zu übernehmen und sie auch dazu verpflichtet sind. Was passiert aber in einem Familiengefüge, wenn die Verantwortungsübernahme und damit die Sorge für den Heranwachsenden zwar situationsadäquat, aber nicht mehr altersadäquat ist?

Fakt ist, dass sich die Beziehungen in der Familie, insbesondere zwischen den Eltern (Vater und Mutter) und dem erkrankten Jugendlichen, aber auch zwischen den Geschwistern durch die Essstörung verändern. Die Betroffenen scheinen sich zu entfernen, sind in ihrem Wesen verändert und kaum mehr erreichbar. Die Eltern, hier gibt es Unterschiede zwischen Müttern und Vätern, versuchen Verantwortung für ihre kranken Kinder zu übernehmen und schwanken dabei zwischen übergroßer Sorge, Angst, Hilflosigkeit und der Notwendigkeit der Handlungsfähigkeit und Verantwortungsübernahme.

Dies wird in der Literatur vor allem von Müttern beschrieben⁴⁷ und ist auch den Schilderungen von Frau M (vgl. 1.6) zu entnehmen.

⁴⁶ „Das Konzept der „persönlichen Souveränität“ beinhaltet Konzepte wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Ich-Stärke und Selbstbewusstsein ebenso, wie die „Leibtheorie, Subjekttheorie, Ästhetiktheorie und Gesellschaftstheorie“ (*Petzold, Sieper et al.*, 2008, 254, vgl. *Petzold, Orth 2014*).

⁴⁷ Renate Kunze führte im Rahmen einer Dissertation eine Befragung von Müttern von bulimischen und magersüchtigen Töchtern durch (*Kunze, 2006*). Caroline Wendt beschreibt ihren Kampf um ihre magersüchtigen Zwillingstöchter (*Wendt, 2011*).

Vor allem im Prozess der Gesundung geht es darum, gemeinsam die Angrenzung bezüglich der Verantwortungsübernahme und der Fürsorge, d.h. die „persönliche Souveränität“ aller Beteiligten immer wieder neu auszuhandeln und anzupassen. In diesem Zusammenhang spielt die wechselseitige Empathie, die Mutualität der Empathie eine große Rolle (Petzold, Müller 2005/2007). Dabei geht es um die Fähigkeit sich gegenseitig einfühlen zu können. Auch wenn dies von Seiten der Betroffenen eingeschränkt zu sein scheint, stellt gerade die Mutualität in verschiedenen Bereichen einen wichtigen Baustein zur Wiedererlangung von tragfähigen Beziehungen dar.

Wie der Prozess der Gesundung mit einem steten Aushandeln von Grenzen und so mit Regulierungsprozessen der Nähe in Zusammenhang steht, wird in den folgenden von Fr. M geschilderten Erfahrungen deutlich.

Aus dem Tagebuch:

„Ich war heute Morgen wieder zu bemüht, J. zu helfen. Ich schlug ihr vor, mit ihr spazieren zu gehen. Nach langem hin und her willigte sie ein – ein Fiasko. J. wurde beim Gehen zunehmend verschlossener, wütender, begann zu weinen. Sie wollte sich nicht umarmen lassen – rannte irgendwann voraus. Ich konnte nur hinter her gehen – musste sie ziehen lassen. Mir wurde klar, dass das so ist – ich muss sie gehen lassen, so schlecht es ihr geht.“

Bei dieser Begebenheit wurde Fr. M. ihre Aufgabe deutlich. Sie erkannte, dass es nicht zielführend ist, wenn sie als Mutter einer fast erwachsenen Tochter, diese behandelt wie ein Kleinkind, auch wenn die Haltung und Aussagen der Tochter dieses Verhalten einzufordern scheinen. *„Es ist wichtig, dass sie ihren Weg so weit als möglich selbst bestimmt geht. Ich kann diesen Weg begleiten, in Abstand, wenn sie das möchte.“* Diese Erkenntnis bezeichnet Fr. M. als einen wichtigen Schritt in der Neugestaltung der Beziehung zu ihrer Tochter.

Hier wird ein Thema deutlich, das sich durch die Tagebuchaufzeichnungen und Berichte von Fr. M. zieht: Die Notwendigkeit und Schwierigkeit los zu lassen, dem anderen seine Souveränität zu lassen oder zu ermöglichen, diese zu entwickeln. Dies ist eng verbunden mit der Regulierung der Sorge, um die Tochter.

„Es gab Zeiten, da war die große Sorge um und für meine Tochter sehr angemessen. In der Zeit der allmählichen Gesundung jedoch gab es immer wieder Situationen, in denen die „Sorgenlampe“ ansprang und ich ihr Dinge aus der Hand nahm, Verantwortung für sie übernahm ohne, dass es angemessen oder zielführend war. Auf der anderen Seite sendete J. „Botschaften“, die der „Sorgenlampe Öl zum Brennen“ gab. Hilfreich waren in diesen Situationen mein Mann und mein Sohn, die mir spiegelten, wenn ich mit J, wie mit einem Kleinkind sprach. J. wiederum sprach zeitweise mit dünner, kaum hörbarer Stimme. Ich bemühte mich dann, sie zu verstehen, ging ganz auf sie ein, während die anderen beiden von ihr einforderten so zu reden, dass wir sie verstehen konnten.“

In den Schilderungen von Fr. M. wird deutlich, dass die einzelnen Familienmitglieder sehr unterschiedlich mit der Sorge um J. umgingen. Hr. M. brachte seine Sorge eher im Gespräch mit seiner Frau zum Ausdruck und machte immer wieder deutlich, dass J. ihren Weg gehen müsse. Im Gespräch mit J. versuchte er andere Themen, wie Tagespolitik, Kultur etc. zu etablieren. In den Gesprächen zwischen Fr. M. und ihrer Tochter dominierten lange Zeit Themen rund um die Krankheit. Der jüngere Bruder (S.) von J. wiederum suchte vor allem Kontakt zu Gleichaltrigen. Es fiel ihm lange Zeit schwer mit den Eltern über seine Sorge um die Schwester und vor allem auch über seine eigenen Probleme zu reden. Zwischen den Geschwistern verschob sich das Verhältnis große Schwester, kleiner Bruder. Es

bestand ein beidseitiges Bemühen, den Kontakt zu einander nicht zu verlieren. Die Beziehungen wieder neu zu sortieren, neu zu gestalten und, wieder alters- und rollengerecht auszuhandeln ist eine wichtige Aufgabe der Familie auf dem Weg der Gesundung des erkrankten Familienmitgliedes (vgl. Fichter 2009). Dies kann auf sehr unterschiedliche Weise geschehen. So wie die an einer Essstörung leidenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen professionelle Hilfe benötigen, so ist es auch für die Familien wichtig professionell unterstützt zu werden. In vielen Einrichtungen, wird eine solche Hilfe in Form von Eltern- oder Familienseminaren oder durch eine begleitende Familientherapie angeboten (ibid.).

Die Familie M konnte an einer Familientherapie⁴⁸ teilnehmen, die in der Jugendhilfeeinrichtung, in der die Tochter nach den beiden Klinikaufenthalten lebte, begleitend angeboten wurde. Daran beteiligte sich die ganze Familie. Der Tagebucheintrag von Fr. M. am Ende der insgesamt 10 Sitzungen umfassenden Familientherapie verdeutlicht die Entwicklung in der Familie:

„Es hat sich vieles beruhigt bei uns in der Familie und auch wieder normalisiert. Es gibt Nähe und Distanz, Gespräche, Auseinandersetzung und vor allem wieder einen unbeschwertem Umgang. Sowohl J. als auch S. fragen uns an, wenn sie etwas brauchen und gestalten ihren Weg ins Erwachsen werden. Wir sind wieder das, was wir sind: Eltern von einer erwachsenen Tochter und einem jugendlichen Sohn, deren Aufgabe es ist, diese auf dem selbstständig werden zu begleiten. Eltern die ihren Beruf und ihre Interessen haben und sich gegenseitig haben. Die Krankheit ist ein Teil von unserer Familiengeschichte, sie ist vom Erleben her präsent, hat aber ihren Schrecken verloren und bestimmt nicht mehr unseren Familienalltag.“

Es ist in den Aussagen von Frau M. deutlich geworden, dass die Eltern in der akuten Krankheitszeit unterschiedlich mit der Sorge, um die Tochter umgegangen sind. Während es für die Mutter phasenweise kein anderes Thema gab, als die Magersucht der Tochter, fand der Vater vor allem bei der Arbeit Abstand davon. Auch wenn die Involvierung der Eltern unterschiedlich war, stellte gerade die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Magersucht der Tochter und die gemeinsame Suche um eine Neugestaltung der Beziehungen und der Sorge um- und füreinander eine wichtige Voraussetzung für einen Weg der Tochter aus der Krankheit dar. Die Betroffenen benötigen, sowohl die Unterstützung der Mütter, als auch der Väter. Bisher ist in der Literatur, sowohl bei der Ursachensuche, als auch beim Engagement gegen die Essstörung eine klare Mütterzentrierung zu verzeichnen. Die Mütter scheinen sich besonders verantwortlich zu fühlen, etwas gegen die Essstörung ihrer Töchter oder Söhne zu unternehmen. Dies spiegelt sich auch in der Besucherstruktur von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen wieder, in denen überwiegend Mütter vorstellig werden.⁴⁹ Auch das bereits angeklungene Thema der Ursachensuche und die damit verbundene Schuldfrage scheint vor allem die Mütter zu treffen. Sie scheinen empfänglicher als die anderen Familienmitglieder zu sein, die Schuld bei sich zu suchen.

Dies etwas genauer zu betrachten ist der Inhalt des nächsten Abschnittes.

⁴⁸ hierzu-Familientherapie-Konzepte der IT: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2010g-hrsg-integrativ-systemische-arbeit-familien-systemische-entwicklungs-netzwerktherapie.pdf>.

⁴⁹ (vgl. Fichter 2009; Kunze 2006; Frauen für Frauen, Jahresbericht 2013)

3.1.2 Die Zentrierung auf die Mutter-Tochter-Beziehung beim Thema Essstörungen und daraus resultierende Folgen und Erfordernisse

Im Folgenden werde ich mich der Frage zu wenden, warum vor allem die Mütter in der neueren Literatur (z.B. Gerlinghoff, Backmund), wenn auch unterschwellig, und in der Meinung von Außenstehenden (so die Erfahrung von betroffenen Müttern⁵⁰) verantwortlich gemacht werden für die Entstehung der Magersucht, bzw. der Essstörung. Zum anderen scheinen sich vorwiegend die Mütter besonders verantwortlich für den Kampf gegen die Magersucht zu fühlen, was sich durchaus in Überengagement äußern kann. In der Literatur sind es ebenfalls vorwiegend die Mütter, die zu Wort kommen, bzw. sich äußern. Mir ist jedenfalls kein Buch bekannt, in dem Väter über ihre Erfahrungen mit der Essstörung ihrer Kinder ausführlich berichten⁵¹ oder durch Befragungen zu Wort kommen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die Gedanken von Frau M.:

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mich als Mutter sehr in der Pflicht fühlte, mich voll und ganz der Krankheit meiner Tochter zu widmen. Es fiel mir sehr viel schwerer Abstand zu finden, einen Schritt zurück zu treten, im Gegensatz zu meinem Mann. Ich hatte eine 24h Bereitschaft und ein großes Bedürfnis immer für sie da zu sein und mich eingehend mit der Krankheit (Ursachen, Hilfen etc.) zu beschäftigen. So trafen mich Schuldzuweisungen von außen und waren sie nur unterschwellig, sehr viel heftiger als meinen Mann. Als Mutter versagt zu haben, dieses Gefühl konnte ich nur mit großer Anstrengung auf Abstand halten. Dahinter entdeckte ich ein Bild der allmächtigen, einflussreichen Mutter, die alles gut oder alles falsch machen kann, vor allem in den ersten Lebensjahren. Dieses Bild entspricht nicht meinem Wissen und auch nicht meiner Einstellung über das Mutter sein und doch wirkt(e) es.“

Deutlich wird in dieser Aussage, wie die Zuschreibung der „allmächtigen Mutter“ wirkt auch wenn die betreffende Mutter eine ganz andere Meinung vertritt und sich von diesem Bild distanziert.

