

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

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

02/2010

Integrative Therapie in ambulanter Einzelarbeit mit einer
essgestörten Klientin anhand des Konzeptes der Fünf Säulen
der Identität

eingereicht von:

Anja Henke

*Dörnet 7, 74360 Olsfeld**

e-mail: ahenke@dgib.net

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 40, 40237 Düsseldorf
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

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

Inhalt

1	Einleitung	S. 4
2	Essstörungen allgemein	S. 6
3	Anorexia Nervosa	S. 8
4	Bulimia Nervosa	S. 11
5	Adipositas	S. 15
6	Theoretische Konzepte in der Integrativen Therapie (IT)	S. 19
6.1	Persönlichkeitstheorie	S. 19
6.1.1	Das Selbst	
6.1.2	Das Ich	
6.1.3	Die Identität	
6.2	Die Fünf Säulen der Identität (Theorie)	S. 21
7	Vorstellung der Klientin	S. 22
7.1	Biographie	S. 22
7.2	Erste Säule (Leiblichkeit)	S. 25
7.2.1	Das Bodychart	
7.2.2	Der Intermediale Quergang	
7.3	Zweite Säule (Soziales Netzwerk)	S. 31
7.4	Dritte Säule (Arbeit, Leistung, Freizeit)	S. 32
7.5	Vierte Säule (Materielle Sicherheiten)	S. 32
7.6	Fünfte Säule (Werte, Normen)	S. 32
7.7	Ende der Therapie	S. 33
7.8	Katamnese	S. 33
8	Exkurs in die klinische Arbeit	S. 34
9	Schlussbemerkung	S. 35
10	Zusammenfassung / Summary	S. 36
11	Literatur	S. 37

1 Einleitung

Seit vielen Jahren arbeite und beschäftige ich mich intensiv mit Menschen, die unter Essstörungen leiden. Ich versuche diese Menschen und auch meine Faszination an dieser Krankheit zu verstehen. Dieses Symptom, so nenne ich die Störung, ist so vielfältig und facettenreich, dass es mich wohl noch viele Jahre in den Bann ziehen wird. Ich spüre bei diesen Menschen große Stärke, Mut und Kreativität, aber ebenso Hoffnungslosigkeit, Resignation und immer wieder kleine lautlose Hilfeschreie.

Diese Krankheit, dieses Symptom, dieser Bewältigungsversuch zum Leben hin ist in meinen Augen mehr noch als manch anderes Krankheitsbild mit der Leiblichkeit, dem Geist und der Seele verwoben bzw. zerstückelt. So sehe ich die Integrative Therapie (IT) und vor allem auch den Ansatz der Integrativen Bewegungstherapie (IBT) als gute Herausforderung und hervorragende Therapiemöglichkeit bei Menschen mit Essstörungen.

In dieser Arbeit möchte ich sowohl die Theorie von Essstörungen als auch die dazugehörige Theorie der Fünf Säulen der Identität der IT bzw. der IBT vorstellen. Anschließend werde ich anhand einer Klientin in ambulanter Einzeltherapie praxisbezogen meine integrative Arbeitsweise darstellen.

Meine Erfahrungen basieren auf langjähriger Gruppen- und Einzeltherapie in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, sowie in ambulanter Einzel- und Gruppenarbeit.

Der Behandlungsweg in der Therapie mit essgestörten Menschen bedarf vieler einzelner kleiner Schritte. Ein zentraler Faktor ist es sich selbst wieder zu finden, seinen Körper, den eigenen Leib mit seinen Gefühlen und Wahrnehmungsfähigkeiten und -fertigkeiten. Den als in Einzelteile zerlegt gespürten Leib wieder als Ganzes erfahren und annehmen lernen. Die Behandlung ist auch ein Entwicklungsweg; das bedeutet Hilfestellung geben für die erneut anstehenden Entwicklungsschritte im Leben. Diese von Essstörungen betroffenen Menschen sollen wieder Stehen, Gehen, Laufen lernen, Halt finden, Stabilität in sich spüren, Vertrauen finden.

Die Basis bildet die Selbstwahrnehmung, die man sich als unterste Sprosse einer Leiter vorstellen kann. Es geht Sprosse um Sprosse ins Spüren und somit ins Leben zurück. Viele bleiben sehr lange auf dieser untersten Sprosse, manche kommen immer wieder dahin zurück, weil sie zu schnell nach oben wollen. Mit jeder Sprosse wird die Wahrnehmung intensiver und werden die Übungen komplexer, so dass es sinnvoll ist auf jeder Sprosse eine Weile zu Sein.

Dieser Weg ist mühsam, langwierig und mit vielen Stolpersteinen versehen. Ich bin in den Kliniken mit vielen Patientinnen empor geklettert, gab ihnen Halt auf den wackeligen, fremden Sprossen und fing sie auf, wenn sie noch nicht gefestigt waren. Die Willensstärke, die Vorstellung und der Wunsch, einfach nach oben

klettern zu können, sind bei diesen Frauen groß. Schließlich gelingt die Aufrechterhaltung der Essstörung über den Willen, warum dann nicht auch der Weg zur Heilung?

Der geschundene Leib braucht länger, zu seiner Heilung bedarf es mehr als nur eine Umstrukturierung im Kopf. Der Leib braucht heilsame Erfahrungen, wieder und wieder, er braucht neues Vertrauen in sich, Schutz und Sicherheit.

Die Daten dieser Graduierungsarbeit wurden insgesamt anonymisiert.

Die Veröffentlichung dieser anonymisierten Arbeit erfolgt mit Zustimmung der Klientin.

Ich werde in dieser Arbeit die weibliche Schreibweise wählen, obwohl es gesellschaftlich Männer wie Frauen betrifft.

2 *Essstörungen allgemein*

Unter Essstörungen fallen die folgenden vier Typen:

- **Anorexia nervosa** (Magersucht)
- **Bulimia nervosa** (Ess-Brechsucht)
- **Adipositas** (Esssucht, Fettsucht)
- **Binge Eating Störung** (Essstörung mit Essanfällen)

Als essgestört werden Menschen beschrieben, „für die das Essen die missbräuchliche Funktion hat, Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen“ (BRUCH, 1991, S.13).

Essen ist angstbesetzt, außenorientiert, rigide, chaotisch, das Mittel zur Stressbewältigung, stark gewichts- und stimmungsabhängig, die Gedanken / das Erleben beherrschend (CIERPKA et al., 2003, S.5).

Der BMI ist in der klinischen Diagnostik ein Faktor zur Bestimmung von Essstörungen.

BMI = Body Mass Index (kg/m²)

- **Anorexie:** BMI < 17,5
- **Übergewicht:** BMI 25 bis < 30
- **Adipositas I:** BMI 30 bis < 35
- **Adipositas II:** BMI 35 bis < 40
- **Adipositas III:** BMI > 40

Epidemiologie

- Betroffen sind überwiegend junge Frauen zwischen 14 und 35 Jahren (Anorexie und Bulimie)
- Anorexie beginnt typischerweise um die Pubertät (14-18 Jahre), aber auch bereits vorher ab ca. 10 Jahren
- Bulimie beginnt etwas später, mit etwa 18 Jahren
- Diätverhalten ist ein Vorläufer für die Entwicklung von Essstörungen
- Risikogruppen sind Sportlerinnen, Ballettschülerinnen, Patientinnen mit Diabetes mellitus, aber auch Skispringer und Jockeys
- Übergewicht und Adipositas nimmt kontinuierlich zu

- In Deutschland hat jeder Zweite einen BMI > 25, jeder Sechste ist adipös (BMI > 30)

Die *Körperwahrnehmung* ist gestört im Sinne

- der ständigen Kontrolle und kritischen Beobachtung des eigenen Körpers durch häufiges Wiegen, beobachten im Spiegel, durch Kleidungsstücke, etc.
- einer starken Abhängigkeit der Stimmung schon bei geringen Schwankungen des Gewichtes
- einer starken Verunsicherung, wenn die äußere Erscheinung nicht der vermeintlichen Norm entspricht
- des ständigen Vergleiches mit Anderen
- einer starken Unzufriedenheit und intensiver Beschäftigung einzelner Körperpartien (Bauch, Oberschenkel, Brust)

3 *Anorexia Nervosa*

Menschen mit Anorexia Nervosa haben große Angst dick zu werden (Gewichtsphobie) und tun alles dagegen. Sie beeinflussen ihr Körpergewicht durch extreme Nahrungsrestriktion (restriktives Essverhalten), Erbrechen, Abführmittel-, Appetitzügler- und Diuretikamissbrauch (Harnausscheidung). Sie erleben sich unabhängig vom tatsächlichen Gewicht als zu dick, viele sind kognitiv und physisch hyperaktiv. Perfektionismus und Leistungsstreben sind stark ausgeprägt, ebenso eine sekundäre Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung).

