

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

11 / 2004

Integrative Gruppentherapie für Frauen mit Essstörungen

Theres Looser-Hürlimann
Ausserdorfstrasse 4
CH-9524 Zuzwil
the.looser@bluewin.ch

Mai 2004

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung
- 2 Theoretisches Konzept
 - 2.1 Argumente für eine Gruppentherapie
 - 2.2 Vorgehensweise und Ziele der Integrativen Gruppentherapie
 - 2.3 Spezifische Wirkfaktoren für Gruppentherapie
 - 2.4. Bedeutung des Leibkonzeptes der Integrativen Therapie für die Arbeit mit Essgestörten
- 3 Zur Therapiegruppe
 - 3.1 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 1.-6. Abend
 - 3.2 Wünsche und Ziele der Teilnehmerinnen
 - 3.3 Gruppenregeln
 - 3.4 Detaillierter Beschrieb der Abende 1 – 6
 - 3.5 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 7.-12. Abend
 - 3.6 Zusammenfassung 7. – 12.Aband
 - 3.7 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 13. - 19. Abend
 - 3.8 Zusammenfassung 13. – 19.Aband
 - 3.9 Zusammenfassung 20. – 25.Aband
 - 3.10 Zusammenfassung 26. – 32.Aband
- 4 Reflexion der Gruppenarbeit
- 5 Zusammenfassung
- 6 Summary
- 7 Literaturliste

1. Einleitung

Als freischaffende Therapeutin mit Ausbildung an der EAG (Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Deutschland) (Grundausbildung ist Primarlehrerin mit einer Zusatzausbildung als Erwachsenenbildnerin), suchte ich mir eine Möglichkeit, auch mit Gruppen arbeiten zu können.

Verschiedene Umstände führten dazu, dass ich den Fokus auf eine „Gruppe für Frauen mit Essstörungen (ab 16 Jahren)“ richtete.

Meine erste eindruckliche Erfahrung mit dem Erscheinungsbild einer beginnenden Anorexie machte ich bei meiner ältesten Tochter, die dann aber, vor allem dank einer guten Peer-Group (Pfadilager) nach einem Vierteljahr wieder normal essen konnte.

Zudem wird das Thema „Essstörung“ in der Öffentlichkeit seit einigen Jahren häufiger thematisiert. Printmedien so wie Radio und Fernsehen machen auf diese heute stark verbreitete Störung aufmerksam. Oft wird betont, wie sehr diese Krankheit eine „grassierende Epidemie“ der heutigen Zeit sei, von der vor allem junge Mädchen und Frauen, zunehmend auch Männer (z.B. Spitzensportler) ergriffen werden. In der deutschen Frauenzeitschrift „Emma“ ist zu lesen: „Die Hungersucht hat inzwischen epidemische Ausmasse angenommen, so dass sich sogar Regierungen zum Handeln gezwungen sehen“.

Andererseits machte ich die Erfahrung, dass in meiner Region das Angebot an ambulanten Gruppentherapieplätzen gering ist.

So schrieb ich mein Angebot in den Medien aus, verschickte Prospekte an die praktizierenden PsychologInnen, PsychiaterInnen, GynäkologInnen, sowie an verschiedene Beratungsstellen mit Angabe meines Ausbildungscurriculums.

Dann machte ich mich auf die Suche nach einem passenden Gruppenraum, in welchem sowohl die Atmosphäre als auch die Platzverhältnisse stimmten und lancierte die Gruppensitzungen.

Vor Gruppenbeginn führte ich mit jeder Teilnehmerin ein Erstgespräch durch mit Schwerpunkt auf folgende Themen: Aktuelle Lebenssituation, Art der Störung, Dauer und Grad der Beeinträchtigung, Komorbiditäten, Medikamente, kurze Persönlichkeits- und Leibanamnese, bereits bestehende oder abgebrochene Therapien, Motivation für die Gruppentherapie, Erwartungen. Damit beabsichtigte ich, die Gruppenfähigkeit und -belastbarkeit abzuklären. Zudem führte ich die Frauen kurz in das Konzept der Integrativen Therapie und in meine Arbeitsweise ein.

Das Verfahren der Integrativen Therapie mit seinen verschiedenen Methoden und Techniken scheint mir für die Arbeit mit Essgestörten sehr geeignet zu sein, vor allem wegen des mehrperspektivischen, ressourcenorientierten Ansatzes und des Einbezugs nicht nur der individuellen Geschichte sondern auch der soziokulturellen Gegebenheiten unserer Zeit. Zudem wird in der Integrativen Therapie besonderen Wert auf eine tragende therapeutische Beziehung sowie, wenn nötig, auf eine „Nachbeelterung“ (*reparenting*) gelegt. Essgestörte haben in ihrer Biographie häufig „böse Blicke“ und Lieblosigkeit, Missbrauch (sexueller Art oder auch in anderer Form) erlebt und benötigen oft ein Stück „Nachnahrung“.

Da die Gruppe ausschliesslich für Frauen ausgeschrieben war, hatte auch die Arbeit an genderspezifischen Fragen (Stahr/Schulz 1998 15ff) ihren Platz, zu denen ganz ausgeprägt die „Geschichte des Leibes“ gehört.

2. Theoretisches Konzept

„Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt, und „der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld“ (Petzold, 1998).

Abgeleitet aus dieser anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie ist die Gruppentherapie ein Mikrokosmos, ein Abbild des „In -der-Welt-seins“ und eine geeignete Form, um mit Menschen, die eine Essstörung haben, zu arbeiten. Diese Formel verdeutlicht die Notwendigkeit einer mehrperspektivischen Sichtweise und eines multimodalen Ansatzes.

Eine Gruppe und das in ihr stattfindende Geschehen lässt sich folgendermassen definieren:

„Eine Anzahl von Menschen mit einer ähnlichen Symptomatik bilden einen Boden, wo im Schnittpunkt von Kontext und Kontinuum Austausch und Kontakt stattfindet, Begegnung möglich wird und Beziehung wachsen kann“ (Petzold, Frühmann 1986).

Im sozialen Umfeld wird durch Kontakt, Selbst- und Fremdwahrnehmung Identität gebildet werden.

2.1. Argumente für eine Gruppentherapie

Das Verfahren der Integrativen Therapie macht in ihrer Metatheorie nach Petzold und Frühmann (1986) fünf Argumente für Gruppentherapie geltend. Es sind dies das anthropologische, das erkenntnistheoretische, das persönlichkeits-theoretische, das therapietheoretische und das politische Argument.

Diese Eckpfeiler der Integrativen Therapie sollen im Folgenden in sehr gekürzter Form zitiert werden (aus: Petzold, Frühmann 1986, "Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit"):

Anthropologisches Argument

Der Mensch ist wesensmässig ein koexistierender. Er ist „ab ovo“ ein soziales Wesen, das von seiner Leiblichkeit her auf Kommunikation mit der Welt und mit den Menschen ausgerichtet ist. In der Integrativen Therapie wird vom „Koexistenzaxiom“ gesprochen und ihr Ansatz fundiert auf einer „Philosophie der Bezogenheit“.

Erkenntnistheoretisches Argument

Das „leib-a-priori der Erkenntnis“ affirmiert, dass ohne die Grundlage des Leibes mit seinen cerebralen Funktionen keine Erkenntnis möglich ist.

Die „con – scientia“ und dahinterliegend das „cog – noscere“ sind in komplexe Sozialisationskomplexe eingebettet. Der Sinn, den der Einzelne für sich findet, ist immer „con – sens“. Zum Leib - und Bewusstseins - apriori der Erkenntnis kommt das Apriori der Sozialität - ohne die menschliche Gesellschaft ist menschliche Erkenntnis nicht möglich.

Persönlichkeitstheoretisches Argument

Wie der Mensch nur als Mitmensch koexistiert, so wird seine Persönlichkeit im intersubjektiven Prozess ausgebildet. Das Ich des Kindes differenziert sich in Wahrnehmung und Handeln mit der Interaktion seiner Familie aus. Perzeption und Aktion sind folglich zu einem bedeutsamen Teil sozial. Der Mensch wird in Gruppen zur Person. Er erkrankt, wenn die Prozesse persönlichkeitsbildender Interaktion nicht gelingen, an seinen toxischen oder defizienten Primärgruppenbeziehungen. Heilung muss daher immer in gruppalen Kontexten erfolgen. Selbst die Dyade der Einzelanalyse braucht den Transfer in die sozialen Alltagsbezüge des Patienten.

Therapietheoretisches Argument

Die Integrative Therapie bezieht sich einerseits auf phänomenologische Theorien, insbesondere auf das Lebensweltkonzept des späten Husserl, Merleau-Ponty und Schütz.

Der Mensch ist nur verstehbar als in die Textur der Welt verflochten (Petzold, 1978c, 1985) oder im „social world“ Konzept von Strauss. Feld- und systemtheoretische Betrachtungsweisen führen uns in der Integrativen Therapie zwangsläufig zu Milieuthherapie, Therapie in und mit Gruppen.

Politisches Argument

Die Integrative Therapie leitet ihre Wertvorstellung unter anderem aus ihren anthropologischen Prämissen ab. Sie ist am „Intersubjektivitätsideal“ orientiert, aus dem die „Sorge um die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen“ (Petzold, 1978a) entfließt. Dieses Ideal widmet sich auch der Integrität der ökologischen Realität, der Dinge, der Welt.

2.1 Vorgehensweise und Ziele der Integrativen Gruppentherapie

In Sharings und in Feedbacks wird eigenes verdeutlicht und zugleich anderes wahrgenommen und versprachlicht. Auch in der Gruppe gilt das für das Integrative Verfahren wichtige Vorgehen: Vom Wahrnehmen zum Erfassen, über das Verstehen zum Erklären und schliesslich zum Verändern.

Das Arbeiten in der Gruppe ermöglicht verschiedene Zugangsweisen, geprägt durch die unterschiedlichen Erfahrungen der GruppenteilnehmerInnen (Mehrperspektivität) und durch die verschiedenen Methoden, Techniken und Modalitäten, mit denen gearbeitet wird (Multimodalität).

Mit der Zeit werden auch Treffpunkte ausserhalb der Gruppenzeit vereinbart, soziale Kompetenzen geschult und Solidarität entwickelt.

Die Gruppe ist zugleich auch Übungsfeld für das Lernen im Umgang mit Konflikten, Projektionen, Übertragungen und Gegenübertragungen.

Integrative Gruppentherapie, so wie sie in der beschriebenen Arbeit mit Essgestörten gehandhabt wurde, hatte folgende Ziele: Curing, Coping, Support, Enlargement, Enrichment, Empowerment und Caring. Diese Ziele werden im Folgenden zitiert (aus: „Gruppenprozessanalyse“ Orth/Petzold, 1995):

Curing (kurative Zielsetzung)

Erste Aufgabe jeder Therapie ist es, zur Gesundung des Patienten beizutragen, das heißt die Beseitigung von Symptomen und Leidenszuständen anzustreben (Pritz, Petzold 1992).

Coping (Bewältigung)

Nicht alle Symptome können beseitigt werden. Leidenszustände können manchmal nur gelindert werden (palliatives Moment), oder es können Hilfen geboten werden, mit Leiden umzugehen, oder Daseinstechniken gefunden werden, Probleme zu bewältigen.

Support (Unterstützung)

Forschung im Bereich der sozialen Unterstützung zeigt, dass Patienten in Form von sozialer Unterstützung wesentliche Hilfen und Möglichkeiten der Gesundung und Lebensbewältigung erhalten. Dieses Ziel soll deshalb auch im Rahmen der Integrativen Therapie verfolgt werden.

Enlargement (Kompetenz- und Performanzverbesserung)

Eine Verbreiterung des persönlichen Kompetenzrahmens und Handlungsspektrums soll die Aufgabe jeder Therapie sein.

Der Patient soll seine Lebenssituation nicht nur „mit Mühen bewältigen“, er sollte auch in die Lage versetzt werden, einen breiteren Stand, einen gesicherten Boden, Situationskontrolle und Selbstwirksamkeit zu gewinnen.

Enrichment (Förderung von Potentialen und kreativen Gestaltungsmöglichkeiten)

Eine Verbesserung der Lebensqualität im Sinne der genannten Zielsetzungen kann durch den Enrichment-Aspekt noch vertieft werden. Die Möglichkeit der persönlichen Selbstverwirklichung in der Gemeinschaft mit anderen, die in einer Gruppe gegeben ist, muss als ein wesentliches, präventives und gesundheitsförderndes Element betrachtet werden.

Empowerment (Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit)

In jeder therapeutischen Gruppe ist es wichtig, die Mündigkeit der Teilnehmer, ihre Autonomie und Selbstbestimmtheit zu unterstützen.

Caring (leibbewusste Körperpflege)

Zit. aus „Weibliche Identität und Leiblichkeit“ (Orth, 2002)

Gesundheit (health), Wohlbefinden (wellness) und Leistungsfähigkeit (fitness) werden durch einen bewegungsaktiven Lebensstil und eine leib-bewusste Körperpflege, durch einen sorgsam Umgang mit sich selbst erreicht und gefördert.

Die Ziele wurden in Korrespondenzprozessen mit den Teilnehmerinnen erarbeitet.

Gleichzeitig wurde allen Teilnehmerinnen empfohlen, eine Einzeltherapie zu machen. Einzel- und Gruppentherapie können sich gegenseitig ideal ergänzen.

2.2 Spezifische Wirkfaktoren für Gruppentherapie

Es gibt für Gruppen spezifische Wirk- und Prozessfaktoren, wobei auch die für das Setting der Einzeltherapie geltenden Wirkfaktoren Gültigkeit haben.

