

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien [Musiktherapie], Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für
„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Musiktherapie

Intermethodische und Intermediale Arbeit – Kulturarbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 08/2022

**Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in
Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen**

*A. Frewer, J. Sieper, H.G. Petzold, (2004) **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.

Diese Arbeit hat die Sigle 2004 und ist erschienen in: *Integrative Therapie* 4, 337-362.

Zusammenfassung: Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem integrativen ambulanten Gruppenangebot für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen der Mädchenberatungsstelle der „LOBBY FÜR MÄDCHEN - Mädchenhaus Köln e. V.". Grundlegend für die Konzeption wird zunächst das Phänomen „Ess-Störung" differenziert dargestellt und relevante Theorien zur Ätiologie erläutert. Grundlage für die therapeutische Arbeit bildet die „Integrative Therapie" mit ihrem leibtherapeutischen Ansatz, die in aller Kürze in ihren Grundzügen dargestellt wird. Im Folgenden wird die Konzeptionierung der Gruppe detailliert erläutert. Ergänzend wird die spezifische kunsttherapeutische Perspektive der Arbeit dargestellt. Anhand der Darstellung einer beispielhaften Abfolge von Sitzungen wird die besondere Bedeutung des Mediums „Stofftier" hervorgehoben.

Schlüsselworte: Integrative Therapie, Körperorientierung, Essstörungen, jugendliche Mädchen, Kreativtherapie

Summary: Integrative Group Therapy with Creative Media for Girls and Young Women with Eating Disorder

The present paper is dealing with an integrative, out-patient group service for girls and young women with eating disorders from the girls advisory body of the „Lobby für Mädchen-Mädchenhaus Köln e.V." First of all the phenomenon „eating disorders" is first of all presented in a differentiated manner and relevant theories of etiology are explained. The basis for the therapeutic work is the „Integrative Therapy" with its body oriented approach, the fundamental aspects of which are illustrated briefly. Thereafter, the planning of the group is explained in detail. In addition, the specific art therapy perspective of the work is illustrated. The particular significance of the „Cuddly toy animal" medium is emphasized on the basis of the illustration of an exemplary sequence of meetings.

Keywords: *Integrative therapy*, body orientation, eating disorders, adolescent girls, creative therapy

Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen

Andrea Frewer¹, Köln; unter Mitarbeit von Johanna Sieper², Neuss;
Hilarion G. Petzold, Düsseldorf³

Einleitung⁴

Das Thema Ess-Störungen ist in „aller Munde“. In den Medien schockieren Bilder von abgemagerten jungen Mädchen. Bundesweit wird von ca. 100.000 von Magersucht und 600.000 von Bulimie betroffenen Frauen ausgegangen, 20% der Frauen leiden an Adipositas (bzga 2000). Es ist anzunehmen, dass die Zahl der Betroffenen ansteigt, zeigen doch Studien (Jena 2002), dass ca. 50% der jungen Mädchen in den alten Bundesländern (bundesweit 35%) an Vorformen von Ess-Störungen leiden.

Der Zuwachs an Ess-Störungen ist auch in der Mädchenberatungsstelle der LOBBY FÜR MÄDCHEN – Mädchenhaus Köln e.V. deutlich spürbar. Häufig sind wir erste Anlaufstelle in einer beginnenden Auseinandersetzung mit der Thematik, aber auch die Nachsorge nach erfolgter stationärer Behandlung ist ein wichtiges Anliegen. Vor diesem Hintergrund biete ich neben der Einzelberatung und -begleitung therapeutische Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen an. Grundlage meiner Arbeit ist die Integrative Therapie. In der vorliegenden Arbeit stelle ich meine Konzeption für die Arbeit mit Gruppen vor. Darüber hinaus beschäftige ich mich mit einer spezifischen Fragestellung, die für mich immer wieder in den Vordergrund rückt: Die Arbeit mit dem Widerstand. Nach langjähriger Tätigkeit als Kunsttherapeutin in der stationären Therapie von suchtkranken Frauen habe ich die Arbeit mit kreativen Medien als wichtige Möglichkeit der Erlebnisaktivierung, aber auch Sinnfindung und Bewusstseinsarbeit erfahren.

In den therapeutischen Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen zeigen sich aber häufig hohe Widerstände gegen den Einsatz kreativer Medien. Hier habe ich die Arbeit mit Stofftieren als ausgezeichnete Möglichkeit der Arbeit mit dem Widerstand erfahren, die ein vorsichtiges Abschmelzen der Widerstände ermöglicht und ein kreatives Potenzial freisetzt. Dies wird anhand einer beispielhaften Abfolge von Sitzungen veranschaulicht.

1. Grundlagen und therapeutisches Vorgehen

1.1 „LOBBY FÜR MÄDCHEN“ – Mädchenhaus Köln e.V.

Seit Februar 2002 bin ich als Beraterin, insbesondere für den Schwerpunkt Ess-Störungen in der Beratungsstelle des Mädchenhaus Köln e.V. tätig. Der seit nunmehr 16 Jahren existierende Verein hat sich zum Ziel gesetzt, parteilich und feministisch für die Belange von Mädchen einzutreten und Unterstützung in Krisensituationen und der Alltagsbewältigung anzubieten. Von den ursprünglich konzipierten fünf Bausteinen (Zuflucht, Betreutes Wohnen, Wohngruppe, Mädchen-Zentrum, Mädchenberatungsstelle) sind derzeit ein Interkultureller Mädchentreff und die Mädchenberatungsstelle verwirklicht. Insgesamt sind zehn Kolleginnen zum größten Teil in Teilzeit beschäftigt. Die Mädchenberatungsstelle ist eine staatlich anerkannte Erziehungsberatungsstelle, Spe-

1 Mädchenhaus Köln, „Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Abschlussarbeit

2 Prof. Dr. Johanna Sieper, pädagogische Leitung der EAG, Betreuerin

3 Prof. Dr. H.G. Petzold, Wissenschaftlicher Leiter der EAG, Betreuer

4 **Danksagung:** Mein besonderer Dank gilt den Teilnehmerinnen „A“, „B“, „C“, „D“ und „E“ und allen Mädchen und jungen Frauen, die mich teilhaben lassen an den Welten von Elefanten, Tigern und kleinen Robben ...

zialform Mädchenberatungsstelle, und wird zu 50% von öffentlichen Geldern finanziert. In der Beratung sind eine Diplompädagogin (Leitung), eine Diplomsozialpädagogin (FH) und eine Diplomheilpädagogin in Teilzeit tätig. Der ursprüngliche Beratungsschwerpunkt „Mädchen mit Erfahrungen sexueller Gewalt“ hat sich seit 1997 kontinuierlich in Richtung erhöhter Anfragen bezüglich Ess-Störungen verschoben. Die vorliegende Konzeption bietet die Grundlage meiner Arbeit mit therapeutischen Gruppen für Mädchen und Frauen mit Ess-Störungen.

1.2 Definition von Ess-Störungen

Ich verstehe Ess-Störungen als psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter. Der Sammelbegriff „Ess-Störung“ umfasst folgende Verhaltens- und Erlebnisweisen:

- Magersucht: Anorexia nervosa
- Ess-Brech-Sucht: Bulimia nervosa
- Ess-Sucht: Adipositas, Binge eating
- latente Ess-Sucht

Magersucht: Anorexia nervosa

Der Begriff der Magersucht wird als eine meist in der Pubertät oder Adoleszenz beginnende primäre psychogene Ess-Störung mit einer extremen Gewichtsabnahme auf einen BMI (Body Mass Index = Gewicht in kg: Größe x Größe in m) unter 17,5 definiert (vgl. ICD 10). 95% der Betroffenen sind Frauen. Aktuell wird aber eine Zunahme auch bei Männern beobachtet bzw. dringt stärker an die Öffentlichkeit. Die Betroffenen werden ständig von der Angst geplagt, dick zu sein. Sie reduzieren ihr Gewicht durch absichtliche Nahrungsreduktion und/oder extreme körperliche Betätigung, z.T. auch durch selbst induziertes Erbrechen. Trotz offensichtlichem Untergewicht bleibt das Gefühl, dick zu sein, welches mit einer extremen Körperwahrnehmungsstörung einhergeht. Selbstkontrolle und Disziplin sind ihre höchsten Ideale. Die Betroffenen sind deutlich leistungsorientiert. Dadurch wird Anerkennung angestrebt, die sie sonst nicht zu erhalten glauben. Durch die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme bekommen sie ein Gefühl von Unabhängigkeit und Macht, das sie über ande-

re hinaushebt. Häufig fehlt die Krankheitseinsicht, oder die Krankheit wird verleugnet: „Mir fehlt ja nichts, außer, dass ich zu dick bin“. Körperliche Folgeerscheinungen des Hungerns sind u.a.: Hormonmangel, häufig verbunden mit dem Ausbleiben der Menstruation, sinkender Puls, Sinken der Körpertemperatur, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen, flaumige Körperbehaarung (Lanugobehaarung), Veränderungen der inneren Organe. Die körperlichen Folgeerscheinungen können lebensbedrohlich werden und führen bei ca. 10% der Betroffenen zum Tode. Seelische Folgeerscheinungen können u.a. ein tief verwurzelter Selbsthass, Depression und Verlust von Kontaktfähigkeit sein.

Ess-Brech-Sucht: Bulimia nervosa

Frauen und Mädchen, die unter einer Bulimie leiden, fallen nach außen zunächst nicht so stark auf. Sie haben meist ein Normalgewicht oder häufige Gewichtsschwankungen, wobei sie sich extrem mit dem Schlanksein und dem Essen beschäftigen. Sie leiden unter wiederholt auftretenden Ess-Attacken, in denen sie meist in kurzer Zeit große Nahrungsmengen zu sich nehmen und dies als Kontrollverlust erleben. Um die mit der hohen Kalorienzufuhr verbundene Gewichtszunahme zu verhindern, werden im Anschluss gegensteuernde Maßnahmen ergriffen, wie selbst induziertes Erbrechen und/oder Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln. Nicht selten erfolgt danach eine weitere Ess-Attacke, der Kreislauf setzt sich fort. Körperliche Folgeerscheinung können u.a. Schwellungen der Speicheldrüse, Schädigung des Zahnschmelzes, Entgleisung des Elektrolythaushaltes, Störungen des Hormonhaushaltes sein. Das Erleben von Kontrollverlust im Ess-Anfall und das Erbrechen sind für die Betroffenen häufig mit starken Schuld- und Schamgefühlen und Selbstkel verbunden. Nicht selten erleben sie Depression, Isolation und Selbstmordgedanken.

Ess-Sucht: Adipositas, Binge eating

Die Adipositas bezeichnet eine Störung, bei der die Betroffenen unter deutlichem Übergewicht (BMI > 30) und erhöhtem Körperfettanteil (Frauen > 30%) leiden. Im Gegensatz zur

Bulimie und Anorexie sind von der Adipositas in etwa gleich viele Männer wie Frauen betroffen, wenngleich übergewichtige Frauen schneller von gesellschaftlicher Diskriminierung betroffen sind und mehr unter den damit verbundenen Selbstabwertungen leiden. Die Ursachen des Übergewichts, der Adipositas, sind vielfältig. Wichtiges Kriterium für die Diagnose einer Ess-Sucht ist die große Bedeutung des Essens für die Betroffenen. Essen dient hier nicht selten als Ersatz für nicht gelebte Gefühle, oft fehlt die Differenzierungsmöglichkeit zwischen emotionalem und körperlichem Hunger (Wächter 2004). Bedeutsam ist eine große Angst, zu verhungern. Der Körperumfang dient als Schutz, nicht selten gegen sexuelle Übergriffe. Nähere Erläuterung hierzu erfolgt im Zusammenhang mit der Beschreibung der Ätiologie (Kapitel 1.3). Neben der Adipositas wurde erst in jüngster Geschichte das Krankheitsbild des „Binge-eating“ als Phänomen differenziert wahrgenommen. Hier werden Heißhungerattacken als symptomatisch beschrieben. Die betroffenen Frauen leiden unter ähnlichen Symptomen wie die der Bulimie. Das heißt, sie nehmen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen zu sich und erleben dies als Kontrollverlust. Sie essen sehr viel schneller als normal, häufig aus Scham allein, ohne Hungergefühl, bis zu einem unangenehmen Völlegefühl. Gegensteuernde Maßnahmen unterbleiben, so dass ein Übergewicht entsteht.

Latente Ess-Sucht

Eine eher unauffällige, sozial akzeptierte und gerade unter jungen Frauen sehr verbreitete Form gestörten Essverhaltens ist die der latenten Ess-Sucht. Darunter ist die zwanghafte Kontrolle des Essverhaltens und des Körpergewichts zu verstehen. Das ständige Maßhalten beim Essen, häufige Diäten und anschließende Gewichtszunahme werden oft mit dem Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern verbunden. Gelegentlich erfolgen Impulsdurchbrüche und Heißhungeranfälle. Sofern das rigide Kontrollverhalten aufgegeben wird, kann sich das Essverhalten in Richtung einer manifesten Ess-Störung, Ess-Sucht entwickeln.

1.3 Entwicklungsbedingungen von Ess-Störungen

Die Erklärungsmodelle für die Ätiologie der Ess-Störungen sind vielfältig und häufig orientiert an der jeweiligen therapeutischen Schule der AutorInnen (vgl. zur Übersicht *Stein-Hilbers & Becker* 1996). Im Sinne der „Integrativen Therapie (Petzold) gehe ich von einer *multifaktoriellen Entwicklungsgenese* psychischer und psychosomatischer Erkrankung aus. Gemäß des „*lifespan-development*“ wird die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit hier im Bezug auf die gesamte Lebensspanne betrachtet. „Die gesamten positiven, negativen und defizitären Erfahrungen im Lebensverlauf im Verein mit hereditären Dispositionen bestimmen die Persönlichkeit – ihre Gesundheit wie ihre Krankheit“ (Petzold 1993, 731). Die integrative Therapeutin *Bräutigam* (2002) geht davon aus, dass in Bezug auf die Entwicklung einer psychogenen Ess-Störung weniger eindeutig festzumachende, spezifische ätiologische Faktoren als vielmehr unspezifische Risiko- und Belastungsfaktoren zu verzeichnen sind. Ähnlich geht die detaillierte Darstellung der integrativen Behandlung einer adipösen jungen Frau (Binge Eating) von *Wächter* (2004) mit einer behandlungsmethodischen Fokussierung auf „kreative Medien“ von multifaktoriellen Ursachen aus und versucht deshalb auch mit flexiblen Behandlungsstrategien zu reagieren.