Kriterien nach ICD-10 (F50.0)

1. Körpergewicht mind. 15% unter dem normalen, altersentsprechenden BMI, d.h. weniger als 17,5
2. Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen, etc.
3. Körperschemastörung, „Ich bin zu fett“
4. Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), tritt auf bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust

Anorektische Subjektivität (BUCHHOLZ, 2001, S.257)

- In Beziehungen besteht die Gefahr, ständig bevormundet und kontrolliert zu werden
- Ich brauche nichts und niemanden – und das kann ich beweisen
- Nur mit der Magersucht erlebe ich mich autonom und selbstbestimmt
- Autonomie ist absolute Unabhängigkeit, Stärke, Distanz zu anderen und nicht weiblich

Das Körpergefühl in der Magersucht ist beeinflusst durch das Entstehen von Wohlbefinden und Unbehagen während den ersten Lebensmonaten über den Körper. „Das Ich bildet sich anfangs als Körper-Ich heraus“ (MAHLER 1975, WILLENBERG 1984, HIRSCH 1989). Das könnte ein Erklärungsmodell sein, warum Magersüchtige ihren Körper nicht nur „Teil-weise“, sondern als Ganzes ablehnen, abspalten und als feindliches Objekt angreifen (WILLENBERG 1989).

Ein Anteil am Beginn der Magersucht kann der sich verändernde Körper in der Präadoleszenz sein. Der Körper verändert sich autonom, hin zu weiblichen Formen, und es bedarf einer anderen Identitätszuschreibung als vorher als Kind. HABERMAS (1994) geht davon aus, dass die Gewichtsabnahme und die damit verbundene Abmagerung des Körpers dafür sorgen, dass wieder ein Gefühl von Kontrolle erlebt werden kann, Entfremdungsgefühle aufgehoben werden und dass das zuvor unsichere Selbstwertgefühl restauriert wird. Die absolute Kontrolle über den Körper und seine Bedürfnisse zu haben, ist für die

Anorektikerin ein wesentlicher Faktor zur Aufrechterhaltung eines einigermaßen lebhaften Selbst.

Die Psychodynamik

Das Zentrale in der Psychodynamik der Anorexie ist der **Konflikt** um **Selbst-Grenzen** und **Kontrolle**. Hungern ist das Mittel zur Sicherung der Selbst-Grenze, nach innen und außen.

THOMÄ (1961) sagt, der Kern der Störung ist die Unsicherheit des Subjekts (des Ichs), die Grenze zum Objekt (zum Anderen) aufrechterhalten zu können.

Magersüchtige fühlen sich existenziell so sehr auf die Anderen angewiesen, gleichzeitig erscheinen diese aber auch bedrohlich und überwältigend. Die Anderen könnten ihre Grenzen durchdringen, sie könnten sie dann kontrollieren. Anorexie ist der Versuch eine Grenze zwischen dem Eigenen und den Anderen zu ziehen. Es ist der Versuch, die eigene Andersartigkeit und Autarkie zu zeigen, es aber nicht offen zu tun, sondern im restriktiven Essverhalten.

Die Konflikte um Grenzen und Kontrolle werden in der Kindheit gelegt:

- Kinder werden äußerlich sehr gut versorgt
- Schwierigkeiten, Unsicherheiten werden ihnen abgenommen
- Autonomie-Entwicklung ist schwer möglich
- Alles bleibt innerhalb der Familie
- Kräfte erproben unter Gleichaltrigen; Kämpfe, Niederlagen erleben; Erfahren eigener Kompetenz ist gefährlich
- Aggressive Impulse sind zerstörerisch, sie werden abgewehrt
- Eigenständige Regungen werden als Abhängigkeitsbedürfnisse fehlinterpretiert, was wiederum zum Gefühl führt, von außen gesteuert und kontrolliert zu werden

Aufgrund der starken familiären Bindungen werden Trennungen oder Abweichungen von der familiären Ideologie schuldhaft als Trennungsschuld erlebt (MASSING et al., 1999). Es finden sich starke Loyalitätsbindungen, oft über Generationen hinweg, und dementsprechend eine starke Verbundenheit der Familienmitglieder. Die interpersonellen Grenzen sind durchlässig (WHITE, 1983, WEBER & STIERLIN, 1989). Die Eltern führen oftmals mit der anorektischen Tochter eine Ehe zu dritt. Das stabilisiert die eigentlich brüchige elterliche Beziehung und beinhaltet zu wenig Raum für eigenes Leben (SELVINI-PALAZZOLI, 1978).

Emotionalität in den Familien anorektischer Patientinnen ist kühl und rational gehalten, unter Vermeidung intensiver Äußerungen. Die Eltern setzen sich unter Druck alles „richtig“ machen zu müssen. Häufig sind Ambivalenzen zu spüren (Zugewandtheit und Aggression). Nähe und Intimität wird über das Essen hergestellt (REICH, 2001, S. 61).

Die Über-Ich-Struktur (das Gewissen) ist bei diesen Patientinnen sehr rigide. Harmonie, Aggressionsfreiheit, Verbundenheit, Aufopferung und Verzicht wird gelebt. Es wird angestrebt, Bedürfnissen nicht einfach nachzugeben, Selbstkontrolle ist ein hohes Ideal. Die Patientinnen fühlen sich schnell schuldig und verantwortlich, Aggressionen äußern sie weniger direkt als vielmehr in Form moralischer Werturteile oder anklagend.

Welche Rolle spielt der Körper im Konflikt um Grenzen und Autonomie?

- Essen ist in der Familie das Medium emotionaler Intimität
- Essen ist das Medium interpersoneller Kontrolle
- Essen ist geeignet als Ersatz für Wünsche, Gier und Triebhaftigkeit und zugleich für Autonomie und Kontrolle
- Die körperlichen Veränderungen in der Adoleszenz konfrontieren die Patientin mit einer Entwicklung, die sie nicht kontrollieren kann, der sie machtlos gegenüber steht

Fasten und Abmagern ist Kontrolle, Abgrenzung, Unterscheidung, Stärke, Triebbeherrschung, Asexualität und Autonomie.

Essen ist Frau werden, Verschmelzung, kontrolliert werden, Abhängigkeit und das so werden wie alle anderen Frauen.

Magersucht ist der Versuch mit familiären und intrapersonellen Konflikten fertig zu werden. Die Patientin grenzt sich dadurch ab, ohne sich trennen zu müssen, sie rebelliert ohne rebellisch zu wirken und sie klagt an, ohne anzuklagen, indem sie stark betont, dass ihre Eltern keine Schuld an ihrem Zustand haben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Anorexie als Reaktion auf entwicklungsbedingte Anforderungen zu sehen ist. Es ist die Auseinandersetzung mit der körperlichen Reifung, die Übernahme und Entwicklung der Geschlechtsrolle und beruflichen Identität, die Loslösung von früheren Liebesobjekten der Kindheit (z.B. der Teddybär), den Eltern und das Eingehen neuer, andersgearteter Beziehungen zu Gleichaltrigen. Das Symptom Anorexie ist ein defensives und konstantes Nein angesichts der anstehenden Aufgaben in der Pubertät. Es sind Konflikte zwischen Autonomie und Abhängigkeit, zwischen Nähe und Distanz und bezüglich Selbstbehauptung und Machtanspruch.

„Die Übernahme der weiblichen Rolle wird als Anforderung erlebt und ist mit der Angst verbunden, die Position des zu versorgenden und berechnigten anspruchsvollen Kindes aufgeben zu müssen“ (RUDOLF, 2000, S.252).

Durch das Aushungern des weiblichen Körpers haben die Patientinnen im Symptom eine Möglichkeit gefunden, die anderen auf Distanz zu halten, sie machtlos zu machen, ohne sie verlieren zu müssen, denn niemand verlässt eine kranke Person.