Sekot / Jacobi (2001) listen diese so auf (nach Strauss):

- Selbsterleben in der Gruppe: reaktive Emotionalität, Selbststärke und Aktivität (Tschuschke 1996)
- Erleben der eigenen Person in der Gruppe (Eckert 1996)
- Gruppenklima (MacKenzie 1996)
- Soziogramm (Hess 1996)

nach Fiedler:

Kohäsion: eine Art positiv empfundener Gruppenzusammenhalt;

Offenheit / Vertrauen / Unterstützung: private und intime Dinge können gefahrlos besprochen werden. Die anderen Gruppenteilnehmer reagieren empathisch und konstruktiv;

konstruktives Feedback: in Gruppen kann detailliertes Feedback von anderen Gruppenmitgliedern stark zur Verhaltensänderung und zur Weiterentwicklung des Selbstbildes beitragen. Wichtig ist hierbei jedoch, dass dieses wenig negative Teile enthält und konstruktiv ausgerichtet ist;

Modellernen: gerade Mitbetroffene, die ein Problem bewältigen, stellen hervorragende Modelle dar, die für bestimmte Probleme wirkungsvoller sind als Therapeuten-Modelle;

Rekapitulation und Katharsis; durch Wiedererinnerung an weiter zurückliegende Erfahrungen können neue Einsichten über die eigene Gewordenheit entstehen. Dies kann durch Nachstellen in der Gruppe und Rollenspiele unterstützt werden. Unvollendet gebliebene Affekte können bei Vorliegen bestimmter Bedingungen (Vertrauen, Offenheit, Unterstützung) zugelassen und auf hilfreiche Weise geändert werden;

Arbeitshaltung; die Mitglieder sind bereit, sich auf neues einzulassen und mitzuarbeiten.

2.3 Bedeutung des Leibkonzeptes der Integrativen Therapie für die Arbeit mit Essgestörten

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, deren Behandlung mit dem Leibkonzept der Integrativen Therapie auf eine breite Basis gestellt wird.

Essstörungen sind vielfach auf „frühe Schädigungen“ (Petzold 1996) zurückzuführen, haben viel mit Negation des Leiblichen zu tun und können nur über die vielfältige Arbeit am und über den Leib gebessert oder geheilt werden.

Der Leib als „totales Sinnesorgan“ (Merleau-Ponty, 1966; 1976; 1964) umfasst die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen mit seiner Einbindung in den sozialen und ökologischen Bereich (Petzold, 1988).

Das Leib – Subjekt ist ein perzeptives, memoratives, reflexives und expressives Wesen, in dessen Leibgedächtnis Vergangenes gespeichert ist. In der therapeutischen Gruppenarbeit kann über Wahrnehmungs- und Ausdrucksübungen die Geschichte dieses Leibes in Kontext und Kontinuum erfahren und auch kommuniziert werden.

Das Verfahren der Integrativen Therapie geht von einem „Leib-Apriori der Erkenntnis“ (Petzold, 1996) aus, d.h. der Leib ist Voraussetzung aller Erkenntnis, er ist aber an die bewusste Wahrnehmung gebunden.

Leib ist immer auch „social – body“: In seinen Archiven sind Muster und Rituale eingegraben. Gruppentherapie dient nebst anderen Aspekten dem Bewusstmachen von Verkörperungen und Rollenzwängen, von Verdinglichung und Kolonialisierung des Leibes durch geltende gesellschaftliche Zwänge.

Essstörungen sind Ausdruck einer tiefgreifenden Identitätsstörung. Im Persönlichkeits-Konzept der Integrativen Therapie mit Selbst, Ich und Identität spielt die Identität eine wichtige Rolle. In den fünf Säulen (auch Aspekte genannt) der Identität ist die erste Säule die der Leiblichkeit, die andern sind „Soziale Beziehungen“ / „Arbeit, Leistung, Freizeit“ / „Materielle Sicherheiten“ und „Werte“ (Orth, 2002).

Identität bildet sich in einer Wechselwirkung von Selbst- und Fremdattribution und deren Bewertungen. Diese wiederum sind geprägt von gesellschaftlichen Strömungen, welche die Integrative Therapie immer mit einbezieht.

3 Zur Therapiegruppe

Ziel war es, eine Gruppe für Frauen mit Essstörungen zu bilden, die in einem geschützten Rahmen Gelegenheit erhalten, sich über ihre Essstörung auszutauschen, durch verschiedene Methoden der Integrativen Therapie Zugang zu sich selbst, d.h. zu Körper, Seele und Geist, zu bekommen und schliesslich neue Verhaltensmöglichkeiten zu entwickeln. Dabei wurde vor allem auf Methoden wie Körperarbeit, das Rollenspiel nach Moreno, Techniken der Spannungsregulation sowie auf kreative Medien zurückgegriffen. Ziele und Erwartungen wurden in der ersten Gruppensitzung gemeinsam formuliert.

Die Teilnehmerinnen konnten sich für 6 Abende im vierzehntäglichen Abstand einschreiben und für diese 6 Abende bezahlen; während einer Sequenz von 6 Abenden war die Gruppe geschlossen. Die Gruppensitzungen dauerten jeweils von 19 00 – 21 15 Uhr. Diese Gruppe kann als ein niederschwelliges Therapieangebot bezeichnet werden.

Die ersten vier Abende waren von mir im agogischen Sinn geplant, dies sollte den Teilnehmerinnen Sicherheit und Vertrauen vermitteln. Später arbeitete ich prozessorientiert, machte die Arbeit aber immer wieder gegenüber den Teilnehmerinnen transparent.

3.1 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 1.-6. Abend

Maya¹

26 jährig, verheiratet, Mutter eines 1 jährigen Knaben, wohnt in der Nähe der Ursprungsfamilie
Kaufmännische Angestellte in einem Dienstleistungsbetrieb, arbeitet 1 Tag pro Woche
treibt Laufsport, teilweise wettkampfmässig

hat eine Schwester, welche 1 Jahr jünger ist,

Teilnehmerin schildert, dass die Mutter immer kleine Essportionen gab und dass
„Viel-Essen“ verpönt war

15. – 16. Lebensjahr: Anorexie, von den Eltern kaum wahrgenommen;

Welschlandaufenthalt, anschliessend Stelle als Kindermädchen, dort sehr schwierige Umstände:
Ausbruch der Bulimie

immer wieder, auch während der Schwangerschaft, heftige Ess- und Brech-Attacken, Familie weiss
davon, Ehemann unterstützt die Therapie

Normalgewicht

in Einzeltherapie bei mir

Rita

25 jährig, lebt wieder allein, langjährige Beziehung mit Freund ist auseinander-
gegangen,

Lehre als kaufmännische Angestellte, anschliessend Zweitwegmatura, plant Welschlandaufenthalt
mit Praktikum im Spital

Mutter sei sehr tüchtig, Vater Alkoholiker, 1 Bruder, 3 Jahre jünger als sie

Anorexie seit ca. 7 Jahren, auf dem Weg zur Heilung

in Einzeltherapie bei Psychiaterin

Monika

36 jährig, verheiratet, kinderlos, lebt in derselben Stadt wie die Ursprungsfamilie

Ausbildung in einem Dienstleistungsbetrieb, arbeitet nicht mehr

Schwierige Verhältnisse in der Ursprungsfamilie, 2 jüngere Geschwister

im 30. Lebensjahr heiratet sie, kurz danach Ausbruch der Anorexie

exzessives Fitnesstraining

ausgeprägte Anorexie, Gruppentherapie sei für sie die letzte Möglichkeit, Klinikeinweisung zu ver-
hindern,

Einzeltherapie bei Psychiaterin

¹ Die Daten wurden anonymisiert

Nicole

21 jährig, keine feste Beziehung, lebt allein, Mutter lebt in derselben Stadt arbeitet im Dienstleistungssektor, öfters Arbeitsunfähigkeit
Ausbruch einer ausgeprägten Anorexie mit Brechattacken vor ¾ Jahren, fühlt sich der Krankheit ausgeliefert
sie sei ein sehr schwieriger Säugling gewesen (Mutter habe sehr Mühe mit ihr gehabt)
neu in Einzeltherapie bei einer Psychiaterin

Susanne

42 jährig, verheiratet, jetzt aber getrennt
arbeitet im Sozialbereich
3. von 5 Kindern, Eltern führten ein Restaurant, Vater war Alkoholiker, bis dessen Mutter (wohnhaft im selben Betrieb) starb
Ausbruch der Anorexie mit bulimischen Attacken vor 12 Jahren, ihr Mann habe damals eine sehr schlanke Freundin gehabt, sie sei eher mollig gewesen, schwierige Wohnsituation im Haus der Schwiegereltern, Schwiegermutter sei dominant, Einzeltherapie bei Psychiater, vor allem wegen starker Depression und Medikamentenabhängigkeit

Diese Beschreibung der Klientinnen habe ich bewusst kurz gehalten, da diese Arbeit im Internet veröffentlicht wird. Bei „Feiereis 1998 “ lässt sich sehr gut über die verschiedenen Formen von Essstörungen (16ff) , über die Differentialdiagnose(105ff) und die Ätiologie und Pathogenese (87ff) nachlesen.

3.2 Wünsche und Ziele der Teilnehmerinnen

Die nachstehend dargestellten Wünsche, Erwartungen und Ziele wurden gemeinsam am ersten Abend erarbeitet.

Name	Wünsche/Erwartungen	Ziele
Susanne	Probleme lösen, Vertrauen schaffen, Zusammenarbeit in der Gruppe	zu sich finden
Nicole	Vertrauen, Erfahrungen austauschen, vielleicht Rat annehmen	dass es mir besser geht
Rita	Lernen, auf mich zu hören; sehen, wie andere auf sich hören; sich spüren; reden; malen; Körperübungen	Hunger spüren, und etwas dagegen tun; Sattsein spüren und aufhören zu essen; flexibel auf Bedürfnisse eingehen; Spontantität; keine Angst mehr haben
Maya	Körperwahrnehmungs- u. Entspannungsübungen machen; dass wir uns Feedbacks positiv und negativ geben; einander Vertrauen geben; Erfahrungen sammeln und austauschen, miteinander reden; vielleicht werden wir ein richtiges Team, das einander helfen kann	Selbstbewusstsein stärken; lernen, Konflikte auszutragen
Monika	viel miteinander sprechen; sehen, wie es den andern geht	lernen, wie ich geniessen kann; möchte ganz gesund werden und dann ein Kind haben; jeden Tag essen geniessen

3.3 Gruppenregeln

Ebenfalls zur ersten Arbeitseinheit (1 Abend = 2 1/4 Std.) gehörte das Vorstellen der Gruppenregeln, die von mir vorgegeben wurden, jedoch durch die Teilnehmerinnen ergänzt werden konnten. Diese Gruppenregeln wurden immer wieder gemeinsam besprochen, wenn neue Teilnehmerinnen

zur Gruppe stiessen. Dies war nach einer Sequenz von sechs Abenden möglich. Vorher hätte dies den Prozess allzu sehr unterbrochen, da dem Verabschieden und dem Neueintritt viel Raum gegeben wurde.

Gruppenregeln in Stichworten

Verschwiegenheit	das in der Gruppe Erlebte und Besprochene bleibt in diesem Raum; Anonymität gegen aussen soll gewährleistet werden
von sich und seinen Gefühlen sprechen	genau formulieren, wann immer möglich, keine Allgemeinformulierungen
Konflikte	Konflikte sollen bewusst angesprochen werden
Grenzen	sorgsames Wahren der eigenen Grenzen
Selbstverantwortung	ich übernehme in der Gruppe die Verantwortung für mich; behutsamer Umgang mit sich selbst
Absenzen	„Fernbleiben“ soll gemeldet werden

3.4 Detaillierter Beschrieb der Abende 1 – 6

1. Abend

Der erste Abend ist geprägt von einer erstaunlichen Offenheit. In 2er Gruppen stellen sich die Teilnehmerinnen gegenseitig mit folgenden Stichpunkten vor:

Name, Alter, Lebenssituation, Beruf, Hobby, Art der Essstörung und Stärken.

Bewusst wird bei der Arbeitsanweisung der Schwerpunkt auf die ganze Lebenssituation der Frauen gelegt und nicht nur auf das Pathologische.

Trotzdem wird dann von den Teilnehmerinnen viel von ihrer Essstörung gesprochen, beim gegenseitigen Vorstellen wird diese Thematik wieder ausgewogen in die Gesamtheit der Persönlichkeit gestellt. Teilweise erleben die Frauen es als grosse Befreiung, über ihre Essstörung offen zu sprechen, sie haben diese vorher mit viel Scham (Feiereis 1998 102f) als Geheimnis gehütet.

Ausgehend davon, dass ein Faktor, der zu Essstörungen führen kann, das Schönheitsideal und der Schlankeitskult für Frauen (Becker K. 1998 55ff / Feiereis 1998 91) in unserer Gesellschaft ist, leite ich eine Collage an: „Schneidet in 2er oder 3er Gruppen aus den bereitliegenden Illustrierten Figuren aus, und klebt sie dann nach den Aspekten, was euch gefällt und welche Figuren euch abstossen auf! Unterhält euch darüber!“

In dieser Arbeit werden die Teilnehmerinnen darauf aufmerksam, dass kaum dickleibige Menschen in den Zeitschriften abgebildet sind (Ausnahme: Reklame für Schlankheitsmittel), und dass sehr schlanke bis magere Models dominieren.

Anschliessend versuchen sie ihre „Lieblingsfigur“ aus der Collage pantomimisch nachzustellen. Als Abschluss des Abends wähle ich eine Körperübung, bei der sie die Augen offen behalten können und trotzdem nur im Kontakt mit sich selbst sind: Am Boden sitzen, Beine ausstrecken, zuerst das rechte, dann das linke Bein bis zum Gesäss hoch abklopfen und dann sorgsam ausstreichen.

Diese Körperübung hat folgende Intentionen:

- nochmals zu sich und dem Körper gehen
- etwas Belebendes für den Körper machen
- eigene Körpersensationen erfahrbar machen (hier in den Beinen und den klopfenden Händen)

2. Abend

Es sind alle wieder da, mit Ausnahme von Monika, die ich am ersten Abend als sehr dominierend erlebt habe; sie hat sich aber nicht abgemeldet.