So wird die Entstehung von Ess-Störungen sowohl von Defiziten, Störungen, Konflikten und Traumata in den frühen Entwicklungsphasen als auch in späteren Jahren, ja während der gesamten Lebensspanne beeinflusst. Im Sinne der Bedeutung des Kontextes für die individuelle Genese sind aber auch gesellschaftliche Faktoren, insbesondere geschlechtsspezifische Lebensbedingungen, Rollenerwartungen, Lebensentwürfe und innerfamiliäre Konstellationen zu beachten, denn „Identitätsarbeit und Identitätsprozesse stehen in der Zeit, der persönlichen Lebenszeit und der Zeit sozialen Lebens, d.h. in gemeinschaftlicher, gesellschaftlicher Geschichte“ (Petzold 2001p). Es entwickeln sich Identitätskonzepte, die unter malignen Voraussetzungen zu Identitätsstörungen bzw. Beeinträchtigungen führen können. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung

tungsweise aber darf der Blick nicht nur auf die Pathogenese fallen, sondern es ist auch die Salutogenese, d.h. gesundheitsfördernde Faktoren und selbstheilende Aspekte der Symptomatik zu betrachten. Symptomatiken, wie die Ess-Störung, sind demnach auch als Lösungsversuche zu verstehen. Eine komplexe Erläuterung, differenziert auf die Ausprägung der jeweiligen Ess-Störung bezogen, würde den Rahmen der vorliegenden Konzeption übersteigen. Dementsprechend sollen hier nur einige grundlegende Annahmen aufgeführt werden:

Bedeutung früher Erfahrungen

Insbesondere psychoanalytische Schulen gehen von der Bedeutung früher schädigender Erfahrungen für die Entwicklung einer Ess-Störung aus. *Bärbel Wardetzki* (1994) entwickelte hier das Konzept des „weiblichen Narzissmus“. Wenn auch die „Integrative Therapie“ das der Theorie von *Wardetzki* zugrunde liegende Objektbeziehungsmodell und das Konzept des „Narzissmus“ aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Säuglingsforschung in Frage stellt (*Petzold* 1992, 1993), sei das Konzept des „weiblichen Narzissmus“ aufgrund seiner Gender-Perspektive hier in Kürze erwähnt und diskutiert.

Wardetzki geht davon aus, dass Mädchen, die später eine Ess-Störung entwickeln, nicht bedürfnisadäquat stimuliert wurden (vgl. *ibid.*, *Belotti* 1975). Über die Nahrung ist das Kind eng mit der Mutter verbunden. Ernährt werden bedeutet nicht reine Nahrungsaufnahme, sondern eine gefühlsmäßige Beziehungsqualität, ein sozialer Austausch. So kann durch die Art, wie ein Säugling und Kleinkind gefüttert wird – so die hypothetische Annahme –, nicht nur sein späteres Essverhalten, sondern auch sein Lebensgefühl beeinflusst werden. Zunächst muss das „kann“ unterstrichen werden. Es ist nicht möglich, von einer zwingenden Folge zu sprechen, nicht einmal von Häufigkeiten. Die ungeheure Vielfalt von Fütterungsmodalitäten in den verschiedensten Kulturen auf der Welt lässt determinierende Einflüsse wenig wahrscheinlich erscheinen, genauso wie das gänzliche Fehlen longitudinaler Studien über Langzeitwirkungen von Fütte-

rungsformen. Die ideologischen Kämpfe um Bruststillen und Flaschenfütterung haben keine Pluspunkte für die Verfechter negativer Langzeitwirkungen für nicht Brustgestillte Kinder erbracht.

Wardetzki betont, dass es wichtig ist, ob der Bedürfnislage des Säuglings Rechnung getragen wird und die Signale des Kindes sensibel wahrgenommen werden. Wird aber z.B. jedes Unwohlsein des Kindes mit Füttern beantwortet oder werden Signale des Sattseins nicht erkannt oder akzeptiert, so kann es zu einer Vermischung oder Verwechslung körperlicher und emotionaler Bedürfnisse kommen (vgl. *ibid.*, 66ff).

Die Trennung körperlicher und emotionaler Bedürfnisse ist in dieser Form und Generalisierung mit den Ergebnissen moderner Neurobiologie und Biopsychologie (*Kandel et al.* 1995; *Damasio* 1996, 2000; *Birbaumer/Schmidt* 1999) nicht vereinbar, sondern muss als irrig betrachtet werden. Biologische bzw. neurophysiologische Prozesse sind ganzheitlich zu sehen. Hier ist zu betonen, dass auch aus Sicht der „Integrativen Therapie“ eine gute *Passung* der Mutter-Säuglings-Interaktion (und zwar nicht nur im Bereich der Fütterung) wesentlich ist (*Zentner* 1993; *Petzold et al.* 1994) und ihre Irritation Wirkungen haben kann. Für die Entwicklung einer späteren Störung indes ist entscheidend, inwieweit spätere protektive Faktoren, Risiko- und Resilienzfaktoren (*Müller/Petzold* 2001) die weitere Entwicklung beeinflussen, so dass lineare Ursache-Wirkungsverhältnisse im Sinne eines „Frühe-Schäden-späte Folgen-Denkens“ (*Petzold* 1993c) bei der hohen Neuroplastizität des Menschen nicht zwingend angenommen werden können. Nichtsdestotrotz wird auch im Integrativen Ansatz den frühen Phasen, in denen das Entstehen von Selbstgefühl und Selbstgewissheit, Selbstwertgefühl und die Entwicklung von Ich und Identität ihren „Ausgangspunkt“ nehmen –, auch *Stern* (1985) spricht von einem „*narrative point of origin*“ –, Bedeutung beigemessen, ohne hier monokausalistische Determinierungen anzunehmen.

Dementsprechend ist es im weiteren Entwicklungsverlauf und mit zunehmender Vonselbstständigkeit von Bedeutung, dass die eigenständigen Bemühungen des Kindes gewürdigt und zustimmend begleitet werden. Im

Vordergrund steht aus Sicht von *Wardetzki* jetzt das Gefühl von „Grandiosität“ und „Allmacht“, das „Beschäftigtsein mit sich selbst“. Es kann schon vieles, aber nicht alles. So erlebe das Kind beides: seine Größe und seine Begrenztheit. Diese narzissmustheoretische Perspektive muss allerdings aus der Sicht der *developmental psychobiology* konfrontiert werden, denn schon Föten im letzten Schwangerschaftstertial sind kommunikativ und explorativ, und Säuglinge und Kleinkinder sind dies sogar in höchstem Maße. Sie beschäftigen sich neugierig und weltoffen mit anderen Menschen (Erwachsenen, Kindern, Säuglingen), der Umwelt, mit Übergangsobjekten, Intermediärobjekten (*Meili/Petzold* 2000). Von einer ausschließlichen oder überwiegenden narzisstischen Selbstzentriertheit kann keine Rede sein. Natürlich erleben diese kleinen Wesen – wie auch Menschen im gesamten Leben – Kompetenzen/Performanzen und Grenzen von Kompetenz/Performanz, und zwar z.T. besonders im Frühbereich durch *genetisch vorgegebene* Muster von „*affordances/effecivities*“ und „*constraints*“ (*Petzold et al.* 1994), das sind Wahrnehmungsmöglichkeiten, wie etwa die Experimente zur „*visual cliff*“ – Säuglinge queren eine Glasplatte in einem Tischbrett nicht – oder zum Greifverhalten zeigen – nach zu großen, für seine Handspanne nicht fassbaren Gegenständen, z.B. Bällchen, Würfel, greift der Säugling nicht (*Salvesbergh* 1993), da die Grenzen im Wahrnehmungsvorgang schon mit dem motorischen Vermögen verschränkt sind. Auf Grund „*evolutionären Lernens*“ genetisch disponierte Begrenzungsmuster (*constraints*) und mit zunehmendem Alter in ontogenetischem Lernen erfahrene Grenzen wirken zusammen. Das „Leiden an den Grenzen“ sind deshalb wohl eher Projektionen von Erwachsenen, genauso wie die Begriffe wie „Grandiosität“ oder „Allmacht“ doch kaum das Selbsterleben von Säuglingen und Kleinkindern wiedergeben dürften, sondern wiederum Erwachsenenperspektiven darstellen, deren Hintergründe diskursanalytisch bzw. dekonstruktivistisch (*Foucault, Derrida*) untersucht werden müssten (*Bublitz et al.* 1999), was für die so genannte „Narzissmustheorie“ bislang noch nicht unternommen wurde. Das wäre aber bei der weitgehend fehlenden Absicherung durch

die empirische Säuglingsforschung dringend erforderlich (*Petzold/Orth* 1999). So müssten Annahmen, Mädchen würden in unserer Gesellschaft in dieser Phase eher ängstlich oder ablehnend festgehalten als in der trennenden Aggression unterstützt, dringend durch entsprechende Forschung – nicht nur in der Retrospektive – belegt werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich sehr häufig durchaus „gleitende“ Übergänge in *sensiblen Phasen* finden, die aufgrund von Genexpressionen (*Bauer* 2002, *Petzold* 2002j) spezifische Verhaltensweisen aufkommen lassen, wobei auch noch die Fragen der Temperamentorientierung des Kleinkindes und der damit verbundenen Dimension der „Passung“ eine Rolle spielen. Temperamentforschung wird aber in dem psychoanalytischen Betrachtungsparadigma ausgeblendet, nicht zu reden von der einseitigen Mutterzentrierung einer solchen Sicht, die die Bedeutung anderer „*caregiver*“, der Väter, Großmütter, Babysitter etc. zu wenig berücksichtigt (so schon *Lamb* 1976; *Lewis* 1984; *Papoušek* 1987). *Wardetzki* (1994, 96) konstatiert, obwohl sie sich eingangs von einer monokausalen Betrachtungsweise distanziert, dass, sofern es in dieser Zeit nicht gelänge, die Gefühle von Größe und Begrenztheit durch die Unterstützung der Bezugspersonen zu vereinen, narzisstische Persönlichkeiten entstünden, die sich entweder grandios oder vollkommen minderwertig fühlten. Eine solche generalisierende, linearkausal argumentierende Behauptung mit Festlegung auf *einen* Zeitabschnitt der kindlichen Entwicklung von Mädchen lässt sich aufgrund der Forschungslage der longitudinalen Entwicklungspsychobiologie und klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al.* 1999; *Petzold* 1993c) nicht halten. Sie widerspricht überdies der evolutionsbiologischen Logik der funktionalen Optimierung bzw. Selektion (*Mysterlund* 2003) und dem heutigen Wissen über die Neuroplastizität von Menschen (*Ratey* 2001).

Ob also die bei vielen Mädchen und jungen Frauen mit Ess-Störungen vorfindlichen Schwankungen im Selbstbild, ja die Ess-Störungen insgesamt aus der Hypothese eines „weiblichen Narzissmus“ hergeleitet werden können, ist eher zu bezweifeln, obgleich Selbstwertprobleme und Identitätsfindungsprobleme – insbesondere in der Adoleszenz – eine

wichtige Rolle spielen. Es muss aber klar sein, dass derartige adoleszente Entwicklungsdynamiken keineswegs nur oder auch überwiegend linearkausal aus „Frühstörungen“ abgeleitet werden können und dürfen, weil damit die Entwicklungsprobleme des Jugendalters (Fend 1999) mit ihrer pathogenen Valenz und ihren Entwicklungschancen unter- bzw. fehlbewertet werden und die spezifischen Sozialsituationen, gesellschaftlichen Wertungen, Milieufaktoren, *Lifestyle-Phänomene* (Müller/Petzold 1999) – so wichtig in der Jugendkultur – nicht berücksichtigt werden. Demnach greift es zu kurz, das Erleben vieler Mädchen und junger Frauen mit Ess-Störungen: „Wenn ich nur das richtige Gewicht habe, dann bin ich grandios, habe ich endlich Anerkennung verdient, habe ich es nicht, bin ich nichts wert“, lediglich aus der frühkindlichen Entwicklung herzuleiten. Vielmehr müssen, wie auch Wardetzki einräumt, sozialisations- und adoleszenztheoretischer Perspektiven zu gesellschaftlichen Idealvorstellungen und Trends (z.T. sexistischen, auch von den jungen Frauen mehr oder weniger unreflektiert übernommenen) einbezogen werden. Sie schlagen in die sozialen Mikrobereiche der Jugendkultur machtvoll durch: Cliquen, *life style communities* mit ihrem erheblichen, z.T. immensen Sozialisationsdruck des „In“-Seins erklären mehr als das einseitige Abstellen auf narzisstische Störungen. Spaltung in Grandiosität und Unzulänglichkeit sollen laut Wardetzki bei essgestörten Frauen insbesondere depressiv geprägt sein. Sie seien Abwehrmechanismen gegen die gefürchtete innere Leere bzw. gegen den schmerzhaft erlebten Mangel an emotionaler Versorgung (vgl. Figura 1997). Bei der hohen, durchaus entwicklungs-dynamisch wesentlichen und adäquaten Bedeutung adoleszenter Zugehörigkeitsbedürfnisse (die wiederum mit altersspezifischen Genexpressionen verbunden werden müssen) können das Misslingen einer Partizipation in adoleszenten sozialen Netzwerken (Hass/Petzold 1999) oder ein lebensweltbedingtes Fehlen adäquater Netzwerkangebote und natürlich problematische Eltern-Jugendlichen-Passungen durchaus zu depressiven Reaktionen führen, die *adoleszenzspezifisch* sind (das Feld der Literatur bietet hierfür eine Fülle von Beispielen) und keineswegs überwiegend mit for-

schungsmäßig schwach abgesicherten narzissmustheoretischen Hypothesen begründet werden sollten. Frühkindliche/kindliche Verlassenheitsgefühle und Teilablösungsprozesse sind von denen der Adoleszenz – das zeigt schon die sorgfältige, nicht narzissmustheoretisch eingefärbte Phänomenbeobachtung der unterschiedlichen Altersstufen – durchaus verschieden. Die narzissmustheoretische Perspektive kann also nur als eine *mögliche* Komponente in einer multifaktoriellen Betrachtung von Ess-Störungen dienen und muss durch andere Betrachtungsweisen und konzeptkritische Reflexionen ergänzt werden – und das ist der Weg Integrativer Therapie: Situationen von PatientInnen mit mehreren Optiken zu betrachten (Petzold 2002b, 2003a).