4 *Bulimia Nervosa*

Menschen, die unter *Bulimia Nervosa* leiden, sind permanent mit Nahrungsaufnahme, -beschaffung und -zubereitung beschäftigt. Bei Essanfällen kommt es zu Kontrollverlust und sie nehmen große Nahrungsmengen zu sich, ohne aufhören zu können. Es fehlt das Gefühl für Hunger und Sättigung, und sie haben große Angst zu zunehmen. Dennoch sind sie meist normalgewichtig.

Kriterien nach ICD-10 (F50.2)

1. Häufige Episoden von Essattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche) bei denen große Mengen in sehr kurzer Zeit konsumiert werden
2. Andauernde Beschäftigung mit Essen, Gier und Zwang zu essen
3. Vermeidung von Gewichtszunahme durch
 - a. Selbst induziertes Erbrechen
 - b. Missbrauch von Abführmitteln
 - c. Zeitweilige Hungerperioden
 - d. Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten, Diuretika
4. Krankhafte Furcht „zu fett“ zu werden

Bulimische Subjektivität (BUCHHOLZ, 2001, S. 260)

- das starke Bedürfnis, von anderen Anerkennung zu bekommen
- die Befürchtung, von anderen abgelehnt zu werden
- die Tendenz, es allen recht machen zu wollen
- die Angst, Fehler zu machen und falsche Entscheidungen zu treffen
- die Unfähigkeit, eigene Wünsche und Erwartungen zu äußern
- die Angst vor Auseinandersetzungen

Das *Körpererleben* in der Bulimie unterscheidet sich von dem der Magersucht (Tab. 1). Im Zentrum des Krankheitsbildes der Bulimie besteht die unhinterfragte und übertriebene Anpassung an das herrschende Ideal des schlanken Frauenkörpers (BUCHHOLZ, 2001). Das allein macht es aber noch nicht krankhaft, denn diesem „Ideal“ streben viele Frauen in der Gesellschaft entgegen. Die Bulimikerin fühlt sich beherrscht und eingenommen von Verhaltensmaßnahmen, auf die sie keinen Einfluss nehmen kann. Sie kann ihre Krankheit zwar oft jahrelang verheimlichen, empfindet aber großen Leidensdruck und hat Krankheitseinsicht.

Problematisch ist, dass das bulimische Körperideal (im Gegensatz zum anorektischen) dem gesellschaftlichen Ideal des schlanken Körpers entspricht, und dass das Aussehen in der Pubertät einen immer höheren Stellenwert einnimmt. Ebenso problematisch ist die Verlagerung jeglicher Schwierigkeiten in den Körper, anstatt in die Beziehungen, ins Gegenüber oder in die jeweiligen

auslösenden Situationen. Dem steht das permanente Bedürfnis nach Anerkennung und Bewunderung entgegen.

Die Psychodynamik

Das Zentrale in der Psychodynamik der Bulimie ist der **Identitätskonflikt** zwischen idealen Selbstanteilen und als makelhaft und defekt erlebten Selbstanteilen. In diesem Konflikt erleben sie sich als machtlos, unterlegen, abhängig und beurteilt (REICH 1994). Sie verschieben den Konflikt auf den Körper.

Idealer Selbstanteil: Aktiv sein, Funktionieren, Selbstkontrolle, Autonomie nach außen zeigen, Schlanksein.

Defekter Selbstanteil: Bedürftigkeit, Schwäche, Scham und Unkontrolliertheit werden verborgen, Essen steht für Defekt, wird durch Erbrechen rückgängig gemacht.

Die Patientinnen leben in einer doppelten Realität, beide Seiten finden im Streben nach Schlankheit, in der Besorgtheit um die äußere Erscheinung, der Beschäftigung mit Nahrung und Essen sowie im Essanfall und Erbrechen ihren Ausdruck (REICH, 2001, S.51).

Bulimikerinnen haben eine enge Bindung an ihre Ursprungsfamilie, diese wiederum hat eine starke Außenorientierung und tabuisiert innerfamiliäre Spannungen; sie haben Familiengeheimnisse. Die Patientinnen leben oftmals die ehelichen Spannungen aus, sie haben soziale Ängste, ein geringes Selbstwertgefühl und sind sich häufig selbst fremd.

Einerseits passen sie sich an, wollen gefallen, andererseits bricht Wut auch impulsiv aus ihnen heraus (z.B. im Essanfall). Sie leben ständig in Ambivalenzen, welche vom Über-Ich noch verstärkt bewertet und kategorisiert werden in richtig und falsch, gut und schlecht, stark und schwach.

Im Ess-Brech-Anfall findet eine Symptomhandlung statt. Zuerst wird im Essanfall rebelliert und verbotenes getan, anschließend ist die Patientin beschämt und bemüht alles durch Erbrechen ungeschehen zu machen.

Bulimikerinnen haben eine starke Affektabwehr bzw. -umkehr, d.h. aus Angst wird Wut, aus Beschämung wird Trotz und Verachtung, aus Unsicherheit wird Forscherheit. Sie wenden das Passive ins Aktive und Handeln, sie erhalten sich somit die Kontrolle.

Schlanksein ist ein Zeichen von Willensstärke, die gescheiterte Diäterin liefert den Beweis für Willensschwäche und Unzulänglichkeit.

Sie leben in einem Teufelskreis:

„Je besser ich aussehe, desto mehr bin ich wert. Je dünner ich bin, desto besser sehe ich aus“ (REICH, 2001, S.58).

Das Erbrechen hat wichtige Funktionen:

- Das Ungeschehenmachen des Essanfalls
- Die Wiederherstellung des angestrebten Körpergewichts und der Körperform
- Der Reinigung von Dreck und Unzulänglichkeit
- Dem Ungeschehenmachen von Grenzverletzung
- Aggressive und autoaggressive Impulse

Bulimie tritt häufig bei räumlicher Trennung von zuhause auf, in der Verselbständigungsphase oder auch im Berufseinstieg. In Situationen also, in denen man sich beweisen muss und starke Selbstzweifel haben kann.

Bulimie ist ein Lösungsversuch interpersoneller Probleme, sie folgen dem Beispiel ihrer Familie durch die Heimlichkeit des Erbrechens (verbergen von Makeln), und sie zeigen aggressive Impulse, Verachtung, Entwertung nicht direkt, sondern durch Erbrechen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Gewichtsprobleme und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper für die Entstehung einer Bulimie an oberer Stelle stehen, untergeordnet kann Bulimie durch Partnerschaftsprobleme und Ablösungskonflikte ausgelöst werden. Probleme werden zum Selbstläufer, selbst kleine Pannen im Leben genügen dann als Symptomauslöser. Kleinste Situationen führen zu Kränkung, Angst, Wut und Verlassenheitsgefühlen. Diese Gefühle werden nicht gezeigt, sie werden geschluckt. Es kommt zum Rückzug und es entsteht ein Gefühl von Leere und Entfremdung. Zunächst findet nur eine gedankliche Beschäftigung mit dem Essen als Entschädigung, Trost oder Belohnung statt. Dann folgt die Heißhungerattacke und damit der Impulsdurchbruch. Hinterher wird alles Ungeschehen gemacht und der Körper wird gereinigt von allem Verbotenen in sich drin, auch von den nun spürbaren Schuldgefühlen, es wird wieder Erbrochen (dabei entsteht keine geringe Verletzung im Rachenraum). Der bulimische Konflikt - das Streben nach Individuation und sicherer Abgegrenztheit bei gleichzeitiger Sehnsucht nach grenzenloser Verbundenheit (RUDOLF, 2000) - scheint unlösbar und wird endlos wiederholt.

Tabelle 1: Idealtypische Unterscheidung zwischen Anorexie und Bulimie (REICH et al., 2003).