Den zweiten Abend eröffne ich mit einer Übung, bei der sich die Teilnehmerinnen nochmals selbst der Gruppe vorstellen und gleichzeitig Gelegenheit haben, eigenes zu zeigen und Rückblick auf das letzte Treffen und die letzte Woche zu halten.

Am Boden liegen die verschiedensten Objekte (Märchenbuch, Feder, Bärchen, Glaskugeln, Sternenkissen, Blütenkerze). „Sucht ein Objekt für euch aus, von welchem ihr denkt, dass es zu euch passt! Erzählt nachher, welche Bedeutung dieses Objekt für euch hat, wie es euch letzte Woche ergangen ist und ob ihr noch Wichtiges vom letzten Abend zu berichten habt!“

So ergibt sich eine sehr persönlich gehaltene Eingangsrunde, bei der Themen wie Abschied, Abbruch von Beziehungen, Depression, aber auch Erinnerungen an schöne Momente im Leben anklingen. Die Teilnehmerinnen drücken aber auch mehrheitlich aus, wie sehr sie der erste Gruppenabend aufgewühlt hat.

Anschliessend machen wir eine Arbeit zum Thema Essen:

„Nennt spontan Begriffe, die euch zum Thema Essen einfallen. Ich werde sie für euch auf Blätter notieren!“

Es hagelt nur so von Begriffen, ich komme kaum nach mit Schreiben. Während des Aufzählens entsteht eine Atmosphäre der Schwere, der Trauer, die Luft wird förmlich dick. Ich spreche die Teilnehmerinnen auf ihre körperliche Wahrnehmung an (Höhmann-Kost 2002 91ff). Sie nennen: „schwerer Nacken“, „Beklemmung in der Magengegend“, „Trauer“.

Es fällt ihnen auf, wie lediglich ganz wenige positive Verknüpfungen mit dem Thema Essen genannt werden. Negative Assoziationen dominieren eindeutig. Die Assoziationen zum Begriff „Essen“ sollen nachfolgend angeführt werden.

Ich weise die Teilnehmerinnen an, die Blätter entlang eines Seiles, auf der einen Seite die von ihnen als positiv, auf der anderen die von ihnen als negativ erlebten Begriffe, anzuordnen.

Zufriedenheit

erschöpft
Angst

Stress

keine Kontrolle

schlechtes Gewissen

es ist gut so wie es ist

Unverständnis

Fett u. Kalorienzählen

Zeitdruck

kein Ausweg

essen, bis Übelkeit kommt

erschöpft

Stress

langsam essen

entspannen

sich etwas

Gutes tun

allein sein

nicht satt werden

Lügen

dick werden

Anschliessend schauen wir gemeinsam hin, in welchen Bereichen sich etwas ändern lässt. Die Teilnehmerinnen schreiben dann ihre Vorschläge in roter Farbe auf das Blatt.

An dieser Stelle wird die Arbeit zähflüssig. Trotzdem gibt es nach einer gewissen Zeit mehrere Vorschläge: „Entspannen“, „sich etwas Gutes tun“, „es ist gut so, wie es ist“, „langsam essen“.

Am Schluss der Arbeit wählt jede Frau für sich einen Änderungsvorschlag aus und nimmt diesen als Übungsfeld in die nächste Woche mit.

Die Schlussübung ist eine Spannungsregulationsübung („top down from mind to muscle“), welche Körpergefühl und bewussten Atem vermittelt sowie den Satz: „Es ist gut so, ich werde vom Boden getragen!“ (Hausmann B./ Neddermeyers R. 1996, 69ff).

3.Aband

Monika kommt mit 10 Min. Verspätung, sie berichtet nicht, weshalb sie das letzte Mal gefehlt hat.

Da niemand aus der Gruppe nachfragt, sage auch ich nichts. Ich möchte als Gruppentherapeutin nicht alle Verantwortung auf mich nehmen, denn die ganze Gruppe ist verantwortlich für das Einhalten der Gruppenregeln (Orth/Petzold 1995 204).

Der Abend beginnt mit einem längeren Erfahrungsaustausch vom letzten Mal. Die Frauen berichten von positiven Erfahrungen, aber ebenso, wie schwierig es ist, aus alten Mustern auszusteigen, etwas zu verändern. Von zwei Frauen wird thematisiert, wie anstrengend es ist, immer gut zu funktionieren, besonders in der Arbeit mit Menschen (soziale Berufe, Berufe im Dienstleistungssektor). Monika fehlt der Hintergrund vom letzten Mal.

Dann wird auch noch das Thema „Lügen“ angesprochen. Susanne sagt, sie komme sich so oft als Lügnerin vor beim Thema Essen, aber auch dann, wenn sie das Haus verlasse und sich unter die

Menschen mische. Dieser Themenkreis interessiert die meisten und ich mache spontan eine Arbeit dazu:

„Überlegt euch, mit wem ihr über eure Störung offen reden könnt, wem ihr es verschweigen möchtet, und wem ihr es sagen möchtet, aber dies nicht konntet!“

Die Frauen diskutieren lebhaft und erzählen von ihren Erfahrungen.

Anschliessend an diese Diskussion leite ich eine Bewegungsübung mit Musik an, ich merke, dass dies neu und ungewohnt ist für die Teilnehmerinnen.

(Musik: Giora Feidman / Themes from G. Mahlers 1. Symphony.2nd Mvt)

„Bewegt euch zur Musik, so wie es für euch stimmt; stellt euch dabei die „positiven Änderungen“ vom letzten Mal vor („Entspannung“, „langsam essen“, „sich etwas Gutes tun“), wir haben sie auch schon in der Eingangsrunde erwähnt.“ Damit möchte ich eine Verbindung zum letzten Gruppenabend, zu der Übung während der Woche und im weitesten Sinn zu Zukunftsvisionen erreichen.

(Therapie ist immer auch ein „Sich-bewegen“ auf der Achse des Kontinuum / Petzold 1996, 85).

Nach der Bewegungsübung malt jede Frau mit Ölkreiden ein grosses Bild.

„Gebt mit den Farben dem Ausdruck, was ihr vorhin gespürt und gesehen habt!“

Anschliessend folgt ein Austausch darüber, wie es ihnen beim Malen ergangen ist und wir „besichtigen“ die Bilder gemeinsam.

Teilweise staunen sie, wie sie ein so grosses Bild malen konnten und wie unterschiedlich die Bilder geworden sind. Zwei sagen, es habe richtig Spass gemacht, vor allem, weil sie nichts Konkretes malen mussten.

Nun führe ich noch in die Arbeit für die nächste Woche ein (würde ich nicht mehr so machen, es gab nach dem Malen einen zu abrupten Bruch, schade!).

„Beobachtet während einigen Tagen euer Essverhalten und notiert euch dies auf einem Blatt. Wichtig dabei ist, dass ihr eure Gefühle vor und nach dem Essen beobachtet! Bringt das nächste mal etwas mit, das für euch sinnlich und schön ist!“

Den Abschluss des Abends bildet eine Atemübung:

„Legt euch auf den Boden (Wolldecken), wer dies nicht möchte, darf auch sitzen bleiben. Atmet tief ein und aus (Schwerpunkt auf das Ausatmen). Jetzt reibt ihr eure Hände gegeneinander und legt dann die warmen Hände auf eine Körperstelle, der ihr gern etwas Gutes tun möchtet“ (Menschen mit Essstörungen haben oft niedrige Körpertemperatur!).

Solche Übungen sind immer so anzuleiten, dass die Klientin/ der Klient immer noch eine gewisse Mitbestimmung hat.

4. Abend

Die Eingangsrunde ist zuerst etwas zögerlich. Dann aber berichten die Frauen, wie mühsam es für sie war, die Esstabelle auszufüllen, da es ihnen belastend vorgekommen sei, so genau Buch zu führen. Daraus entsteht ein Gespräch darüber, wie sehr sie Aufgaben ernst nehmen in ihrem Leben und diese akribisch genau ausführen, oder aber, wie sehr sie den Schwierigkeiten aus dem Weg gehen. Nicole und Monika haben die Aufgabe nicht gemacht. Bei dieser Gelegenheit frage ich mich, ob ich mit der letzten Anweisung am 3. Abend zuviel Druck auf die Teilnehmerinnen ausgeübt habe. Ich nehme mir vor, das Thema „Druck“ achtsam in den Augen zu behalten.

Nicole erzählt, wie schwierig es ist, ihrem Chef gegenüber zu treten, wenn sie wegen ihren Absenzen zu ihm in sein Büro muss. Sie hat dann das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden.

Bei diesem Thema entschliesse ich mich, ein Rollenspiel (nach Moreno) mit der Gruppe zu machen (Engelke 1981, 9ff, Buer 1989 134f).

Nicole spielt ihre Rolle (wird von Maya als Doppler verstärkt), Susanne übernimmt die Rolle des Chefs, die andern sind Beobachter.

Bei der Nachbesprechung sagt Nicole, sie habe sich anfangs wie in der realen Situation schwach gefühlt, die stützende Hand auf den Schultern und die unterstützenden Worte der Dopplerin haben ihr dann Mut gegeben (enlargement, support). Sie fühle sich auch sonst sehr allein und hilflos, niemand habe Verständnis für ihre so plötzlich aufgetretene Krankheit.

Susanne hat sich in ihrer Rolle als Chef hin und her gerissen gefühlt, wenn sie Nicole angeguckt habe, sei es ihr schwer gefallen in der lockeren, legeren Haltung des Chefs (von Nicole anfangs so beschrieben) zu bleiben. Sie selbst habe eine verständnisvolle Chefin, die sie unterstütze.

Alle aber bringen zum Ausdruck, wie sie Nicole Daumen halten, wenn sie in den nächsten Tagen selbst ein Gespräch beim Chef verlangen wird, um ihm darzulegen, wie sehr sie unter ihrer Krankheit leidet und wie sie ihr ausgeliefert ist (support).

Nach dieser Arbeit spüre ich eine grosse Verbundenheit in der Gruppe, auch Monika scheint dazu zu gehören; sie hat Nicole ein verständnisvolles Feedback gegeben. (Sekot/Jacobi 2001, 43)

Als Auflockerung leite ich eine Bewegungsübung mit Gehen im Raum an (ohne Musik):

„Geht so, wie es euch im Moment entspricht“

„Beschleunigt euren Schritt, geht so schnell, wie es für euch noch gut ist, lasst das schnelle Gehen ausklingen, werdet langsamer“

„Nehmt euch bewusst Platz beim Gehen, macht solche Schritte, dass ihr euch stark und gross gewachsen fühlt.“ (Höhmman-Kost 2002, 105ff).

Diese Übung wurde mehrheitlich als belebend erlebt, vor allem dann, als das Gehen schneller wurde. Nicole meint, sie habe sich gut und befreit gefühlt, Susanne äusserte, die Rolle als Chef sei ihr noch nachgegangen (obwohl ich als Spielleiterin sie "entrollte").

Jetzt wage ich mich trotz des eingangs geäusserten Widerstandes noch ans Blatt „Essprotokoll“ (Jacobi/Thiel/Paul 2000, 64):

„Bildet zwei Gruppen und besprecht miteinander: Welche Gefühle sind bei euch „Essauslöser“, welche sind „Essverhinderer“?“

Bei der Auswertung zeigt sich, dass es grosse Unterschiede gibt bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen. Die Anorektikerinnen sprechen mehr von „Kontrolle, Stärke, Kontrollverlust“, hingegen sprechen die bulimisch geprägten Frauen vorwiegend von „Frust, Zwang, zur Ruhe kommen, sich spüren“ (Feiereis 1998, 98 u.102).

Ich rege eine Übung für die nächste Woche an:

„Betätigt euch als „Gefühlsdetektive“ und schaut möglichst genau hin, was ihr rund ums Essen oder Nicht-Essen fühlt. Notiert euch dies auf das vorbereitete Blatt!“ (Jacobi/Thiel/Paul 2000, 64ff).

Als Abschluss leite ich eine Entspannungsübung an (top down from mind to muscle):

„Legt euch auf die Wolldecke oder wer will, kann auch sitzen. Legt die Hände auf den Bauch, atmet tief ein, atmet tief und lang aus. Spürt, wie sich die Bauchdecke beim Einatmen hebt und beim Ausatmen senkt (Höhmman-Kost 2002, 93ff).

Stellt euch vor, der ganze Körper liege auf Watte auf! Spürt, wie der Boden weich ist und ihr auf der Watte weich und warm aufliegt. Geniesst dieses „Eingebettet sein“ und sagt euch: „ Es ist gut so, wie ich daliege! oder –sitze!“

Beginnt jetzt langsam und achtsam eure Finger und Zehen zu bewegen, dann dreht euch langsam von der einen Seite auf die andere. Steht eurem eigenen Rhythmus entsprechend auf!“

5. Abend

Die Eingangsrunde dauert dieses Mal sehr lange. Monika fehlt, sie hat sich schon beim letzten Mal abgemeldet, sie sei wieder am Seminar (etwas Esoterisches).

Nicole erzählt, wie sie sich sicherer gefühlt habe im Gespräch mit ihrem Chef, dieser habe zum ersten mal auch etwas Verständnis für ihre Situation gezeigt.

Susanne wirkt aufgescheucht, sie hätte zweimal hintereinander beinahe einen Unfall gehabt mit dem Velo. In beiden Fällen sei sie beinahe von einem Auto touchiert worden. Das erschrecke sie sehr, sie sei sich sehr ausgeliefert vorgekommen.

Rita erzählt von der Trennung von ihrem Freund, das mache sie sehr traurig, aber trotzdem spüre sie auch Lust, Neues zu wagen (Praktikumsstelle im Welschland, Tanzkurs). Beim Essen habe es sich so geäussert, dass sie sich eher etwas gönne (ohne schlechtes Gewissen).