Das Phänomen der „Mutterzentrierung“ aus evolutionstheoretischer, kulturhistorischer, neurobiologischer und sozialpsychologischer Perspektive zu beleuchten wäre durchaus lohnend. Dies in der Breite und der Tiefe zu tun, würde eine eigene Arbeit darstellen und kann deshalb hier nicht geleistet werden. So werde ich mich auf ausgewählte Gedanken zu dieser Thematik beschränken.

Männer und Frauen sind verschieden aus den aufgeführten Perspektiven, das ist unbestritten.⁵² So ist auch die Rolle von Männern und Frauen in der Familie als Väter und Mütter unterschiedlich. Eine paternale Fürsorge sieht anders aus, als eine maternale. Aber es gibt beide. Vorwiegend in tiefenpsychologischen Ansätzen scheint die Wichtigkeit mehrerer Bezugspersonen von Anfang an ausgeblendet oder gar verleugnet zu werden. In psychodynamischen Erklärungsansätzen wird der Mutter-Kind-Beziehung, vor allem in der frühkindlichen Entwicklung eine immens hohe Bedeutung zugeschrieben. Kommt es hier zu Störungen in der Beziehung und somit der Bindungsentwicklung ging man lange davon aus, dass es zu irreparablen Schädigungen kommt. Störungen in der Jugendzeit wurden

⁵⁰ Dies berichten Mütter in der von Kunze durchgeführten Befragung (Kunze 2006) und ist auch den Schilderungen von Fr. M zu entnehmen.

⁵¹ In dem Elternratgeber von Gerlinghoff und Backmund (2010) gibt es zwei Aussagen von Vätern zur Erkrankung ihrer Töchter und ihrem Umgang damit.

⁵² Dazu gibt der Vortrag von Prof. H.G.Petzold anlässlich des 25 jährigen Bestehens der DGT, abgedruckt im Forum Tanztherapie 2006 einen guten Überblick : Petzold, H.G. (2005t).

so vorwiegend als Ausdruck frühkindlicher Entwicklungsstörungen gesehen.⁵³ Auf diesem Hintergrund scheint es logisch, eine Essstörung als eine kausale Folge einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung zu sehen. Möglicherweise ist dies eine Ursache der Mütterzentrierung beim Thema Essstörungen und generell bei Störungen der kindlichen und jugendlichen Entwicklung.

Durch neuere Forschungen, die den gesamten Kontext (biopsychosozial) umfassen, konnte dies zum einen nicht bestätigt werden. Zum anderen wurde, wie bereits aufgezeigt (vgl. 1), deutlich, dass es sich insbesondere bei der Entwicklung einer Essstörung um ein multifaktorielles Geschehen handelt und keine klaren Kausalitäten aufgestellt werden können (Herpertz et al. 2008). Weiter zeigen die Betrachtungen von Beziehungen aus integrativer Sicht (vgl. 2.2), dass auch hier keine linearen Kausalitäten und Vorhersehbarkeiten angenommen werden können.

Dennoch scheint sich m.E. in den Köpfen vor allem von akademischen Müttern festgesetzt zu haben, dass sie, wenn sie nur alles richtig machen, verhindern können, dass ihre Kinder krank, delinquent oder Drogen abhängig werden oder anderen Widerfahrnissen ausgesetzt sind. Es ist bei Zusammenkünften von Eltern, ob bei Elternabenden, privat oder bei einschlägigen Vorträgen zu beobachten, wieviel Energie vor allem die Mütter, aber auch Väter, investieren um das Beste für ihr Kind zu erreichen und dabei oft über das Ziel hinaus schießen. Der Begriff „Helikopter“⁵⁴ - Eltern beschreibt diese Bemühungen, sein Kind vor allem zu schützen und optimal zu fördern m.E. treffend. Im Umkehrschluss wird dann die Krankheit eines Kindes als persönliche Niederlage gesehen von innen und von außen.

In einer von *Renate Kunze* im Rahmen einer Dissertation an der Universität Heidelberg durchgeführten Befragung von Müttern, deren Töchter⁵⁵ an Magersucht oder Bulimie erkrankt sind, beschreiben die Mütter eine massive psychische Belastung. Diese drückt sich in verschiedenen Emotionen aus, wie Hilflosigkeit und Ohnmacht, Angst und Sorge, Schuld- und Versagensgefühle. Gerade das Gefühl versagt zu haben, für die Krankheit, das Elend der Tochter verantwortlich zu sein, wog für die befragten Mütter⁵⁶ besonders schwer. Geht man davon aus, dass das Gefühl versagt zu haben, unzulänglich zu sein und verantwortlich zu sein, Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Mütter hat, wirkt es weiter destabilisierend, wenn Schuldzuweisungen von Außenstehenden hinzukommen. Eine Mehrzahl der Mütter schilderte, dass sie diese als sehr belastend empfanden, auch wenn sie diese als unberechtigt empfanden. Andere Mütter wiederum hatten sich durch Aussagen in der Fachliteratur oder von Ärzten und Therapeuten die Schuldfrage zu Eigen gemacht, so dass sie sich die Hauptschuld an der Erkrankung ihres Kindes gaben, auch wenn sie nicht genau benennen konnten, welcher konkrete Inhalt ihre individuelle Schuld hat (Kunze, 2006). Auch *Caroline Wendt*, die ein Buch über die Magersucht-Erkrankung ihrer Zwillingstöchter geschrieben hat, berichtet von Schuldzuweisungen und vorschnellen Urteilen insbesondere von Seite der Professionellen (Wendt, 2011). In der Befragung von Renate Kunze wird ein Zusammenhang zwischen der massiven psychischen Belastung, insbesondere durch Gefühle der Hilf- und Machtlosigkeit, des allumfassenden Versagens und der Schuld und gesundheitlichen Problemen deutlich. Zwei Drittel aller befragten Mütter berichteten von psychischen oder psychosomatischen Problemen oder Erkrankungen, die in Folge der Erkrankung ihrer Töchter auftraten. Bei einigen führte dies dazu, dass sie

⁵³ Vgl. dazu *Petzold 2007d* und *Fewer, Sieper, Petzold, 2004*.

⁵⁴ Immer wieder taucht dieser Begriff in Zeitungsartikeln und Radiosendungen auf im Zusammenhang mit den Bemühungen von Eltern, ihren Nachwuchs optimal zu fördern und vor allen potentiellen Widerfahrnissen zu schützen.

⁵⁵ Bei der Befragung nahmen ausschließlich Mütter von Töchtern teil.

⁵⁶ 8 von 10 Mütter gaben in der Befragung Schuld- und Versagensgefühle an.

ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, einige nahmen für sich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch.

Wie Väter mit der Belastung umgehen, wird in der Befragung von Renate Kunze ausschließlich durch die Aussagen der Mütter beschrieben. Im Wesentlichen wird hier das Problem einer Mehrzahl der Mütter angesprochen, sich nicht ausreichend von den Vätern unterstützt zu fühlen. Die von den Müttern beschriebenen Väter gehen anders mit der Situation um und zeigen zumindest nach außen hin mehr Distanz zur Erkrankung der Tochter. Es wird jedoch auch deutlich, dass die Väter unter der Situation leiden, mit den Gefühlen z.B. der Hilflosigkeit jedoch anders umgehen. Hier wäre es spannend, gezielte Befragungen von Vätern durchzuführen, um diese selbst zu Wort kommen zu lassen.

Eine große Rolle bei der Bewältigung der belastenden Situation spielt der Umgang der Partner miteinander. Gelingt es ihnen, es als gemeinsame Aufgabe, wenn auch verschiedenen ausgeführt, zu sehen, die Tochter zu unterstützen, kann dies als protektiver Faktor gesehen werden. Verlieren sich die Partner jedoch in gegenseitiger Schuldzuweisung oder negieren die Sorgen und Befürchtungen des anderen, hat dies direkte Auswirkungen auf das Belastungsempfinden des jeweiligen Partners (Kunze, 2006).

Hier wird deutlich, wie wichtig es aus der Perspektive einer Salutogenese ist, die Eltern, Mütter und Väter, zu unterstützen, ihre Hilflosigkeit zu überwinden, in Inter-Aktion zu kommen und Schuldgefühle nicht zu forcieren. Weiter geht es auch um eine Stärkung der partnerschaftlichen Beziehung der Eltern zueinander und um die Weitung des Blickes für andere Themen und Inhalte innerhalb und außerhalb der Familie.

Inzwischen scheint der Paradigmenwechsel im Umgang mit den Familien, der von Essstörung betroffenen Jugendlichen, den *Manfred Fichter* in seinem bereits zitierten Buch (*Fichter 2009*) beschreibt, in der Literatur und in der klinischen Praxis angekommen zu sein. Es gilt inzwischen als unbestritten, dass eine Einbeziehung der Familie mit Blick auf eine Ressourcenorientierung einen wichtigen Baustein in der Behandlung von Essstörungen darstellt.⁵⁷

Eltern sollten gestärkt und befähigt werden ihre Töchter und Söhne auf dem Weg aus der Essstörung begleiten zu können, eine verlässliche Größe im „Konvoi“ zu sein. Eine Voraussetzung, um unterstützend wirken zu können, ist für die Eltern, sich handlungsfähig zu fühlen und somit ein stabiles, souveränes Gegenüber darstellen zu können. Um ihre Kinder supportiv begleiten zu können, ist es wichtig, altersgerechte Beziehungsangebote herzustellen und in der Lage zu sein, sich auf die Themen ihrer Kinder, so belastend diese auch sind, einlassen. Es ist weiter wichtig, dass die Eltern ihre Grenzen im „Kampf“ gegen die Essstörung erkennen und sich professionelle Hilfe suchen und sich auf diese einlassen.

⁵⁷ Dies wird in der gesamten von mir verwendeten Literatur zum Thema Essstörungen bzw. Magersucht, auch wenn in unterschiedlicher Gewichtung, so beschrieben.

3.1.3 Ressourcenorientierung und Resilienzförderung

Im Folgenden werde ich die Bedeutung einer Ressourcenorientierung und Resilienzförderung für die Unterstützung und Stärkung der familialen Beziehungen und somit der nahen sozialen Netzwerke weiter ausführen.

Ressourcenorientierung und Resilienzförderung sind Begriffe, die in der psycho-sozialtherapeutischen Praxis eine große Rolle spielen. Was verbirgt sich hinter diesen Begriffen aus Sicht der Integrativen Therapie? Hier eine Definition, die sich auf die verschiedenen Ebenen der Ressourcen bezieht:

„Ressourcen sind alle erdenklichen Mittel der Hilfe und Unterstützung, ja die Prozesse des Supports selbst mit denen Belastungen, Überforderungssituationen und Krisen bewältigt werden können:

Innere Ressourcen/Stützen, wie physische Vitalität, emotionale Tragfähigkeit, Willensstärke, Intelligenz, geistige Werte, aber auch äußere Ressourcen/ Stützen wie Freunde, soziale Netzwerke (Moreno), Unterkunft, Geld. Ressourcen tragen dazu bei, die Stabilisierung einer erschütterten Persönlichkeit, einer zerrütteten Familie, eines maroden sozialen Systems, einer desorganisierten Organisation zu ermöglichen, die Selbstregulationskräfte und Interaktionskompetenz des Systems mit der Umwelt zu restituieren und darüber hinaus derartige Konsolidierungen überschreitende Entwicklungen auf den Weg zu bringen und zu fördern“ (Petzold 1968a, 43 in: Petzold 1997p (Neueinstellung 2012), 3).