	Anorexie	Bulimie
Erstmanifestation	<ul style="list-style-type: none"> - Übergang in die/Beginn der Ablösephase - Beginn oft vor erstem sexuellen Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> - Verselbständigungsphase - Beginn oft erst nach ersten sexuellen Kontakten
Auslösesituation	<ul style="list-style-type: none"> - Unkontrollierbare Körperveränderungen der Pubertät - Autonomieverbote - manchmal: beginnende sexuelle Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zurückweisungen - Bindungsängste
Körperideal	<ul style="list-style-type: none"> - subjektives Idealgewicht weit unter Normgewicht - knabenhaft, möglichst wenig weiblich, asketisch - leistungsorientiert 	<ul style="list-style-type: none"> - subjektives Idealgewicht im Normbereich für junge Frauen - schlank, weiblich-attraktiv - leistungsorientiert
Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> - Ideal der Askese, Selbstkontrolle und Autonomie - meistens keine sexuelle Partnerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> - Ideal konventioneller Weiblichkeit und Attraktivität - sexuelle Partnerschaften bei mangelnder Erlebensfähigkeit
Beziehungsstil	<ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung von anderen/ Autarkie - (indirekte) Machtausübung über andere 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung an den Erwartungen der Umwelt
Familiäres Muster	<ul style="list-style-type: none"> - kontrollierend-einmischend, affektiv zurückgenommen - Patientin: Autonomie durch Verweigerung („restriktive Autonomie“) 	<ul style="list-style-type: none"> - vernachlässigend-intrusiv und konflikthaft-impulsiv - Patientin: vorschnelle Autonomie bei gleichzeitig innerer Abhängigkeit

5 *Adipositas*

Übergewicht und Adipositas sind definiert als eine Erhöhung des Körpergewichts durch eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils (DEUTSCHE ADIPOSITAS GESELLSCHAFT, 1999).

Der ICD-10, E66.0 definiert Adipositas als eine Einlagerung von Fett in verschiedene Teile des Körpers durch eine den Kalorienbedarf dauernd übersteigende Kalorienzufuhr.

Übergewicht beginnt bei einer Überschreitung des Idealgewichts um 30%.

Für Kinder und Jugendliche werden in Deutschland die Daten der Arbeitsgemeinschaft Adipositas (AGA) verwendet. Man spricht von alters- und geschlechtsbezogenen BMI-Percentilen (P). Werte zwischen P=90 und P=96 zeigen Übergewicht an, Werte oberhalb P=97 bedeuten Adipositas.

Epidemiologie

STUNKARD & PUDEL (1996) sprechen von einem starken Einfluss bezüglich Alter und Adipositas. Von der Kindheit bis zum 40. Lebensjahr nimmt sie kontinuierlich zu, zwischen 45 und 65 Jahren ist sie am höchsten. In Deutschland ist eines von sechs Kindern übergewichtig (Wabitsch, 2002). Darauf Einfluss haben genetische Faktoren, das Lernen am Modell und es gibt eine Nährstoffverschiebung, weg von Kohlenhydrate, hin zu Fett (CUNTZ, 2000).

70% der adipösen 10-13 jährigen Kinder sind auch als Erwachsene adipös (LAESSLE et al., 2001).

In den Familien werden direkte Liebesbezeugungen gemieden, Gemeinsamkeit, Nähe und Gefühle werden übers Essen ausgedrückt. In der westlichen Welt ist Adipositas häufiger in den unteren sozialen Schichten angesiedelt, während in Indien Fettleibigkeit Wohlstand symbolisiert (HOFFMANN et al., 1999).

Symptomatik

Nur bei 5% der Patienten sind endokrine Störungen für die Adipositas verantwortlich. Beschwerden entstehen aus den Folgekrankheiten, aus Stoffwechselerkrankungen wie:

- Sklerose der Gefäße
- Fettstoffwechselstörungen
- Diabetes Mellitus, Insulinresistenz
- Hypertonie
- Bindegewebsschwächen
- Senk-, Spreiz-, Knickfuß
- Arthrose
- Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule

→ Verminderte Leistungsfähigkeit (HOFFMANN et al., 1999).

Ursachen des Übergewicht

- Krankheit
- Genetische Veranlagung
- Körperliche Inaktivität (kein Sport, Auto/Bus fahren anstatt zu Fuß gehen, viel Sitzen)
- Ungünstige Ernährung (große Mengen, zuviel Fett/Zucker, gesüßte Getränke)
- Ungünstiges Essverhalten (Essen als Belohnung, aus Langeweile, aus Frust)

Psychodynamik

Zentral in der Psychodynamik der Adipositas ist der **Konflikt** zwischen **Versorgungs- und Verschmelzungswünschen** und der **Angst vor Enttäuschung und Zurückweisung**. Es besteht eine Angst vor psychischem Verhungern, davor, sich selbst nicht mehr zu spüren und fallen gelassen zu werden. Diese Angst wird auf den Körper verlagert und die eigentlichen Bedürfnisse nach Nähe und Berührung werden mit Essen befriedigt (v. HIPPEL & PAPE, 2001). Die Patientinnen hemmen ihre Aggressionen und richten sie gegen sich selbst in Form von Missachtung, von Übergehen eigener Empfindungen und auch durch Verunstalten des eigenen Erscheinungsbildes.

Die Patientinnen kapseln sich ab, verschwinden in ihre innere Welt, die angefüllt ist mit Selbstzweifeln, Selbstabwertung, Selbstvorwürfen und Selbstbeschuldigungen. So können sie Anschuldigungen und Vorwürfen von Außen zwar zuvor kommen, leben aber in ständiger innerer Überforderung. Die Umwelt hingegen erlebt nicht deren inneren Kampf, sondern nimmt eine aggressive Selbstverteidigung sowie Faulheit und Bequemlichkeit wahr.

Aushalten, Durchhalten, Zusammenreißen, Kämpfen, Rackern und Quälen sind häufige Empfindungen adipöser Menschen. Es bauen sich Unlust-Spannungen auf, die mit Essen reguliert werden (v. HIPPEL & PAPE, 2001).

Das Abwehren von Frustrationen, d.h. Enttäuschungen, Trennungen, Ablösungen und Verlusterlebnisse, sowie Leistungsanforderungen und unbefriedigte Situationen steht ebenfalls im Zentrum. Wie auch bei der Anorexia nervosa wird die weibliche Rolle stark abgewertet bzw. abgelehnt und steht in großem Zusammenhang mit Selbstdestruktion.

Bei Gewichtsabnahme adipöser Patientinnen wurde festgestellt, dass es vermehrt zu Ängsten und Depressionen kommt. Viele Patientinnen hatten die Vorstellung von drohender Unterernährung und drohendem Verlust der körperlichen und seelischen Integrität. Sie glauben aber auch, dass mit Gewichtsverlust ihre Probleme verschwinden (HOFFMANN et al., 1999).

Bezüglich Adipositas und Klimakterium bei Frauen steht bei abnehmender körperlicher Attraktivität die Angst vor dem sexuellen Desinteresse der Männer. Ein Teufelskreis setzt ein, Fettsucht stößt den Partner ab, was wiederum zu vermehrtem Essen führt.

Essen bedeutet Ersatzbefriedigung, es wird zum Symbol für Liebe, Nähe und Geborgenheit und es entschädigt für Schmerzen, Verluste und Enttäuschungen. Viele Patientinnen haben wahrscheinlich schon als Kinder gelernt, dass „Süßes“ tröstet und meistens als erstes angeboten worden ist, anstatt in den Arm genommen und getröstet zu werden.

Es beginnt oft schon im Säuglingsalter, dass Eltern verkennen, ob ihr Kind Hunger hat oder aus anderen Gründen schreit, sie bekommen dann etwas „hineingestopft“. Bei fehlender Elternliebe ist „Füttern“ die Schuldentlastung für die emotionale Distanz zum Kind, für die Gleichgültigkeit und innere Ablehnung, die empfunden wird (HOFFMANN et al., 1999).

Füttern steht an Stelle von Sprechen, Spielen, Berühren, von Kontakt.

Familiäre Muster bei Adipositas bei Kindern

- Überfürsorglichkeit, Vermeidung altersgemäßer Herausforderungen, wenig Erfahrungen in sozialer Kompetenz und Autonomie
- Aktivität und Bewegung werden als Handlungs- und Verarbeitungsmöglichkeit nicht gelernt und genutzt
- Gestörte Interaktionsmuster und Kommunikationsprobleme durch Störungen in der Wahrnehmung, Differenzierung und Abgrenzung von Gefühlen und körperlichen Empfindungen
- Konfliktvermeidung aus Angst vor der Bedrohung der Familienidentität, Mangel an Außenkontakten
- Permanente Spannung durch Konfliktvermeidung
- Erzwungener Zusammenhalt statt Privatheit und Individuation
- Eltern geben die Autorität an die Kinder ab, es fehlen somit Strukturen und Leitlinien
- Generationenkonflikte sind vorhanden

Die Einschätzung innerfamiliärer Probleme in Bezug auf die emotionale Reife des Kindes ist von größerer Bedeutung als physische Faktoren; ebenso wichtig sind Stabilität und Wärme innerhalb der Familie. Die Entwicklung von Unabhängigkeit muss gefördert, nicht unterbunden werden.

Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindesalter

- Adipöse Kinder leiden unter den Stigmatisierungen und Reaktionen ihrer Umwelt (Verachtung, Spott)
- Adipöse Kinder leiden schon im Kindergartenalter an dem negativen Bild, das „gesunde Kinder“ verinnerlicht haben (sie wollen nicht mit ihnen spielen)
- Adipöse Kinder entwickeln ein negatives Selbstkonzept und vor allem Mädchen ein niedriges Selbstwertgefühl
- Sie leiden an diffuser Ängstlichkeit, Hemmungen und Depressivität

Es entsteht ein negatives Körperbild/Selbstbild und eine negative Einstellung gegenüber dem eigenen Körper. Dieses kann sich manifestieren und vor allem bei Mädchen über die Adoleszenzperiode hinaus persistieren und Grundlage für die Entwicklung anderer Essstörungen wie die Anorexia und Bulimia Nervosa sein (LAESSLE et al., 2001).

Bei Untersuchungen wird sowohl in Kliniken als auch in ambulanten Privatpraxen festgestellt, dass eine Ausbeutung des Kindes als Kompensation für Enttäuschungen und Unzulänglichkeiten im Leben der Eltern entdeckt wird und das Kind als persönlicher Besitz angesehen wird, das den Eltern als Selbstbestätigung dient (BRUCH 1991).

Das Wichtigste für eine gute Entwicklung der Kinder ist die Förderung von Autonomie, Mitbestimmung bzw. das Treffen eigener Entscheidungen zur Ausbildung von Ich-Stärke. Sie sollen als eigenständige Personen wahrgenommen werden, nicht als Anhängsel z.B. der Mutter. Es soll ihnen Respekt entgegen gebracht, ihre Grenzen anerkannt werden und sie sollten Nein sagen dürfen.

Zusammenfassend sind die Folgen des Übergewichtes in Kategorien einzuteilen. Kurzfristig, d.h. in den aktuellen Lebenssituationen haben die Kinder mit Isolation, Hänseleien, geringem Selbstwert und schlechter Lebensqualität zu kämpfen. Mittelfristig steht eine gute Berufsausbildung auf dem Spiel. Adipöse haben somit oft ein geringeres Einkommen und vor allem Frauen seltener eine Partnerschaft. Die langfristigen Folgen reichen weit ins Erwachsenenalter hinein, angefangen bei Bluthochdruck, einer Neigung zum Schlaganfall und Herzinfarkt wie auch Diabetes, Gicht und Fettstoffwechselstörungen; hinzu kommen Gelenkschäden und eine verkürzte Lebenserwartung (REINEHR et al., 2003).

6 Theoretische Konzepte in der IT

In diesem Kapitel werden diejenigen theoretischen Konzepte der Integrativen Therapie vorgestellt, die in direktem Zusammenhang zum Thema dieser Graduierungsarbeit stehen. Am Anfang steht die Persönlichkeitstheorie, aufbauend folgen die Fünf Säulen der Identität, die in die Klientenvorstellung eingebunden werden.

6.1 Persönlichkeitstheorie

Als Basis dieser Theorie ist die anthropologische Grundformel zu nennen. „Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus, d.h. ein Leib-Subjekt, das in einem unlösbaren Verbund mit dem sozialen und ökologischen Umfeld, der Lebenswelt, steht. Aus der Interaktion mit diesem Umfeld gewinnt er seine Identität“ (PETZOLD, 1996, S.37).

Die Persönlichkeit eines Menschen entwickelt sich aus dem Selbst (Leib-Selbst), dem Ich und der Identität.

Ich möchte an dieser Stelle ein wunderbares Werk von PETZOLD (1981) zitieren, das mich sehr beeindruckt hat. Es ist ein Auszug aus "Theater oder das Spiel des Lebens":

*Ich schaue in den Spiegel... und sehe mich selbst.
Ja, ich selbst bin es! It's me.
Du siehst mich an. Ich sehe, dass du mich siehst,
Wie du mich siehst, mich erkennst, mich kennst.
Ich sehe Dein Erkennen, weiß mich erkannt.
Dein Gesicht ist mein Spiegel.
Du hast Dir ein Bild von mir gemacht.
Es prägt das Bild, das ich von mir habe;
Dennoch, mein Bild, das ich von mir habe,
Unterscheidet sich von dem Bild, das ich von Dir habe.
Ich schaue in den Spiegel und sehe kein Ich.
Ich sehe mein Gesicht, meinen Leib.
Ohne Zweifel – das bin ich selbst. Es ist niemand anderes.
So kenne ich mich und so kennt man mich. –
Ich sehe Dich an. Das bist Du.
Ja, Du selbst bist es, kein anderer.
Ich bin ich selbst. Du bist – ein anderer.
Weil ich weiß, dass die anderen anders sind,
Weiß ich, dass ich selbst bin.
Der Spiegel aus Glas zeigt die Homologie,
Der eines Gesichtes zeigt Gleichheit und Differenz.
Beides führt zu mir selbst und zu Dir.*

6.1.1 Das Selbst

Das Selbst entwickelt sich mit dem Lebensbeginn, es ist unsere Grundlage und es ist in einem ständigen Wachstums- und Veränderungsprozess. Es ist die Leibbasis, d.h. unsere Wahrnehmung, unser Handeln und unser Gedächtnis, es nimmt unsere Erfahrungen auf und basiert auf unserem Selbst-Gefühl.

Unser Leib als solcher ist die Basis menschlicher Existenz und Grundlage des Selbst.

6.1.2 Das Ich

Das Ich entwickelt sich aus dem Selbst, es entsteht Bewusstsein und Kontakt. Es ist nun Wahrnehmen, Erinnern, Handeln und Integrieren möglich. Petzold spricht als Ich „vom Selbst in actu“ (RAHM et al., 1993).

Das Konzept des Ich ist mit der Bewusstheit (*awareness*) und dem Bewusstsein (*consciousness*) unlösbar verbunden.

Aus den Fähigkeiten des Selbst (Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken und Handeln) entwickeln sich die Ich-Funktionen, wodurch Orientierung, Kontakt und Abgrenzung, Exzentrizität und Zentrierung, Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit, wahrnehmen der Umwelt und der eigenen Befindlichkeit, wahrnehmen der Gefühle, Handlung und Durchsetzung, verstehen der Anderen und Rollenübernahme möglich wird. Es entsteht Ich-Stärke.

6.1.3 Die Identität

Obwohl sich das Ich ständig wandelt, hat es in den folgenden zwei Bereichen Stabilität. In der Leiblichkeit des Selbst und in der Permanenz des sozialen und ökologischen Kontextes. Daraus resultiert für das Ich eine Identität im Sinne von überdauernden Konzepten über das Selbst im Kontext.

Identität entsteht aus dem Bild, welches ich von mir selbst habe, wie ich bin, fühle, handle und bewerte und aus dem Bild, wie ich von anderen gesehen werde; es ist ein Integrationsprozess aus Selbstbildern (Identifikation) und Fremdbildern (Identifizierung) (PETZOLD, 1996).

Identität entwickelt sich im Laufe des Lebens durch Begegnung und Auseinandersetzung, durch Korrespondenz und Kooperation, sie verändert sich und sie steht immer in Zusammenhang mit der Leiblichkeit, dem Lebenskontext und der Lebensphase, in der ich mich befinde. Sie ist die Dimension persönlicher und kollektiver Geschichte.

Hilarion Petzold hat in der Integrativen Therapie dazu ein Identitäts - Modell entwickelt, die „Fünf Säulen der Identität“, das im Folgenden, nach einer kurzen Einführung, anhand einer eigenen Klientin vorgestellt werden soll.

6.2 *Fünf Säulen der Identität*

Das Modell basiert auf fünf Säulen, die zusammen die Identität eines Menschen ausmachen. Es ist (a) die Säule der Leiblichkeit, (b) die Säule des sozialen Netzwerkes, (c) die Säule der Arbeit, Leistung und Freizeit, (d) die Säule der materiellen Sicherheiten und (e) die Säule der Werte und Normen. Sie alle sind wichtig zum Überleben und bilden die Säulen des Lebens. Zur Diagnostik sind sie hilfreich, ebenso geben sie Einblick in Fragestellungen in einer bestimmten Lebensphase.