Maya erzählt von ihrer 20% Stelle in der nahe gelegenen Grossstadt, sie gehe gar nicht mehr gern hin, dann müsse sie immer ihr Kind zu den Eltern bringen, an diesem Tag habe sie auch am meisten Mühe mit Essen und Erbrechen.

Ich greife nochmals das Stichwort des „Gefühlsdetektivs“ auf. Welche Gefühle kommen beim Essen hoch? Es stellt sich heraus, dass nur Rita diese Woche bewusst darauf geachtet hat.

Jetzt wird Thema, weshalb es so schwierig ist, genau hinzugucken.

Es kommen Stichworte wie: „Schuldgefühle“, „schlechte Erinnerungen“ (Kindheit, Familientisch), „Angst, genau hinzugucken, weil eh nur Negatives herausschaue“.

Ein ganzer Berg von belastenden Atmosphären und Szenen rund ums Essen stapelt sich an.

„Setzt euch in eine Ecke und versucht euch zu erinnern, wie das war, bei euch zu Hause am Familientisch, beim Essen. Notiert euch anschliessend Stichworte!“

Setzt euch jetzt zu jemanden, bei dem es euch wohl ist und erzählt einander von den Erinnerungen!“

Ausgenommen bei einer Frau war der Familientisch bei allen ein Ort des Streites, des Machtkampfes (Vater/Mutter, Vater/Grossmutter) und mieser Atmosphären.

Die Teilnehmerinnen staunen, dass so viele ähnliche Erfahrungen zum Thema „Familientisch“ vorhanden sind: Streit, Gehässigkeiten, kein Familientisch. (Becker 1998 63ff, Feiereis 1998, 229ff, Selvini Palazzoli 1999 173ff, Jacobi/Thiel/Paul 2000 31f).

Wiederum entsteht eine Atmosphäre des sich Nah-Seins, des Verbundenseins durch ähnliche Kindheits- und Jugenderinnerungen. (Rekapitulation, Katharsis / Sekot/Jacobi 2001, 44)

Zum Abschluss wähle ich eine Körperübung, die helfen soll, wieder Boden unter den Füßen zu bekommen (gutes Grounding), die vitalisiert und mit Wellness und Caring zu tun hat.

Ich führe so ein:

„Entspannung muss nicht immer „ruhig werden“ bedeuten, sondern hat auch mit guter Anspannung (Vitalität) zu tun. Wir können ein Gespür für unsere Bedürfnisse entwickeln: Brauche ich Entspannung oder Spannung?“

Jede Teilnehmerin erhält zwei Tennisbälle. „Ihr könnt diese Übung stehend oder sitzend machen. Spürt, wie euer Gewicht sich gut auf beide Füße verteilt.

Lasst eure Arme schön locker, macht ganz leicht Knie, lockert auch euren Kiefer. Vertraut euch jetzt achtsam dem Standbein an, mit dem Spielbein bewegt ihr sorgsam einen Tennisball, macht Kreis- und Längsbewegungen mit dem Fuss, variiert mit dem Spielbein den Druck auf den Tennisball, es soll aber wohltuend bleiben.“

„Geht vom Ball runter; beugt jetzt langsam euren Kopf zu den Knien (Abhängübung)“.

„Richtet euch sorgfältig auf, Wirbel um Wirbel, Kopf zuallerletzt, stellt euch vor, ihr habt einen Faden wie eine Marionette, an dem zieht ihr euch hoch.“

Fusswechsel

nochmals Abhängübung

anschliessend mit beiden Fersen auf die Tennisbälle stehen, Gewicht beim Ausatmen betonen, beim Einatmen Gewicht entlasten

Hinweis, dass es sehr wohltuend sein kann, die Füße zu massieren (mit oder ohne Creme).

6. Abend

Eingangsrunde:

Die Teilnehmerinnen berichten, dass sie diese Woche vermehrt auf ihren Körper achteten, zwei haben Fussmassage mit ihrem Partner gemacht (caring, enrichment). Nicole berichtet, dass es ihr nicht gut gehe (Anzeichen von Depersonalisationsphänomenen), sie müsse öfters von der Arbeit nach Hause gehen, es sei ihr dann sehr schwindlig. Ihre Psychiaterin habe ihr angeraten, eine stationäre Behandlung in der Klinik zu machen. Wir ermuntern sie zu einem Probebesuch dort. Rita freut sich auf ihren Welschlandaufenthalt, gleichzeitig fürchtet sie sich auch, sie kennt dort noch niemanden.

Susanne trifft immer wieder ihren Mann (sie hat sich eine eigene Wohnung genommen), sie haben es jeweils gut miteinander. Sie könnte sich ein Zusammenziehen wieder vorstellen, würde aber nie mehr in das Haus ihrer Schwiegermutter ziehen. Monika erzählt ausführlich von ihrem Seminar, dieses Mal etwas kritischer.

Da die Themen Körper, Aussehen und Körperbild für die Gruppe zentral sind, leite ich dazu passend eine Übung an: „modifizierte Body Chart“ („modifiziert“ im Wissen darum, dass es der letzte Abend einer Sequenz ist und ich die Gruppenteilnehmerinnen nicht allzu sehr aufwühlen möchte; Hausmann/Neddermeyer 1996, 141f):

„Geht zu zweit zusammen, legt einander mit Hilfe eines Gymnastikseiles eure Körperumrisse. Arbeitet sorgfältig und achtet gut die Grenzen des anderen!“

„Geht anschliessend zu eurem eigenen Bild und betrachtet es!“

„Was fühlt ihr dabei, welche Gedanken kommen hoch?“

Im Gespräch darüber berichtet Maya, es sei sehr seltsam für sie, sich so anzugucken, sie habe ja gewusst, dass sie nicht dick sei, aber da sehe sie richtig schlank aus. Monika meint, ums Gesäss sei sie schon noch rundlich (was gar nicht der Fall ist!), Rita ist zufrieden, Nicole empfindet sich als sehr fremd. Die ganze Unsicherheit bezüglich der Körperidentität, die so typisch ist bei Essstörungen, kommt zum Ausdruck. (Feiereis 1998, 91f, 97, Stahr, Barb, Schulz 1998 38, 84ff)

„Belegt nun alles, was für euch in eurer Umrissfigur nicht o.k. ist, mit diversen Gegenständen“. Diese liegen in der Raummitte bereit (Tücher, Federn, Steine).

„Füllt nun dort aus, wo es für euch okay ist.“

„Geht nun noch einmal mit eurer Partnerin zusammen und besprecht mit ihr eure Figur. Wie ist diese für eure Partnerin, sieht sie es gleich oder hat sie andere Wahrnehmungen?“

„Schreibt nun einen Brief an eure „Figur“.“ (Petzold/Orth1995,11f, 21ff)

Wir setzen uns zusammen und lesen die Briefe vor. Diese sind teilweise empathisch, teilweise auch sehr nüchtern gehalten. Allgemein fällt den Frauen auf, wie streng sie sich bewerten und wie sehr der „liebevolle Blick“ fehlt.

Der sechste Abend ist zugleich auch der letzte Abend der angebotenen Sequenz, und somit Zeit, um Rückschau zu halten. Ich hänge wieder das Blatt mit den Zielvorstellungen auf und die Teilnehmerinnen notieren sich, was sie erhalten haben, was sie sich genommen haben, und was ihnen gefehlt hat.

Das Echo ist positiv. Susanne hätte gern mehr übers Essen und Kochen gesprochen z. B. Rezepte ausgetauscht. Formuliert wird auch direkt an die Adresse von Monika, wie sehr sie es als störend empfunden haben, dass sie gefehlt habe, zu spät gekommen sei und sich teilweise nicht abgemeldet habe.

Es entsteht eine sehr angespannte Atmosphäre. Es werden zum ersten Mal Konflikte benannt und Monika reagiert verärgert. Ich formuliere, dass es zu den Gruppenregeln gehöre, dass Störungen auch benannt werden dürfen, und dass es ein Therapieerfolg für die Gruppe ist, diese zu erwähnen (Becker 1998, 66).

Abschiedsrunde für Rita, welche ins Welschland geht:

„Gestaltet mit Schere, Illustrierten und Leim eine Karte für Rita und schreibt etwas Persönliches darauf.“

Rita ist gerührt und freut sich sehr, dass sie so viele persönliche Karten bekommt. Sie bringt auch zum Ausdruck, wie sehr es ihr in dieser Gruppe gefallen hat.

Alle ändern Teilnehmerinnen möchten in der Gruppe weitermachen, ich künde an, dass ich diese Gruppe nochmals ausschreiben und sie benachrichtigen werde, wenn noch neue Frauen dazukommen.

Umstande halber kann das nächste Treffen aber erst in sechs Wochen stattfinden.

3.5 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 7.-12. Abend

Maya / Nicole / Susanne;

Ausgestiegen: Monika (nicht mehr erschienen)

Rita (Welschlandpraktikum)

Miriam (neu hinzugekommen)

25jährig, Freund, getrennt wohnend,
arbeitet im Sozialbereich,

Eltern geschieden, Vater Alkoholiker, hat einen um 2 Jahre jüngeren Bruder erwähnt beim Erstgespräch sexuellen Missbrauch, war deswegen schon in Therapie mit 12 Jahren erste Diät mit Freundin (fühlte sich immer schon dick, wurde deswegen auch gehänselt)

als 16 jährige erfuhr sie unvorbereitet (war im Welschland) von der Scheidung der Eltern, dies löste eine Anorexie aus

jetzt keine Anorexie mehr, dafür nach ihrer Schilderung: „Alltag: Diät/ Wochenende: Fresssucht“
normales Körpergewicht, aber schwankend
in Einzeltherapie bei Psychiaterin

3.6 Zusammenfassung 7. – 12. Abend

Die zweite Sequenz der Gruppentherapie, welche die Abende sieben bis zwölf umfasst, soll im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden.

Die Zusammensetzung der Gruppe sieht jetzt folgendermassen aus:

Nicole, Susanne und Maya, welche schon in der ursprünglichen Gruppe dabei waren, nahmen auch an der zweiten Sequenz teil. Neu dazugekommen ist Miriam.

Monika hat sich nicht abgemeldet, ich phantasie dazu: war ihr die Konfrontation am Schluss des sechsten Abends zu hart, oder musste sie in die Klinik? Ich habe nie mehr etwas von ihr gehört, ebenso die Teilnehmerinnen nicht.

Wir sind in einem neuen Gruppenraum (der alte ist durch eine andere Veranstaltung besetzt) und ich mache die Erfahrung, wie sehr ein Gruppenraum das Gruppengeschehen mitbestimmt. Er ist kleiner als der erste, unter dem Dach. Die Teilnehmerinnen finden ihn noch gemütlich (in einer Kindertagesstätte), für mich bietet er zu wenig Platz für grosszügige Bewegungsübungen. Zudem entsteht eine Nähe und Dichte, die ich als Gruppentherapeutin vor allem am ersten Abend sehr spüre: ich fühl mich nach dem Abend müde und erschöpft. An den kommenden Abenden schaue ich gut zu mir, nehme mich immer wieder in einem „guten Stand“ wahr. In der Tasche habe ich ein kleines Intermediärobjekt, das mich daran erinnert, dass es wichtig ist, für mich als Therapeutin gut zu sorgen

Die Gruppe ist jetzt mit vier Teilnehmerinnen klein. Die neue Frau integriert sich schnell und bringt mit ihrer differenzierten, auch spontanen Art viel Leben in die Gruppe. Sie kann ihre teilweise sehr wechselnden Gefühle gut beschreiben und bekommt dadurch in der Gruppe eine Leaderposition mit Vorbildfunktion.

In dieser Zeit ergeben sich auch Kontakte unter den Frauen ausserhalb der Gruppe, sie treffen sich zum Kaffeetrinken oder zwei Frauen (Maya u. Miriam) joggen miteinander.

Gleichzeitig entsteht aber auch das Phänomen des Sich - Sorgens um den andern, dem es noch schlechter geht.

Die bereits etwas ältere Susanne sorgt sich sehr um die noch sehr junge Nicole (Mutter – Tochter?), bietet ihr auch Kontaktmöglichkeit während der Woche an, bis sie merkt, dass es ihr zuviel wird und sie in einen negativen Sog kommt. Damit wird das Thema der eigenen Grenzen aktuell. Jemandem wohl gesinnt sein, heisst nicht, immer für diesen Menschen da zu sein, ein Thema, das speziell wichtig ist für helfende Berufe (Susanne, arbeitet im Sozialbereich) .

Es geht darum, seine eigenen Grenzen zu kennen und selbst zu sorgen, dass diese ernst genommen werden. Hier steht plötzlich auch die Frage im Raum, ob dies auch etwas mit ihrer Essstörung zu tun habe. Ich stelle ihnen die Aufgabe, in nächster Zeit diesen Aspekt genauer zu fokussieren.

Schwerpunkte in dieser zweiten Sequenz sind Arbeiten zum Thema: „Meine Ressourcen und Kompetenzen“ und „Meine Essstörung und mein soziales Umfeld“. Menschen mit Essstörungen stellen sehr hohe Ansprüche an sich und werden immer wieder mit ausgeprägten Schuldgefühlen und Versagensängsten konfrontiert (Feiereis 1998, 94).

Dazu kommen Bewegungs- und Entspannungsübungen, welche die Wahrnehmung des eigenen Körpers schärfen und Beziehung mit ihm, Spannungsregulation und Visualisierung von positiven Inhalten ermöglichen.

Zum Thema „Ressourcen und Kompetenzen“ gibt es Gespräche in 2er Gruppen, Austausch in der 4er Gruppe und Malen mit Acryl – Farben (Osten 1996, 154f).