Eine Ressourcenorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang, Ressourcen und protektive Faktoren nicht nur als Hilfsmittel zur Bewältigen widriger Umstände zu verstehen, sondern als Quelle für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gesundheit.

„Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich als ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/ Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale kokreativ und konstruktiv entfalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden (Wellness) entwickelt“ (Petzold 1992 a, 553 in: *ibid.*, 5).

Im Zusammenhang mit der Fähigkeit, widrige Lebensereignisse unbeschadet zu überwinden und Gesundheit zu erhalten, bzw. wieder herzustellen wird von Resilienz gesprochen. Ein Thema das zunehmend die Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit erlangt.⁵⁸ Wie entstehen Resilienzen und welche Rolle spielen sie bei der Überwindung von psychischer Krankheit, hier im Speziellen von Essstörungen? Ist die Störung nicht Ausdruck davon, dass keine Resilienzen entwickelt wurden und die Ressourcen und protektiven Faktoren

⁵⁸ Dies zeigt sich z.B. im Erscheinen eines Buches mit dem Titel: „Resilienz – Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft“ von *Christina Berndt*, das im Erscheinungsjahr 2013 in den Bestsellerregalen großer Buchhandlungen ausgestellt war.

nicht ausreichend waren um die Entwicklung zu verhindern? Welche Rolle kann die Entwicklung von Resilienzen durch eine Überwindung der Krankheit bei der Prävention, bzw. Rückfallprophylaxe spielen? Dies sind wichtige Fragen im Kontext dieser Arbeit.

Unter Resilienz versteht man eine psychologische und psychophysische Widerstandsfähigkeit, die den Menschen befähigt, Belastungen im psychischen und psychophysischen Bereich unbeschadet zu überstehen und zu meistern. Vor allem in der Trauma- und Trauerforschung spielt die Betrachtung der Fähigkeit, Resilienz bzw. Resilienzen auszubilden eine große Rolle (*Petzold, Müller 2004c; Petzold 2012b; Bonanno 2012*).

Petzold spricht von Resilienzen, da diese verschieden für unterschiedliche Anforderungen ausgebildet werden und definiert diese wie folgt:

„Resilienzen sind genuine Widerstandskräfte gesunder Menschen, die einerseits in ihrem genetisch, disponierten Bewältigungspotential liegen und die andererseits in submaximalen, bewältigbaren Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, erworben bzw. ausgebildet werden konnten. Solche erworbene Resilienzen haben eine Art „psychischer Immunität“ gegenüber erneuten, ähnlich gelagerten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die Bewältigungskompetenz des Subjekts bei Risiken und „stressfull life events“ (*Petzold 2012b in: Bonanno 2012, 224*).

Resilienzen entstehen nach diesem Verständnis im Zusammenspiel von internalen und externalen Einflüssen in Form von protektiven Faktoren. Es handelt sich im integrativen Verständnis um progredierende circuläre Prozesse. So spricht *Petzold* vom „protective factor-resilience-cycle“ der wie folgt aussehen könnte:

„Belastung/ Überlastung – externale protektive Faktoren – erfolgreiches coping/ buffering – Resilienz / internaler Schutzfaktor – Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse – Resilienzen – Entwicklungsaufgaben – externale protektive Faktoren – erfolgreiches creating – usw.“ (*ibid. , 227*).

Nach diesem Modell könnte das optimale Nutzen und Aktivieren von protektiven Faktoren und Ressourcen im Zusammenhang mit dem Versuch, die Essstörung eines Familienmitglieds zu überwinden, zur Ausbildung von Resilienzen und wiederum einer verbesserten Nutzung von vorliegenden, aber noch zu aktivierenden Ressourcen, also protektiven Faktoren, führen. So hat das Resilienzkonzept m.E. eine hohe Relevanz bei dem Versuch einer Familie, das erkrankte Mitglied beim Gesundwerden zu unterstützen und die Gesundheit des Systems zu erhalten. Selbstverständlich gilt dies in hohem Maße auch für die Betroffenen selbst. Wie bereits dargestellt, kann gerade die Familie, je „funktionsfähiger“, desto besser, einen wichtigen protektiven Faktor für die von einer Essstörung betroffenen Menschen darstellen. Das heißt, je mehr Beteiligte, Netzwerke gestärkt werden und deren protektive Faktoren und Resilienzen zur Entfaltung kommen, je breiter ist die Basis, auf der die Überwindung der Krise stattfinden kann und weitere belastende Lebensereignisse abgepuffert werden können. Dies wiederum kann m. E. einen wichtigen Beitrag bei der Rückfallprophylaxe spielen.

3.1.4 Die Relevanz von Trost und Beistand bei der Überwindung von Krisen

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Magersucht und in Vorbereitung zu dieser Arbeit beschäftigte ich mich mit dem „Trostkonzept“, das innerhalb der IT in Verbindung mit Trauer und traumatischen Lebensereignissen entwickelt wurde. Die Konzepte der Integrativen Traumatherapie (Petzold, 2004l)⁵⁹ verdeutlichen die immense Bedeutung und Wirkung von Trost und Beistand für die Überwindungsarbeit, die Entwicklung einer neuen Sicht auf das Leben. Bonnanos Forschungen zum Thema Trauer, veröffentlicht in der deutschen Übersetzung (2012) mit dem Titel: „Die andere Seite der Trauer“ werfen ein neues Licht auf das Thema und unterstreichen die bisherigen Konzepte der IT im Bereich der Trostarbeit. Ich greife im Folgenden die Aspekte heraus, die mir im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit sinnvoll erscheinen.

Traumatische Lebensereignisse setzen in der Regel eine Stressreaktion in Gang, es kommt zu Hyperstress, zu einer Übererregung, zum Hyperarrousel - ein Notfallprogramm. Findet keine Beruhigung statt, so können geringe Belastungen dieses Notfallprogramm aktivieren und es entsteht eine Dauerstressreaktion mit weitgehenden psychophysischen und psychosozialen Folgen und einer negativen Genregulation (vgl. 2.1). Die Notwendigkeit einer „down regulation“, also das Ziel Beruhigung herzustellen, legt Petzold u.a. in den o.g. Ausführungen dar (vgl. auch Petzold 2002j). Trost kann viele Gesichter haben – die wirksamste Form ist der Beistand eines nahestehenden Menschen, das Gefühl auch und gerade in dieser Situation nicht alleine zu sein. Sich einem anderen Menschen anvertrauen zu können, sich auf ihn in der Not stützen zu können, hat nachweislich eine heilsame Wirkung (Bonanno, 2012; vgl. auch Petzold, Müller 2005/2007). Es sind beruhigende, versichernd intonierte Worte, aber auch Gesten und Berührungen, die umso wirksamer sind, je mehr Vorerfahrung guter, protektiver Zwischenmenschlichkeit vorhanden ist (Petzold 2003a). Erleben Kinder innige Nahraumbeziehungen, in denen sie Geborgenheit, Zuspruch und Trost erfahren. kommt es zu Prozessen der Interiorisierung, in denen diese Erfahrungen gemeinsam mit der eigenleiblichen Reaktion darauf abgespeichert werden (vgl. 2.1). Diese „Verinnerlichungen“ ermöglichen es sowohl sich selbst, als auch anderen Menschen gegenüber Liebe zu empfinden, empathisch zu sein, und Trost zu spenden (Petzold 2012e). Durch die Erfahrung der Beruhigung, des Trostes durch andere Menschen lernen wir so schon als Kind und weiter in der Lebensspanne durch Interiorisierung, uns selbst zu trösten, zu beruhigen und Zuspruch zu geben (Petzold 2007; 2012b).

Es gibt die generelle Fähigkeit des Menschen, Trost zu spenden. Es handelt sich um ein Programm, das bei Bedarf abgerufen werden kann auch gegenüber bisher fremden Menschen. Weiter ist es möglich in anderen Dingen, in der Natur, in bestimmten Aktivitäten, in der Bewegung, im Tanz, in der Beziehung zu Tieren, Beruhigung und Trost zu finden. Die Basis dazu liegt wohl ebenso in der Interiorisierung von guten, tröstlichen Erfahrungen durch andere Menschen und durch die Erfahrung von Verbundenheit mit allem Lebendigen, mit der Natur, mit unserer Umwelt. Besonders auf die Wirkung von Natur, Bewegung und Tanz werde ich später noch eingehen (vgl. 3.2).

Die Tatsache, dass das eigene Kind an Magersucht erkrankt ist, stellt für die Eltern und die gesamte Familie eine enorme Belastung dar, das ist bisher deutlich geworden. Neben Gefühlen wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Schuld und Versagen stehen Gefühle des Verlustes und der Trauer. Es kann zu Stressreaktionen kommen mit gesundheitlichen Folgen, wie bereits dargestellt (vgl. 3.1.2.). In dieser Situation Trost, Zuspruch und Unterstützung zu

⁵⁹ Vgl. Petzold, 2008e; 2007r ; Petzold et.al, 2002

bekommen, kann wiederum Gesundheit generieren. Auf der anderen Seite benötigt das erkrankte Kind Trost und Beistand, jemanden der zuhört, der da ist, der die Beziehung hält, der keine Vorwürfe macht, es mit aushält, dass es auf und ab geht, der an die Kraft des Betroffenen glaubt. Es ist die Frage, ob Eltern das leisten können und ob Jugendliche, diesen Trost und Beistand bei ihren Eltern suchen. Eltern machen durchaus die Erfahrung, dass ihre erkrankten Kinder kaum mehr in der Lage sind Beziehungen außerhalb der Familie aufrecht zu erhalten und so Hilfe und Unterstützung, wenn auch nicht immer direkt, in der Familie suchen.⁶⁰

Geht man davon aus, dass die tröstende und heilende Wirkung von Beziehungen⁶¹ umso wirksamer ist, je tragfähiger und vielfältiger sie sind, je stärker der „Konvoi“ ist (Petzold, Müller 2005/07), so geht es darum, möglichst alle vorhandenen Beziehungen zu stärken und auszubauen. In schwierigen, krisenhaften Lebenslagen, wie sie die Erkrankung an einer Essstörung auch für die Angehörigen und Freunde darstellt, Trost und Beistand zu erfahren, kann als ein protektiver Faktor gesehen werden und somit als Basis zur Ausbildung von Resilienzen. Trost wirkt dabei auf verschiedenen Ebenen – biopsychosozial: physiologisch durch eine Beruhigung (quenching) von Hyperstressreaktionen (Hyperarousal); psychologisch durch ein Gegensteuern und Verhindern von Stresseemotionen, negativen Kognitionen und der Schwächung von Volitionen; sozial durch das gezielte Aufbauen von positiven Beziehungen, um dysfunktionales Sozialverhalten zu verhindern (Petzold 2007r, 5f). Es geht dabei um Trostarbeit, um mehr als einmaliges Trösten. Dies kann auch in familialen neben amikalen und professionell therapeutischen Beziehungsprozessen geleistet werden. Voraussetzung ist ein verlässliches, belastbares Beziehungssystem, in der Qualität von Konvivialität – eines guten Miteinanders, einer wechselseitigen Wertschätzung, Zugewandtheit und eines Engagements füreinander, getragen von wechselseitiger Empathie (Petzold 2007r). Um Beziehungen in Konvivialität fördern bzw. herstellen zu können ist ein Wissen um Herzensdinge, ein Wissen um gute Alltäglichkeit, um das was Sinn stiftet wichtig. Begriffe wie Herz, Innigkeit, Würde, Trost, Treue, Sanftheit, Friede sind wichtig und sollten mit Leben gefüllt werden auch und insbesondere in der Familie (Petzold, Müller 2005/07; Petzold, Sieper 2012e). Hier handelt es sich m.E. um zentrale Inhalte einer salutogenen, wechselseitigen Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie und nicht nur beim Auftreten von Essstörungen.