Bedeutung familiärer Beziehungskonstellationen

Insbesondere systemische Ansätze (vgl. Minuchin et al. 1983, Palazolli 1978, Weber/Stierlin 1989) betonen die Bedeutung des *aktuellen* familiären Kontextes für die Entwicklung einer Ess-Störung, schauen also nicht, wie der psychoanalytische Ansatz, in die frühe Biographie. Die Entwicklung des Symptoms wird als eine „gesunde Reaktion“ auf ein „krankes System“ gewertet. Insbesondere in Familien mit einem magersüchtigen Mädchen wurden Merkmale beobachtet, die die Entwicklung der Anorexie begünstigen:

- **Verstrickung:** Loyalität und Schutz haben den Vorrang vor Autonomie und Selbstverwirklichung (wobei auch hier gesehen werden muss: das sind eurozentrische bzw. weißamerikanisch-mittelschichtspezifische Wertsetzungen, die für „*extended-family*“-Realitäten – wie sie sich in Südeuropa noch stark und in ländlichen Gegenden auch in Deutschland finden, nicht zu reden vom asiatischen, afrikanischen, hispanoamerikanischen Bereich – keineswegs ohne weiteres anzuwenden sind);
- **Überfürsorglichkeit:** Ausübung von Kontrolle unter dem Deckmantel der Zuneigung;
- **Starrheit:** Anpassung des Systems an veränderte Bedingungen ist kaum möglich;
- **Konfliktvermeidung:** Spannungen und Konflikte werden nicht ausgetragen, sondern verleugnet.

Das magersüchtige Mädchen schließlich scheint das Familiencredo rigoros auf die Spitze zu treiben und damit *ad absurdum* zu führen. Die Symptomatik und die Aufmerksamkeit, die das Mädchen dadurch bekommt, führen die Familie einerseits wieder zusammen, andererseits grenzt sich das Mädchen auch durch die Symptomatik von der Familie ab und kann sich dadurch ein gewisses Maß an „Autonomie“ bewahren. So die Theoreme – sie bleiben mit Blick auf Entwicklungs- und Lebensalter höchst unspezifisch.

Gesellschaftliche und geschlechtsspezifische Faktoren

Da im Sinne des *lifespan-development* von einer lebenslangen Entwicklung der Persönlichkeit ausgegangen werden muss, sind bei der Betrachtung der Entwicklung von Ess-Störungen gesellschaftliche und geschlechtsspezifische Faktoren von großer Bedeutung, „denn die subjektive Interpretation der eigenen Leiblichkeit als Mann und Frau [...] ist von den kultur-, schicht-, ideologiebestimmten Einflüssen unabtrennbar“ (Petzold 2002j). Da hier besonders die Entwicklungsstrecke der Pubeszenz/Pubertät/Adoleszenz von Relevanz ist, soll hierhin kurz der Blick gewendet werden: Für viele Jugendliche bedeutet dieser Lebensabschnitt mit seinen Problemen/Konflikten (Erikson), aber auch „Entwicklungsaufgaben“ (Havighurst) eine Verunsicherung. Es stehen die Fragen von Identitätsveränderungen im Vordergrund. „Wer bin ich?“ wird in neuer Weise in den Zusammenhang einer sich manifestierenden sozialen Geschlechtsidentität (*gender*) gestellt und natürlich die von PsychotherapeutInnen oft nicht beachtete Frage „Was bin ich“ (Ricaur 1996). Identitätstheoretische Fragestellungen (Petzold 2001p; van Wijnen/Petzold 2003) – auch unter gendertheoretischer Perspektive (Orth 2002; Petzold/Sieper 1998) – werden hier unverzichtbar.

Für Mädchen ist in dieser Phase die Rollenvielfalt, die die Gesellschaft Frauen scheinbar bereithält, von entscheidender Bedeutung. Petzold geht davon aus: Je größer die Flexibilisierungsmöglichkeiten und die Flexibilitätsanforderungen der Gesellschaft sind, desto vielfältiger muss sich Identität realisieren (vgl. Petzold

2001p). Hier sind es aber häufig widersprüchliche Rollenanforderungen an Weiblichkeit, die Mädchen und junge Frauen vor schwierige Integrationsprobleme stellen. Die gesellschaftlich vermittelten Frauenbilder – von *einem* Normbild kann ja nicht ausgegangen werden, wie die breite Palette der Lifestyle-Presse von Brigitte, Petra, Cosmopolitan, Amica usw. zeigt – sind wenig geprägt von „weiblichen“ Entwürfen von „Weiblichkeit“, sondern sind eher als eine „Projektion einer phantasierten Weiblichkeit von Männern zu verstehen“ (Krebs, 1991, 20; vgl. v. Braun 1985), wobei auch gesehen werden muss, durch welche Mechanismen diese Normbilder auch von Frauen – zumeist wenig reflektiert oder (je nach Milieu) reflektierbar – in komplexen Sozialisationsprozessen übernommen werden. Nicht zu unterschätzende Bedeutung kommen in diesem Zusammenhang dem durch Werbung und die Medien vermittelten Bild von Weiblichkeit und den Ansprüchen zu, die an den weiblichen Körper und an erwünschte weibliche „Wesensmerkmale“ klischeehaft gestellt werden. Zwar wäre es zu kurz gegriffen, das modern vermittelte Schönheits- und Schlankheitsideal allein für die Zunahme von Ess-Störungen verantwortlich zu machen, doch erfährt es eine Brisanz in Kombination mit den sehr widersprüchlichen Rollenerwartungen und Identitäts-Attributionen – die zudem noch schicht- und ethniespezifisch variieren – an „Weiblichkeit“ im Spannungsfeld zwischen körpergebundener Rollendefinition, v.a. in seiner „Reproduktionsfunktion“ (Bröckling 1991, 70), den realen Möglichkeiten und dem Anspruch an eine berufstätige, erfolgreiche, aber dennoch attraktive Frau.

Vor dem Hintergrund etwaiger, unverarbeiteter Verunsicherung in früheren Entwicklungsstadien können in dieser Altersstrecke *Anklänge* an vorangegangene Konflikte aktualisiert werden. Sie werden in der Regel indes *nicht* „reaktualisiert“, da die Beziehungen von Erwachsenen (Vätern und Müttern) zum Kind (auch in Formen der Sexualisierung) deutlich von denen zu den adolescenten „Teens“ verschieden sind und sich Machtverhältnisse und Machtausübung in der Feinbetrachtung spezifisch unterscheiden, was durch die psychoanalytische „Frühstörungsperspektive“ in bedenklicher Weise verwischt wird. Auch die erlebten

elterlichen Beziehungen – die Qualität der von Kindern (Jungen wie Mädchen je spezifisch) wahrgenommenen und verinnerlichteten Vater-Mutter-Beziehungen – haben eine hohe Bedeutung, die zu Lasten der Kind-Vater- bzw. Kind-Mutter- bzw. Kind-Vater/Mutter-Beziehung in der psychodynamischen/psychotherapeutischen Theoriebildung weitgehend vernachlässigt und in ihrer prägenden Auswirkung für adoleszentes und adultes Partner-suchverhalten und für die Qualität und die Muster von Beziehungsgestaltung völlig unterschätzt werden. Die Ambivalenzen, Ablehnungen, Übergriffe, die das Mädchen selbst – „am eigenen Leibe“ – oder bei der älteren Schwester vikariell erlebt hat und vor allem auch im Umgang der Eltern miteinander, (Aggressionen des Vaters der Mutter gegenüber, mit den Reaktionen der Mutter darauf: „Schlucken“, um der „Kinder und des lieben Friedens willen“, „Unterwerfen“, aber auch Aufbegehren etc.), können nun ausgelöst von und im Zusammenwirken mit den *aktuellen Drucksituationen* in Schule, Elternhaus, Lehrstelle, in Peer-group, Clique zu ambivalenten Haltungen des Mädchens zu sich selbst führen: zu Überanpassungen, ausbrechenden, überschießenden Reaktionen, zu Selbsthass und zur Ausbildung verschiedenster Symptomatiken bis hin zu Devianz und Sucht.

Im Identitätskonzept der Integrativen Therapie ist der Körper bzw. die Leiblichkeit eine entscheidende „Säule der Identität“. Dieser Kernbereich bestimmt maßgeblich alles Wahrnehmen und Handeln und deshalb ist hier auch ein besonderes Gefährdungspotenzial gegeben. Auftauchende Störungen müssen deshalb vor dem Hintergrund ggf. früher und aller weiteren lebensgeschichtlichen Erfahrungen gesehen werden – eben auch und eventuell maßgeblich in der späteren Kindheit, etwa in Fernseh- und Computerspiel-Sozialisierungen, bei Schulstress (es gibt gar nicht so selten geradezu fatale Schulsozialisierungen, wie die doch beachtlichen Zahlen zu Suizidversuchen zeigen, aber auch die Zahlen zum massiven Konsum legaler und illegaler Drogen). Der Bereich

Schule ist wiederum ein in der Psychotherapie weitgehend vernachlässigtes Gebiet, die psychodynamischen Theorien haben offenbar immer noch ein implizites Bild von der Schule als „sicherem Ort“, anders kann man sich die Ausblendung dieses Bereiches kaum erklären (oder war er vielleicht, für die Therapietheoretiker selbst, zu unangenehm?). Die z.T. benachteiligenden, z.T. negativen bis demütigenden Schulsozialisierungen besonders von Mädchen dürfen nicht aus den Betrachtungen zu pathogenen Entwicklungseinflüssen ausgeblendet werden. Finden sich also über die Entwicklungserfahrungen hin Belastungen, mussten die entwicklungsbiographisch belasteten und dann später essgestörten Mädchen viele negative bzw. *critical „life events“* erleiden – besonders im Bereich *leiblicher Identitätsbildung* –, so können sie ggf. keinen *bedürfnisorientierten* Zugang zur eigenen Leiblichkeit entwickeln und – denn das ist ja nur eine Dimension – keinen unbefangenen, freude- und lustvollen Zugang zu ihrem Leib/Körper. Spaltungsmechanismen – Säuglingsforscher legen sie *nicht* in den eigentlichen Frühbereich – können ggf. verstärkt werden bzw. sie werden in einer pubeszenz-/adoleszenzspezifischen Weise umgeformt oder auch neu entwickelt.

Aus integrativer Perspektive nehmen wir keine lineare Durchgängigkeit von Abwehrmechanismen an – frühe (archaische) und spätere Formen von Abwehr können differenziert werden (Petzold 2003a). Die Kindheitsorientierung der Psychoanalyse hat die Ausbildung einer lebensalterspezifischen „Entwicklungspsychologie der Abwehrmechanismen“ bis jetzt verhindert und auch nicht beachtet, wie stark hier auch die Einflüsse des jeweiligen sozialisatorischen Feldes berücksichtigt werden müssen, um zu einer adäquaten Beurteilung der jeweiligen Situation der PatientInnen zu gelangen.

Das Mädchen nimmt die Veränderungen ihres Körpers wahr und sie hat dazu ihre spezifischen, „**subjektiven Theorien**“. Diese aber sind – von Kind auf – geprägt und bestimmt von „**kollektiven mentalen Repräsentationen**“⁵ aus ihrem familialen Mikrobereich, aus dem

5 **Komplexe soziale Repräsentationen** – auch „**kollektiv-mentale Repräsentationen**“ genannt - sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzun-

Mesobereich ihrer sozialen Schicht und dem Makrobereich ihres Kulturraumes und seinen ethnischen und religiösen (für die Gender und die Altersstufen spezifischen) Normsystemen und Sinngefügen. Die Bedeutung solcher kollektiver Kontexte wird vielfach von PsychotherapeutInnen in ihrer oft individualisierenden Perspektive nicht berücksichtigt, wodurch das Erfassen und die Bewertung „**persönlicher mentaler Repräsentationen**“^{6b} und ihre Berücksichtigung im Therapiegeschehen verstellt werden können. Es müssen aber intrapersonale Identitäts- und Rollenkonflikte des Einzelnen als Verinnerlichung **interpersoneller**, gesellschaftlicher Konflikte und Problemlagen verstanden werden, wie schon L. S. *Vygotsky* zeigte, dem die Integrative Therapie sehr viel verdankt (vgl. *Petzold*, 2001p; *Petzold/Sieper* 2004; *Orth* 2002). *Vygotsky* machte verstehbar, dass die gegenwärtig vorhandenen und verinnerlichten Situationen in ihrer Aktualisierung und im Transparentmachen bearbeitet werden müssen.

Reaktionen der Umwelt „auf sich entwickelnde Mädchen“ (die ältere Schwester, Freundin, die Mädchen in den oberen Schulklassen, Fernsehfilme unterschiedlichster nor-

mativer Orientierung, Mädchen- und Jugendzeitschriften von Vanessa bis Bravo) führen durch Internalisierungen und mentale Verarbeitungsprozesse zu höchst individualisierten und komplexen Wert- und Normsystemen, zu Identitätsschablonen, die jeweils exploriert und gemeinsam mit dem Mädchen erfasst werden müssen, um nicht *Klischees* aufzusitzen, die mit der Wirklichkeit des jeweiligen Mädchens – selbst wenn es den „gemeinsamen Nenner *Ess-Störungen*“ gibt – wenig zu tun haben. „Ihre sichtbare körperliche Entwicklung wird angeschaut, schamlos begutachtet, verbal kommentiert, manchmal anzüglich belächelt und in übergriffiger Weise berührt. Sexualisierte Atmosphären in den Ursprungsfamilien finden sich ebenso wie Tabuisierung von Sexualität“, so *Figura* (1997, 28). Das kann durchaus so sein, muss es aber nicht, und wie eine solche Situation von dem jeweiligen Mädchen aufgenommen, kognitiv (*appraisal*) und emotional (*valuation*) bewertet, also in Identitätsprozessen verarbeitet wird (*Orth* 2002) und zu welchen sozialen Verhaltensweisen oder Selbstattributionen (spezifischer oder generalisierter) es kommt, muss erarbeitet werden. Differenzielle Betrachtungsweisen sind aus integrativer Sicht also

gen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als *intermentale* Wirklichkeiten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt und sie bilden *geteilte Sichtweisen* auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse *kollektiver Hermeneutik* prägen, aber auch in ihnen gebildet werden.

In dem, was sozial repräsentiert wird, sind immer die jeweiligen Ökologien der Kommunikationen und Handlungen (*Kontextdimension*) zusammen mit den vollzogenen bzw. vollziehbaren Handlungssequenzen mit repräsentiert, und es verschränken sich auf diese Weise Aktionale-Szenisches und Diskursiv-Symbolisches im zeitlichen Ablauf (*Kontinuumsdimension*). Es handelt sich *nicht* nur um eine repräsentationale Verbindung von Bild und Sprache, es geht um Filme, besser noch: dramatische Abläufe als Szenenfolgen oder - etwas futuristisch, aber mental schon real – um *sequenzielle Hologramme*, in denen alles Wahrnehmbare und auch alles Vorstellbare anwesend ist. Verstehensprozesse erfordern deshalb (*Petzold* 1992a, 901) eine diskursive und eine aktionale Hermeneutik in Kontext/Kontinuum, die Vielfalt konnektiviert und Bekanntes mit Unbekanntem verbindet und vertraut macht.« (*Petzold* 2000h).