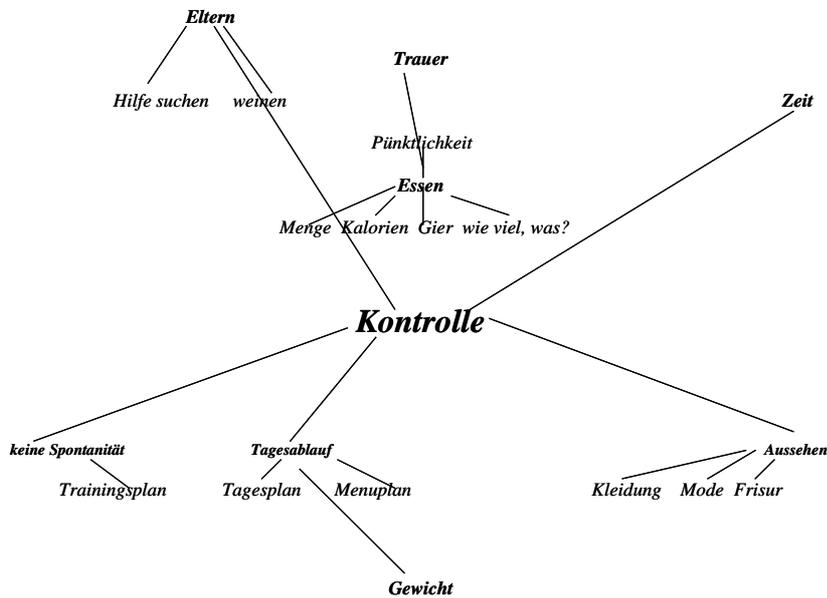
Während das Gespräch über Ressourcen eher flach verläuft (drei von vier Frauen formulieren, es sei schwierig, davon zu sprechen), gelingt der mediale Uebergang gut. Beim Malen werden Kräfte und Ausdruck frei, die über Worte nicht möglich waren. Alle vier staunen über ihre teilweise äusserst kraftvollen Bilder, auch das Bild von Susanne ist farbig, hell und leuchtend; sie leidet noch immer an Depression und Schlafstörungen, fühlt sich aber auf dem Weg zur Besserung. Die Frauen schildern auch, mit Ausnahme von Nicole, dass sie sehr wohl über viele Kompetenzen verfügen, sich aber im Beruf (Susanne und Miriam arbeiten im Sozialbereich) auspowern lassen. Auch an dieser Stelle taucht wieder das Thema der Grenzen auf.

Bei den Arbeiten „ Meine Störung und mein soziales Umfeld“ werden Gedanken aus der systemischen, ressourcenorientierten Familientherapie aufgegriffen. Eine Störung (Symptom) hat auch im System der Familie und des sozialen Umfeldes ihren Stellenwert. (SelviniPalazzo/Cirillo/Sorrentino1999 173ff,Stahr/Barb/Schulz 1998, 63ff)

Wie reagieren andere darauf, wie fühle ich mich (mit meiner Störung) in dieser Beziehung? Mit Hilfe von Kissen legt jedes Gruppenmitglied sein engeres soziales Netzwerk und reflektiert darüber. Die Sensibilität der Frauen wird aktiviert dafür, dass sie Teil eines Ganzen, d. h. Teil verschiedener Welten sind: Partner/ Partnerin, Ursprungsfamilie, eigene Familie, gesellschaftliches Umfeld / gesellschaftliche Strömungen (vgl. Mikro-, Meso -, u. Makrowelt nach Petzold 1996, 207).

Der 11. Abend (nach Neujahr) beginnt ohne Nicole; sie ist, vorläufig für drei Monate, in die Klinik eingetreten. Schliesslich wurden jedoch sechs Monate daraus. Ihre Stelle konnte sie behalten.

Ihr Klinikeintritt löst bei den Frauen Betroffenheit und Bedauern aus: sie sind nur noch zu dritt in der Gruppe, eine der Teilnehmerinnen hat für sich vor einigen Jahren eine stationäre Therapie erwogen, alle werden mit ihrer Krankheit konfrontiert. Gleichzeitig nehmen sie aber auch ihre Grenzen wahr und werden wachgerüttelt: sie müssen für sich und ihre Heilung sorgen. Während der letzten zwei Abende wird das Thema der „Kontrolle“ aktuell. Wie zentral dies ist, zeigen die „kreativen Schreibarbeiten“ zweier Teilnehmerinnen.



D.G.

„ Kontrolle können verschiedene Aspekte des Lebens bedeuten.

Es sind wie Bahnen oder Wege des Alltags,

die einen sind gut, die andern weniger,

die einen möchte ich belassen, aus den anderen ausbrechen,

die einen geben mir einen gewissen Rhythmus,

die andern schränken meine Spontantität ein.

Einen guten Mittelweg zu finden,

das ist nicht immer einfach,

doch ich bin auf der Suche. „

A.Z.

Das Thema der „Kontrolle“ bringt sehr viel Belastendes zum Ausdruck, es fehlt das Lebendige, das Geniessen, das Geschehen-Lassen. Mit mentalen Entspannungsübungen (Ballonreise/ Ballast abwerfen, einen schönen Ort (Entspannungsort) aufsuchen), versuche ich, sie erfahren zu lassen, dass noch anderes möglich ist und den Fokus auf ihre Ressourcen zu richten (Hausmann/ Neddermeyer 1996, 62f).

3.7 Kurzporträts der Teilnehmerinnen 13. - 19. Abend

Maya / Susanne / Miriam

ausgestiegen: Nicole (stationärer Aufenthalt in Psychiatr. Klinik)

Andrea (neu hinzugekommen)

29 jährig, geschieden, 1 Tochter (5 jährig), lebt in neuer Beziehung
 arbeitet 1 Tag in der Woche im Dienstleistungssektor
 schwierige Beziehung zur Mutter
 wurde schon in der 1. Klasse wegen Figur gehänselt

1. Diät-Versuch zusammen mit Vater

Ausbruch der Bulimie während der Teilnahme in einer „Weight- Watchers“- Gruppe und zum Zeitpunkt der Scheidung (fühlte sich eingeengt)

ist in ärztlicher Betreuung, hat auch sehr häufig Kopfschmerzen, machte einmal Therapieversuch mit Kinesiologie

Luzia (neu hinzugekommen)

27 jährig, verheiratet, 2 Kinder,

Ausbildung als kaufmännische Angestellte,

chaotische Verhältnisse in der Ursprungsfamilie, kein geregelter Essenstisch

Anorexie im Alter von 14 Jahren, war dann schon in Einzeltherapie, habe gebessert

heiratet 9 Jahre älteren Mann, sehr schwierige, belastende Situation mit Schwiegermutter, die im selben Haus wohnt, enge Wohnverhältnisse, Ausbruch der Bulimie, als sie ins Haus der Schwiegermutter einzieht

sie verheimlicht dem Ehemann ihre Bulimie (eher Brech- als Esssucht)

macht jetzt auch wieder Einzeltherapie bei Psychotherapeutin

Sandra (neu hinzugekommen)

21 jährige Anorektikerin, ledig, hat eine lose Freundschaft zu einem jungen Mann, lebt noch zu Hause, arbeitet im Dienstleistungssektor

Schwester 4 Jahre älter, Bruder 2 Jahre jünger,

Welschlandaufenthalt mit 16 Jahren, starkes Heimweh

Anorexie seit 1 ½ Jahren, Ausbruch vor der Lehrabschlussprüfung,

frisch zurück von zwei monatigem Spitalaufenthalt (kontrollierte Nahrungszufuhr, Ernährungsberatung)

ist wieder stark im anorektischem Muster (z.B. legt Steine zum Wägen beim Arzt in die Jackentasche)

beginnt neu eine Einzeltherapie bei Psychiaterin

3.8 Zusammenfassung 13. – 19. Abend

Auch die Abende der dritten Sequenz sollen zusammenfassend erläutert werden.

Auffallendes Merkmal dieser sechs Abende ist die Gruppengrösse: Es kommen drei neue Frauen dazu. Das bedeutet vorerst einmal sorgfältiges Einführen der drei neuen Frauen in die Gruppe, Besprechen der Gruppenregeln zusammen mit den „alten Teilnehmerinnen“. Auch dem Neudefinieren der Ziele, wiederum in einem Korrespondenzprozess, wird Platz eingeräumt.

Am ersten Abend ist eindeutig eine Zurückhaltung bei den Frauen zu spüren, die schon längere Zeit in der Gruppe sind. Das „Neue“ in Gestalt der grösseren Gruppe nimmt ihnen etwas von der vertraut gewordenen Gruppenkultur. Dazu kommt, dass eine neu hinzugekommene Frau stark anorektisch ist (sehr mager, leicht bläulich verfärbte Haut, immer leicht frierend) und dies wirkt beängstigend. Miriam kann am 14. Abend formulieren, dass ihr grössere Gruppen Angst machen, sie könne sich weniger gut öffnen. Sie stelle dies nicht nur in dieser Gruppe fest, sondern auch „draussen“ im Alltag. Sie habe an diesem Problem auch in der Einzeltherapie gearbeitet. Wir nehmen ihre Ängste auf und besprechen, wie sie damit umgehen könnte, was ihr dabei helfen kann. Sie erfährt Verständnis, Solidarität und Stütze (enrichment, support). Wiederum mache ich einen Verweis auf die Gruppenregeln, zu denen auch gehört, die eigenen Grenzen bewusst wahrzunehmen, aber diese auch im Gruppenprozess zu hinterfragen, um auf die Hintergründe dieses Verhaltensmuster zu stossen (enlargement und enrichment).

„Kontrolle“ und „Stress“ sind die Themen, an denen wir weiterarbeiten.

Zwei der drei neuen Frauen (Luzia u. Andrea) sind sehr offen und spontan, sie fühlen sich schon bald in der Gruppe heimisch und integrieren sich schnell in den Gruppenprozess.

Luzia wohnt die im selben Haus wie die Schwiegermutter, und das bereitet ihr grosse Schwierigkeiten erzählt. Sie sagt auch ganz klar, seit sie mit ihr im selben Haus wohne, sei bei ihr die bulimische Anorexie ausgebrochen (früher war sie anorektisch).(Verschiedene Formen von Essstörungen siehe Feiereis 1998 16ff).

Dieses Thema wird immer wieder aktuell, es ergeben sich daraus Rollenspiele und Arbeiten mit dem „leeren Stuhl“, die ihr helfen sollen, sich mehr von der Schwiegermutter abzugrenzen (enlargement durch Bearbeitung von Konflikten).

Vermeehrt wird auch in der Gruppe thematisiert, wie schlecht sich die Frauen gegenüber einzelnen Personen abgrenzen können: Mutter, die ihre Grenzen nicht wahrnimmt (Miriam), Lebenspartner, der kein Verständnis für ihre Bedürfnisse aufbringt (Andrea), Schwester, die immer am „längeren Hebelarm sitzt,“ (Sandra), Angst vor abwertenden, taxierenden Blicken, „ausgeliefert – sein“. Daraus ergeben sich Arbeiten zum Thema: „Die Kraft von liebevollen Blicken“ (Petzold 1995) oder aber die Macht von vernichtenden u. abwertenden Blicken. Mit diesem Thema machen wir auch Schritte zurück in die Kindheit und in die Zeit der Pubertät: „Wo habt ihr gute, stützende Blicke erhalten, wo waren die Blicke abwertend?“ Dieses Zurückgehen löst viel Trauer und Betroffenheit aus; den Frauen wird bewusst, dass an ihrem Körper etwas nicht in Ordnung war, bzw. nicht der gesellschaftlichen Norm entsprach und sie deswegen gehänselt wurden, von Eltern, Geschwistern, MitschülerInnen und LehrerInnen.

Es ergibt sich auch eine Diskussion darüber, wie sehr Frauen sich über ihren Körper definieren (lassen) (Stahr/Barb/Schulz 1998, 15ff).

Durch diese Arbeiten und auch bedingt durch ausführliche Eingangsrunden, in denen jede der Teilnehmerinnen Platz mit ihren Erlebnissen und Frustrationen hat, ergibt sich ca. ab dem 15. Abend wieder eine dichte Gruppenatmosphäre mit einer Grundstimmung von Annahme und Verständnis. Ich beobachte aber, dass Sandra einen schweren Stand in der Gruppe hat: ihre Anorexie, die sich sehr zeigt (sie wirkt mager und zerbrechlich, friert immer leicht, erzählt, wie sie zum Wägen beim Arzt Steine in die Jackentasche legt) und ihre in der Gruppe sehr angepasste Haltung stösst auf Ablehnung (Bruch 2000, 117).

Die Teilnehmerinnen werden ähnlich wie während der ersten sechs Abende durch Monika an ihre eigene Störung erinnert. Die Ablehnung kommt vor allem zum Ausdruck, wenn es darum geht, eine Partnerin für eine Übung zu suchen. Am 17. Abend spreche ich die Gruppe darauf an.

Es ergibt sich eine Auseinandersetzung in der Gruppe zu diesem Problem. Die Frauen formulieren klar, dass sie Sandra nicht verstehen, dass sie sich selbst betrüge. Zwei Frauen sagen, sie kennen dieses Phänomen des „sich Selbst – Betrügen“ aus ihrer anorektischen Phase. Es störe sie, wenn sie zusehen müssen, wie sie jedes Mal noch dünner und frierer in der Gruppe erscheine. Sandra antwortet darauf enttäuscht, sie hätte mehr Verständnis erwartet, auch ihre Eltern wenden sich jetzt mehr von ihr ab. Es entsteht in der Gruppe eine Atmosphäre von Trauer, aber auch von Wut, und ich lasse sie anschliessend in eine Partnerübung gehen, wo es um Kraft geht, aber auch um Sicherheit. Diese Übung erlebe ich als einen guten Uebergang von der schwierigen Gruppenkonfrontation zum Spüren der eigenen Kraft (es kommt auch etwas Spielerisches dazu), aber auch vom Spüren der Sicherheit, dass da jemand ist, der meine Kraft aushält. Es wird dabei für die Teilnehmerinnen erfahrbar, dass durch Ansprechen und Aussprechen Bewältigung von Konflikten möglich ist und sie dadurch an Stärke und Selbstbewusstsein gewinnen (enlargement, enrichment, empowerment).