- a) Säule der Leiblichkeit: sie ist zugleich „my body“ und „social body“
- b) Säule des sozialen Netzwerkes: ich bin ihr zugehörig und sie gehört zu mir
- c) Säule der Arbeit, Leistung und Freizeit: ich kann mich in ihr identifizieren und werde durch sie identifiziert
- d) Säule der materiellen Sicherheiten: ökonomische Absicherung und ökologisches Eingebundensein geben mir Identität
- e) Säule der Werte und Normen: sie werden sozial vermittelt, es werden meine Werte und ich teile sie mit anderen (PETZOLD, 1980)

In meiner klinischen und ambulanten Arbeit mit den Säulen verstanden manche Patienten zum ersten Mal warum sie so sind wie sie sind. Durch diese Arbeit konnten sie leiblich begreifen und fühlen wer sie sind.

In den meisten Fällen malen die Patienten die Säulen auf ein großes Blatt Papier und je nach Indikation und Fragestellung besprechen wir sie, bewegen sie und setzen sie in ein neues Verständnis in den Lebensalltag der Klientinnen.

Im Fall der Klientin in dieser Arbeit, im folgenden Frau B.¹ genannt, möchte ich die Betonung auf die erste Säule, die der Leiblichkeit legen in Zusammenhang mit einem weiteren Bild, dem Bodychart (Körperbild). Die restlichen vier Säulen werden kurz angesprochen.

¹ Der richtige Name von Frau B. wird aus Datenschutzgründen nicht genannt; sie gab jedoch ihre Einwilligung zur Darstellung ihrer Situation.

Allein durch das Benennen der Inhalte der fünf Säulen der Identität spürt die Klientin direkt ihre Schwierigkeiten mit der Leiblichkeits- und der Wertesäule, Entspannung und Neugier zu den übrigen drei Säulen.

Ihre spontanen Empfindungen zu den Säulen sind:

- a) Leiblichkeit: schwierig, nervös, unruhig
- b) Soziales: entspannt, ruhig
- c) Arbeit, Leistung, Freizeit: freudig
- d) Materielle Sicherheit: problemlos
- e) Werte: schwierig, Leere, ausweglos, aussichtslos

7 Vorstellung der Klientin Frau B.

Frau B. kommt mit 30 Jahren erstmals zu mir in Therapie. Ziel der Therapie ist die Klärung ihrer Beziehungsproblematik, sowohl im Kontakt zu sich selbst als auch zu Männern.

Die Diagnostik und die Krankheitsgeschichte zeigen eine deutliche Tendenz zur Adipositas.

7.1 Biographie

Ihre Mutter (1938) ist ohne Ausbildung als Sekretärin und später als Chefsekretärin tätig gewesen. Sie zog früh von zuhause aus und lernte ihren Mann erst mit 28 Jahren kennen. Ihr Vater (1941) ist Erzieher und Sozialpädagoge und arbeitete lange in einem Heim für schwer erziehbare Kinder, inzwischen ist er dort Geschäftsführer. Sie sind verheiratet und nach einer Fehlgeburt (ältester Bruder) werden sie und ihr Zwillingbruder geboren, nach zwei Jahren kommt noch eine Schwester zur Welt. Ihre Mutter war vor den Kindern Sekretärin, nun ist sie Hausfrau, die ihre Zeit am liebsten im Garten zubrachte. Ihr Vater ist ein erfolgreicher Geschäftsführer, für sie jedoch unerreichbar und nie da gewesen. Die Beziehung zu ihrer Mutter ist schon immer schwierig, Frau B. kann es ihr nie recht machen und erlebt ihre Mutter oft distanziert, funktional und launisch. Die Beziehung zum Vater verläuft harmonischer und liebevoller. Sie beschreibt sich selbst als Papakind, spürt dann aber, dass sie zu beiden Elternteilen keine wirkliche Nähe und Gefühle hat.

In der Familienanamnese taucht seit Generationen das Thema der Adipositas auf, auch in Verbindung mit daraus resultierenden Krankheiten wie Diabetes mellitus.

Sowohl die Kindergartenzeit wie auch die Schulzeit erlebte sie als schrecklich, sie hatte nie Freundinnen und wenn doch dann wurde sie früher oder später von ihnen enttäuscht. Sie hatten sich als Geschwister, sie waren ein starker familiärer Verbund. Sie ging auf die Haupt- und Realschule und wusste schon sehr früh, dass sie Krankenschwester werden will und sobald wie möglich von zuhause ausziehen möchte. Das tat sie dann mit Beginn ihrer Ausbildung im Alter von 18 Jahren. Nach einigen Jahren machte sie eine Zusatzausbildung zur Fachkrankenschwester und etablierte sich gut in ihrem beruflichen Leben. Beziehungen zu Männern gab es nicht, außer einer kurzen Episode in der Ausbildungszeit.

Psychischer Befund

Ich erlebe sie fast zweigeteilt, die Zeit vor der Ausbildung zuhause und die Zeit danach. Aus der Zeit vor ihrer Ausbildung sind wenige Emotionen spürbar, sie erzählt erst nichts bzw. sehr wenig von ihrer Familie, sie hatte offenbar kaum Freunde. Ihre persönliche Entwicklung schweigt sie aus, vor allem die Pubertät. Es geht wiederholt um Enttäuschungen durch ihr nahe stehenden Menschen.

Die Zeit ab 18 Jahren ist voll gepackt mit beruflichem Werdegang, mit kompensieren über Leistung, Durchsetzungsfähigkeit und Ärger, verbunden mit Ungerechtigkeit. Sie lernt ihre Frau zu stehen und arbeitet sich in eine angesehene Stellung bei ihren Vorgesetzten.

Therapieverlauf

Frau B. ist geprägt von Werten und Moralvorstellungen, die ihr von außen auferlegt wurden. Sie selbst hat auch hohe Maßstäbe und Wertvorstellungen vom eigenen Leben, die ihr einerseits eine sichere Struktur geben und sie gleichzeitig einengen. Pünktlichkeit ist ihre höchste und wichtigste Tugend, sie bekommt Stresssymptome beim zu spät kommen. Sie lebt gut und sicher, solange ihr Gerüst steht; sobald jedoch etwas ins Wanken kommt, gerät sie aus der Fassung. Sie plant, denkt und hat so ihr Leben im Griff. Emotionen, die wehtun könnten werden verdrängt bzw. gar nicht erst zugelassen.

Sie fühlt sich grundlegend allein, sie weint allein und vertraut sich mit ihren Gefühlen niemandem an. Eine Ressource in ihrem Leben war die Familie ihrer Cousine; dort wurde sie angenommen wie sie war, bedingungslos. Ihr größter Wunsch ist es, gesehen zu werden wie sie ist.

Ihre Essstörungsproblematik hängt stark mit Leistung und Disziplin zusammen, in Stresssituationen ist sie angespannt, unruhig und will sich schützen. Dann isst sie mehr, über die Maßen, nimmt zu, ist unzufrieden mit sich und bestraft sich noch zusätzlich mit den Worten disziplinos, schwach und versagt zu haben. Gleichzeitig fühlt sie sich in diesen Phasen des unkontrollierten in sich Hineinschlingens weit weg von sich selbst.

Diese Thematik spürte sie in den Einzelstunden immer wieder und kam dann an ihre Tränen, an die Wut und den Frust, der sie so lange schon begleitet. Sie konnte die Trauer zulassen und spürte dann was sie anstelle von Essattacken eigentlich braucht: Nähe und in den Arm genommen werden. Das hat sie nie erlebt.

So kamen wir immer näher an das tief versunkene Thema der Wut, das nahezu alle adipöse Menschen begleitet. In der Gegenübertragung ist es für mich früh wahrnehmbar geworden, doch sie konnte es lange Zeit nicht annehmen.

Ihr Körpergefühl ist nicht gut ausgeprägt, sie erlebt sich selbst auch als dünnhäutig und schutzlos. In der Pubertät entwickelte sie keinen Kontakt zu ihrem sich verändernden Körper, sie ist sehr unzufrieden mit ihrem Aussehen, fühlt sich schon immer zu dick und befindet sich im Dauerkampf mit ihrem Körper. Sie lebt in Bewertungen, gut - schlecht, dick - dünn, schwarz - weiß, stark - schwach. Sie befindet sich in einem permanenten Auf und Ab des Zu- und Abnehmens. Gewichtskontrolle versucht sie glücklicherweise eher über den Sport als über Diäten zu erreichen.