- 6 »**Komplexe persönliche Repräsentationen** – auch **subjektiv-mentale Repräsentationen** genannt – sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in *Enkulturation* bzw. *Sozialisierung* erworbenen, d. h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte „mentale Filme“, „serielle Hologramme“ über „mich-Selbst“, über die „anderen“, über „Ich-Selbst-mit-anderen-in-der-Welt“, die die Persönlichkeit des Subjekts bestimmen, seine *intramentale* Welt ausmachen. Es handelt sich um die „subjektiven Theorien“ mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in Prozessen „*komplexen Lernens*“ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den „kollektiv-mentalen **Repräsentationen**“ (vom *Intermentalen* der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, *Kompetenzen* für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d. h. für *Performanzen* zur Verfügung stehen.« (*Petzold* 2000h).

unerlässlich. Ein Mädchen versucht, Gefühlen der Entfremdung und Verunsicherung entgegenzuwirken und Selbstwert und Selbstsicherheitsgefühl zu stabilisieren: durch Aufbau eines „coolen“ Habitus, ein anderes durch eine „aggressive“ Haltung. Für weitere wiederum kann die Konzentration auf Essen/Nicht-Essen verschiedene wichtige Funktionen erfüllen, etwa: *Slimmen* – eine wenig beachtete, weil nicht sehr auffällige Strategie, um eine weibliche Gendermacht (als Manipulations-/Verführungspotenzial) zu gewinnen –, kann zu einem sich chronifizierenden und dysfunktional okkupierenden Lebensstil werden; *Hungern*, um sich Übergriffigkeiten durch „Entweiblichung“, die Ausbildung einer anorektischen Symptomatik, zu entziehen, kann eine andere Strategie sein; Erbrechen, das Zuführen „verbotener Lebensmittel“ und das Ungeschehenmachen durch bulimisches Verhalten mit weiteren Kompensationen durch erneutes „Fressen“ können ein Erleben scheinbarer Selbstbestimmtheit bestärken. Chronische Überernährung, die zu einer „stämmigen“ Adipositas führt, kann als Strategie der Stärke dienen: „Man bringt was auf die Waage“, kann in der Massivität nicht übersehen werden. Exzessive Überernährung kann zu einem ängstlichen Verstecken von Weiblichkeit bzw. (weiblicher) Persönlichkeit bis zum Verschwinden (Baudrillard 1982) in den Fettmassen einer Adipositas magna führen. Der Strategien sind viele. Ess-Störungen können also nicht monokausalistisch begriffen werden. Sie haben multiple Kausalitäten – chronisch falsche Ernährung/dysfunktionale Ernährungsgewohnheiten, sedentäre Lebensweise/Bewegungsmangel, Genussmittelmisbrauch etc. dürfen dabei als Ursachen nicht unberücksichtigt bleiben oder einseitig „psychologisiert“ werden, wie die erschreckende Zahl der Adipositas-Erkrankungen in den USA und die explosionsartige Entwicklung der Überge-

wichtigkeit von Kindern und Jugendlichen – männlichen wie weiblichen – hierzulande zeigt. Hier greifen alleinig psycho-dynamische Betrachtungsweisen und psycho-therapeutische Maßnahmen sicher nicht, sondern es müssen medikamentöse, bewegungs- und sporttherapeutische hinzukommen.

So sind die Ess-Störungen – der Plural wird wesentlich – nicht oder nicht nur als ein Ausdruck der Ablehnung von Weiblichkeit an sich zu verstehen, sondern sie können oft auch als aktiver Versuch, eine „Weiblichkeit im eigenen Recht“ (Gast 1985) zu etablieren, verstanden werden, der sich jedoch wiederum vor dem Hintergrund gewisser kultureller „weiblicher Muster“ (z.B. Anpassen statt Auflehnen) gegen sich selbst richten kann und dem „eigentlichen Ziel einer authentischen Ich-Identität und Autonomie als Frau nicht gerecht wird“ (Bröckling 1991, 71).

Dieses Zitat, so richtig es im Einzelfall sein kann, verweist (wie auch ein Teil der Literatur zu diesem Thema) wiederum auf Probleme, die *ideologiekritisch* betrachtet werden müssen: Ist das „Autonomieideal“ (aus dem individualisierenden Diskurs der Romantik [Berlin 1998] über die Psychoanalyse in den Diskurs der Psychotherapie gelangt) wirklich ein wünschenswertes „weibliches“ Ideal, sollte es wirklich ein solches „eigentliches Ziel“ sein? Demgegenüber, meint Ilse Orth, ist ein Begriff wie der der „**Souveränität**“ (Petzold/Orth 1998) „weiblicher“, denn es geht bei ihm um *Angrenzung* und – wo erforderlich – um reflektierte und deshalb effiziente *Abgrenzung*, um ein beständiges „*Aushandeln von Grenzen*“ (wie es für Kindererziehung, Partnerschaft und auch Psychotherapie kennzeichnend sein sollte). Es geht um ein gemeinsames Bemühen um „**Konvivialitätsräume**“⁷. In ihnen stehen das „Du“, der „Andere“ (Levinas), das „Wir“ im Zentrum – „wodurch jedes ‚Ich‘ die Chance erhält, zu einem bedeutungsvollen ‚Ich‘ durch ‚Du-Attri-

7 »**Konvivialität** ist ein Term zur Kennzeichnung eines „sozialen Klimas“ wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität, eines verbindlichen Engagements und Commitments für das Wohlergehen des anderen, durch das sich alle ‚Bewohner‘, ‚Gäste‘ oder ‚Anrainer‘ eines „Konvivialitätsraumes“ sicher und zuverlässig unterstützt fühlen können, weil Affiliationen, d.h. soziale Beziehungen oder Bindungen mit Nahraumcharakter und eine gemeinsame „social world“ mit geteilten „sozialen Repräsentationen“ entstanden sind, die ein „exchange learning/exchange helping“ ermöglichen. **Konvivialität** ist die Grundlage guter ‚naturwüchsiger Sozialbeziehungen‘, wie man sie in Freundeskreisen, Nachbarschaft, ‚fundierter Kollegialität‘, Selbsthilfegruppen findet, aber auch in ‚professionellen Sozialbeziehungen‘, wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können.« (Petzold [1988] 2002b)

butionen' der Anderen zu werden (Petzold 2001p). Das hegemoniale „Ich“ eines auf dem „Abgrenzungsparadigma“ gewisser Identitätstheorien und Therapieideologien („Ich bin Ich“; F.S. Perls) gründenden Konzeptes der „Ich-Identität“ als dominierender (vgl. Ricœur 1996; van Wijnen/Petzold 2003) behindert oder verhindert, dass eine personale und soziale Identität als „ausgehandelte“ entsteht (ibid., 2001p): stattdessen abgegrenzt-abgrenzende Selbstigkeit.

Ist Begriff des *Konvivialitätsraumes*, der selbstverständlich Orte höchster Privatheit einschließt, nicht „weiblicher“, nicht bedeutsamer zur Kennzeichnung einer „Matrix für Identitätsprozesse unter weiblicher Ägide“ oder „weiblicher und männlicher Ägide als miteinander ausgehandelter“ (ibid.), ist er auch nicht brauchbarer als der Begriff des „Autonomieraumens“, der Demarkationslinien aufrichtet?

»*Konvivialität* ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Miteinanders*, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der *Konvivialität* umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine ‚*Konvivialität der Verschiedenheit*‘ möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer *Zwischenleiblichkeit*, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammensitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewahrten *Gerechtigkeit* steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält.“ – „*Konvivialität als kordiales Miteinander* macht ‚gutes Leben‘ möglich. Der ‚*ubios*‘ aber ist für Menschen der Boden des *Sinnerlebens*. Er wird von dem integrativen „*Koexistenzaxiom*“: „*Sein ist Mitsein, Mensch ist man als Mitmensch*“ unterfangen« (Petzold 2002b).

Eine therapeutische Praxis – ganz gleich welcher Art – braucht metatheoretische Fundierungen für ihre klinischen Theorien und ihr handlungsmethodisches Vorgehen durch Epistemologie, Menschenbild und Ethik und

durch daraus abgeleitete „*Brückenkonzepte*“ für eine konsistente *Theorie-Praxis-Verschränkung* (Petzold 2000h). „*Souveränität*“ und „*Konvivialität*“, die über das Konzept „*komplexer Identität*“ individuelle und kollektive Perspektiven zusammenbinden, können als solche Brückenkonzepte angesehen werden.

Leibtherapeutische Perspektiven

Das Leibkonzept hat für den Integrativen Ansatz eine eminent wichtige Funktion, weil sich in ihm phänomenologische Leibphilosophie (M. Merleau-Ponty, H. Schmitz, P. Ricœur), kritische Leibtheorie (M. Foucault, W. Reich) und neurowissenschaftliche und biopsychologische Leibtheorie verbinden lassen (Petzold 2002j; Schiepek 2003). Grundannahme ist, dass alle Lebensprozesse zugleich auch mit fortwährenden komplexen Lernprozessen verbunden sind, die im „Leibgedächtnis“, den immunologischen, neuronalen und cerebralen Speichern, als leibgegründete seelisch-geistige „Lebenserfahrung“ Niederschlag finden und *archiviert* werden (Sieper/Petzold 2002). Der Leib wird damit „**informierter Leib**“.

»Unter dem Begriff „**Leibgedächtnis**“ (Petzold 1970c; 1981h), der im Integrativen Ansatz ursprünglich phänomenologisch-hermeneutisch konstituiert worden war, werden folgende Gedächtnissysteme gefasst: 1. Die neuronalen Speichersysteme. Sie umfassen das kurzzeitig modalitätsspezifisch speichernde „*sensorische Gedächtnis*“ (Cowan 1995), das „*Kurzzeitgedächtnis*“ (Mayes 2000), das „*Langzeitgedächtnis*“ – als ‚*deklaratives Gedächtnis*‘ den Assoziationscortices (Bailey/Kandel 1993, 1995) zugeordnet – oder als ‚*prozedurales Gedächtnis*‘ mit den Regionen Kleinhirn, Basalganglien, Parietallappen, somatosensorischer, motorischer Cortex, teilweise Präfrontalcortex verbunden (Pascual-Leone et al. 1995); 2. die immunologischen Speichersysteme, z.B. die langlebigen Lymphozyten. Erwähnt sei noch 3. das genetische Gedächtnis – ursprünglich Feld der „*Vererbungslehre*“ (Vogt 1969) –, das mit der Kartierung des menschlichen Genoms ein Zentrum öffentlicher Beachtung geworden (Macilwain 2000) ist und mit der behavioralen Genetik bzw. *developmental genetics* auch für den therapeutischen Bereich Perspektiven bietet (Plomin 1994, 2000), wobei das „*Lernen des Genoms*“ kaum ein Feld psychotherapeutischer Intervention werden wird« (Petzold 2002b.)

Mit einem solchen theoretischen Hintergrund kann man davon ausgehen, dass bei Ess-Störungen auch Prozesse *dysfunktionalen* leiblichen Lernens im Spiel sind, physiologische Regulationen, immunologische Reaktionen, neuronale Bahnungen. Über psychodynamische Konstellationen als Erklärungsmodell hinaus wird auch der Frage nachzugehen sein, wie sich leibliche Habitualisierungen im Essgeschehen und damit verbundene Leibzustände etablieren und wie sie therapeutisch beeinflusst werden können. Bei anorektischen Mädchen findet man z.B. immer wieder das Phänomen, dass sie sich keineswegs als „mager“ sehen, vielmehr sich als „zu schwer“, fett, füllig erleben, und betrachtet man dann Fotos vor Beginn der Ess-Störung, trifft das oft auch tatsächlich zu. Das Leib-Selbst, heute untergeordnet, wird aber im aktuellen leiblichen Selbsterleben dennoch als „pummelig“ wahrgenommen – ein *Phantomkörper*, ähnlich dem „Phantomglied“, ist immer noch im Leibgedächtnis repräsentiert und verhindert ein adäquates Erleben des Körperbildes. Bewegungstherapeutische Arbeit, *sensory awareness*, Arbeit mit „kreativen Medien“ sind hier Methoden der Wahl, um über „*movement produced information*“ (Petzold 2002j), evozierte propriozeptive Informationsströme aus der Leibsphäre zur Ausbildung eines neuen Körpererlebens und *body schema's* beizutragen.

Ein anderes Problem ergibt sich mit physiologischen Reaktionen, die mit extremer Über- oder Unterernährung verbunden sein können: Euphorisierungen durch erhöhte Endorphinausschüttung, „Belohnungen“ durch Stimulierung des dopaminergen Systems, so dass dysfunktionales Lernen (Spitzer 2002) im Umgang mit der eigenen Leiblichkeit geschieht. Wie es ein Schmerzgedächtnis oder ein Suchtgedächtnis gibt, ist ein „Essgedächtnis“ anzunehmen, in dem nicht nur Lieblingsaromen und Leibspeisen abgespeichert sind, sondern auch Essgewohnheiten, deren Ursprünge und Funktionen es zu ergründen gilt, will man sie erfolgreich behandeln. Da Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sich in den Biographien vieler essgestörter Mädchen und Frauen finden, sind Zusammenhänge zwischen den PTBS-Physiologien und denen der Ess-Störung anzunehmen, denen unbedingt vermehrt Beachtung ge-

schenkt werden muss – diese Ess-Störungen wurden bislang zu einseitig psychologisierend betrachtet. Bei Traumaerfahrungen und PTBS werden im „Traumagedächtnis“ leiblich erlittene Erfahrungen abgespeichert, die als intrusive Erinnerungen bedrängend werden können (Petzold et al. 2000, 2002). Kommen solche Intrusionen imaginärer, emotionaler oder propriozeptiver/kinästhetischer Art auf, wird die Amygdala alarmiert und schüttet aktivierende Botenstoffe, insbesondere Glutamat aus, stimuliert Notfallgene wie das *c-fos*-Gen. Übermäßige Nahrungsaufnahme kann dadurch angeregt werden, die dann auch „puffernd“, beruhigend wirkt, und für die Misgefühle als Distraktor und Entlastung wirkt.