Andere Körperübungen in dieser Sequenz sind Übungen zum Thema „Grenzen“, wir arbeiten mit Hilfe von Seilen und Wolldecken (Hausmann/Neddermayer 1996 314/316).

Das Spielerische, erlebt bei der Kraftübung, lässt mich die Arbeit mit dem Thema des Kampfes weiterführen (Bulimikerinnen sind in ihren Aggressionen sehr gehemmt), und zwar zuerst spielerisch über den Körper, dann aber eher reflektiv. „Wie kämpfe ich, kenne ich das überhaupt, welche Komponenten kann Kampf haben?“ Kämpfen heisst auch: für sich einstehen, sich frei strampeln. In dieser Zeit meldet Susanne, dass es ihr wirklich besser gehe, sie die Depression nicht mehr so stark spüre und sie sich mit dem Gedanken befasse, wieder mit ihrem Mann zusammenzuziehen (nicht mehr ins Haus der Schwiegermutter). Auch die Esssituation habe sich bei ihr verbessert, sie erbreche nicht mehr und esse genügend. Die immer noch bestehende Schlafstörung bereite ihr Mühe. Sie werde sich einen Kurs suchen für Autogenes Entspannungstraining. Um sich zeitlich nicht allzu sehr zu belasten, werde sie diese „Gruppe für Frauen mit Essstörungen“ aufgeben.

Sandra verlässt diese Gruppe ebenfalls; sie hat jetzt mit der von mir vermittelten Einzeltherapie begonnen und das genüge ihr. Ich vermute, dass sie mit der Gruppensituation überfordert war, auch, dass der Zeitpunkt für eine Gruppentherapie noch nicht der richtige war. Als Gruppentherapeutin spüre ich, dass das Weggehen von Sandra auch etwas Entlastendes für mich hat, gleichzeitig hoffe ich, dass in der Einzeltherapie gut für sie gesorgt ist.

3.9 Zusammenfassung 20. – 25. Abend

Auch die vierte Sequenz der Gruppentherapie, d.h. die Abende 20 bis 25 sollen im Folgenden gekürzt dargestellt werden.

Die Gruppe besteht aus vier Frauen: Maya / Miriam / Andrea/ Luzia.

Ich habe wieder einen neuen, grösseren Gruppenraum gefunden; dies wirkt sich auf das Gruppengeschehen positiv aus. Themen dieser Abende sind: „Meine Kraft, meine Aggression“, „Meine Schattenseiten“, „Malen einer Body- Chart“, „Kognitive Aufklärung über die Auswirkungen von Diäten“, „physische, physiologische und psychobiologische Aspekte bei Essstörungen“ sowie das Bekanntmachen der Ernährungspyramide.

„Meine Kraft, meine Aggression“ ist die Weiterführung des schon in der letzten Sequenz begonnenen Themas. Alle vier Frauen beginnen sich im Alltag stärker abzugrenzen, ihre Standpunkte zu vertreten; dies ist oft noch verknüpft mit Schuldgefühlen, nebenher erwächst aber die Freude an der eigenen Kraft und Standfestigkeit (Stahr/Barb/Schulz 1998, 83). Mit Hilfe von Aggressionsübungen (mit Fackeln) und verschiedenen Körperausdrucksübungen (z.B. Gehen wie ein Mann / wie ein „Macho“, wie eine selbstbewusste Frau, wie eine „Modepuppe“), werden neue Rollenformen erspürt und ausprobiert, teilweise sehr spielerisch, teilweise auch so, dass es unter die Haut geht. (Eine Teilnehmerin reagierte sehr heftig, als bei der Aggressionsübung mit Fackeln ihre Partnerin ihr zu nahe kam; leibliche Erinnerungen ans Geschlagen-Werden in der Kindheit (vor allem durch den älteren Bruder) tauchten auf, Hausmann/Neddermayer 1996 42f).

Tanzen (Rock'n Roll / Salsa) lässt Freude an der Bewegung und am erotischen Ausdruck hochkommen, so sehr, dass die Frauen für einen gemeinsamen Tanzausgang abmachen. Einmal klappt dies wirklich, ein zweites Mal gelingt es nicht, und die Initiantin muss frustriert den Abend allein verbringen. Sie formuliert diesen Frust auch am nächsten Gruppenabend.

In dieser Zeit trennt sich Miriam von ihrem Freund. Diese Beziehung habe so lange funktioniert, wie es ihr schlecht ergangen sei und sie vor allem hilfsbedürftig gewesen sei. Jetzt habe sie das Bedürfnis nach mehr Freiheit, nach Möglichkeiten zum Experimentieren, sie möchte mehr auf eigenen Füßen stehen. Sie sagt auch die gemeinsam geplante Reise nach Australien ab, am liebsten möchte sie diese zwei Monate allein reisen. Das Essproblem hat sich bei ihr soweit gelöst, dass sie normal isst, keine Fressanfälle mehr hat, aber gewisse Genussmittel (z.B. Gummibärchen) meidet, aus Angst, sie könnte wieder ins Masslose fallen. Auffallend ist auch, wie sie sich kleidet: die weiten, saloppen Kleidungsstücke machen figurbetonter Kleidung Platz. Die Depression ist kaum mehr spürbar.

Andrea, die an ihrem Essverhalten kaum etwas geändert hat (sie möchte unbedingt noch zwei Kilo abnehmen!), immer wieder von Müdigkeit und Kopfschmerzen geplagt ist, beginnt in dieser Sequenz mehr von ihrer Beziehung zu ihrem Partner zu sprechen. Diese ist nicht sehr befriedigend für beide, da die Erwartungen sehr unterschiedlich sind. Er hat einen anspruchsvollen Beruf mit unterschiedlichen Arbeitszeiten, sie ist müde und frustriert vom Haushalten (an Zwang grenzendes Putzen!) und vom Kind betreuen. Sie lernt, mit Unterstützung der Gruppe, ihre Bedürfnisse gegenüber ihrem Partner vermehrt zu formulieren (support).

Maya ist in dieser Zeit eher zurückgezogen und ruhig; sie formuliert, je mehr die ändern von sich einbringen, desto stiller werde sie. Sie möchte schon seit längerer Zeit ein zweites Kind, es klappt bis jetzt nicht. Sie gibt sich alle Schuld wegen ihrer Essstörung. Sie arbeitet aber intensiv daran, ihre Gefühle - auch die negativen - wahrzunehmen und zu ihnen zu stehen (nicht hinunterschlucken).

Luzia überlegt sich, ob sie ein drittes Kind möchte. Plötzlich nehmen auch die Kinder Platz ein und Probleme rund um diese werden besprochen. Drei Frauen sind Mütter, die vierte, kinderlose, ist Kindergärtnerin.

Den Abend mit dem Thema „ Aufklärung über die Auswirkung von Diäten“ gestalte ich nach einer kurz gehaltenen Eingangsrunde nach den Prinzipien der Erwachsenenbildung: Information mit Hilfe von Plakaten (es steht kein Hellraumprojektor zur Verfügung), anschliessend lesen wir gemeinsam den gekürzten Text (s. Beilage) und es entsteht eine Diskussion darüber, ausserdem werden Fragen beantwortet. (In einer weiteren neuen Gruppe werde ich diesen Beitrag eher in die erste Sequenz hinein nehmen). Diese besprochenen Phänomene sind für die Teilnehmerinnen sehr einleuchtend, aber das allein bringt nicht sofort eine Änderung des Essverhaltens mit sich. Die Information darüber scheint mir ein wichtiger Baustein in der Therapie der Essstörung zu sein. Die Frauen erleben vor allem das Modell der Ernährungspyramide (<http://www.aid.de.ernaehrung/aid-pyramide.cfm>) als hilfreich, gibt sie doch eine gute Hilfestellung bei der Auswahl der Lebensmittel.

3.10 Zusammenfassung 26. – 32. Abend

Die letzte Sequenz, welche durch die Abende 26 bis 32 gebildet wird, soll wiederum zusammengefasst präsentiert werden.

Es nehmen teil: Maya / Miriam / Luzia / Andrea.

Wir arbeiten nochmals an den Themen der letzten Sequenz weiter : Body – Chart und „Meine Schattenseiten“; neu dazu kommt das Thema „Genuss“.

Ich habe keine Werbung gemacht für die Gruppe. Im Moment wäre es für Neueintretende schwierig, da die bestehende Gruppe sehr kompakt ist, vor allem Maya / Miriam/ Luzia stehen sich nahe. Andrea ist auch gut akzeptiert und gibt sich in das Gruppengeschehen ein, sie kann aber nicht regelmässig kommen (Ferien, keinen Babysitter). Das „Baby-sitting“ wird von der Gruppe thematisiert, sie raten ihr, die Nachbarin oder die Mutter für diese kurze Zeit zu fragen. Sie kann dies nicht, da sie befürchtet, ihnen erzählen zu müssen, in welchen „Kurs“ sie geht. Andrea ist diejenige, die in dieser Gruppenkonstellation am meisten in die Essstörung verstrickt ist. Sie sagt selbst, ihr Kopf wolle noch keine Änderung.

Die „Body – Chart“ haben wir schon während der letzten Sequenz gemalt, wir arbeiten nochmals daran weiter.(Dies ist jetzt eine Arbeit mit mehr Tiefung als die Arbeit am Schlussabend der ersten Sequenz, sie dauert auch länger). Die Frauen merken, wie unterschiedlich ihre Gefühle für diese Bilder sind: einmal zufrieden, das andere mal wieder beschämt (Luzia hat sich nackt gemalt) und unzufrieden. Die Gefühle für ihre Körper sind ebenso wechselhaft, gemeinsam sammeln sie Ideen, wie sie ihren Körper besser akzeptieren und mit ihm liebevoll umgehen können (Bruch 1991,114ff). Hier kommt auch zum ersten Mal das Thema der Sexualität auf, sehr zurückhaltend äussern sie sich dazu, nur Miriam kann Sex auch geniessen, für die andern Frauen ist es „etwas, das halt dazu gehört“.

Am Schluss der Arbeit mit den Körperbildern schreiben sie ein Märchen oder eine Geschichte. Sie geben diesen folgende Titel: „ Ein Mädchen, das sich aufmachte, sich selber zu lieben“, „Wo bist du, wohin führst du mich?“ und „Was alles unter der Hülle zu finden ist“. Es sind drei höchst phantasievolle, berührende Geschichten, kürzer oder länger, alle geprägt von der Hoffnung, auf einem guten Weg zu sein. (Leider hab ich diese Geschichten nicht bekommen).

Für zwei weitere Abende schlage ich vor, dass ich „Essen“ mitbringen werde und wir miteinander essen werden. Dieser Vorschlag löst Unruhe aus, eine gewisse Angst entsteht: „Essen ist anders als darüber reden“. Es werden daraus zwei gute, auch lustige und genussvolle Abende. Regeln beim Essen sind: Langsamkeit, Genuss und Achtsamkeit den eigenen Gefühlen gegenüber. Anschliessend gibt es eine Austauschrunde. Sie staunen, wie sehr sie dieses Essen (es gab nur Häppchen, aber reichhaltige) genossen haben. Ich empfehle ihnen, während der nächsten Woche für sich die Genusskurve auszufüllen , dabei aber nicht nur das Essen zu bewerten, sondern auch andere Aktivitäten (der Blick wird bewusst auf die salutogenen Anteile gelenkt; Petzold 1996,174/259).

Abgerundet werden die Abende mit Entspannungsübungen oder mit Partnermassagen. Obwohl gegen Schluss dieser Sequenz eine grosse Verbundenheit da ist, verliert die Gruppe an Intensität. Andrea fehlt zweimal (Ferien, Babysitterproblem), Luzia fehlt einmal, da sie heuen muss, Maya, die als einzige schon seit dem Anfang dabei ist, möchte eine gewisse Zeit pausieren, da sie sich vorgenommen hat, gegen aussen weniger Termine zu haben. Miriam geht schon bald auf ihre Australienreise (zusammen mit einer Freundin).

Wir entscheiden uns, die Gruppe aufzulösen, ich empfehle den Teilnehmerinnen, unbedingt die Einzeltherapie weiterzuführen.

Schon während des letzten Abends beschliessen die Frauen, sich monatlich jeweils dienstags zu treffen. Dies geschieht, wie ich gehört habe, auch jetzt noch. Wieder dazugekommen ist Susanne, die nach den ersten drei Sequenzen mit der Gruppe aufgehört hat. Sie nennen sich die „ Powerfrauen“. Abwechslungsweise ist eine Frau für die Organisation des Treffens verantwortlich.

Abschliessend bitte ich die Frauen, einen Auswertungsbogen auszufüllen (s. Beilage).

Die vier Frauen äussern sich sehr positiv zur Gruppenatmosphäre und zur Arbeitsweise; eine Frau (Andrea) hat mehr Coaching in Bezug zum Essverhalten erwartet. Alle schildern, dass sie mehr Lebensqualität erhalten haben und ihren Gefühlen näher gekommen sind. Alle fühlten sich von der Gruppe gestützt(enlargement, support, empowerment).

Drei Frauen konnten ihr Essverhalten auch wirklich verändern, sind sich aber bewusst, dass sie weiter daran arbeiten wollen. Malen und das Arbeiten in verschiedenen Gruppenformen (Einzel-

Partner- und Gruppenübungen) sowie die verschiedenen Formen der Spannungsregulation haben allen speziell gut gefallen.

Andrea hat einen Video zum Thema „Essstörung“ vermisst.

Auch für mich bedeutet diese letzte Stunde Abschiednehmen. Ich habe diese therapeutische Arbeit mit einer Gruppe sehr gern gemacht, obwohl sie auch aufwändig war (ich habe immer das gesamte Material in einer Kiste mitgebracht).

Äusserst interessant fand ich das Beobachten der Gruppendynamik: wo steht die einzelne Teilnehmerin, wo stehe ich als Therapeutin und was passiert in der Gruppen?