3.1.5 Erfahrungen des Beistandes und des Trostes, der Hilfe und Unterstützung – die Wirkung von unterschiedlichen protektiven Faktoren

Es gibt einige Erfahrungsberichte, insbesondere von Müttern bezüglich der Schwierigkeiten, mit der Magersucht der Tochter um zu gehen und der Bemühungen, sie beim gesund werden zu unterstützen (vgl. Kunze 2006; Wendt 2011). Die Frage, was den Familien konkret geholfen hat, die Krise zu überwinden, wird meist nur am Rande beantwortet. So möchte ich nun an Hand der Erfahrungen von Fr. M. die Wirksamkeit unterschiedlicher protektiver Faktoren beleuchten. In ihren Schilderungen benennt sie Faktoren aus dem materiellen, persönlichen und ökologischen Bereich, die sie und ihre Familie als tragend und hilfreich erlebt haben.

„Im Abstand betrachtet gab es eine große Bandbreite von protektiven Faktoren, im persönlichen, zwischenmenschlichen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Bereich, die tröstlich und unterstützend wirkten. Wir konnten auf eine Vielzahl von Ressourcen zurück-

⁶⁰; Dies entspricht auch der Erfahrung von Fr. M.; Vgl. Fichter 2009; Wendt 2011.

⁶¹ Petzold und Müller sprechen von: „Beziehungen als Medikament“ (Petzold/ Müller 2005/2007, 31).

greifen nicht zuletzt im Bereich des Materiellen. Dies ist nicht zu unterschätzen, hätte aber nicht weiter getragen, hätte es nicht Menschen gegeben, die da waren, die zugehört haben, die mit ausgehalten haben, die immer wieder nachgefragt haben auch auf die Gefahr hin wenig Erfreuliches zu hören. Es gab Freunde, Familie, KollegInnen, Nachbarn, Eltern von Freundinnen unserer Tochter die da waren. Hinzu kamen Menschen, die wir aus den unterschiedlichsten Zusammenhängen kannten und die an unserer Situation teilnahmen, in dem sie ebenfalls nachfragten und zuhörten. Es gab auch Freunde, die uns nicht unterstützen konnten, denen die Suche nach der Ursache und der Schuld (bei uns) wichtiger war und so eher zur Beunruhigung als zur Beruhigung beitrugen. Zu den tragenden Beziehungen aus unserem persönlichen Umfeld kamen Beziehungen zu Professionellen des Hilfesystems (Niedergelassene Ärzte, Klinik, Jugendhilfeeinrichtung), zu dem wir verhältnismäßig schnell Zugang bekamen. Da hatten wir viel Glück! Gerade die Erfahrung professionelle Hilfe zu bekommen, Verantwortung abgeben zu können, kompetente, wertschätzende Unterstützung zu erhalten war elementar. Ohne diese Hilfe hätte auch unser soziales Netz, das m.E. nicht schlecht aufgestellt war, nicht getragen.“

In den Ausführungen von Frau M. wird deutlich, dass es ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren bedarf, um eine Krise, wie die Magersucht der Tochter sie darstellt zu bewältigen. Materielle Ressourcen spielen dabei ebenso eine Rolle, wie das Zurückgreifen auf ein soziales Netz. Stehen einer Familie nur unzureichend materielle Mittel zur Verfügung, hat dies weitreichende Folgen. Nicht zuletzt erschwert es den Zugang zum Hilfesystem enorm, bzw. sind die zusätzlichen Kosten, die mit einer Erkrankung eines Familienmitgliedes zusammenhängen nicht oder kaum zu tragen. Hier ist es erforderlich den Familien neben beratender und therapeutischer Hilfe auch materielle Unterstützung zu ermöglichen.⁶²

Interessanterweise benennt Frau M. eine Vielzahl an Beziehungen unterschiedlicher Qualität als hilfreich. Da sind enge Freunde, auch die der Kinder genauso wichtig, wie Personen, die weiter entfernt sind, aber durch ihre Anteilnahme unterstützend wirken. Es klingt auch an, dass nicht alle Beziehungen der besonderen Belastung standhalten. Sehr deutlich unterstreicht Frau M. die Wichtigkeit professioneller, therapeutischer Hilfe trotz der guten Ressourcenlage der Familie. Die Notwendigkeit professioneller Hilfe für die ganze Familie ist bereits an verschiedenen Stellen dieser Arbeit beschrieben worden (vgl. 1.7; 3.1; 3.1.5).

Ein weiterer wichtiger Bereich nimmt in den Schilderungen von Fr. M. die Beschreibung der Umgebung, der je spezifischen Ökologie, der jeweiligen Einrichtung, in der die Tochter Hilfe fand, ein. Es wird im folgenden Text deutlich, welche immense Bedeutung die Lage der Einrichtungen (Klinik, Jugendhilfeeinrichtung) die Beschaffenheit der Gebäude und die damit verbundene Atmosphäre inklusive der Grundhaltung der Professionellen den Klienten/ Patienten und ihren Angehörigen gegenüber haben.

„Es gab für unsere Tochter gute Orte, an denen wir ein gutes Gefühl hatten sie zu lassen und es für sie in Ordnung war zu bleiben. Es waren Orte, zu denen wir gerne gingen und uns auch wohl fühlten.

Da gab es die Klinik in einer Stadt mit malerischer Umgebung. Das charmante Gebäude lag in einem grünen Tal auf einer Anhöhe inmitten eines Parks. Der Weg vom Parkplatz zum Eingang führte vorbei an einer Pferdekoppel, gesäumt von großen Kastanienbäumen und Tannen bergauf. Als wir das erste Mal zusammen mit unserer Tochter in der Eingangshalle saßen und auf den Oberarzt warteten, war es die Gesamtatmosphäre, die mir/ uns das Gefühl gab, hier sind wir richtig. Da war die ansprechende Gestaltung des Foyers,

⁶²Vgl. Petzold2007d

die freundliche Dame am Empfang, die bunten Bilder an den Wänden und vor allem die Jugendlichen, die vorbei kamen und sich offensichtlich in dieser Umgebung wohl fühlten. Dieser erste Eindruck wurde durch die wertschätzende, herzliche, kompetente Art der Mitarbeiter von der Sekretärin bis zum Oberarzt komplettiert. Jedes Mal, wenn wir am Parkplatz, der parallel zu einem Bach verlief, ausstiegen und ich den Tannenduft in die Nase bekam, umfing mich dieses tröstliche Gefühl, zu wissen: „Gut, dass es für J. und für uns diesen Ort gibt“. Dieses Wissen wurde zu einem Grundgefühl, das auch wirkte, wenn es J. schlechter ging oder es weniger Erfreuliches gab.“

In der Integrativen Therapie stellt die Betrachtung der Ökologie, als Kontextfaktor eine Basis therapeutischen Handelns dar.⁶³ Die Entwicklung einer „Ökopsychosomatik“⁶⁴ bezieht sich auf die „positiven, aufbauenden und negativen, schädigenden Auswirkung von Mikro-Meso- und Makrokontexten (Wohn-Arbeitsräumen, Heim und Kliniken, Quartieren, Stadt und Landschaften)...“ (Petzold1990g in: idem 2007d, 35). Die positive Ausstrahlung einer therapeutischen Einrichtung (hell, freundlich, in schöner Umgebung, z.B. mit Garten o. Park) wirkt auf die Menschen entspannend, aufbauend und stressmindernd und trägt so zu Wohlbefinden und Gesundheit, zu einer „ökologisch, salutogenen Stimulierung“ bei (ibid.).

Neben der positiven Wirkung der Klinik (Gebäude, Ausstattung und Grundhaltung, der arbeitenden Menschen) beschreibt Frau M. eindrücklich die gemeinsamen Naturerlebnisse als protektiven Faktor.

„Denke ich an die Zeit der zwei Klinikaufenthalte meiner Tochter (insgesamt 6 Monate) zurück, kommen mir neben den beruhigend und stützend wirkenden Gesprächen, insbesondere mit dem Psychotherapeuten unserer Tochter, die vielen Spaziergänge, die wir (oft zu viert) in der schönen Umgebung der Klinik unternommen haben in den Sinn. Der Weg von der Klinik in die Innenstadt führte uns durch eine Allee mit einer schönen Parkanlage. Dieser Park erblühte im Februar! (also zu Beginn des 1. Klinikaufenthaltes) in einem Meer von Krokussen – so viele hatten wir zuvor noch nicht gesehen. Später wurden diese von blühenden Bäumen aller Art und einer Vielzahl von Rosen abgelöst. Das ausgesprochen sonnige Frühjahr zeigte sich von seiner schönsten Seite. In diesem Jahr kam mir das Frühlingserleben besonders intensiv vor: „Die Natur lebt, wächst, blüht, entwickelt sich weiter, das Leben, auch unser Leben, das Leben unserer Tochter geht weiter, es bleibt nicht stehen.“ – so meine Gedanken. Es hatte etwas ausgesprochen Tröstliches und Mut machendes für mich und für uns. Im Kontakt mit unserer Tochter lag oft etwas Schweres – die Magersucht mit all ihren Facetten wog schwer. Bei den gemeinsamen Spaziergängen gab es daneben das gemeinsame Naturerlebnis und die gemeinsame Bewegung, das gemeinsame unterwegs sein. Die beruhigende und entspannende Wirkung der Natur habe ich selten so intensiv wie in dieser Zeit empfunden. Es gab etwas außerhalb des Leids der Krankheit, an dem wir uns gemeinsam erfreuen konnten, das einen Ausgleich schuf, Erholung brachte und etwas Distanz. Möglich wurde dies dadurch, dass wir als Familie Spaziergänge und Wanderungen kultiviert hatten. Diese stellten schon immer einen wichtigen Bestandteil unserer gemeinsamen Freizeitgestaltung dar, ob im Alltag oder im Urlaub. In der Krankheitszeit wurde dies zur Ressource auf die wir alle gemeinsam und jeder für sich zurückgreifen konnten.“

⁶³ <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2014-petzold-h-g-gruene-therapie-gegen-graue-depression-die-neuen-naturtherapien.html>

⁶⁴ Petzold, 2006p und <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/34-2008-leitner-a-sieper-j-unterwegs-zu-einer-integrativen-psychosomatik-das-bio-psycho-soz.html>.

Im zitierten Text wird die tröstliche Wirkung von Naturerlebnissen als Gefühl der Verbundenheit mit dem Lebendigen beschrieben. Weiter wird die beruhigende und Kraft spendende Wirkung erwähnt, sowie das gemeinsame unterwegs sein in der Natur als positiver Faktor. Hierbei handelt es sich um wichtige Ziele und Inhalte naturtherapeutischer Überlegungen und Konzepte der IT (Petzold, Petzold- Orth, Orth, 2013). Naturerlebnisse mit allen Sinnen ermöglichen dem Menschen über Prozesse der Interiorisierung (vgl. 2.1, 3.1.4) eine „innere Kraftquelle“ zu erschließen (ibid., 21). Den Bezug zur Natur zu erfahren, bedeutet sich selbst zu entdecken und eingebunden zu fühlen in die Gemeinschaft des Lebendigen über soziale Bezüge hinaus.⁶⁵ Die Erkrankung an Magersucht beinhaltet den Kontakt zu sich und zur Umwelt zu verlieren (vgl.1). Dies hat auch Auswirkungen auf die Menschen, die in Beziehung zu den Betroffenen stehen. So können gemeinsame Naturerlebnisse für alle Beteiligten heilende und unterstützende Wirkung haben, u.a. indem ein Bezug zum Außen, zur Umwelt, zur Natur wieder hergestellt wird. Ein wichtiger Bereich Integrativer Naturtherapie stellt die Integrative Tiergestützte Therapie dar. Mit einem Tier eine Beziehung auf zu bauen, eröffnet Menschen, die den Bezug zu ihrer sozialen Umwelt verloren haben, eine Grundlage, wieder mit sich und anderen Menschen in Kontakt zu kommen (Petzold, 2013g). Die Beziehung zu Haustieren spielte auch beim Weg aus der Magersucht der Tochter für Familie M. eine wichtige Rolle.