Bei schweren Anorexien entsteht durch die z.T. lebensbedrohliche Nahrungsverweigerung eine quasitraumatische Situation, was zu einer dauerhaften Erhöhung des Noadrenalinpiegels führen kann und durch eine zeitextendierte Aktivierung des zentralen Stressgens CHR eine permanente Sensibilisierung der „Stressachse“ zur Folge haben kann. Damit wird auch die Cortisolsteuerung dysreguliert, bleiben Notfallgene wie das Thyrosin-Hydroxylase-Gen aufgeschaltet und es etabliert sich eine fehlgesteuerte *Genregulation*, die durch leibtherapeutische Maßnahmen (z.B. Bewegungs-, Atem-, Sporttherapie; vgl. van der Mei et al. 1997; Petzold 1996a) angegangen werden muss. Da zahlreiche Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Ess-Störungen vom Anorexie-Typus einen gesteigerten Stoffwechsel der subkortikalen Strukturen zeigen (Gordon 1998; Herholz 1996; Kuruoglu et al. 1998) – bei Bulimien ist der Subkortikallbereich stattdessen hypometabol (Tauscher et al. 2001) – müssen Therapiemaßnahmen verbaler, kreativ- und leibtherapeutischer Art auf eine Beruhigung (*down regulation*) derartiger Erregungszustände hinwirken. Entspannte Sicherheit und Akzeptanz gewährleistende „konviviale“ Atmosphären der *Zwischenleiblichkeit*, die leicht und spielerisch sind, entängstigende Sensibilisierung für die eigene Leiblichkeit, die Kultivierung einer „Sorge um sich“ in einem sozialen Klima der „Sorge füreinander“ sind therapeutisch angezeigt, um im Körpergedächtnis (Petzold 2002j; Bauer 2002) protektive und positive Erfahrungen zu verankern. Integrative Therapie verfolgt in ihrer *bio-*

psychosozialen Praxis (Petzold 2001a) diese Verbindung psychischer, physiologischer und sozialer Interventionen, die die Konzepte *Leiblichkeit*, *Leibselbst*, *Zwischenleiblichkeit* ermöglichen.

Da leibliche Existenz ohnehin immer auch das Bemühen um „Leibwerdung“ ist – sich „Leibsein als Aufgabe“ stellt (Böhme 2003), etwa im Integrieren der puberalen Veränderungen –, weil Identität in der Leiblichkeit wächst und sich ausdrückt (Schmitz 1989, Gugutzer 2002; Petzold 2001p), ist aus integrativer Sicht die Therapie von Ess-Störungen immer auch mit Lernprozessen zum leiblichen Selbsterleben und der Gestaltung der eigenen Leiblichkeit, des Leibselbst verbunden, in einer Weise, dass durch leibliche Übung (Entspannung, Atmung, Bewegung), durch erlebnisaktivierende und kreative Gestaltung (Tanz, Pantomime, Spiel, Musik, Malen usw.), wie sie für die Integrative Therapie mit Ess-Störungen charakteristisch sind (Tarr-Krüger 1990, Daller 2004), neue Formen der Selbstgestaltung gefördert werden: „Das Selbst als Kunstwerk und Künstler“ (Petzold 1999q).

1.4 Theoretischer und methodischer Hintergrund

Theoretische und methodische Grundlage der Gruppen für junge Frauen mit Ess-Störungen bildet die „Integrative Therapie“, in der man dem Thema Ess-Störungen schon seit längerer Zeit Aufmerksamkeit geschenkt hat (Tarr-Krüger 1990; Bräutigam 2002; Daller 2004). Sie versteht sich auf der Grundlage einer phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnistheorie und einer existenzialphilosophischen Anthropologie als ein tiefenpsychologisch, klinisch-psychologisches, bio-neurowissenschaftlich und sozialwissenschaftlich fundiertes Verfahren der Psychotherapie (Petzold 2001a, 2003a). Es ist auf den ganzen Menschen in seiner gesamten Lebensspanne gerichtet. Die „Integrative Therapie“ basiert auf den Konzepten der neueren Forschung zur vergleichenden Psychotherapie, Methodenintegration, Wirkfaktorentheorie und klinischen Bio-, Entwicklungs- und Emotionspsychologie. Daneben greift sie auf Methoden der Gestalttherapie,

des Psychodramas, der Leibtherapie zurück und bezieht behaviorale Ansätze, die Arbeit mit „kreativen Medien“ und bewegungstherapeutische Elemente ein. Besonderes Gewicht haben tiefenpsychologische und sozialisationstheoretische Erkenntnisse über Bedingungen einer gesunden seelischen Entwicklung und über Ursachen von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen. Mit Hilfe einer ganzheitlichen Betrachtungsweise, die durch spezifische Konzepte – z.B. der Leiblichkeit und Identität, des Ko-respondenzmodells und der Intersubjektivität – ergänzt wird, wird der Mensch mit seinem Umfeld und seinem lebensgeschichtlichen Zusammenhang in den Blick genommen. Das Behandlungsziel besteht darin, beschädigte Gesundheit und Identität wiederherzustellen, die Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern oder bei der Bearbeitung irreversibler Schädigungen Bewältigungshilfen zu geben. Schwerpunkte der Arbeit bilden dabei die Bearbeitung biographischer Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen und ihrer Auswirkungen im gegenwärtigen Leben der Klientin, das Aufdecken unbewusster Problematik, aber auch die Entwicklung tragfähiger Beziehungsstrukturen und positiver Zukunftsentwürfe. So stehen nicht nur Krankheit und ihre Heilung bzw. Bewältigung im Mittelpunkt, sondern auch die Entwicklung von Gesundheit, „Salutogenese“ (Lorenz 2004), Förderung von Potenzialen und Bereicherung des Lebenszusammenhangs.

Die konkrete Arbeit in den einzelnen Sitzungen orientiert sich sowohl an den Bedürfnissen und Prozessen der Teilnehmerinnen als auch am Gruppenprozess (Prozessorientierung). Es finden sowohl Einzelarbeit in der Gruppe als auch gruppenbezogene Interventionen Anwendung. Interventionen sind entsprechend der therapeutischen Notwendigkeit konflikt-, erlebnis- oder übungszentriert. Aufgrund der starken Rationalisierungstendenz vieler Frauen mit einer Ess-Störung kommt den erlebniszentrierten Interventionen eine besondere Bedeutung zu. Über den Einsatz kreativer Medien, leibzentrierter Übungen und psychodramatischer Elemente kann der Spaltung von Selbst und Körper entgegengewirkt werden, so dass sich die jungen Frauen mehr und mehr als ein Ganzes erleben können.

2. Konzeptionierung der Gruppenarbeit

2.1 Bedarf

In den letzten Jahren ist in der Mädchenberatungsstelle ein kontinuierlicher Zuwachs an Anfragen für Beratungen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störung zu verzeichnen: 1999: 123 Anfragen, 2000: 186 Anfragen, 2003: 200 Anfragen. Der Prozentsatz der Anfragen zum Themenkreis der Ess-Störungen im Verhältnis zu anderen Problembereichen hat sich in den letzten Jahren von 29% (1999) auf 35% (2003) erhöht. In der Beratungsstelle des Mädchenhaus Köln e.V. werden seit 1995 regelmäßig Gruppen für Mädchen und jungen Frauen mit Ess-Störungen angeboten. Diese sind in mehrerer Hinsicht notwendig:

- Das Potenzial niedergelassener Psychotherapeutinnen ist nahezu erschöpft. Die Klientinnen haben, obwohl sie zur Veränderung bereit sind, Mühe, überhaupt einen Therapieplatz zu finden bzw. müssen mit langen Wartezeiten bis zu einem Jahr rechnen.
- Vor dem Hintergrund der individuellen Problemlage der Klientinnen stellt ein Selbsthilfeangebot eine nicht ausreichende Begleitung dar. Sie benötigen eine therapeutische Begleitung der Gruppenarbeit, da sie auch vor dem Hintergrund ihrer Problematik ansonsten mit der Gruppensituation überfordert wären.
- Das Angebot an therapeutischen Gruppenangeboten zum Thema Ess-Störung in Köln ist keinesfalls ausreichend. Für die hier betroffene Altersgruppe ist kein weiteres kostenfreies Angebot im Kölner Raum bekannt.
- Die personellen Kapazitäten der Mädchenberatungsstelle reichen nicht aus, um im erforderlichen Umfang längerfristige Einzelberatungen durchzuführen.

Aufgrund der hohen Nachfrage ist es sinnvoll, mindestens zwei, nach Altersgruppen unterschiedene Gruppen anzubieten. Dies gewährleistet auch eine sinnvolle altersentsprechende Einteilung von 16–22 Jahren und 18–25 Jahren. In der Zuordnung können so die aktuelle Lebenssituation und individuellen Fragestellungen der Teilnehmerinnen einbezogen werden.

2.2 Rahmenbedingungen

Die Gruppe für Mädchen und junge Frauen zwischen 16 und 22 Jahren besteht seit April 2002. Sie hat keine zeitliche Begrenzung. Die Gruppe für junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren konnte aus Gründen der mangelnden öffentlichen Finanzierung nur von November 2002 bis März 2004 angeboten werden. Vor dem Hintergrund der Symptomatik wäre es sicherlich angebracht, auch hier ein offenes Angebot zu installieren, welches eine längerfristige Teilnahme ermöglichen würde, zumal mit Unterbrechungen, z.B. durch Klinikaufenthalte zu rechnen ist. Um für die Teilnehmerinnen jedoch ein Mindestmaß an Kontinuität zu gewährleisten, mündete ab April 2003 die therapeutische Gruppe in eine Art Selbsthilfegruppe ohne engmaschige therapeutische Begleitung.

Die therapeutischen Gruppen bieten jeweils 6–10 Teilnehmerinnen die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der Thematik der Ess-Störung. Da erfahrungsgemäß von einer hohen Fluktuation bzw. unterbrochenen Teilnahme z.B. durch Klinikaufenthalte auszugehen ist, sind die Gruppen als halb offene Angebote konzipiert. Bei der Gruppe der „Älteren“ war eine Aufnahme bis 3 Monate vor Beendigung der Gruppe möglich. Die Gruppen finden wöchentlich in den Räumlichkeiten des Mädchenhaus Köln e.V., Mädchenberatungsstelle statt. Jede Sitzung dauert 2 Stunden. Innerhalb eines Jahres sind 2 Intensivtage à 6 Stunden zur vertieften Auseinandersetzungen mit spezifischen Themen (z.B. Körperbild) geplant. Das Angebot ist für die Teilnehmerinnen kostenfrei. Die Teilnahme ist verbindlich. Die erste gemeinsame Gruppensitzung dient als Probestunde, nach der sich jede einzelne Klientin verbindlich für oder gegen die Teilnahme entscheiden kann. Nach der Probestunde sichert die Teilnehmerin eine Teilnahme für mindestens 10 Abende in einem Gruppenkontrakt zu.

2.3 Zielgruppe und Zielsetzung

Zielgruppe beider Gruppen sind Mädchen und junge Frauen mit einer beginnenden oder manifesten Ess-Störung mit entsprechender anorektischer, bulimischer oder adipöser Aus-

prägung. Das Angebot ist sowohl für Mädchen und junge Frauen geeignet, die am Beginn einer Auseinandersetzung mit dieser Problematik stehen, als auch zur Begleitung bestehender ambulanter psychotherapeutischer Maßnahmen bzw. zur Nachsorge nach erfolgter stationärer Behandlung. Die Gruppen haben sowohl einen präventiven,behandlungsvorbereitenden, rehabilitativen als auch behandlungsbegleitenden Charakter.

Zielsetzung der Gruppen ist es, einen Raum zur Verfügung zu stellen, in dem sich die Teilnehmerinnen mit sich und den biographischen Hintergründen ihrer Erkrankung auseinandersetzen können. Je nachdem, an welchem Punkt der Auseinandersetzung die Betroffene steht, geht es um die Stabilisierung, Förderung der Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation bzw. Vertiefung bereits vollzogener Veränderungen, Begleitung bei „Rückfällen“ oder Bewältigung von Krisen. Der Austausch in der Gruppe bedeutet einen Schritt hinaus aus der Isolation, das Problem wird öffentlich. In der Gruppe kann die Einzelne sowohl die Gemeinsamkeiten mit den anderen erfahren als auch sich in ihrer Individualität erleben. So ist die Solidaritätserfahrung und das Erleben eines Unterstützungssystems ein wichtiger therapeutischer Wirkfaktor. Darüber hinaus fördert der Austausch in der Gruppe die Differenzierung der Fremd- und Selbstwahrnehmung. Die Klientinnen werden in der direkten Kommunikation gefördert und können so allmählich heilsame Beziehungserfahrungen sammeln, in denen auch Konflikte Raum haben und nicht gleich Beziehungsabbruch bedeuten müssen (Förderung von Intersubjektivität und Ko-respondenz).

Bezüglich der Ess-Störung ist die Teilnahme an der Gruppe nicht an die sofortige Symptomaufgabe gebunden. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Symptomatik noch eine Funktion für das innere wie äußere System der jungen Frau besitzt. Es geht daher vielmehr darum, diese Funktion zu begreifen und Alternativen sowohl auf der Verhaltensebene als auch im emotionalen Erleben zu erarbeiten. Beispiele für die konkrete Arbeit an dieser Thematik veranschaulicht Kapitel 3 dieses Aufsatzes. Des Weiteren helfen gegebenenfalls übungszentrierte Interventionen bei der kon-

kreten Erarbeitung eines weniger selbstschädigenden Ess-Verhaltens und selbstfürsorglichen Umgangs mit sich in der eigenen Leiblichkeit. Nicht zuletzt besteht eine wesentliche Zielsetzung der Gruppe darin, externe und interne Ressourcen und Potenziale der Klientinnen zu aktivieren, das soziale Netzwerk zu stabilisieren.

2.4 Aufnahmekriterien

Das Angebot setzt voraus, dass die Teilnehmerin:

- freiwillig teilnimmt;
- bereit und in der Lage ist, einmal wöchentlich in die Beratungsstelle zu kommen. Dies beinhaltet, dass sie durch ihre Ess-Störung noch nicht so weit beeinträchtigt ist, dass ihre Therapiefähigkeit in Frage gestellt ist. Gegebenenfalls kann eine Auflage erteilt werden, sich in ärztliche Behandlung/Überwachung zu begeben;
- ein gewisses Problembewusstsein bereits entwickelt hat bzw. einen Leidensdruck mitbringt, als Grundlage einer Veränderungsbereitschaft;
- nicht psychotisch ist bzw. nicht dem antisozialen Typ der Persönlichkeitsstörung entspricht;
- über eine hinreichende Intelligenz verfügt, die für eine therapeutische Gruppe/Selbsterfahrungsgruppe notwendig ist. Für geistig behinderte junge Frauen stellt die Gruppe kein geeignetes Angebot dar;
- gewisse Stabilität der äußeren Lebensumstände mitbringt bzw. bei akuter Krise oder Instabilität der Lebensumstände über ein ausreichendes Potenzial verfügt, die Gruppe zur Bewältigung zu nutzen;
- keiner massiven Belastung durch weitere Beeinträchtigungen bzw. Symptome, wie Alkohol- und Drogenabusus, Selbstverletzungen, massive Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen, ausgesetzt sind. (vgl. *Figura* 1997, 38).

Sollte eine junge Frau aufgrund verschiedener Faktoren nicht in die Gruppe aufgenommen werden können, muss gegebenenfalls eine andere Form der Hilfe erwogen werden, z.B.

ambulante Psychotherapie oder ein Klinikaufenthalt.