Auch habe ich mich (im Sinn der Mutualität) als Frau, als „Essende“, als „Leibwesen“ reflektiert und mich auch von den Teilnehmerinnen berühren lassen (Petzold 1996, 224/326f).

Im nachhinein realisiere ich, dass ich nicht mehr alles gleich machen würde, dass ich gegenüber gewissen Fragestellungen auch hellhöriger sein würde, z.B. „Druck“, „Sexualität“ und „Konflikte“.

Es freut mich aber sehr, zu wissen, dass einige Frauen untereinander immer noch Kontakt haben und einander Stütze und Begleiterin sind.

4 Reflexion der Gruppenarbeit

Im Folgenden werde ich über die Gruppenarbeit, welche mich über einen längeren Zeitraum begleitet hat, reflektieren. Dabei sollen sowohl theoretische als auch praktische Überlegungen, eigene Gedanken und Erfahrungen Platz haben.

„Eine Gruppe zeichnet sich aus durch das Zusammenwirken von individueller und gruppaler Geschichte – „eine Gruppe ist eine Anzahl Menschen, die von sich selbst und von anderen als Gesamt und als unterschiedliche Individuen in einer gegebenen Situation wahrgenommen werden können, durch gemeinsame Geschichte, Ziele und Interessen verbunden sind und sich durch spezifische Normen, Regeln und Interaktionsmuster organisieren; die Gruppe ist durch Verbundenheit und Unterschiedenheit zugleich (‘distinction and unitedness’) gekennzeichnet“ (Orth/ Petzold, 1995, 200).

Bei der zu reflektierenden Gruppe waren die verbindenden Merkmale „Frauen mit Essstörungen“ und der gemeinsame Wunsch und Wille, etwas an der persönlichen Lebensqualität zu verbessern. Dies zeigte sich deutlich in den Einzelgesprächen vor Beginn der Gruppenarbeit sowie in der gemeinsam erarbeiteten Wunsch- und Zielliste.

Zugleich gab es sehr grosse Unterschiede innerhalb der Gruppe: Unterschiedliche Störungsbilder (Anorexie, Bulimie, Binge-eating), unterschiedliche Alter (zwischen 19 – 42 Jahren) und unterschiedliche Lebenssituationen.

Merkmal dieser Gruppe war auch, dass sie immer klein war (max. 6 Teilnehmerinnen) und auch eine –leider- grosse Fluktuation aufwies. Dies bedeutete für die Teilnehmerinnen sowie für die Therapeutin grosse Anforderung an Flexibilität und Vertrauen.

Eine Gruppe ermöglicht den TeilnehmerInnen eine „mehrperspektivische Schau“ (shared perspectives). Es ist ein Charakteristikum der Integrativen Therapie, dass Störungen mehrperspektivisch und multifaktoriell betrachtet und behandelt werden. Mit kreisenden Suchbewegungen und mit mehrperspektivischen Blicken, „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“, die jetzige Lebenslage betrachten, auf die Lebensgeschichte zurückschauen und Zukunftsentwürfe in den Blick nehmen, das war der Hauptteil des Gruppenprozesses. Dazu gehörte auch ein Teilen des Leidens an der Essstörung, das Sprechen über Scham, Ängste und Verzweiflung, über ähnliche Erfahrungen in der Ursprungsfamilie, im Beruf und in den Beziehungen. Das gemeinsame Entwickeln von Strategien im Umgang mit der mehr oder weniger ausgeprägten Essstörung, der Austausch von Erfolg und Misserfolg in Bezug auf diese Strategien sowie das Ermutigen und Stärken waren wichtige Bestandteile der Gruppenarbeit. Mit der Zeit trafen sich ein Teil der Frauen auch sonst während der Woche, das Verbindende zeigte sich nicht nur isoliert in der Gruppe, sondern Solidarität und „empowerment“ fand auch ausserhalb statt.

Die Integrative Therapie leitet ihre Wertvorstellungen aus ihren anthropologischen Prämissen ab. Sie ist am Intersubjektivitätsideal orientiert, aus dem die Sorge um die Integrität von Menschen entfließt. In einer Gruppe kann sich ein Geschehen abspielen, das dem Familiengeschehen ähnelt, diesmal angereichert durch Sorgfalt, Vertrauen, geordnet durch Gruppenregeln (s. praktischer Teil), sodass sich im Verlauf des Gruppengeschehens auf diesem Boden auch Arbeit an persönlichen Konflikten sowie an Gruppenkonflikten möglich wurde.

„In der Gruppe und durch die Gruppe kann der Einzelne differenzieren lernen, in welcher Situation für ihn ein höherer oder geringerer Grad von Durchlässigkeit seiner Kontaktgrenzen förderlich ist. In diesem Differenzierungsprozess geht es darum, im Interaktionsgeschehen durch Berühren und Sich-Berühren-Lassen Kontaktgrenzen weicher zu machen, anzuschmelzen, damit sie im Sich-wieder-Lösen sich restabilisieren“ (Petzold und Frühmann, 1986, S.169).

In dieser Gruppe gelang es beinahe allen Teilnehmerinnen, sich zu öffnen, sich zu zeigen, an Konflikten und Störungen zu arbeiten sowie zugleich ihre Grenzen auszuloten und das in der Gruppe Geübte in den Alltag einfließen zu lassen.

Essstörungen haben viel mit Grenzen zu tun, sei dies auf leiblicher Ebene oder auf der Ebene der Beziehungen. Oft werden durch „Binge-eating“ (Vielesserei), Essensverweigerung (Anorexie) und Bulimie (Ess-Brechsucht) pathologisch Grenzen gesetzt, die sonst nicht wahrgenommen werden. Es zeigt sehr deutlich die Verflochtenheit von Leib und Beziehung, „Leib“ ist immer auch „social Leib“.

Alle Teilnehmerinnen berichteten im Verlauf der Gruppenabende von verletzenden, abwertenden Blicken, von Äusserungen und von Ausgrenzungen wegen ihres Gewichtes und ihren Körperfor-

men. Der geschützte Rahmen der Gruppe bot Raum, den eigenen Körper anders zu erfahren, mit gewährenden, liebevollen Blicken gesehen zu werden und durch Massage und Awarenessübungen mehr Akzeptanz dem eigenen Körper gegenüber zu entwickeln.

Der theoretische Hintergrund der Integrativen Theorie mit dem „Leib-apriori“ sieht den Leib (Körper, Seele und Geist), ohne den kein menschliches Existieren möglich ist, als Grundlage des Selbst. Der Leib wird als Ort aller gespeicherten Szenen, als wahrnehmendes Sinnesorgan, als Voraussetzung und als Sitz alles Handelns, Zeiterlebens und In-Kontakt-Tretens gesehen. Das Leib – Selbst wird im Sozialisationsprozess geformt, gesellschaftliche Strömungen sowie Beziehungserfahrungen prägen es. Ein therapeutisches Verfahren, welches das Leibkonzept als Basis hat, ist besonders geeignet für die Therapie mit Menschen mit Essstörungen.

Viele, während der konkreten Gruppenarbeit angeleiteten Entspannungsübungen (Übungen der Spannungsregulation) waren zugleich Wahrnehmungsübungen (awareness und consciousness), welche einen besseren Zugang zum Körper ermöglichen. „Beziehung zum eigenen Leibe heisst Wahrnehmung, Interpretation und Wertschätzung persönlicher Leiblichkeit, bedeutet seinen Leib verstehen lernen, in seinen Ängsten, in seiner Zeitlichkeit“ (Petzold, 1988, S. 307). Beinahe immer haben Menschen mit Essstörungen auch Körperschemastörungen, d.h. sie nehmen ihren Körper anders wahr als er ist. Das geht von sich konstant unwohl fühlen im Körper bis zum Extremfall, dass sich eine anorektische Patientin masslos dick fühlt. Ursachen der Körperschemastörung liegen hauptsächlich in der frühen Kindheit, hängen mit den Erfahrungen des Säuglings im Zusammenspiel mit seinen Bezugspersonen, mit dem Fütterungsverhalten und den Beziehungen zusammen, die der Säugling leiblich erfährt. „Die leiblichen Dialoge zwischen Kind, Mutter und Vater sind damit grundlegend für die Individuation des Menschen“ (Osten, 1996).

Entspannungsübungen können zu Zwecken des Reframings genutzt werden, wenn Sätze eingegeben werden wie „Meine Oberschenkel sind für mich so wie sie sind, in Ordnung!“ oder aber „Mein Bauch gehört zu mir, in ihm sind während den Schwangerschaften zwei Kinder gewachsen“.

Das an der EAG gelehrt Verfahren des IDR (Integrative Differentielle Relaxation / IsoDynamische Regulation) ist eine geeignete Technik, um mit Essgestörten zu arbeiten. Es handelt sich dabei nicht um eine Technik, in der rein funktional Körper- und Atembewegungsabläufe vermittelt werden, sondern es wird sehr viel Sorgfalt darauf gelegt, diese individuell abzustimmen. Unterschieden werden Techniken auf der mentalen Ebene (top down to the muscles), auf der Ebene des Körpers (bottom up) und Techniken, die vor allem über den Atem gesteuert werden. Bei Bulimikerinnen können Übungen zur Spannungsregulation hilfreich sein, da die Unruhe vor und nach der Fressphase bis zum Erbrechen sehr gross ist. Bei depressiv gefärbten Störungsbildern können anregende, vitalisierende Übungen optimal sein (z.B. Ohrläppchen massieren, Tretübungen auf halben Tennisbällen etc.). Ob die Techniken des bottom up (von den Muskeln zum Gehirn) oder top down (vom Gehirn zu den Muskeln) gewählt werden, sollte individuell in bewusst gemachten Korrespondenzprozessen entschieden werden, so dass die Klientinnen allmählich lernen, auch mit ihrem Körper in Korrespondenz zu treten.

Ein vielfältiges, individuell gestaltetes Angebot von Spannungsregulation bietet einen grossen Erfahrungsraum. Übungen auf der mentalen Ebene arbeiten vor allem mit der Beeinflussung der Gedanken, Vorstellungen und Atmosphären. Die entspannende Wirkung von geeigneten Vorstellungen beruht auf der Tatsache der Archivierung von ähnlichen früheren Erfahrungen (Leibarchiv). Worte (z.B. Leichtigkeit, Wärme, Wohlbefinden, vollständige Ruhe) und Bilder (Meer, Sand, grüne Wiesen, Bewegung eines Uhrpendels), lösen bei den meisten angenehme Erinnerungen aus. Bei Menschen mit Körperschemastörungen sind vor allem anfangs Bilder wie Leichtigkeit, Wohlbefinden zu meiden, da diese Begriffe leiblich kaum abgespeichert sind, dafür eignen sich Bilder wie Watte, Feder etc..

Da bei allen Übungen durch bewusstes Wahrnehmen, auch durch Verbalisieren der Befindlichkeit, die Awareness geschärft wird, wird auch die Sensibilität für die Bedürfnisse des Körpers geschult. Caring gehört zu den Therapiezielen, um dieses zu erreichen, bedarf es einer Offenheit gegenüber den Bedürfnissen des Körpers. Austausch über die Befindlichkeit gehört zu den wichtigen Erfahrungen in der Gruppe. „Das Leben in der Gruppe ist ein kontinuierlicher Dialog um die gemeinsam gemachten Erfahrungen“ (Petzold).

Essstörungen sind auch Identitätsstörungen. „Identität ist in der Matrix sozialer Netzwerke und in kollektiven mentalen Repräsentationen, d.h. „sozialen Welten“ zu verorten“ (Orth, 2002). Identität ist auch wesentlich an die Leiblichkeit gebunden (Konzept der fünf Säulen der Identität). Sie wird aus der Wechselwirkung von Fremdattributionen u. Selbstattributionen und deren emotionalen Bewertung (valuation) und kognitiven Einschätzung (appraisal) im Kontinuum gebildet. Diese Bewertungsprozesse und –parameter, welche schon früh in Sozialisationsprozessen formiert werden, sind von kollektiven, mentalen und sozialen Repräsentationen, von kulturellen Wertungen und Traditionen, von Moden, Trends und „lifestyle-communities“ abhängig“ (Orth, 2002, 134). In der Gruppe zeigte es sich bei allen Teilnehmerinnen, wie sie sich schon früh, lange vor Ausbruch der Essstörung, schlecht in ihrem Körper fühlten, sich ausserhalb der gängigen Norm vorkamen („als junge Frau habe ich schlank, dünn, feingliedrig zu sein“). Öfters mussten sie von Eltern, MitschülerInnen, LehrerInnen und TrainerInnen, Hänseleien, abwertende Blicke und Worte schlucken, was bei einigen bereits in der Kindheit Frustessen auslöste. Die von der Mode, der Fitnessbewegung und der Diät euphorie diktierte Norm, wie „Frau“ zu sein hat, bewirkt eine mangelhafte Entwicklung der Identität und einen dauerhaften Zustand des „nicht okay-Seins“, es führt zu einer „Kolonialisierung des Leibes“ (Petzold 1996, 179). Auch die Medizin mit den Begriffen Normal- und Idealgewicht, mit dem BMI, welche die Individualität eines Menschen nicht miteinbezieht, spielt eine nicht ganz unschuldige Rolle. In der ganzen „Diät-Euphorie“ – es wäre interessant, die verschiedensten Diäten einmal zu zählen- wird die „Set-Point – Theorie“ (Jacobi, Thiel und Thomas 2000, 180f) sowie das Phänomen, dass allein extreme Diäten unter Umständen Essstörungen auslösen können, ausser acht gelassen. Nach der „Set-Point – Theorie“ hat jeder Mensch ein bestimmtes Körpergewicht, bei dem es ihm relativ gut geht. Der Körper bemüht sich, dieses Gewicht auch beizubehalten. Kurzfristiges Abnehmen im Rahmen einer Diät ist zwar möglich; nach Beendigung einer solchen Diät strebt das Gewicht längerfristig wieder in Richtung des früheren Ausgangspunktes („Jo –Jo – Effekt“).