„Kurz bevor wir realisierten, dass J. an Magersucht erkrankt war, holten wir uns zwei Katzenbabies ins Haus. Diese eroberten spielend, raufend, schlafend die Räume und unsere Herzen und schafften so eine Heiterkeit, die uns ansonsten abhandengekommen war. Es gab Zeiten, da konnten alleine die Katzen unserer Tochter ein Lachen entlocken. Auf der anderen Seite strahlten die Tiere, wenn sie sich die schönsten, gemütlichsten Plätze zum Kuscheln und Schlafen aussuchten, viel Ruhe aus.“⁶⁶ Die Katzen begleiteten die akute Krankheitsphase und Gesundung.“

In den Aussagen von Fr. M. wird deutlich, dass es eine Vielzahl an protektiven Faktoren und tröstlichen Erlebnissen gab, die der Familie halfen die Krisensituation zu überwinden. Dabei spielten sowohl gemeinsame Erlebnisse, als auch persönliche Erfahrungen der einzelnen Familienmitglieder eine Rolle. Neben der Therapie der Tochter in der Klinik und der Jugendhilfeeinrichtung⁶⁷, der gemeinsamen Familientherapie, den Naturerlebnissen und der Erfahrung von tragenden Beziehungen unterschiedlicher affilialer Qualität gab es für Frau M. und ihre Tochter einen weiteren persönlichen und verbindenden Faktor – den Tanz. Als Tanztherapeutin finde ich gerade diesen Aspekt beachtenswert und möchte darauf etwas näher eingehen.

⁶⁵ Die Grundlage integrativ-naturtherapeutischer Konzepte bilden Kernkonzepte der IT wie das dargestellte Konzept des „Informierten Leibes“ (vgl.2.1). Grundlegend ist hier die Betrachtung des Menschen als „Leibsubjekt im sozialen und ökologischen Kontext- Kontinuum“ (Petzold et al. 2013a, 24).

⁶⁶ Haustiere gelten als ein potentiell protektiver Faktor für Kinder und Jugendliche (Petzold, Müller 2004c).

⁶⁷ Ein multimodales Therapieprogramm im Sinne multipler Stimulierung (vgl. Petzold 2003a).

3.1.5.1 Tanz als persönlicher und verbindender protektiver Faktor

Der Tanz mit seinen verschiedenen Möglichkeiten und Ausdrucksformen stellt sowohl für Frau M. als auch ihre Tochter bis heute einen wichtigen Lebensbereich dar. Das Interesse am und die Liebe zum Tanz verbindet seit Jahren beide, auch wenn ihre Art zu tanzen unterschiedlich ist. Praktiziert J. insbesondere Jazztanz und Ballett, so beschäftigt sich Fr. M. mit zeitgenössischem Tanz, Improvisation und Gestaltung. Gelegentlich tanzten die beiden in der Vergangenheit gemeinsam z.B. bei Workshops oder besuchten zusammen Tanzaufführungen. Während der Tanz für Fr. M. neben sportlicher Betätigung, vor allem Ausdrucksmittel, Selbsterfahrung und eine Möglichkeit zur Regulation von Anspannung und Stress darstellte, rückte bei der Tochter der Leistungsaspekt zunehmend in den Vordergrund. In der Zeit vor der Entwicklung der Essstörung tanzte J. mehrmals wöchentlich mit dem Ziel, nach dem Abitur eine Tanzausbildung zu absolvieren. Dabei rückte der Spaß am Tanzen zunehmend in den Hintergrund. Der Gedanke nicht gut genug zu sein und besser, perfekter werden zu müssen beherrschte J. zunehmend. Rückblickend sehen sowohl J. als auch ihre Mutter hierin einen Aspekt, der J. in die Essstörung führte.

Interessant ist, dass dennoch das Tanzen während des Klinikaufenthaltes, als sich J. kaum mehr bewegte und ihre Arme sowohl beim Sitzen als auch Gehen eng an den Körper gepresst hielt, eine Wende im Krankheitsverlauf brachte. J. machte die Erfahrung, sich im Tanz freier bewegen zu können, sich einen kurzen Augenblick in ihrem Körper wohl zu fühlen. Dies ermöglichte ihr auch im Alltag, sich wieder in die Welt zu bewegen und ihren Bewegungsumfang zu erweitern. Der Tanz wurde für sie wieder zum Ausdrucksmittel und eine Möglichkeit sich zu spüren und zu zeigen.

Auch Fr. M. machte die Erfahrung, dass ihr das Tanzen dabei half, sich in schwierigen Situationen zu stabilisieren. Sie nennt folgende Aspekte: Beweglichkeit sowohl körperlich, als auch geistig zu erhalten, festgefahrene Gedanken zu verflüssigen, den Boden unter den Füßen zu spüren, Anspannungen zu regulieren, sich in Beziehungen zu begeben, ohne reden zu müssen, verschiedene Gefühle ausdrücken zu können.

Gemeinsam erlebten Mutter und Tochter gerade auch in der akuten Phase der Magersucht beim Besuch von Tanzaufführungen berührende, verbindende Momente jenseits der Essstörung.

Tanz als Kunstform, als Ausdrucksmittel, als Medium Gemeinschaft zu erleben, Beziehungen zu gestalten und als heilende Erfahrung, dies sind wichtige Aspekte der Integrativen Tanztherapie (Willke, 2007). Im vorliegenden Beispiel wird deutlich, wie diese auch im Alltag wirksam werden und über das therapeutische Setting hinaus heilungsfördernde Wirkung entfalten.

Tanztherapeutische Elemente können in einem unterstützenden Angebot für Angehörige, andere Methoden wie Gespräche und Informationen erlebnisfördernd ergänzen (vgl. 3.2).

3.1.6 Zusammenfassung zentraler Themen und Inhalte

In den vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass es einige wichtige Aspekte gibt, die für die gemeinsame Überwindung der Essstörung in der Familie zentral sind und somit Inhalte eines Unterstützungsangebotes sein könnten. Die wichtigste Botschaft ist, es gibt Möglichkeiten und es ist eine zu bewältigende Aufgabe. Die Hauptarbeit muss die Betroffene selbst leisten. Eltern und Familien und andere nahestehenden Personen⁶⁸ können jedoch unterstützend wirken und damit einen wichtigen Beitrag leisten. Um dies bewerkstelligen zu können, benötigen diese selbst Hilfe und Unterstützung. Ein mögliches unterstützendes therapeutisches Angebot sollte aus den vorliegenden Überlegungen und dargelegten theoretischen Ausführungen folgende Themen enthalten:

Für die Beziehungsgestaltung zentral ist die Entwicklung persönlicher Souveränität von allen Familienmitgliedern. Dies beinhaltet die Akzeptanz der Grenzen des Anderen und der Andersheit der Anderen (vgl. 3.1.1). Es geht dabei weniger um Abgrenzung als um Angrenzung, was ein Aushandeln der Positionen in Ko-respondenzprozessen⁶⁹ voraussetzt. Es geht um eine Gestaltung der Beziehungen, alters-, rollen- und situationsgerecht in Intersubjektivität, d.h. zwischen zwei oder mehreren Subjekten. Dabei ist ein wertschätzender, sich gegenseitig respektierender Umgang in „Konvivialität“ eine wichtige Basis (vgl. 3.1.1., 3.1.4). Dazu ist ein Wissen um eine gute Alltäglichkeit in Beziehungen (vgl. 2.2) genauso wichtig, wie ein Wissen über die sensiblen Phasen der Pubeszenz und Adoleszenz (vgl. 2.3).

Um die an Magersucht erkrankten Jugendlichen begleiten zu können, ist es unerlässlich Informationen über die Komplexität der Störung zu bekommen, sowohl was die Entstehung und die Mechanismen der Störung angeht, als auch über die Hilfsmöglichkeiten, sowohl im professionellen, als im Selbsthilfebereich (vgl. 1.). Hier ist es wichtig die eigenen Grenzen zu erkennen und die Notwendigkeit professionelle Hilfe, sowohl für das erkrankte Familienmitglied, als auch für die Familie in Anspruch zu nehmen. Magersucht und Essstörungen sind keine Störungen, die in der Familie alleine bewältigt werden können (vgl. *Fichter, Schuster, Nolte* u.a.). Wenn nötig ist hier Motivationsarbeit zu leisten. Dabei können Eltern, als Multiplikatoren gesehen werden, die wiederum motivierend auf ihre Kinder wirken können, professionelle Hilfe anzunehmen.⁷⁰

Der „Mütterzentrierung“ beim Thema Essstörungen entgegen zu wirken und sowohl Väter als auch Mütter zu motivieren sich beim Weg aus der Essstörung zu beteiligen ist m.E. Voraussetzung dazu das Gleichgewicht in den Beziehungen der Familie (wieder) her zu stellen. Hier ist es eine Chance das Augenmerk auf die unterschiedliche Fürsorge von Müttern und Vätern und deren Kompetenzen und Performanzen zu legen und die Fruchtbarkeit des Zusammenwirkens wahr zu nehmen. Weiter ist es wichtig, Geschwister und andere nahe stehende Personen in den Heilungsprozess mit einzubeziehen (vgl. 3.1.2).

Ressourcen bzw. protektive Faktoren und Resilienzen im Blick zu haben, und Bedingun-

⁶⁸ Wichtige Unterstützer sind auch Freunde und Partner. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf den Familien. Die Überlegungen für ein Angebot für Familien, insbesondere für Eltern könnte auch auf andere nahestehende Personen übertragen werden.

⁶⁹ Ein wichtiges Prinzip jeglicher Auseinandersetzung zwischen zwei oder mehreren Menschen (Intersubjektivität) im Integrativen Ansatz. Dabei geht es um eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, sowohl auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene (*Petzold/ Müller* 2005/2007).

⁷⁰ Gerade an Essstörungen leidende Menschen sehen oft lange Zeit keine Notwendigkeit, Hilfe in Anspruch zu nehmen (*Fichter* 2008, *Schuster* 2011 u.a.).

gen zu schaffen, in denen die vorhandenen externalen Ressourcen (wie soziale Unterstützung oder materielle Mittel) optimal genutzt werden können oder wo nicht oder unzureichend vorhanden, verbessert werden können, damit die Ausbildung von Resilienzen gefördert wird, ist eine wichtige Aufgabe der Unterstützungsarbeit von Familien. Dabei geht es darum, den Blick für die vorhandenen, aber bisher ungenutzten oder nicht erkannten Ressourcen im persönlichen, sozialen und ökologischen Bereich zu öffnen und diese nutzbar zu machen, als protektive Faktoren (vgl. 3.1.3).

Trost und Beistand durch andere Menschen zu erfahren kann eine gesundheitsfördernde Wirkung in Krisen haben und die Selbsttröstungsfähigkeit und somit persönliche Stabilität fördern. Dies wiederum ermöglicht, anderen gegenüber Trost zu spenden. Dies erfahrbar zu machen in der Gruppe und somit Interiorisierungen zu ermöglichen ist ein wichtiger Inhalt eines unterstützenden Therapieangebotes für Eltern. Hierbei spielen sowohl die Förderung von sanften Gefühlen (wie Heiterkeit, Innigkeit, Sanftmut), als auch gemeinsame Bewegung in Verbindung mit Naturerlebnissen, (Blick für die Ökologie, Schönheit der Natur) eine Rolle. Weiter geht es um das Erfahrbarmachen eines konvivialen Miteinanders in der Gruppe (vgl. 3.1.4).