2.4.1 Vorgespräch

In der Regel melden sich interessierte Teilnehmerinnen telefonisch. Hier werden erste grundsätzliche Fragen geklärt und die Vereinbarung zu einem Vorgespräch getroffen. Das Vorgespräch dient einerseits einer ersten diagnostischen Abklärung, Klärung der Fremd- und Eigenmotivation und Indikationsstellung für bzw. gegen die Gruppe. Dies wird nicht testdiagnostisch, sondern im Interview exploriert. Folgende Fragen sind zu klären:

- Wie sieht die aktuelle Lebenssituation der jungen Frau aus?
- Wie zeigt sich hier die Symptomatik der Ess-Störung?
- Wie ist die aktuelle körperliche Konstitution?
- Gibt es weitere Beeinträchtigungen, wenn ja welche?
- Befindet sich die Klientin in weiterer psychotherapeutischer oder ärztlicher Behandlung?
- Wie hoch ist die Veränderungsmotivation?
- Gibt es ein eher unterstützendes oder belastendes Umfeld?
- Wo liegen Belastungen und Defizite auch in der Lebensgeschichte und aktuellen Lebenslage, aber auch Ressourcen?
- Wie sieht die junge Frau einer möglichen Gruppenteilnahme entgegen? Gibt es Vorerfahrungen?

Im Einzelfall werden entsprechende Auflagen an die Aufnahme in die Gruppe gebunden, z.B. ärztliche Behandlung/Überwachung, Mindestgewicht, ambulante Psychotherapie, Entbindung von der Schweigepflicht zur Absprache mit MitbehandlerInnen. Andererseits dient das Gespräch dazu, dass sich die Teilnehmerin ein Bild von der Gruppe machen kann. Hierfür steht die Leiterin ihr für Fragen zur Verfügung. Es versteht sich von selbst, dass keine persönlichen Angaben über die anderen Teilnehmerinnen gemacht werden. Es werden die Gruppenregeln und der Gruppenkontrakt vorgestellt und besprochen. Abschließend kann eine Bedenkzeit eingeräumt bzw. ein Termin für die Probestunde vereinbart werden.

2.4.2 Gruppen- und Kommunikationsregeln

Grundlegende Elemente der Gruppenarbeit sind Gruppen- und Kommunikationsregeln. Sie werden den jungen Frauen vor Beitritt in die Gruppe in schriftlicher Form ausgehändigt und erläutert (s. Anlage 2). Die schriftliche Form untermauert die Verbindlichkeit, ermöglicht aber auch eine intensive Auseinandersetzung mit den Inhalten. Die Items beziehen sich einerseits auf die Gruppenrituale wie Beginn- und Abschlussblitzlicht. Andererseits werden bestimmte Kommunikationsregeln eingefügt, die angelegt an die Prinzipien der Themenzentrierten Interaktion (TZI) die Selbstverantwortlichkeit der Teilnehmerinnen stärken und helfen, den Prozess zu intensivieren. Wichtig ist, angesichts der häufig rigiden Über-Ich-Struktur und hoher Versagensängste der Klientinnen, dass sie als Regeln und nicht als Gesetze verstanden werden.

2.4.3 Probestunde

Nach erfolgtem Vorgespräch kann die junge Frau an einer Probestunde teilnehmen. Diese gibt ihr und der Gruppe Gelegenheit für ein Kennenlernen. Die potenzielle Teilnehmerin kann die Arbeitsweise der Gruppe erleben und überprüfen, ob dies ihren Erwartungen entspricht und von ihr als hilfreich erlebt wird. Wie geht es ihr damit, von den Problemen der anderen zu hören? Gibt es Ängste, Gefühle der Überforderung? Wird die Gruppe als ein Raum erlebt, in dem sie so sein kann, wie sie ist? Es besteht die Möglichkeit, diese Empfindungen in der Gruppe zu thematisieren, so dass eine Entscheidung für oder gegen die Teilnahme getroffen werden kann. In der Regel gibt die potenzielle Teilnehmerin im Abschlussblitzlicht ein kurzes Feedback und hat dann die Gelegenheit, bis zur nächsten Gruppenstunde eine tragfähige Entscheidung zu treffen. Sie wird um kurze telefonische Absage bei der Gruppenleiterin gebeten, sollte sie sich gegen die Gruppe entscheiden. Entscheidet sie sich für die Aufnahme, wird sie mit der Unterzeichnung des Gruppenkontraktes in einem Ritual von der Gruppe aufgenommen.

2.4.4 Gruppenkontrakt

Als symbolischer Akt der Aufnahme in die Gruppe füllt jede junge Frau einen Vertrag mit ihrem Namen und dem Datum ihres Eintritts in die Gruppe aus (s. Anhang 1). Dieser unterstützt die Verbindlichkeit der Teilnahme und die Wertschätzung der Einzelnen durch die Gruppe sowie der Gruppe durch die Einzelne. Die Items des Vertrages betonen die Fähigkeit der Einzelnen, sich für sich selbst einzusetzen und sich zu schützen (Suizidprophylaxe) und dienen dem Engagement in und dem Schutz der Gruppe. Sie unterstreichen die Verbindlichkeit, Sorge für sich selbst und die Gruppe zu tragen und das Gesagte zu schützen. Die Schriftform hat hier symbolischen, nicht geschäftlichen Sinn. Sowohl die neue Teilnehmerin als auch die Gruppenleiterin bekommen ein Exemplar des Vertrages (vgl. *Figura* 1997, 45).

2.5 Beendigung der Gruppe

Gemäß dem Gruppenkontrakt verpflichtet sich die Teilnehmerin zunächst zur Teilnahme an mindestens 10 Sitzungen. Danach ist ein Ausstieg jederzeit möglich. Wichtig ist jedoch, dass Überlegungen, aufzuhören, in der Gruppe thematisiert werden. Nur so kann geklärt werden, ob evtl. unbearbeitete Konflikte innerhalb der Gruppe und/oder mit der Leiterin den Austritt beeinflussen und noch einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Entscheidet die Klientin aufzuhören, wird sie mit einem Abschiedsritual von der Gruppe verabschiedet.

Erfahrungsgemäß entsteht in einer solchen Gruppe eine nicht vermeidbare Fluktuation durch Abbrüche und Klinikaufenthalte. Entscheidet sich eine junge Frau für einen Klinikaufenthalt, wird auch sie entsprechend verabschiedet. Eine Neuaufnahme ist nach Beendigung der stationären Maßnahme möglich. Wie bereits erwähnt, war die Gruppe für Mädchen und junge Frauen der Altersgruppe der 18–25-jährigen zeitlich befristet. Sie war bis 3 Monate vor Beendigung für neue Frauen offen. Im letzten Monat begann dann die Phase der Neuorientierung, die in einen gemeinsamen Abschied und Übergang in eine Art Selbsthilfegruppe mündete.

2.6 Qualitätssicherung

Die Mädchenberatungsstelle nahm an einem spezifischen Qualitätssicherungsprojekt „Ess-Störungen“ teil. Dieses Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Jugend, Frauen und Senioren finanziert und vom Bundesfachverband für Ess-Störungen in Kooperation mit der Universität Göttingen, Ambulanz für Familientherapie und Ess-Störungen, durchgeführt. Ziel dieses für 2½ Jahre geplanten Projektes war die Untersuchung und Förderung einer speziell auf Ess-Störungen zugeschnittenen, frauen- und mädchengerechten Beratung und ambulanten Behandlung. Es wurden sowohl die Struktur- als auch Prozess- und Ergebnisqualität erhoben und ausgewertet. Neben anderen Fragestellungen wurde insbesondere erfasst, welche Wirkung die angewandten Beratungs- und Behandlungsmethoden bezüglich der Lösung des formulierten Problems, der Veränderung der vorliegenden Ess-Störung sowie der Beratungs- und Behandlungszufriedenheit der Betroffenen haben. Auf unsere Gruppen bezogene Daten liegen leider zurzeit noch nicht vor.

3. Kunsttherapeutische Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen mit Ess-Störungen mit besonderem Focus auf die Arbeit mit dem Widerstand

3.1 Der Begriff des Widerstandes in der „Integrativen Therapie“

Der Begriff „Widerstand“ beschreibt meist unbewusste Handlungen der KlientIn, die dazu führen, dass der therapeutische Prozess unterbrochen wird, z.B. einen Termin verpassen, etwas nicht hören, ein plötzlicher Themenwechsel. Die Psychoanalyse versteht unter Widerstand v.a. Worte und Handlungen der AnalysandIn, die den Zugang zum Unbewussten verstellen. Während die Psychoanalyse v.a. vom pathologischen Widerstand ausgeht, sieht ihn die „Integrative Therapie“ als einen Konfliktlösungsversuch (vgl. *Hille* 1988; *Döldissen*

1986). Sie spricht vom funktionellen Widerstand, der ein Versuch ist, Identität zu wahren. Die „Integrative Therapie“ unterscheidet im Weiteren den Veränderungswiderstand und den protektiven Widerstand. Der Veränderungswiderstand wird dadurch deutlich, dass sich die KlientIn gegen Prozesse der Veränderung, der Identität, des Lebenszusammenhanges, ihres Fühlens und Denkens wehrt. Der protektive Widerstand hingegen beschreibt ein Sich-Wehren gegen Gefühle, Einschätzungen, Erinnerungen (traumatisches Material, Verdrängtes etc.), denen sich die KlientIn zum jetzigen Zeitpunkt nicht gewachsen fühlt. Der interaktive Widerstand beschreibt die Richtung des Widerstandes gegen die Person, die Veränderung initiiert (interpersonal), während der technische Widerstand sich gegen eine therapeutische Technik richtet, die z.B. den Kontakt mit nicht erwünschten Emotionen ermöglichen würde (z.B. nicht imaginieren können, wollen, eine Übung „missverstehen“). Wichtig ist hier, dass die TherapeutIn die eigene Intervention auf den richtigen Zeitpunkt hin hinterfragt. Auch ist zu beachten, inwieweit hier vergangene Traumatisierungen eine Rolle spielen. Hier ist weniger eine konfliktzentrierte als vielmehr ressourcenorientierte und entspannungsfördernde Arbeit indiziert.

3.1.1 Widerstand in der Arbeit mit Mädchen und Frauen mit Ess-Störungen

Widerstandsarbeit hat bei essgestörten Patientinnen eine besondere Bedeutung (Tarr-Krüger 1990). Die Klientinnen kommen in der Regel mit dem Anliegen in die Gruppe, etwas an ihrer Symptomatik verändern zu wollen. Dies ist aber meist mit einer hohen Ambivalenz verbunden. Davon ausgehend, dass die Etablierung der Symptomatik auch als Coping-Strategie zu verstehen ist, hilft sie z.B. im Umgang mit nicht handhabbaren Emotionen (Angst vor Kontrollverlust, Aggression, Einsamkeit etc.). Sie ist eine Form der Affektabfuhr und ein wichtiges beziehungsgestaltendes Moment (Schutz, Signal). Dieser Aspekt ist den Teilnehmerinnen jedoch häufig nicht zugänglich. In der therapeutischen Gruppenarbeit ist es daher unumgänglich, dass im Zuge dieser Auseinandersetzung mit der Symptomatik im-

mer wieder Widerstandsphänomene auftauchen. Diese beziehen sich meiner Erfahrung nach häufig auf den Einsatz kreativer Medien (technischer Widerstand). Die zum Teil auf der kognitiven Ebene sehr engagierten Frauen sehen sich in der therapeutischen Arbeit mit kreativen Medien einem hohen Leistungsdruck ausgesetzt bzw. befürchten Kontrollverlust im emotionalen Erleben. Auch vor dem Hintergrund möglicher traumatischer Erfahrungen der Teilnehmerinnen ist diese Äußerung sehr ernst zu nehmen, und so steht häufig die ressourcenorientierte, entspannungsfördernde Arbeit im Vordergrund.

3.1.2 Integrative Arbeit mit Widerstand und Reaktanz

In der therapeutischen Arbeit geht es nicht in erster Linie darum, den „Widerstand“ zu brechen, sondern ihn zunächst wahrzunehmen (*awareness*) und dann auf seinen Sinn zu hinterfragen. Dabei ist es hilfreich, um einer einseitig negativen Konnotation des Widerstandsbegriffes zu entgehen, den Begriff der „Reaktanz“ aus einer klinisch verstandenen Sozialpsychologie ergänzend beizuziehen (Müller/Petzold 2004). *Reaktanz* hat „gute Gründe“, beim tiefenpsychologischen Widerstandskonzept liegt „der Schwarze Peter“ allzu leicht alleinig beim Klienten. Laut Flammer (1990) ist „Reaktanz ein Sammelbegriff für alle Verhaltensweisen, mit denen sich ein Individuum bei unerwarteter Frustration gegen Einschränkungen zur Wehr setzt. Solche Verhaltensweisen können erhöhte Anstrengung, Widerspruch, Aggression oder demonstratives Ersatzverhalten sein.“

Viele der Patientinnen hatten massive Einschränkungen ihrer Freiräume, Bedrängung, Verletzungen zu ertragen. Reaktantes Verhalten war oft rettend und wird dann natürlich nicht leicht aufgegeben, auch wenn es dysfunktional generalisierte oder sich über die Ess-Störung in einer problematischen Einseitigkeit fixierte. Ein solches Verständnis spricht für eine Arbeit *an dem* oder *mit dem* Widerstand, immer wieder auch „auf seiner Seite stehend“. Der therapeutische Stil ist vorrangig empathisch, die Therapeutin akzeptiert den Widerstand und verurteilt ihn nicht. Es geht weniger um die Überwindung als vielmehr darum, ihn

und seine Hintergründe erlebbar und erfahrbar zu machen, reaktante Qualitäten herauszuarbeiten, sie verstehbar zu machen, um Veränderungsbereitschaft „einzuwerben“.

Eine durch reaktanztheoretische Überlegungen erweiterte Widerstandsarbeit, setzt auf Lebenserfahrung und soziale Lernprozesse, die Therapie ja befördern soll, und auf die Prospektivität, die im *integrativen* Lebenslauf- und Identitätsmodell gegeben ist. Wird es den Mädchen und jungen Frauen möglich, die Zusammenhänge ihres Verhaltens zu erleben und zu erfahren, könnten sie eine „*differenzielle*“ und damit eine „*reflektierte Reaktanz*“ entwickeln, die Fähigkeit, zum reaktiven Moment Distanz zu nehmen, seine Funktionalität/Dysfunktionalität zu verstehen, die Situation, Motive, Folgen abzuwägen, um dann den reaktanten Impetus, die „Kraft der Reaktanz“ zur Wahrnehmung eigener Interessen und Rechte gezielt und strategisch einzusetzen, eine „*Asserktivität*“ für sich und relevante Mitmenschen (Zivilcourage) praktizieren zu können und sich nicht in fixierter Reaktanz zu verfangen.