Eine von Keys et al. bereits 1950 in den USA durchgeführte Studie belegt, dass allein eine extreme Diät schwerste Störungen (Antriebslosigkeit, Kontakt- und Schlafstörungen, Depression, Suizidgedanken) auslösen kann. Eine Gruppe von 36 jungen Männern, auf ihre physische und psychische Gesundheit geprüft, wurde während sechs Monaten nur mit der Hälfte ihres ursprünglichen Kalorienverbrauchs ernährt. Die Teilnehmer erlebten grosse Stimmungsschwankungen, verloren die Freude an sozialen Kontakten, reagierten apathisch und hatten weniger sexuelle Interessen. Gleichzeitig entwickelte sich bei vielen eine extreme Beschäftigung mit Kochbüchern und Nahrungsmitteln. Schon während der sechsmonatigen Diätphase traten bei diesen Männern erstmals Heisshungerattacken auf, einige reagierten mit Uebelkeit und Erbrechen. Das normale Gefühl für Hunger, Appetit und Sättigung war den meisten abhanden gekommen. Diese Probleme waren mit der Beendigung der Diät keineswegs sofort verschwunden, sondern dauerten ebenso wie die Heisshungerattacken zum Teil noch einige Monate an (Jacobi, Thiel und Thomas, 2000, 180).

Werden Essstörungen unter dem Raster der fünf Säulen der Identität betrachtet, so zeigen sich die markantesten Auswirkungen in der Säule der Leiblichkeit, je nach Ausprägtheit der Störung werden aber auch die andern Säulen tangiert. Gestörtes Essverhalten und die Scham deswegen (vor allem bei Bulimikerinnen), erschweren die sozialen Kontakte (z.B. berichteten die Teilnehmerinnen, wie schwierig für sie eine Einladung mit Essen sei und sie diese öfters mit fadenscheinigen Argumenten absagen). Diese resultiert oft in einer Vermeidenshaltung und engt die sozialen Kontakte ein. Auch die Säulen Arbeit / Freizeit / Leistung und Materielle Sicherheiten sind betroffen: Arbeit kann noch geleistet werden, Freizeit ist aber vor allem durch Stress geprägt (intensives Joggen und extensive Beschäftigung mit Essen bei Anorektikerinnen, Einkaufen und heimliches Essen und Brechen bei Bulimikerinnen). Bulimikerinnen und „Binge – eating“-Patientinnen geben grosse Geldsummen für Lebensmittel (bzw. „Fressmittel“) aus. So berichtete eine Teilnehmerin, sie habe für sich bis zu 500 CHFr. monatlich zusätzlich Geld ausgegeben. Auch die Werte- Säule wird von der Essstörung tangiert: Menschen mit Essstörungen haben ein sehr rigides Wertesystem, es bleibt starr.

„Identität ist gestaltet und gestaltbar und dies zu sehen, zu erfahren, zu vermitteln, wird ein Kernmoment jeder helfenden, therapeutischen, agogischen Arbeit werden müssen“ (Orth 2002, 316).

Die von mir geleitete Gruppe erwies sich als ein Ort der „Identitätsgestaltung“. Es ging nicht nur um das Benennen und Erklären der Pathogenese, sondern vor allem um das Entwickeln und Entfalten der salutogenen Anteile jeder Gruppenteilnehmerin. „Identitätssicherung erhält man, wenn man nicht allein ist,“ (Orth 2002) – dann kann man Neues wagen. Einige Frauen wurden einander wichtige Personen im „Konvoi“ (Petzold 1996), d.h. sie begleiteten einander im unterstützenden, vertrauten Umgang auch über die Dauer des Gruppengeschehens hinaus.

In Rollenspielen und Ausdrucksübungen wurden neue Rollen (als Frau / aber auch als Mann: wie „geht“ ein Mann durch die Welt, wie ein Dicker ? wie eine Eitle ?) geprobt und mit dem „Rollen-Leib“ experimentiert, alles Übungen, welche Ahnungen von einer anzustrebenden elastischen Identität, von einer „vielfacettigen Identität“ (Orth 2002) ermöglichen.

„Sich selbst zum Projekt machen“ könnte das Meta-Thema dieser Gruppe heissen und dazu stellt das Verfahren der Integrativen Therapie die verschiedensten Methoden und Techniken zur Verfügung.

Zum Verfahren der Integrativen Therapie gehören die „Kreativen Medien“. Die Vielfalt der Methoden, Techniken und Medien ermöglichen „ein Zusammenfügen, Ergänzen und Verarbeiten unterschiedlicher Betrachtungsweisen“ (Höhm-Kost, 2002) und lassen den Menschen als ein „Gestaltender – Kreativer“ leben und sich selbst und die andern erleben.

In der beschriebenen Arbeit wurden folgende Methoden, Techniken und Medien benutzt:

Rollenspiel nach Moreno, Arbeit mit dem leeren Stuhl, Körperskulpturen, verschiedene Formen des IDR, Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen, Partnerübungen, Tanz, Malen mit Jaxon-Kreiden und Acrylfarben, Collagen, Body-Chart, Kreative Schreibübungen, Fackeln, Seile, Decken, Kissen, Tücher, Steine, Muscheln -diese wurden teilweise auch als Intermediärobjekte eingesetzt- und Musik ab CD-Player.

Es wurde angestrebt, die Medien und Techniken prozessorientiert einzusetzen und dies im Verlauf der Gruppenarbeit auch vermehrt für die Teilnehmerinnen transparent zu machen – und zwar im Sinne eines „emanzipatorischen Prozesses“ (Petzold 1996, 210). Zudem achtete ich darauf, bei den produzierten Werken (Bilder, Texte, Body-Charts) keine eigenen Deutungen zu geben (wie in der Integrativen Therapie gelehrt, im Unterschied zu andern Methoden, z.B. der Maltherapie), sondern diese mit der Gruppe in „gemeinsamer, hermeneutischer Suchbewegung“ (Osten, 1996) zu finden. Intermediale Uebergänge (z.B. vom Musikhören zur Bewegung zum Malen zum Schreiben) ermöglichen Ausdrucksweisen, die vom Aufnehmen (Perzeption) zum Ausdrücken (Expression) führt, die den Menschen auf seinen vielfältigen Seins- und Ausdrucksebenen anspricht. Sie öffnen neue Möglichkeiten des Kontaktes, der Kommunikation, des Ausdrucks, der Auseinandersetzung mit sich selbst und mit anderen.

Methoden und Medien haben eine wichtige Bedeutung bei der Gestaltung des Gruppenprozesses. Aber „sie kommen in ihrer heilenden Kraft nur im Rahmen einer „heilsamen, therapeutischen Beziehung“ zum Tragen, die unter klinischen und zwischenmenschlichen Gesichtspunkten als Prozess „intersubjektiver Korrespondenz“ gestaltet und gehandhabt werden muss“. (Petzold, 1996).

Zuletzt stellt sich die Frage der Wirksamkeit und der Ergebnisqualität dieser Gruppentherapie.

Die von Sekot / Jacobi (2001) genannten Faktoren (Kohäsion, Offenheit/ Vertrauen/Unterstützung, konstruktives Feedback, Modellernen, Rekapitulation und Katharsis, Arbeitshaltung) hatten in dieser Gruppe Gültigkeit und zeigten sich teilweise ausgeprägt. Am wenigsten war der Wirk- und Prozessfaktor „Rekapitulation und Katharsis“ präsent, das hängt am ehesten damit zusammen, dass doch eher eine grosse Fluktuation in der Gruppe stattfand, und der „Raum“ für Regressionsarbeit zu unsicher war.

Die von Strauss (1998) genannten vier Gruppentherapie-Prozessaspekte (Selbsterleben in der Gruppe, Erleben der eigenen Person in der Gruppe, Gruppenklima, Soziogramm) liessen sich im Verlauf des Gruppenprozesses gut beobachten. Die Fluktuation der Gruppe hatte vor allem Einfluss auf das Soziogramm, etwas weniger auf das Gruppenklima, während das „Erleben der eigenen Person in der Gruppe“ von Umständen wie Grösse und Zusammensetzung der Gruppe abhing. Neue Teilnehmerinnen mit ausgeprägtem Störungsbild wurden als bedrohlich erlebt.

Das Gruppengeschehen war wie ein „lebendiger Organismus“, immer in Bewegung, vielfältig und komplex.

Was die Ziele „curing, coping, support, enlargement, enrichment, empowerment, caring“ anbelangt, so habe ich festgestellt, dass nach dieser Gruppentherapie keine Frau von ihrer Essstörung geheilt war (kurative Zielsetzung), aber beinahe jede Teilnehmerin gute Copingstrategien entwickeln konnte und vor allem in ihrer Persönlichkeitsstruktur um einiges souveräner und reicher geworden ist und zu ihrem Körper einen verbesserten, liebevolleren Zugang gefunden hat. Die Lebensqualität hat sich bei den meisten Frauen erheblich verbessert.

Ich schliesse mit zwei Zitaten:

„Und das Leben des Menschen, könnte es nicht ein Kunstwerk sein?“ (Foucault)

Jede Frau ist ein Stück weitergekommen, die eigene Existenz zu gestalten und „Bildhauerin der eigenen Identität zu werden“, einen gleichsam „künstlerischen Zugang zu den Themen Leiblichkeit, Weiblichkeit und Identität“ zu finden (Orth, 2002).

5 Zusammenfassung

Es wird die gruppentherapeutische Arbeit mit Frauen, welche an unterschiedlichen Formen von Essstörungen leiden, dargestellt. Dabei handelt es sich um ein niederschwelliges, ambulantes Therapieangebot.

Das Leibkonzept der Integrativen Therapie sowie deren Persönlichkeitskonzept mit Selbst, Ich und Identität stellen eine hilfreiche Grundlage für die Behandlung von Frauen mit Essstörungen dar. Essstörungen sind immer auch Identitätsstörungen.

Die Integrative Therapie mit ihren verschiedenen Methoden und Techniken (Multimodalität) und dem mehrperspektivischen, ressourcenorientierten Ansatz und dem Einbezug nicht nur der individuellen Geschichte sondern auch der soziokulturellen Gegebenheiten unserer Zeit erweist sich dafür als geeignet.

Summary

The author presents a group-therapeutic process with women, suffering from different kinds of eating disorders. The body and movement oriented concept of the Integrative Therapy and its personality concept consisting of Self, I and Identity represent a helpful basis for the treatment of women suffering from eating disorders.

The Integrative Therapy with its multifaceted methods and techniques (multimodality) and its resources oriented approach, as well as the integration not only of the individual biography but also of socio-cultural characteristics proved to be an effective method.

Keywords: group-therapeutic process, eating disorders, Integrative therapy, body and movement oriented concept, multimodality.

6 Literaturliste

- Becker, K. (1998). *Die perfekte Frau und ihr Geheimnis*. Ess- und Brechsucht: Hilfen für Angehörige und Betroffene. Reinbek bei Hamburg: rororo. 1994.
- Bruch, H. (2000): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.
- Bruch, H. (1991): *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Uebergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.
- Buddeberg, B., Herger, C., Weber, A. (2000). *Magersucht. Eine Informationsbroschüre für Eltern*. 4. Auflage. Zürich: Pro Juventute.
- Engelke, E. (1981): *Psychodrama in der Praxis / Anwendung in Therapie, Beratung und Sozialarbeit*. München: Verlag J. Pfeiffer
- Feiereis, H. (1998): *Magersucht und Fresssucht (Anorexie und Bulimie)*. 2. unveränd. Auflage. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (1995). *Therapie der Magersucht und Bulimie. Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Hausmann, B., Neddemeyer, R. (1996). *Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hömann-Kost, A. (2002). *Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung*. 2. vollständig überarbeitete Auflage. Bern, etc.. Hans Huber.
- Jacobi, C., Thiel, A., Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. 2. überarb. Auflage. Weinheim. Psychologie Verlagsunion, Beltz Verlagsgruppe.
- Keys, A., Brozek, J., Hentschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Buer, F. (1989). Die Philosophie des J.L. Moreno. Die Grundlage des Psychodrama *Integrative Therapie*. 2/1989.
- Orth, I. (2002). *Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung*. In: *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*. Jg. 28, Heft 3-4., S. 303-324.
- Orth, I., Petzold, H. (1994). *Kreative Medien und Diagnostik*. Paderborn: Junfermann
- Orth, I., Petzold, H. (1995). *Gruppenprozessanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen*. In : *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*. Jg. Heft 2
- Osten, P., (1996). *Kreative Wahrnehmung, kreativer Ausdruck*. Sonderdruck aus Musik-Tanz- u. Kunsttherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 145 - 160
- Petzold, H., Orth, I. (1991). *Die neuen Kreativitätstheorien. Handbuch der Kunsttherapie Band 1*. 2. überarb. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H., Orth I. (1995) *Poesie und Therapie. Ueber die Heilkraft der Sprache*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H. (1996): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. 3. überarb. Auflage. Paderborn: Junfermann. Bd. I/1 u. I/2
- Petzold, H. (Hrsg.) (1995). *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Baby-Forschung*. Band 2 Paderborn: Junfermann Verlag
- Petzold, H. / Frühmann, R. (1986). *Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit*. Paderborn: Junfermann.
- Sammer, U. (1997). *Halten und Loslassen Praxis der Progressiven Muskel-Entspannung* Zürich und Düsseldorf : Walter Verlag
- Sekot, Ch., Jacobi, F. (2001). *Inhalte und Methoden einer evidenzbasierten Qualitätssicherung für Psychotherapie und klinische Psychologie*. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*. 27. Jg., Heft 1-2. S. 29-42.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1999) *Anorexie und Bulimie. Neue familientherapeutische Perspektiven*. Stuttgart: Klett –Cotta.
- Stahr, I., Barb, I., Schulz, E. (1998) *Essstörungen und die Suche nach Identität*. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Wardetzki, B. (2002). *Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung*. München: Kösel.
- www.aid.de/ernaehrung/aid-pyramide.cfm