3.2 Schlussfolgerungen für ein unterstützendes Elternangebot für Mütter und Väter aus integrativ-tanz- und bewegungstherapeutischer Sicht unter Einbezug von naturtherapeutischen Gesichtspunkten

In Kliniken und Beratungsstellen werden Elterngruppen oder Familienseminare in unterschiedlicher Form angeboten. Es gibt neben Elternangeboten, Seminare an denen Eltern, Geschwister und betroffene Jugendliche während des Klinikaufenthaltes gemeinsam teilnehmen (vgl. *Fichter* 2009). Dies hat vor allem für das Fördern des gegenseitigen Verständnisses eine hohe Relevanz. Ob dies jedoch außerhalb einer Klinik zu realisieren ist, scheint mir fraglich. Wichtig ist es, innerhalb der Therapie für magersüchtige Jugendliche u. junge Erwachsene, einen therapeutischen Rahmen für die ganze Familie anzubieten. Dies kann in einer begleitenden Familientherapie oder in begleitenden Familiengesprächen geschehen. Insbesondere für die Einbeziehung der Geschwister scheint mir dies realisierbarer, als ein kontinuierliches Gruppenangebot für die ganze Familie zu sein. So beziehen sich meine Überlegungen zunächst auf ein ambulantes Angebot in der Gruppe über mehrere Termine für die Eltern, Väter und Mütter. Darüber hinaus wäre es durchaus sinnvoll über ein eigenes Angebot für Geschwister nach zu denken. In den mir bekannten Einrichtungen gibt es ein solches bisher nicht.

Aus integrativ tanz- und bewegungstherapeutischen Überlegungen sind die Inhalte sowohl psychoedukativ, als auch leiborientiert, übungs- und erlebniszentriert (*Höhmann-Kost* 2001, *Willke* 2007). Dies stellt meines Erachtens eine wichtige Ergänzung zu Angeboten dar, die ihren Schwerpunkt in psychoedukativen und kognitiv-behavioralen Inhalten haben. Bei einer psychischen Störung wie der Magersucht, die in der veränderten Leiblichkeit der Betroffenen massiv sichtbar und spürbar wird und somit in der Zwischenleiblichkeit direkt auf das Gegenüber wirkt, bedarf es eines leiborientierten Ansatzes auch für die Unterstützungsarbeit mit Angehörigen.

Um eine stützende, zwischenleibliche Beziehung mit hoher affilialer Qualität (vgl. 2.2) zum magersüchtigen Kind herstellen zu können, benötigen die Eltern ein gutes Körpergefühl, eine stabile Leiblichkeit. Es ist wichtig, dass sie auf gute leibliche Erlebnisse zurückgreifen können, sich ihrer selbst sicher sind und sich mit sich und ihrer Umwelt verbunden fühlen. Geht man von einer genetischen Disposition bei der Entwicklung von Magersucht aus (vgl.

1.3.3) ist es wahrscheinlich, dass ein Teil der Eltern unter psychischen Problemen (depressive Gedankengänge, Selbstwertproblematik, Ängste u.a.) leidet, bzw. dies in der Vergangenheit getan hat. Dies erhöht die aktuelle Vulnerabilität der Eltern in der akuten Krankheitsphase der Kinder. Zu einer salutogenen Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und deren magersüchtigen Kinder ist es unerlässlich die Gesundheit aller Familienmitglieder im Blick zu haben. Somit sollte ein therapeutisches Angebot für Eltern sowohl die Salutogenese fördernd als auch Pathogenese verhindernd und somit präventiv wirken.

Bezogen auf die o.g. Themen (vgl. 3.1.5) ergeben sich im Folgenden beispielhaft dargestellte Inhalte.

3.2.1 Sammeln von Informationen und Austausch von Wissen über Essstörungen

Hier geht es weniger, um ein frontales Informieren, sondern um ein gemeinsames Erarbeiten von Wissensständen, in denen sowohl Erfahrungswissen der Eltern als auch Fachwissen (z.B. aus der Literatur o. von Professionellen) seinen Platz hat. Hier greift das integrative Prinzip der doppelten Expertenschaft (Petzold 2003a). Dies kann dabei helfen das mit der Tochter⁷¹ Erlebte, in einem anderen Zusammenhang zu sehen und zu bewerten (z.B. Hungern als Ausdruck der Störung und nicht als „Laune“ oder „Mode“) und anders darauf zu reagieren (z.B. „Du brauchst Hilfe“ statt „Höre endlich auf zu hungern“). Dies gilt in besonderem Maße für die Suchtmechanismen der Störung (vgl. 1.5.). Es geht um Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, um Kompetenzen und Performanzen.

3.2.2 Erarbeiten einer unterstützenden Beziehungsgestaltung

Auf dem Hintergrund der integrativen Konzepte „Intersubjektivität“ und „Korrespondenzprozesse“ (s.o.) soll erfahrbar gemacht werden, dass auch das erkrankte Kind eine eigenständige, eigenverantwortliche, souveräne Persönlichkeit ist. Es ist wichtig zu erkennen, dass somit die Verantwortungsübernahme und die Fürsorge der Eltern der Tochter gegenüber ihre Grenzen haben. Sich in Abstand bewusst zu machen, in welchen Bereichen z.B. die Tochter für sich Sorge trägt, welche Verhaltensänderungen bezüglich des Essens bereits greifen (und sind sie noch so klein), hilft dabei nach und nach zurück zu treten in die altersentsprechende Rolle der Eltern (vgl. 3.1.1). In jeder Phase der Erkrankung, auch in krisenhaften, ist es wichtig, in einem wechselseitig wertschätzenden, respektvollen, empathischen Dialog⁷² mit der Tochter zu sein und mit ihr gemeinsam die Übernahme von Verantwortung und Selbstsorge auszuhandeln. Für die Eltern sind hier Themen wie „los lassen“ (im Sinne von „ziehen lassen“ nicht von „fallen lassen“) und „Begleitung in Abstand“ wichtig. Um dies einzuüben sind geeignete Übungen⁷³ zu entwickeln. Es geht auch um die Entwicklung einer Haltung von Gelassenheit⁷⁴ und Zuversicht.

⁷¹ Da mehr Mädchen als Jungen von Magersucht betroffen sind, spreche ich im Folgenden von Töchtern, schließe dabei aber auch Söhne mit ein.

⁷² Im integrativen Verständnis wird von Polylog gesprochen, insbesondere wenn mehr als zwei Personen beteiligt sind (Petzold 2003a)

⁷³ Das von Heidrun Waidelich entwickelte Konzept der Gestaltung des Begegnungsraumes könnte hier eine Grundlage für Übungen sein (Waidelich, 2006,2009).

⁷⁴ Zum Thema Gelassenheit bietet Thomas Strässles Buch: „Gelassenheit – Über eine andere Haltung zur Welt“ eine philosophische Auseinandersetzung aus vielen Blickwinkeln (Strässle 2013)

3.2.3 Erfahrung eines konvivialen Miteinanders in der Gruppe

Dies sollte als Grundhaltung im Praktizieren von gegenseitiger Wertschätzung, Akzeptanz und Unterstützung innerhalb der Gruppe erfahrbar werden. In der Reflektion darüber geht es darum, das Klima zu Hause in der Familie aus Abstand zu betrachten und Möglichkeiten zur (Wieder) -Herstellung eines sozialen Klimas der Konvivialität (*Petzold*, 2008b; vgl. 3.1.4) zu erarbeiten und ein zu üben.

3.2.4 Raum für Gemeinschaftserfahrungen

Zu erleben, wir sind nicht alleine mit der Problematik der Essstörung, andere Eltern beschäftigen ähnliche Fragen, Sorgen, Gefühle kann sehr entlastend wirken. Es öffnet zudem den Blick für unterschiedliche Strategien, mit der Krise um zu gehen. Dies ist eine wichtige Funktion von Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus geht es hier um neue gemeinsame Erfahrungen des Miteinanders im gemeinsamen Tun, wie gemeinsames Bewegen, Tanzen, Essen, Spazieren gehen. Gerade für Eltern, deren soziales Netz brüchig geworden ist im Verlauf der Essstörung, die kaum mehr Aktivitäten außerhalb der beruflichen und familiären Verpflichtungen haben, ist es eine elementare Erfahrung, dass es andere Menschen gibt, mit denen sie sowohl ihre Gedanken und Gefühle, als auch gemeinsame Erlebnisse teilen können. So können neue affiliale Beziehungen entstehen. Weiter kann diese Erfahrung ermutigend wirken, sich wieder mit Freunden, Bekannten, Kollegen u.a. zu treffen und etwas mit ihnen gemeinsam zu unternehmen. Dies kann weiter dazu anregen in der Familie gemeinsame Unternehmungen als Gemeinschaftserlebnisse zu planen.

3.2.5 Zeit für Leiberfahrungen

In Übungen der Qualität von „awareness“ (*Willke*, 2007) sollen körperliche, d.h. eigenleibliche Reaktionen auf die (Stress)- Belastung bewusst gemacht werden. Weiter werden verschiedene Techniken zur leiblichen Stressregulation, zum Ausprobieren und Erlernen angeboten: z.B. Atemübungen, Entspannungstechniken, Fantasiereisen (*Hömann-Kost* 2001; *Petzold* 1998), Übungen in „Achtsamkeit“ (*Petzold et al.*, 2013d), Quigong zur Entspannung und Vitalisierung. Weiter geht es um positive Leiberfahrungen, wie in der Tanztherapie und in Bewegungsarten der Ausdauer (Walking, Jogging)⁷⁵ u.a. möglich. Hier soll zum einen ein Rahmen geboten werden, Verschiedenes aus zu probieren, als auch dazu angeregt werden, für sich einen individuellen Weg zur Stressregulation, Entspannung, und Entwicklung eines guten Körpergefühls zu finden.

Durch Methoden aus der Integrativen Tanztherapie, wie inhaltsgebundene Bewegungsimprovisationen zu verschiedenen Themen, wird eine Möglichkeit geboten, sich im Bewegungsfluss zu erleben, die eigene Bewegungskreativität zu spüren und einen eigenen leiblichen Ausdruck für die Eindrücke jenseits verbaler Sprache zu finden (*Willke* 2007, *Schoop* 1991). Bestimmte Tanzformen, wie Kreistänze ermöglichen darüber hinaus das Erleben von Gemeinschaft und eingebunden sein.

⁷⁵ Vgl. *Waibel, Petzold* 2009, in *Waibel et al.* 2009, 81-97.

3.2.6 Zeit und Raum für Trosterfahrungen

Trosterfahrungen auf zu spüren, erlebbar und nutzbar zu machen ist hier ein wichtiger Inhalt (vgl. 3.1.4). Es geht darum zu vermitteln, dass Trosterfahrungen in der Krise, wie sie eine Magersucht in der Familie darstellt, ein wichtiges „psychologisches Medikament“ (Petzold et al. 2013d) zur Stressregulation ist, sowohl für die Betroffenen, als auch für die Familie. Die Eltern sind einerseits, Trostspendende, gegenüber dem erkrankten Kind und ganz wichtig gegenüber den Geschwistern. Andererseits benötigen sie selbst Trosterfahrungen im aktuellen, zwischenmenschlichen Bereich. Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind: Ist es möglich, dass die Eltern sich gegenseitig Trost spenden? Welche Personen gibt es im sozialen Nahraum, die da sind, mit aushalten und Beistand geben können? Kann auf Trosterfahrungen zurückgegriffen werden, d.h. gibt es die Fähigkeit, sich selbst zu trösten?

In der Gruppe ist es möglich zu erfahren, andere sind da, hören zu, machen Mut und spenden Trost. Die Erfahrung begleitet zu sein, kann in erlebniszentrierten Übungen, wie dem Gehen zu zweit, Seite an Seite im Raum oder in der Natur erlebbar gemacht werden. Hier kommt das Erleben des gemeinsam unterwegs seins dazu. Durch eine Hand am Rücken von dem Partner durch den Raum geführt oder begleitet zu werden macht dies noch deutlicher und stellt eine weitere Übung in diesem Bereich dar (Höhmann- Kost, 2001; Waidelich 2006).