Durch besonnene Antizipationsleistungen, die Vorwegnahme von Situationen, die Reaktanz auslösen können, ja müssen, ist es überdies möglich, aus zukunftsbezogenem Planen und Handeln zu **proaktiven** Strategien zu finden, deren Möglichkeiten der Realisierung oft höher sind als situative Reaktanzbildung. Widerstands- und Reaktanzparadigma können als zwei unterschiedliche Optiken – aus verschiedenartigen Referenzrahmen kommend – gesehen werden, die ergänzende Perspektiven bieten.

Es gibt viele behandlungstechnische Möglichkeiten, mit Widerstands- und Reaktanzphänomenen zu arbeiten. Hier sei die Arbeit mit Stofftieren als ausgezeichnete Möglichkeit der Arbeit mit dem Widerstand genannt, durch die Reaktanzbildungen erfahren werden können, ihre „fixierenden Verhärtungen“ einsichtig werden und ein vorsichtiges Abschmelzen der Widerstände ermöglicht und kreatives Potenzial freigesetzt wird. Hierbei ist davon auszugehen, dass die sich häufig als „technischer Widerstand“ präsentierende Abwehr vor allem eine protektive Funktion hat. Daher ist ein Medium zu wählen, das einerseits dem hohem Bedürfnis nach Kontrolle der Teilnehmerinnen

gerecht wird und andererseits leicht zu erreichende Selbstwertzweifel und Leistungsanforderungen nicht mobilisiert. Vor diesem Hintergrund wähle ich in der Arbeit mit Stofftieren auch Techniken der Poesietherapie. Diese ermöglichen ein angstfreieres Agieren.

3.2 Das Medium Stofftier

Das Medium Stofftier gehört zu der Gruppe der Puppen. Die therapeutische Arbeit mit Puppen hat lange Tradition und wurde von *Petzold* u.a. in der Arbeit mit alten Menschen eingesetzt (vgl. *Petzold* 1983, 1991). Das Puppenspiel ist kein eigenes therapeutisches Verfahren, sondern eine Methode innerhalb eines therapeutischen Ansatzes, hier der „Integrativen Therapie“. Das Stofftier ist unter der medientheoretischen und der tiefenpsychologischen Perspektive für den therapeutischen Prozess von hervorragender Bedeutung. Medientheoretisch ist in erster Linie das „kommunikative Potenzial“ des Stofftieres zu betrachten. Unter den hier verwendeten Tieren finden sich die üblichen Kuscheltiere wie Teddy und Hase, aber auch ein umfangreiches Repertoire an weiteren Tieren wie Schlange, Löwe, Krokodil, aber auch Elefant, Igel, Fuchs etc. Die große Brandbreite ermöglicht auch eine vielseitige Palette bezogen auf den Aufforderungscharakter und die Ausdrucksmöglichkeiten: Laden die einen eher zum Kuscheln ein, provozieren die anderen eher eine aggressivere Handhabung, Handpuppen fordern ein, damit in Aktion zu treten, ermöglichen ein Spiel. Und auch in den Wirkungs- und Rückwirkungsmöglichkeiten eröffnen Stofftiere ein großes Repertoire, v.a. das häufig weiche Material spricht den Tastsinn an, besonders im Spiel werden aber optische und akustische Sinne aktiviert. Aus der tiefenpsychologischen Perspektive kommt der Funktion des Stofftieres als Übergangs- und Intermediärobjekt eine besondere Bedeutung zu. Als Übergangsobjekt hat das Stofftier entwicklungsgeschichtlich gesehen häufig eine wichtige Funktion. Nicht selten erinnern sich die Teilnehmerinnen über die therapeutische Arbeit mit Stofftieren an Stofftiere ihrer Kindheit oder berichten von aktuellen Tieren, die für sie eine wichtige stützende oder tröstende

Funktion übernehmen. Ist dies nicht der Fall, können die Stofftiere in der aktuellen therapeutischen Arbeit diese Funktion übernehmen. Hier ist es erlaubt, für einen begrenzten Zeitraum das Tier mit nach Hause zu nehmen. Die hier angeregte „Regression im Dienste des Ich“ (Winnicott) fördert eine selbstfürsorgliche Grundhaltung, die gerade bei Mädchen und jungen Frauen mit Ess-Störungen nur sehr unzureichend ausgebildet ist. Als Intermediär-objekt stellt das Stofftier eine wichtige Brücke zwischen den TeilnehmerInnen und der Gruppe dar. Unaussprechliches kann über das Tier ausgedrückt werden, Kommunikation wird ermöglicht. Wir finden hier ein ausgezeichnetes projektives Verfahren, das eine Verschränkung unbewusster und bewusster Prozesse ermöglicht und nicht zuletzt einen wichtigen diagnostischen Stellenwert (prozessuale Diagnose) hat.

3.3 Beispielhafter Ablauf einer Folge von Sitzungen

Wie bereits oben beschrieben, ist die zunächst deutliche Veränderungsbereitschaft der TeilnehmerInnen in Bezug auf die Symptomatik Ess-Störung meist von hoher Ambivalenz begleitet. Sie übernimmt eine wichtige Funktion, für die meist kein „Ersatz“ vorhanden ist. Dieser Aspekt ist den TeilnehmerInnen aber häufig nicht zugänglich. Die Symptomatik wird v.a. von denen von Bulimie- und Ess-Sucht betroffenen Mädchen und Frauen überwiegend negativ wahrgenommen. Sie wollen sie loswerden, wissen aber nicht wie. Vor diesem Hintergrund ermöglichen die Arbeit mit den Stofftieren und der Einsatz von Elementen aus der Poesietherapie einen Zugang zu den oft unbewussten Funktionen der Symptomatik und können eine weitere Perspektive eröffnen. Dies wurde von mir mehrfach durchgeführt.

Im Folgenden schildere ich anhand von Beispielen einen idealtypischen Verlauf, der im Einzelfall modifiziert werden kann. Diese Sequenzen eignen sich besonders in Phasen des Gruppenprozesses, in denen als Gruppenthema die Bedeutung der Symptomatik deutlich wird. Hier zeigen sich häufig eine eher ablehnende Haltung und Veränderungswünsche,

aber auch keine konkreten Handlungsmöglichkeiten. Vielmehr fühlen sich viele der TeilnehmerInnen meist der Symptomatik ausgeliefert. Vor diesem Hintergrund kann vereinbart werden, eine Reihe von Sitzungen der Arbeit mit kreativen Medien zu dieser Thematik zu widmen.

Als Folie der Darstellung der möglichen Sitzungen dient das „tetradische System“ der integrativen Therapie (vgl. Petzold, 1988,1996), welches ich im Folgenden kurz in seiner Bedeutung für den hier dargestellten Prozess skizzieren werde: Das „tetradische System“ ist ein Rahmenmodell zur Strukturierung therapeutischer Prozesse und kann sich sowohl auf den Ablauf einer Sitzung als auch einer Folge von Sitzungen als auch eine gesamte Therapie beziehen. Die vier Stufen sind in der tatsächlichen Arbeit nicht immer klar voneinander abzugrenzen, sondern gehen ineinander über. Petzold unterscheidet die Initialphase, die Aktionsphase, die Integrations- und die Konsolidierungs- bzw. Neuorientierungsphase:

- In der *Initialphase* geht es v.a. um die Herstellung eines stimulierenden Klimas, um den Aufbau des Kontaktes zur Klientin bzw. zur Gruppe oder zum Medium. In den einzelnen Sitzungen übernimmt hier die Eingangsrunde eine wichtige Funktion.
- Die *Aktionsphase* ist v.a. von der konfliktzentrierten und erlebniszentrierten Dimension gekennzeichnet. Hier können z.B. über den Kontakt mit dem Medium „Stofftier“ neue Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten gesammelt werden.
- In der *Integrationsphase* geht es v.a. darum, das in der Aktionsphase vor allem emotional Gelernte nun auch kognitiv einzuordnen und Zusammenhänge aufzudecken. Im Gruppenprozess kommt hier dem Sharing und Feedback eine besondere Bedeutung zu.
- Abschließend kann die Phase der *Neuorientierung* und Konsolidierung zu einer Veränderung des Erlebens und Verhaltens führen. Idealtypisch würde dies bezogen auf den hier dargestellten Prozess eine Veränderung in der emotionalen Akzeptanz der Symptomatik und Annahme der Ambivalenz darstellen. Insgesamt wird ein Prozess komplexen Lernens beschrieben, in dem über die multiple Stimulierung und hierdurch be-

wirkte Zustände „transversaler Aktiviertheit“ korrigierende und alternative Erfahrungen aufgenommen und internalisiert werden können (Petzold 2002j, 14).

3.3.1. Erste Sitzung: Identifikation des Stofftieres mit der Symptomatik

Nach der obligaten Eingangsrunde (Initialphase der Sitzung) stellen alle Teilnehmerinnen gemeinsam die sich im Raum befindlichen Stofftiere in die Mitte der Runde. Die Teilnehmerinnen werden nun aufgefordert, sich ein Tier auszusuchen, das für sie ihre Ess-Störung symbolisiert. Teilnehmerinnen, die Schwierigkeiten haben, werden vorsichtig unterstützt, indem Begrifflichkeiten gesucht werden, die sie mit der Ess-Störung verbinden: z.B. gierig, vertraut, asketisch etc.; nachdem alle ein Tier gefunden haben, werden die übrigen wieder aus dem Kreis entfernt. Die Teilnehmerinnen erhalten nun Gelegenheit, sich zunächst alleine mit dem Stofftier auseinander zu setzen; hier stehen Fragen im Vordergrund wie: „Welche Eigenschaften symbolisiert das symbolisierte Tier für mich? Welche Eigenschaften verbinde ich mit dem hier gewählten Stofftier? Welche Gefühle löst es bei mir aus? Was mag ich, was weniger, wo kann es mir nutzen?“ (Initialphase Medium).

Im Anschluss daran finden sich die Teilnehmerinnen wieder in der Runde. Jede hat die Gelegenheit, ihr Tier aus der Ich-Perspektive vorzustellen (Aktionsphase Medium 1). Hierbei werden die Teilnehmerinnen auch gebeten, sich den Ort, wo sie ihr Tier platzieren wollen, bewusst auszuwählen. Die Vorstellung jedes Tieres kann von der Gruppe mit Fragen und Assoziationen begleitet werden. Beispiele (Auszüge):

- A (*Binge eating*): „Ich bin ein kleiner Tiger, ich sitze bei A auf dem Schoß, ich bin klein und süß, aber doch gefährlich.“
- B (*Bulimie*): „Ich bin ein Fuchs und ich bin lebendig (Handpuppe wird ständig von der Teilnehmerin bewegt) und schlau, damit unterstütze ich B.“
- C (*Anorexie*): „Ich bin eine Schlange, ich sitze vor C auf dem Boden, ich habe sie immer im Blick, ich bin gefährlich.“

→ D (*Adipositas*): „Ich bin ein Elefant, ich bin massig, ich will alles behalten und ich bin treu.“

→ E (*Anorexie*): „Ich bin ein Teddybär, ich bin ein wenig aggressiv und kämpferisch.“

Anschließend wird den Teilnehmerinnen vorgeschlagen, das Tier mit nach Hause zu nehmen, einen bewussten Platz auszusuchen und gegebenenfalls in einen (inneren) Dialog zu treten (Fortführung Aktionsphase 1). Abschließend erfolgt die obligate Abschlussrunde, die Gelegenheit bietet, das aktuelle Stimmungsbild zu verdeutlichen (Integrationsphase 1).

3.3.2. Zweite Sitzung: Finden eines „Gegentieres“

Im Rahmen der Eingangsrunde (Initialphase der Sitzung) ist die Thematisierung der während der Woche stattgefundenen Kommunikation mit den Stofftieren wichtig. Beispiele:

- B hat sich vom Fuchs ständig beobachtet gefühlt, dies war ihr zum Teil unangenehm. Hierdurch kommt die Thematik „Nein sagen“ in den Blick.
- D ärgert sich über den Elefanten, sie will ihn loswerden, aber eigentlich mag sie ihn auch sehr!!

Im Weiteren werden die Teilnehmerinnen gebeten, wieder alle Stofftiere in der Mitte zu platzieren und sich ein weiteres Tier auszusuchen, das sie als konträr zum aktuellen Tier empfinden. Anschließend erfolgt eine Vorstellung in der Gruppe erneut aus der Ich-Perspektive (Aktionsphase 2, Ansätze der Neuorientierung). Beispiele (Auszüge):

- A: Robbe: „Ich bin lieb und muss geschützt werden.“
- B: Bär: „Mich haben alle lieb.“
- C: Affe: „Ich bin ein Clown, frech und laut.“
- D: Robbenbaby: „Ich bin klein und hilflos.“
- E: Hund: „Ich habe viele Fehler, bin klein und hässlich.“

Im Anschluss erfolgt die Abschlussrunde (Integrationsphase 2).

3.3.3. Dritte bis sechste Sitzung: Schreiben und Vorlesen einer Geschichte in der Gruppe

Im Anschluss an die Eingangsrunde werden alle Tiere im Raum platziert. Im Weiteren wird die aktuelle Beziehung zu den gewählten Tieren thematisiert. Darauf folgend werden die TeilnehmerInnen aufgefordert, eine Geschichte zu verfassen, in der beide Tiere als Protagonisten auftreten (Neuorientierung und Aktionsphase 3). Zum Abschluss der Gruppe erfolgt nur ein kurzes Blitzlicht (Integrationsphase). In den nächsten Sitzungen werden die Geschichten vorgelesen und besprochen (Aktionsphase 4 und Integrationsphase 4). Im Anschluss an die Besprechung verabschiedet sich die Teilnehmerin bewusst von den beiden Tieren und setzt sie in den Pool zurück. Es empfiehlt sich, zunehmend auch wieder aktuellen Themen Raum zu geben. Abschließend, wenn alle, die möchten, ihre Geschichte vorgetragen haben, erfolgt eine Reflexion der Einheiten (Integration und Neuorientierung). Beispiele (Zusammenfassungen):

A.: Robbie liegt mit ihrer Mama am Nordpol, diese erzählt ihr eine Geschichte von einem kleinen Tiger, der im Dschungel lebte und um seine Umgebung und v.a. seine Geliebte zu beeindrucken, sich auf eine Reise an den Nordpol begeben hat. Hierbei begegnet er verschiedenen Tieren. Adler Rolf zeigt ihm den Weg. Aber er schwimmt alleine über das Meer, bis er Wal Walter ruft, der ihn trägt. Als er am Nordpol ankommt, trifft er die Robbe Roberto (Robbies Vater). Dieser sagt ihm, dass es nicht notwendig ist, andere zu beeindrucken, um geliebt zu werden. Aber der kleine Tiger ist skeptisch: „Was weißt du von der Liebe und den Abenteuern?“ und schläft ein. Im Schlaf trägt ihn Robertos Vater wieder nach Hause. Dort wird er von allen stürmisch begrüßt, alle haben ihn vermisst.