Diagnose nach ICD-10

E 66.0 Adipositas

F 34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen

Ausschlusskriterien einer Zykllothymia (F 34.0) und einer Dysthymia (F 34.1) sind erfüllt.

Die ambulante Therapie dauerte zwei Jahre, 14tägig als Doppelstunde, 50 Sitzungen. Ich möchte im folgenden Auszüge aus den Therapiestunden vorstellen, die für Frau B. von erheblicher Bedeutung waren und die sie schließlich in einen guten Kontakt mit sich und ihren Themen brachte.

Eine Katamnese erfolgte nach zwei Jahren.

7.2 Erste Säule: Die Säule der Leiblichkeit

Der Leib ist im Verständnis der Integrativen Therapie der „beseelte lebendige Körper“ bzw. „der sich selbst erlebende Körper“ (RAHM et al., 1993, S. 75).

In Frau B.'s gemaltem Bild zur Säule der Leiblichkeit ist eine Zweiteilung sichtbar. Das obere Drittel zeigt ihre Sehnsucht, ein unrealistisches träumerisches Wunschbild mit Märchenschloss, Prinzessin, Rettungsboot, Person mit einem Blumenstrauß und noch andere Situationen. Wir haben die Personen sprechen lassen. Die Prinzessin ist ihr eine wichtige Figur, sie ist eitel, sie ist schön und sie ist stumm. Die Prinzessin braucht keinen Verstand, sie soll nur schön sein. Frau B. spürt die Verbindung zu sich selbst. Sie möchte keine Prinzessin sein, doch sie möchte einmal loslassen können und sich bedienen lassen können, einmal nicht denken und organisieren müssen, sondern bedingungslos angenommen werden ohne vorher etwas dafür geleistet zu haben. Ebenso wichtig ist ihr die neutrale Person; sie ist als einzige farblos, hat nur schwarze Konturen, kein Gesicht und kein Geschlecht, sie trägt Blumen in der Hand. Frau B. sagt, die Person hat die Blumen als Wertschätzung bekommen. Die neutrale Person ist erstaunt und fragt „Wieso, wofür?“ - „Dafür, dass es Dich gibt.“ Frau B. lässt diesen Satz wirken und spürt leiblich die Ehrlichkeit dieser Aussage, sie ist berührt und kann es eine Weile aushalten, doch noch nicht wirklich glauben.

Im unteren größeren Teil des Bildes ist das gemalt was sie zu verkörpern glaubt. Es steht dort eine Frau im Kleid, sie ist kräftig gebaut, mit rosigen Backen, einem Lachen im Gesicht und einer Haube auf dem Kopf. Sie hält einen gebackenen Kuchen in den Händen. Die Klientin sieht sich als Magd, die Bäuerin (die Chefin) ist Frau B.'s Mutter. Als Symbole um die Frau ist ein Herd gemalt sowie Strickzeug, Gartengeräte, Einmachgläser und ein offener Kamin. Das ist die Welt, die Frau B. kennt und die ihr sehr vertraut ist.

Ich arbeite mit ihrem inneren Bild von der Magd. Welche Aufgaben hat sie? Sie erfüllt die Aufgaben, die ihr die Bäuerin gibt, sie ist offen für alle, sie fragt nicht nach, sie funktioniert. Was hat die Magd Wertvolles, Anerkennendes? Frau B. überlegt eine Weile und sagt dann sie sei fröhlich, freundlich und offen. Skepsis bleibt bei Frau B. im Gesicht zurück, ich frage nach, ob das keine schönen Charaktereigenschaften seien. „Doch schon, aber Leistung und gutes Aussehen sind mehr wert ...“, so ihre Antwort.

Ich frage sie noch nach dem Bild der Bäuerin, nach der Frau, die auf dem Hof das Sagen hat. Diese trägt Verantwortung, sie hat eine gewisse Strenge, eine Härte, Macht und sie ist unnahbar. Als ich nach den Gefühlen der Bäuerin frage, sagt sie, die Bäuerin sei spürbar enttäuscht über die geringe bis gar keine Wertschätzung für ihre verrichtete Arbeit.

Frau B. erinnert sich an früher. Als Kinder sind alle drei Geschwister mit aufs Feld und haben bei der Arbeit geholfen. Als sie selbst 10 Jahre alt war, blieb sie

zu Hause und machte den Haushalt (spülen, kochen, putzen, backen). Sie übernahm samstags die Versorgung der fünf-köpfigen Familie. Das war einerseits schön, denn sie war dann allein zu Hause und konnte ihre Musik aufdrehen und laut singen. Andererseits war es auch frustrierend, denn sie wusste schon morgens, dass sie sich abends anhören musste, was sie alles falsch gemacht hat. Sie sieht dies bis heute als selbstverständlich an. Sie sagt „Schade, dass es nicht anders gelaufen ist, dass meine Mutter so ist wie sie ist.“

Im realen Leben von Frau B. ist die Bäuerin natürlich ihre eigene Mutter und es ist in den zwei Jahren Therapie wiederholend Thema, dass sie von ihrer Mutter enttäuscht ist, sich nicht genügend wert geschätzt fühlt, nicht genug bekommen hat und als Tochter nie richtig war.

Im Laufe der nächsten Therapiestunden kommen ihr zu dieser Säule immer wieder Erinnerungen an früher, auch Situationen am Esstisch. So begann sie beispielsweise alles hinunter zu schlingen, um schnell aufgeessen zu haben und schnell wieder allein in ihrem Zimmer sein zu können. Sie hörte Sätze von ihrer Mutter wie „Nimm nicht immer die besten Stücke“.

In den weiteren Stunden begann sie leiblich zu wachsen, mehr zu spüren und Gefühle zuzulassen, dennoch dreht sich das Thema immer wieder darum dick zu sein, sich zu dick zu fühlen. Frau B. sieht oft dickere Frauen an und hat große Angst auch so dick zu werden; sie spürt die Angst leiblich im Herzen.

Im Lauf der Therapie kam sie langsam mit sich und anderen Menschen in Kontakt. Wir bauten in unseren Stunden Räume zum Ausruhen und Schützen, Räume zum Bewegen und Spannungen abbauen und sie konnte Grenzen erfahren, körperlich begreifen, mit Händen fassen. Sie lachte, sie weinte, sie tobte und probierte neugierig aus.

Ihr Körper wurde ihr sicherer und vertrauter, dennoch kam sie oft mit Ohnmachtsgefühlen, als wenn ihr der Boden unter den Füßen weggezogen wird. Diese Ohnmacht entstand im Kontakt mit ihr nahe stehenden Menschen; sie lässt sich von anderen noch schnell verunsichern. Sie beschreibt ihren Mechanismus wie sie aus dem Kontakt geht oder einfach den Menschen ausblenden kann. Sie fühlt sich verletzt, schluckt es hinunter (sie geht teilweise direkt zum Kühlschrank), zieht sich in sich zurück und macht alles mit sich allein aus.

Beim Erzählen spürt sie große Schwere im Körper, sie atmet schwer, steht wackelig auf ihren Füßen und fühlt sich angespannt. Sie sagt, sie kann sich auf eine sanfte Körperwahrnehmung einlassen und beginnt vorsichtig einzelne Körperteile zu wiegen und zu bewegen, die fest gepressten Lippen zu öffnen und auszuatmen und die Füße immer mehr in einen guten Bodenkontakt zu bringen. Nach und nach lässt ihre Anspannung nach und es entsteht eine sanfte Ganzkörperbewegung in ihrem eigenen Rhythmus.

So gab es noch viele Stunden und es gelang ihr auch die Trennung zwischen ihrem Kopf und ihrem Körper aufzuheben; sie fühlte sich nach zwei Jahren „leiblich ganz“.

Ein weiteres Thema zur Leiblichkeit wurde ein Bodychart, ihr Körperbild.