3.2.7 Den Lebensrhythmus der Natur spüren und erleben

Für jeden zugänglich, selbst in einer großen Stadt, sind schöne Orte im Grünen, ob in der Natur oder in Parks. Die heilenden, beruhigenden, vitalisierenden Wirkungen von Naturerlebnissen werden die wenigsten Menschen bestreiten und sollen hier, wie in der Integrativen Naturtherapie praktiziert, genutzt werden. Die Sinne zu öffnen für die Schönheit, Einfachheit und Lebendigkeit der Natur und die genannten Wirkungen spürbar werden zu lassen ist ein wichtiges Ziel. Gerade das Erleben des Wachstums, der ständigen Veränderung, der Lebendigkeit, wie in der Natur elementar, kann in Zeiten, in denen vieles aussichtslos und festgefahren erscheint eine Verbindung zur eigenen Lebendigkeit herstellen. Sich verbunden zu fühlen mit sich und seiner Umwelt, da gehört die Natur, die Ökologie dazu (vgl. 2.1), stellt einen wichtigen Gesundheitsfaktor dar (vgl. 3.1.3). Um sich in die Natur eingebettet (embedded) zu fühlen, sich als ein Teil davon und damit, mit der Natur verbunden zu fühlen, sind Interiorisierungen (vgl. 2.1., 3.1.4), Verkörperungen von Naturerfahrungen notwendig, in Erfahrungen „Vitaler Evidenz“.⁷⁶

In „komplexen Achtsamkeitsübungen“ (Petzold, Sieper 2012e)⁷⁷ wird die Natur leiblich erfahrbar gemacht und eine regulierende und zentrierende Wirkung spürbar. Bei Naturspaziergängen mit offenem Blick für die Vielfältigkeit der Umgebung (man denke nur an die „100“ verschiedenen Grüntöne im Wald und auf den Wiesen) gemeinsam unterwegs zu sein, schweigend oder erzählend (narrative Praxis in der IT Petzold), kann ermöglichen, festgefahrene Gedanken zu verflüssigen, Abstand zu bekommen von Belastendem und gemeinsam Neues zu erleben. Dabei kann sich ein Gefühl von Heiterkeit und Freude am

⁷⁶ Erlebnisse „Vitaler Evidenz“ entstehen, wenn sie in eine „interpersonalen Bezogenheit eingebettet“ sind, „kognitiv verstanden, körperlich erlebt und emotional verstanden werden.“ (Petzold, Petzold- Orth, Orth, 2013a, 43)

⁷⁷ Vgl. Petzold, Moser, Orth, 2012.

Lebendigen einstellen. Weitere in der Integrativen Natur- und Gartentherapie entwickelte Inhalte wie in der „Green Meditation“ können hier eingesetzt werden (*Petzold, Petzold-Orth, Orth 2013a*).

3.2.8 Den Schatz der Ressourcen heben, Potentiale entfalten und Resilienzen fördern

Das Bewusstmachen der Ressourcen im persönlichen, materiellen, sozialen und ökologischen Bereich und eine Fokussierung auf bisherige Fortschritte beim Überwinden der Krise sind hier wichtige Themen (vgl. 3.1.2). Dabei geht es um ein Öffnen des Blicks für kleine Dinge, Schritte, Entwicklungen.

Die verschiedenen Personen im Netzwerk Familie, Mütter, Väter und Kinder bringen verschiedene Kompetenzen und Performanzen ein. Die Synergie davon ist ein regelrechter „Ressourcenpool“, „eine sprudelnde Quelle“ und wenn diese zugänglich ist ein protektiver Faktor und die Basis zur Ausbildung von Resilienz. Eine Bestandsaufnahme eventuell an Hand einer Checkliste oder der Erstellung eines „Ressourcen-Bildes“, z.B. in Form einer Schatzkarte, kann sichtbar machen, welche Vielfalt an Ressourcen vorhanden ist und bereits zur Verfügung steht. Gerade in einer Krise, wenn Versagensgefühle in den Vordergrund gelangen, geht das Gefühl für die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch für die Potentiale des sozialen Umfeldes verloren und sind somit nicht oder wenig handhabbar und wirksam. So geht es auch um die Wiederentdeckung und Aktivierung von persönlichen, aber auch sozialen Ressourcen, die Selbstwert stärkend wirken können.

3.2.9 Zusammenfassung

Bei den hier konzipierten Inhalten handelt es sich um mögliche Inhalte, die je nach Gruppenzusammensetzung und Setting des Angebotes modifiziert oder ergänzt werden sollten. Eine gewisse Methoden- und Themenoffenheit ist die Voraussetzung für ein Angebot, das den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen entsprechen und somit wirksam werden kann.

Die dargestellten Inhalte, Methoden und Herangehensweisen entspringen verschiedenen Blickwinkeln auf die Problem-, Ressourcen- und Potentiallage der am Angebot teilnehmenden Mütter und Väter und deren Familien. So sind sowohl edukative, sozialinterventive, stressregulatorische, bewegungs- und leiborientierte, psychotherapeutische und natur- und ökologiebezogene Ansätze enthalten: „biopsychosozialökologisch“, wie im Integrativen Ansatz grundlegend (vgl. 2).

Komplexe Problemlagen, wie sie Essstörungen darstellen (vgl. 1), bedürfen den Einsatz von einem ganzen Bündel von Maßnahmen. Dies gilt sowohl für die Behandlung von an einer Essstörung erkrankten Menschen, als auch für die Unterstützung ihrer Angehörigen. Dabei ist dieses „Maßnahmenbündel“ (bundles), wohl überlegt, an der individuellen Situation der einzelnen Menschen orientiert mit ihnen gemeinsam zu „schnüren“ (*Petzold et al., 2013a; Petzold 2013g*).

Gerade der Einbezug von ökologisch orientierten Zugängen, wie die Integrative Naturtherapie in Verbindung mit den kreativ- und bewegungstherapeutischen Ansätzen (Kunst-, Tanz-, Musik-, Bewegungstherapie) fördert ein Erleben von Lebendigkeit, Wachstum, Kreativität und legt damit eine Basis, um Freude am Leben, Lebensmut und Zuversicht wieder zu finden und zu entwickeln (*ibid.*).

4 Schlussbemerkungen

In der Familie wird die Erkrankung eines Familienmitgliedes (i.d.R. Jugendliche) an einer Essstörung wie der Magersucht als Krise oder gar als Katastrophe erlebt (vgl. *Fichter, Kunze, Wendt*). Dies wirkt auf alle Bereiche des Lebens und des Zusammenlebens: Beziehungen verändern sich, sowohl innerhalb, als auch außerhalb der Familie; andere Interessen und Themen geraten in den Hintergrund; der Blick aufs Leben und vor allem auf die Zukunft verändert sich. Die Gegenwart wiegt so schwer, dass sowohl die Verbindung zur Vergangenheit, als auch zur Zukunft verloren zu sein scheint. Die Zeit steht still. Es ist unsicher, was ein Morgen bringt und erscheint schlecht, was gestern war.

Ein wichtiges Anzeichen, dass die Krankheit nicht mehr alles bestimmt ist, wenn die Familien neben der Gegenwart, wieder eine Verbindung zur Vergangenheit und zur Zukunft haben. Deutlich wird dies, wenn wieder über gemeinsame Erlebnisse gesprochen und gelacht werden kann, ohne dass es schmerzvoll ist und die Frage nach Fehlern und Ursachen in der Vergangenheit in den Hintergrund rückt. Wenn die Betroffenen wieder beginnen Zukunftspläne zu schmieden, Ziele in den Blick und in Angriff zu nehmen, wenn es wieder gemeinsame Pläne in der Familie gibt, weckt dies Zuversicht und die Krankheit beginnt sich einzubetten in die persönliche Geschichte und in die Familiengeschichte.⁷⁸

Verbindungen zu schaffen, wieder her zu stellen ist in vielen Bereichen des persönlichen und gemeinsamen Erlebens in einer Krise wichtig und ein elementarer Gesundheitsfaktor für alle Beteiligten. Das ist, denke ich deutlich geworden.

In dieser Arbeit interessierte mich das Beziehungsgeschehen in der Krise, aber vor allem auch die Beziehungsgestaltung im Sinne einer Salutogenese zum gesund werden und gesund bleiben. Es kann sehr schwierig und Kräfte zehrend sein, zu Menschen, die psychisch erkrankt sind, Beziehungen her zu stellen und/ oder aufrecht zu erhalten. Es bedarf eines langen Atems und Vertrauen in die menschliche, genetisch grundlegende Fähigkeit, Beziehungen, Affiliationen her zu stellen und aufrecht zu erhalten. Als Mensch da zu sein, ein Gegenüber zu sein auf Augenhöhe, das in Intersubjektivität mit dem Anderen in Beziehung tritt. Es lohnt sich! Diese Erfahrung mache ich tagtäglich in der Klinik, aber auch privat.

Damit eine psychische Erkrankung, sowohl für die Betroffenen, als auch die Angehörigen keine dauerhafte Katastrophe bleibt, benötigt es einen starken „Konvoi“ für alle Beteiligten. Neben den persönlichen sozialen Netzwerken spielt dabei das professionelle Hilfesystem eine große Rolle. Dies wird umso wirksamer, je mehr es gelingt die familialen, amikalen Beziehungen zu stärken. Denn Therapie ist immer zeitextendiert, während Beziehungen im sozialen Bereich auf Dauer angelegt sind. Tragende, verlässliche Beziehungen sind gesundheitsstiftend. Damit diese Beziehungen der besonderen Belastung einer psychischen Erkrankung oft über Jahre standhalten, benötigen die Angehörigen und Freunde eine professionelle, fundierte, an ihren besonderen Belangen angelegte Unterstützung. Es bedarf einer Schulung der „Laien- Therapeuten“ (vgl. *Petzold, Müller 2005/ 07*).

Mit der Skizzierung eines Angebotes für Väter und Mütter von Jugendlichen, die an einer Essstörung erkrankt sind, möchte ich in dieser Arbeit einen Beitrag dazu leisten. Die Inhalte sind m.E. auch auf andere Zielgruppen übertragbar.

⁷⁸ Diese Aussagen beruhen im Wesentlichen auf Schilderungen von Fr M. (vgl. *Fichter 2009; Wendt 2011*).

Eine gemeinsam durchlebte Krise, wie es die Magersucht für die ganze Familie und nahestehenden Personen darstellt, kann, wenn sie gut begleitet ist und genügend Ressourcen zugänglich sind, eine neue gemeinsame Zukunft mit Perspektiven eröffnen. Die Erfahrung, es gemeinsam im Verbund mit einem Netz von Menschen geschafft zu haben, nicht untergegangen zu sein, kann stärkend wirken. Es kann die Erkenntnis geben, dass die Beziehungen zueinander wertvoll und nicht selbst verständlich sind und ein achtsamer, wertschätzender, respektvoller Umgang miteinander eine gute Basis für die Zukunft ist, was auch immer da kommen mag. Das ist eine wichtige Erkenntnis für die es sich lohnt nicht nur mit den an einer Essstörung leidenden Menschen, sondern mit den relevanten Personen des nahen sozialen Netzwerkes (Freunde, Partner, Familienangehörige) zu arbeiten.