A kann sich über die Bearbeitung der Geschichte in ihrem aktuellen Prozess positionieren. Sie identifiziert sich deutlich mit dem kleinen Tiger und sieht sich in der Position das

Meer zu überqueren. Die angebotenen Lösungsversuche der Geschichte geben ihr Mut.

D: Geschichte 1: Der Elefant wird als sehr mächtig und einflussreich beschrieben, er trifft die kleine Robbe und schützt sie vor großen Gefahren. Als Lohn hierfür macht er sie von sich abhängig und lässt sich von ihr füttern.

D ist nach dem Schreiben ihrer Geschichte sehr traurig. Sie kennt die mutlose Seite der Geschichte sehr genau. Die Funktion der Ess-Störung als Schutz wird ihr zunehmend bewusst, aber die destruktive Seite der Ess-Störung möchte sie verändern. D entschließt sich, eine weitere Geschichte zu schreiben. Elefant und Robbe wurden von ihren Eltern vergessen, gemeinsam begeben sie sich auf die Suche nach dem Paradies. Nachdem sie verschiedene Abenteuer bestanden haben, kommen sie an ihr Ziel. D kommt über die Arbeit mit dieser Geschichte an biografische Inhalte (D wurde von den Großeltern erzogen, da ihre Mutter sich für die Erziehung des Kindes zu jung fühlte). Es kann eine allmähliche Aussöhnung initiiert werden. Tatsächlich findet eine Annäherung und vermehrter Kontakt mit der Mutter statt (Neuorientierung).

3.4 Schlussfolgerungen

Die dargestellten Prozesse verdeutlichen, wie kreative Medien zusammen mit poesietherapeutischen Techniken den z.T. sehr rational orientierten Mädchen und jungen Frauen eine Möglichkeit anbieten, sich der Funktion ihrer Symptomatik zu nähern. Das Medium Stofftier eignet sich hier aufgrund seiner ihm eigenen Qualitäten besonders, die rationale Abwehr zu umgehen, und bietet eine hervorragende Möglichkeit zur Arbeit mit dem Widerstand. Insbesondere die zusätzliche Anwendung poesietherapeutischer Elemente macht die vielfältigen individuellen Inhalte (Verdeutlichung von Szenen, Bildern und Atmosphären) der Biographie sichtbar, einer Bearbeitung zugänglich und fördert so Wachstum und Neuorientierung.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem integrativen ambulanten Gruppenangebot für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen der Mädchenberatungsstelle der „LOBBY FÜR MÄDCHEN – Mädchenhaus Köln e.V.“. Grundlegend für die Konzeption wird zunächst das Phänomen „Ess-Störung“ differenziert dargestellt und relevante Theorien zur Ätiologie erläutert. Grundlage für die therapeutische Arbeit bildet die „Integrative Therapie“ mit ihrem leibtherapeutischen Ansatz, die in aller Kürze in ihren Grundzügen dargestellt wird. Im Folgenden wird die Konzeptionierung der Gruppe detailliert erläutert. Ergänzend wird die spezifische kunsttherapeutische Perspektive der Arbeit dargestellt. Anhand der Darstellung einer beispielhaften Abfolge von Sitzungen wird die besondere Bedeutung des Mediums „Stofftier“ hervorgehoben.

Summary: Integrative Group Therapy with Creative Media for Girls and Young Women with Eating Disorder

The present paper is dealing with an integrative, out-patient group service for girls and young women with eating disorders from the girls advisory body of the „Lobby für Mädchen-Mädchenhaus Köln e.V.“ First of all the phenomenon „eating disorders“ is first of all presented in a differentiated manner and relevant theories of etiology are explained. The basis for the therapeutic work is the „Integrative Therapy“ with its body oriented approach, the fundamental aspects of which are illustrated briefly. Thereafter, the planning of the group is explained in detail. In addition, the specific art therapy perspective of the work is illustrated. The particular significance of the „Cuddly toy animal“ medium is emphasized on the basis of the illustration of an exemplary sequence of meetings.

Keywords: integrative therapy, body orientation, eating disorders, adolescent girls, creative therapy

Literatur

- Aissen-Crewett, M. (1987): Gruppen-Kunsttherapie bei Ess-Störungen; *Forum News* 8, A.K.T., 7-13.
- (1987): Kunst und Therapie mit Gruppen: Aktivitäten, Themen und Anregungen für die Praxis; Verlag Modernes Lernen, Dortmund.
- Aschenbrenner, K. (2001): Studie zur Prävalenz von subklinischen Ess-Störungen, Dissertation, Universität Jena, Medizinische Fakultät.
- Battigay, R. (1982): Die Hungerkrankheiten: Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen. Bern: Huber.
- Bauer, J. (2002): Das Gedächtnis des Körpers. Frankfurt: Eichborn.
- Baudrillard, J. (1982): Die Dickleibigkeit als transpolitische Form und Weise des Verschwindens. In: *Kamper, D., Wulf, Ch.* (Hg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt: Suhrkamp.
- Berlin, I. (1996): The sense of reality. London: Chatto, Windus; dtsh. (1998): Wirklichkeitsinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen. Berlin: Berlin Verlag.
- Bilden, H. (1991): Das Frauentherapie-Handbuch; 1. Auflage; Frauenoffensive, München.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1999): Biologische Psychologie. Berlin: Springer.
- Blanck, B. (1988): Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung. Frankfurt: Fischer.
- Böhme, G. (2003): Leibsein als Aufgabe. Zug: Graue Edition.
- Bräutigam, B. (2002): Muss ich essen? Ein integrativer Ansatz zu stationären Behandlung bei anorektischen Reaktionen unterschiedlicher Genese in: „Integrative Therapie 1/2002.
- Bremm, H.M. (1988): Magersucht und Bulimia: Erscheinungsform, Ursachen und Therapiemöglichkeiten, 2. erw. Aufl. Koblenz: Edorpen.
- Bröckling, E. (1991): Individuelle Entwicklung der Ess-Störungen und patriarchalgesellschaftlicher Strukturzusammenhang als Thema feministischer Beratung/Therapie, s. Frauenleben Köln e.V.
- Bruch, H. (1991): Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht, 9. Aufl. Frankfurt: Fischer.
- Bublitz, H. Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (1999) Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt: Campus.
- Daller, J. (2004): Körperbilder – ein integrativer Weg in der Behandlung von jugendlichen Mädchen mit Magersucht, Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 2004.
- Damasio, A. (1995): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: List.
- (2000): The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. London.
- Döldissen, C. (1990): Widerstand in der Arbeit mit Drogenabhängigen, Hamburg 1986 in: Schneider, K. „Grenzerlebnisse“. Köln: EHP.
- Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (2001): Curriculum – Weiterbildung – Sozialtherapie, Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im Verfahren Integrative Therapie / Gestalttherapie; Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Feiereis, H. (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie; Verlag Marseille.

- Fend, H. (1999): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen: Leske & Budrich.
- Fichter, M. (1985): Magersucht und Bulimia: Empirische Untersuchung zur Epidemiologie; Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin: Springer.
- Figura, E. (1997): Ess-Störungen im Spiegel weiblicher Identitätsbildung“. Dokumentation des Mädchenhaus Köln e.V., Köln.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern: Huber.
- Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen e.V. (1993/1994): Ess-Störungen, AOK-Bibliothek, Falken, Niedermhausen/Ts.
- Frauenleben Köln e.V. (1991): Dokumentation zur frauenspezifischen Fachtagung zum Thema Ess-Störungen; „Die unerträgliche Schwere des weiblichen Seins“, 22.-23.2.1991, Köln.
- Gast, L. (1989): Magersucht, Der Gang durch den Spiegel: zur Dialektik der individuellen Magersuchtsentwicklung und patriarchal-gesellschaftlichen Strukturzusammenhänge, 4. Aufl. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Gordon, I. (1998): Cerebral imaging in paediatrics, *Quarterly Journal of Nuclear Medicine* 42, 126-132.
- Grubel, A. (2003): Ästhetik und Askese. Magersucht aus kunsttherapeutischer Perspektive in Kunst und Therapie 1/2003. Köln: Claus Richter.
- Gugutzer, R. (2002): Leib, Körper und Identität. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold/Mürtens (1999a), 193-272.
- Herholz, K. (1996): Neuroimaging in anorexia nervosa, *Psychiatry Research* 62, 105-110.
- Hille, J. (1989): Widerstand und Übertragung in der Gestalttherapie/Integrative Therapie. In: Heide M., Wiinschel H. (Hg.): „Widerstand – Bereitschaft – Veränderung“. Saarbrücken: Scheidt.
- Hopkins, B., Westra, T. (1989): Maternal expectations of motor development, *Developmental Medicine and Child Neurology* 384-390.
- Horstkotte-Höcker, E. (1987): Ess-Brech-Sucht und weiblicher Lebenszusammenhang im Patriachat: Ursachen und Möglichkeiten der Veränderung einer frauenspezifischen Sucht. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.J. (1995, 1996): Essentials of Neuronal Science and Behavior. New York: Appleton & Lange, Neurowissenschaften. Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Karren, U. (1990): Die Psychologie der Magersucht: Erklärung und Behandlung der Anorexia nervosa, 2. Aufl. Bern: Huber.
- Kieselbach, D. (1991): AG Systemische Therapie bei Magersucht- und anderen Suchtfamilien in: Frauen lernen leben, Köln e.V., Köln.
- Kleesmann, E. et al. (1988): Heiliges Fasten – heilloses Fressen – Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß. Bern: Huber.
- Krebs, B. (1991): Ess-Störungen oder die Sehnsucht nach Frau, S. Frauenleben Köln e.V. 1991.
- Kuruoglu, A.C. et al. (1998): Technetium-99m-HMPAO brain SPECT in anorexia nervosa. *Journal of Nuclear Medicine* 39, 304-306.
- Lamb, M.E. (1976): Interactions between eight-month-old children and their fathers and mothers. In: Lamb, M.E. (Hg.): The role of the father in child development. New York: Wiley.
- Lewis, M. (1984): Beyond the dyad. New York: Plenum.
- Lorenz, G. (2004): Salutogenese. München: Reinhardt.
- Meermann, R. (1981): Anorexia nervosa, Ursachen und Behandlung von (Klinische Psychologie und Psychopathologie Bd. 20). Stuttgart: Enke.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 374-428.
- Meili, E., Petzold, H.G. (2000): Aus der Praxis für die Praxis: Übergangsobjekte und Intermediärobjekte in der Kindertherapie, *Integrative Therapie* 1, 118-123.
- Minuchin, S. et al. (1984): Psychosomatische Krankheiten in der Familie; 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
- Mysterlund, I. (2003): Mennesket og moderne evolusjonsteorie. Oslo: Gyldendal.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2001): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Chartacolloquium I, Zürich, Kindertherapie). Ersch. erw. in: *Psychotherapie Forum* 1, 2005.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 08/2003 und in Petzold, H. G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.
- Müller, M., Petzold, H.G. (2003): Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 08/2003.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie*, Junfermann Verlag Heft 3-4/2002.
- Palazolli, M. S. (1984): Magersucht: Von der Behandlung Einzelner zur Familientherapie; 2. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta.
- Papoušek, M. (1987): Die Rolle des Vaters in der frühen Kindheit: Ergebnisse der psychobiologischen Forschung. Kind und Umwelt, *Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 54, 29-49.
- Petzold, H. (1983): Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie mit Kindern, Erwachsenen und alten Menschen. München: Pfeiffer.
- (1991): Die neuen Kreativitätstherapien, Handbuch der Kunsttherapie“; Band I und II. Paderborn: Junfermann.
- (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- (1993/2003): Integrative Therapie, Band I, II, III; Paderborn: Junfermann.
- (1996): Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Band I und II, Paderborn: Junfermann, 3. überarb. Aufl.
- (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2,

- Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145. Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 07/2001.
 - (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
 - (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 01/2002.
 - (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 11/2002; als „Einführung“ in: *Petzold* 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-95.
 - (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 03/2002.
 - (2001p): Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 10/2001.
 - (2002j): Das Leibsobjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002.
 - (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
 - (2003): Gesamtbibliographie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm
 - , *Märtens, M.* (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
 - , *Sieper, J.* (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: *Petzold* (1998h) 265-299.
 - , — (2004): Lev Vygotskij – ein Referenztheoretiker der integrativen Therapie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2004 und bei *Stumm, G.* et al. (2004): *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer.
 - , *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994): *Psychotherapie und Babyforschung*, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann, 491-646.
 - , *Orth, I.* (1998): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität, und *Report Psychologie* 3, 234-239. Erw. und ergänzt in: *Slembek, E., Geissner, H.* (1998): *Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder*. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, 107-126.
 - , — (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
 - , *Wolff, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A.* (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: *Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe* Paderborn: Junfermann, 445-579.
 - , —, *Landgrebe, B., Josic, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann. POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 01/2003.
 - Ratey, J.J.* (2001): *Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung*. Düsseldorf: Walter.
 - Rahm, D., Otte, H.; Bosse, S.; Ruhe-Hollenbach, H.* (1995): Einführung in die integrative Therapie – Grundlagen und Praxis, 3. Auflage, Junfermann, Paderborn.
 - Ricaur, P.* (1996): *Das Selbst als ein Anderer*. München: Fink.
 - Salvesbergh, G.J.P.* (1993): *The development of coordination in infancy*, Elsevier Science Publishers, North Holland 1993.
 - Schiepek, G.* (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
 - Schmitz, H.* (1989): *Leib und Gefühl*. Paderborn: Junfermann.
 - Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining, Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): *Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie*. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
 - Spitzer, M.* (2000): *Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
 - (2002): *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg: Spektrum.
 - Stern, D.N.* (1992): *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York 1985; dtsh. *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
 - Tarr-Krüger, I.* (1990): *Bulimie und Widerstand – ein musktherapeutisch orientierter Ansatz*. Heidelberg: Asanger.
 - Tauscher, J.* et al. (2001): 123-beta CIT and single photon emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biol. Psychiatry* 49, 326-332.

- Wächter, G. (2004): „Essstörungen“ – eine Prozessdokumentation. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (Hg.): Integrative Suchttherapie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004, 397-426.
- Wardetzki, B. (1994): „Weiblicher Narzissmus – Der Hunger nach Anerkennung“. München: Kösel.
- Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber
- Wijnen, H. van, Petzold, H.G. (2003): Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 10/2003.
- Zentner, M. (1993): Die Wiederentdeckung des Temperaments. Paderborn: Junfermann.
- (1993) Passung: Eine neue Sichtweise psychischer Entwicklung. In: Petzold (1993j), 157-193.

Korrespondenzadresse:

Andrea Frewer
LOBBY FÜR MÄDCHEN – Mädchenhaus Köln e.V.
Kaesenstr. 18
50677 Köln