Zusammenfassung: Magersucht in der Familie – Risiken, Probleme, Chancen – Integrative Wege einer salutogenen Beziehungsgestaltung

Leitend für diese Arbeit ist die Frage, wie angesichts der Magersucht eines Familienmitgliedes innerhalb der Familie eine gesundheitsfördernde, unterstützende Beziehungsgestaltung mit Hilfe von Konzepten der Integrativen Therapie gelingen kann. An Hand von aktueller Literatur wird im ersten Teil das biopsychosoziale Störungsbild der Anorexia Nervosa (Magersucht) skizziert. Im zweiten Teil liegt der Schwerpunkt bei der Betrachtung relevanter Theorien der Integrativen Therapie (IT) (*Petzold*) zum Verstehen des Beziehungsgeschehens im Rahmen der Essstörung Magersucht: Das Konzept des „Informierten Leibes“, die Beziehungstheorie der IT und die Betrachtung der Pubeszenz aus integrativer Sicht. Um das Konzipieren eines unterstützenden Angebotes für Angehörige mit Inhalten und Methoden aus der Integrativen Tanz-, Bewegungs- und Naturtherapie geht es im dritten Teil der Arbeit.

Schlüsselworte: Essstörung, Magersucht, salutogene Beziehungsgestaltung, Familie, das Konzept der „Informierte Leib“

Summary: Anorexia in the family – Risks, problems, opportunities – Integrative forms of a salutogenetic formation of relationships

Determining for this work is the question how a health-promoting, supportive formation of relationships within a family aided by concepts of Integrative Therapy (IT) can succeed in the light of the anorexia of a family member. Referring to current literature, the biopsychosocial clinical picture of anorexia nervosa will be outlined during the first section. The second section focuses on the observation of relevant theories of IT (*Petzold*), in order to understand the relationship process surrounding the eating disorder anorexia: The concept of the "Informed Body", the relational theory of IT, and the observation of pubescence from an integrative point of view. How to create supportive offers for relatives, with contents and methods of Integrative Dance, Motion and Nature Therapy, will be the topic of the third section.

Keywords: Eating disorder, anorexia, salutogenetic formation of relationships, family, the concept of the "Informed Body"

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.* (1997, deutsche Ausgabe): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: dgvt- Verlag.
- Berndt, Ch.* (2013): Resilienz: Das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft. Was uns stark macht gegen Stress, Depressionen und Burnout. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Bonanno, G.A.* (2012 deutsche Ausgabe): Die andere Seite der Trauer – Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden. Bielefeld, Basel: Edition Sirius.
- Bruch, H.* (1982): Der goldene Käfig. Frankfurt/M: Fischer.
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) u.a.:* Weltweite Charta für Essstörungen, Übersetzung von Fichter, M.M., Brandstätter, M., in: *Fichter, M. M.* (2009): Magersucht und Bulimie: Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde. Freiburg: Karger.
- Deister, A.:* Essstörungen. In: *Möller, H.-J, Laux, G., Deister, A.* (2001,2005): Psychiatrie und Psychotherapie. 3.überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag, 268-278.
- Erim, Y.* (2013): Antonovskys Konzept der Salutogenese: Implikationen in der Psychotherapie körperlich Kranker. In: *Psychotherapie im Dialog* 1/ 2013, 44-47.
- Fewer, A., Sieper, J., Petzold, H.G.* (2004): Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für junge Frauen mit Ess-Störungen. *Integrative Therapie* 4, 337-362.
- Fichter, M. M.* (2009): Magersucht und Bulimie: Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde. Freiburg: Karger.
- Fuchs, T.* (2000a): Leib, Raum, Person, Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie, Stuttgart: Klett Cotta.
- Fuchs, T.* (2012): Das Gehirn- ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch- ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fuchs, T.* (2013): Leib- und Lebensraum – Das eingebettete Selbst in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeutenjournal* 2/ 2013, 124-130.
- Frauen für Frauen e.V.:* Jahresbericht 2013. Ludwigsburg: Eigendruck.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H.* (2011): „Is(s) was?!“ Ess-störungen: Wann sollten sich Eltern Sorgen machen? Wie Eltern und Fachleute helfen können. Weinheim, Basel: Beltz.
- Gramm, G.* (2009): Philosophie im Zeitalter der Extreme. Eine Geschichte philosophischen Denkens im 20. Jahrhundert. Darmstadt: Primus Verlag.
- Grawe, K.* (2005): Neuropsychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto: Hofgreffe.

- Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hgg) (2008):* Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Höhm-Kost, A. (2002):* Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie eine Einführung. Bern, Göttingen: Huber.
- Hüther, G. (2006):* Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2011):* Was wir sind und was wir sein könnten. Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Jacobi, C., Paul Th. (Hgg) (1991):* Bulimia und Anorexia Nervosa. Ursachen und Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Kunze, R. (2006):* „Ich bin müde, kraftlos und herzleer“ : Wie Mütter die Magersucht ihrer Töchter erleben und bewältigen. Weinheim, Basel: Beltz.
- Leitner, A., Sieper J (2008):*<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/34-2008-leitner-a-sieper-j-unterwegs-zu-einer-integrativen-psychosomatik-das-bio-psychosoz.html>
- Marcel, G.:* Leibliche Begegnung. Aus: *Petzold, H.G. (1985g):* Leiblichkeit. Paderborn: Junfermann, 15-46. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“:* Ausgabe 15/ 2013.
- Nolte, A. (2013):* Essstörungen: Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating. Berlin: Stiftung Warentest.
- Papousek, M., (2007):* Augenblicke der Begegnung in den frühen Eltern-Kind-Beziehungen. Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, W. (Hgg.) (2007):* Neue Wege Integrativer Therapie: Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge- 25 Jahre EAG. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius, 607-642.
- Petzold, H.G. (1988n):* Integrative Leib- und Bewegungstherapie Band I/1 und I/2. 3. Überarbeitete Auflage 1996. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1997p, Neueinstellung 2012):* Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“:* Ausgabe 12/ 2012.
- Petzold, H.G. (2003a):* Integrative Therapie Band II/1-3. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2004I):* Integrative Traumatherapie und „Trostarbeit“ – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebensorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“:* Ausgabe 03/ 2004

- Petzold, H.G. (2005t): Homo Migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. – Hommage an Simone de Beauvoir. www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2005; auch in: Willke, E. (2006): Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress. Pullheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie. 43-116. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2005-petzold-h-g-2005t.html>*
- Petzold, H.G. (2005ö): Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie. Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 05/ 2006.*
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und Integrative Therapie 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>*
- Petzold, H.G. (2007d): „Mit Jugendlichen auf dem Weg..“ Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 9/ 2007.*
- Petzold, H.G. (2007r/update 2010): Trost/ Trostarbeit und Trauer/ Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Integrativen Therapie. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 19/ 2010.*
- Petzold, H.G. (2008b): Mentalisierungen an den Schnittstellen von Leiblichkeit, Gehirn und Sozialität. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 28/ 2008.*
- Petzold, H.G. (2008e): Trauma und Beunruhigung, Trauer und Trostarbeit: Über Katastrophen, kollektive Gedächtnisdynamik, heftige und sanfte Gefühle- Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen der Integrativen Therapie. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Ausgabe 29/ 2008.*
- Petzold, H.G. (2009): Der „informierte Leib“. In: Waibel, M., Jakob-Krieger, C. (Hgg.) (2009): Integrative Bewegungstherapie – Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 27- 44.*
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt- Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin (Graz), 20/ 2009, 20-33*
- Petzold, H.G. (2012b): „Natürliche Resilienz“ – wieder aufstehen nach Schicksalsschlägen: Ein Nachwort. In: Bonanno, G.A. (2012 deutsche Ausgabe): Die andere Seite*

der Trauer: Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden. Bielefeld, Basel: Edition Sirius, 219- 241.

Petzold, H.G. (2012e): Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte – „Integrative Interiorisierung“. Konzeptuelle Ordnungsversuche in Sprachverwirrungen der Psychotherapie – ein Arbeitspapier. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie*. Ausgabe 16/ 2013

Petzold, H.G. (2013g): Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrative Therapie – ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie*. Ausgabe 25/ 2013

Petzold, H.G. (2014): <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2014-petzold-h-g-gruene-therapie-gegen-graue-depression-die-neuen-naturtherapien.html>,

Petzold, H.G., Hrsg. (2010g): <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2010g-hrsg-integrativ-systemische-arbeit-familien-systemische-entwicklung-netzwerktherapie.pdf>.

Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josic, Z. (2002) : Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196.

Petzold, H.G., Müller, M. (2005/ 2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung- in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Aus: *Textarchiv H.G. Petzold et al. Jahrgang 2005*. <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>.

Petzold, H.G., Sieper, J. (Hgg.) (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie: Zwischen Freiheit und Determination Band I. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius.

Petzold, H.G., Sieper, J. (Hgg.) (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis Band II. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius.

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: *Petzold, H.G. (2012f):* Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>

- Petzold, H.G., Sieper, J. (2012e):* Über sanfte Gefühle und Herzensregungen, „euthyme Erfahrungen“ und „komplexe Achtsamkeit“ in der „Integrativen Therapie“. Aus: *Textarchiv H.G. Petzold et al.* Jahrgang 2012. <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>.
- Petzold, H. G., Moser, S., Orth, I. (2012):* Euthyme Therapie - Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz „multipler Stimulierung“ und „Lebensstilveränderung“ in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18-36 und 4, 42-59 und in: Textarchiv 2012 <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf>
- Petzold, H:G.; Orth, I. (2014):* <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html>.
- Petzold, H.G., Orth- Petold, S., Orth, I. (2013a):* Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. *Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Ausgabe 20/ 2013.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2013d):* Integrative Therapie in der „dritten Welle“ – Innovation und Vertiefung: durch „transversale Vernunft“, interdisziplinäre Theoriekonzepte und differentielle Praxeologie und Praxis „Komplexer Humantherapie“ (III). Unveröffentlichte Arbeitsversion.
- Treasure, J. (2001 deutsche Ausgabe):* Gemeinsam die Magersucht besiegen: Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Ricoeur, P. (1997):* Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, W. (Hgg.) (2007):* Neue Wege Integrativer Therapie: Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge- 25 Jahre EAG. Bielefeld, Locarno: Edition Sirius, 259 -269.
- Rössinger-Pape, S. (1998):* Traumatisierende und protektive Faktoren bei kindlichem Missbrauch und ihre Auswirkungen auf die intrapsychischen Abwehrmechanismen. In: *Integrative Therapie Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* 24. Jg.1998 Heft 3-4/ 1998, 282-293.
- Schaumann, U. (2009):* Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: *Waibel, M., Jakob – Krieger, C. (Hgg.). (2009):* Integrative Bewegungstherapie – Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 139-154.
- Schoop, T. (1981 deutsche Ausgabe):* ...komm und tanz mit mir! Zürich, Musikhaus Pan AG.
- Schuster, N. (2011):* Wenn Essen Angst macht: Essstörungen – Fakten, Geschichten und Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011):* Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines

„behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen u und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in *Leitner, A.* (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Strässle, T. (2013): *Gelassenheit – über eine andere Haltung zur Welt*. München: Edition Akzente Hanser.

Waibel, M.J., Jakob-Krieger, C. (Hgg.) (2009): *Integrative Bewegungstherapie – Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer.

Waibel, M.J., Petzold, H.G. (2009): *Integrative Ausdauertherapie bei depressiven Erkrankungen*. In: *Waibel, M.J., Jakob – Krieger, C. (Hgg.)* (2009): *Integrative Bewegungstherapie – Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart, New York: Schattauer, 81-97.

Waidelich, H. (2009) : *Bewegungs- und tanztherapeutische Krisenintervention bei Patientinnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen*. *Forum Tanztherapie Ausgabe* 2009, 29.Jahrgang, 25- 41.

Waidelich, H. (2006): *Alltag als Anhäufung von Krisen – erlebte Realität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Krisenintervention über Bewegung in der ambulanten Psychotherapie*. *Forum Tanztherapie Sonderausgabe Jubiläumskongress* 2006, 26.Jahrgang, 153- 194.

Wendt, C. (2011): „Ich kann nicht anders, Mama“: Eine Mutter kämpft um ihre magersüchtigen Töchter. München: Knauer.

Willke, E. (2007): *Tanztherapie – Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention*. Bern: Huber.

Weltgesundheitsorganisation, (2006, 3. vollständig überarbeitete u. erweiterte Auflage): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.