7.2.1 *Das Bodychart*

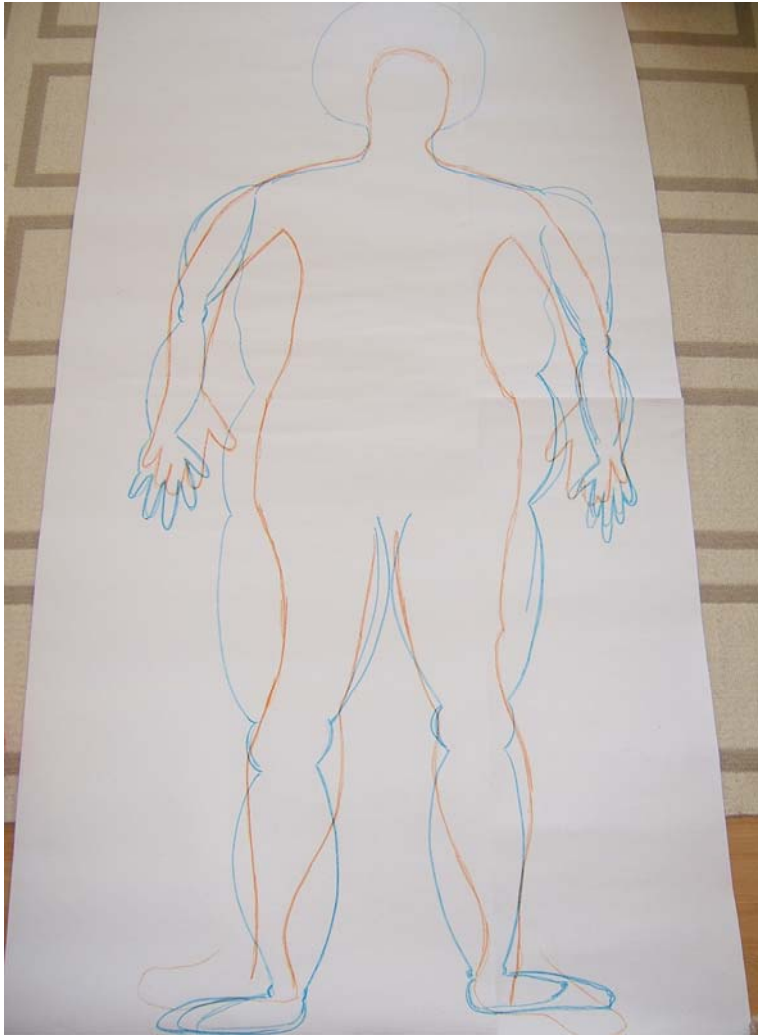
Das Bodychart, auch Körperbild genannt, bezeichnet ein von sich aus dem Körpergefühl heraus gemaltes Bild des Körperumrisses in Lebensgröße und ein anschließender oben auf gemalter realistischer Körperumriss. Das zuerst gespürte Bild wird auf ein Papier am Boden oder an der Wand gemalt und danach wird der reale Körperumriss darüber gemalt. So kann ein Unterschied in der eigenen Körperwahrnehmung zur Realität hin gesehen werden.

Als Einstieg, um sich zu spüren und ihrer Körpergrenzen bewusst zu werden streicht sich Frau B. im Stehen über ihren Körper. Durch das Berühren bekommt sie ein inneres Bild ihres Körperumrisses, ihrer Größe und Gestalt. Dann nimmt sie sich eine blaue Farbe und malt ihren Körperumriss auf ein großes Papier (Fig. 1). Es ist nicht leicht. Sie beginnt am Kopf, der sehr groß wird und malt sich nach unten weiter. Ihre Größe stimmt genau, die Proportionen zueinander sind auch gut, doch der Rumpf und die Schultern sind sehr breit dargestellt. Die Beine und Arme malt sie wie auf einem Anatomiebild in drei schön aussehenden Rundungslinien, nicht in einer Linie aus dem Gefühl heraus. Die Arme sind eher dünn.

„So spüre ich mich, wenigstens passen die Proportionen zusammen.“

Es folgt der nächste Schritt, die Realitätsüberprüfung. Sie legt sich auf ihren Umriss und ich male ihn mit oranger Farbe nach. Er ist deutlich schmaler und der Kopf sehr viel kleiner. Von den Schultern bis zu den Füßen stimmt die Körperlänge genau überein.

Sie ist sehr angenehm überrascht, dass sie so einen „schmalen“ Rumpf vor sich sieht, auch die Beine sind lange nicht so „dick“ wie sie diese befürchtet hat.



Figur 1: Bodychart

7.2.2 *Intermedialer Quergang*

Unter einem intermedialen Quergang versteht man eine Aneinanderreihung verschiedener therapeutischer Interventionen zu einem Thema. In diesem Fall ist es die Bewegung, das Malen und die Sprache.

Bewegung nach einer Musik von Gabriele Roth, im Anschluss daran das Innere in den malerischen Ausdruck bringen und zum Abschluss das Ganze in Worte fassen.

Die Aufgabe zur Musik ist es den Körper von Kopf bis Fuß bewegen zu lassen, so wie er sich bewegen möchte. Angefangen am Kopf, zum Nacken, weiter zu den Schultern und Armen über die Wirbelsäule und den Rücken ins Becken und in die Beine bis zu den Füßen. Die Betonung liegt auf der Sanftheit in den Bewegungen, im Ausatmen und Loslassen.

Nachspüren im Stehen. Wie geht es mir nach dieser ersten Intervention, wie spüre ich meinen Körper bzw. einzelne Körperbereiche jetzt? Welche Atmosphäre ist spürbar?

Das Gespürte nun aufs Papier malen und das Gemalte nachspüren. Wie wirkt das Bild auf mich, welche Emotionen und Regungen sind in mir spürbar? Welche Gedanken gehen mir durch den Kopf? Im Anschluss daran als letzte Intervention wird das Bewegte und das Gemalte in Worte gefasst und damit noch versprachlicht.

Frau B. findet schwer Zugang zur Musik, ihr Oberkörper kommt schwer in Bewegung, die Schultern lassen sich nicht bewegen, sie wirkt gebremst im Ausdruck. Anders ihre Beine, sie sind aktiv und beweglich.

In der Zeit der Bewegung und des Malens ist sie dennoch eher ruhig und bei sich. Sie wählt ausdrucksstarke Farben und es entstehen von innen nach außen Ringe, die immer dicker und undurchdringlicher werden. In der Mitte des Bildes lodern orange-rote Flammen.

Sie selbst erlebt sich als zweigeteilt im Körper: unterhalb des Beckens ist der aktive Teil, die Beine sind ihr Zugpferd; oberhalb des Beckens ist der ruhige Teil. Ich erlebe sie im Oberkörper festgehalten oder etwas zusammen haltend, da darf nichts hinaus.

Ein sich oft wiederholendes Bild in der Bewegungsarbeit mit adipösen Menschen.

Frau B. wird durch das Bild deutlich sichtbar und spürbar, was sie alles in sich trägt, gut geschützt im Oberkörper haltend. Viele Stunden später kommt sie an ihre Wut und schafft es anders als gewohnt mit ihr umzugehen. Anstatt zum Kühlschrank zu gehen und unkontrolliert Dinge in sich hinein zu essen, bleibt sie mit sich im Kontakt und spürt hinein was sie jetzt brauchen könnte. Ihr Körper erzählt ihr Dinge wie „ich möchte jetzt gerne nach draußen gehen und laufen“ oder er sagt ihr, dass „er jetzt eine Pause braucht und sich ausruhen möchte“.

In der nächsten Stunde „füllt“ sie ihren früher gezeichneten Körperumriss; sie bringt zum Ausdruck was in ihr steckt (Fig. 2).



Figur 2: Erweitertes Bodychart (aus Fig. 1)

Auf mich wirkt die Zeichnung noch sehr zart, dünn, schwach und stellenweise noch leer und unausgefüllt. Das darf noch reifen.

Die Arme und Beine (ihre Handlungsorgane) sind weiß geblieben, sie brauchen nichts, sie sind da und funktionieren schon ihr ganzes Leben. Wenn sie Arme und Beine braucht, funktionieren sie ganz selbstverständlich und bringen sie überall hin, erledigen ihre Aufgaben. „Um die brauche ich mich nicht zu kümmern ...“, sagt sie.

Sie hat sich im Bild nur um Kopf und Rumpf gekümmert, denn die waren in ihrem Leben bisher unwichtig und wenig spürbar. Sie malt den Rahmen eines sehr großen Herzens auf Rumpf und Kopf. Ich muss genau hin schauen, es sind so viele Linien auf dem Bild, die beiden Umrisslinien sind schon so kräftig.

Im Unterbauch sind zwei Bilder, zwei Pole, in der Draufsicht links ist eine Wiese mit Baum, Blumen und Hasen, zum Ausruhen, Pause machen und inne halten.

Rechts ist Wasser mit Fisch, Segelschiff und Seestern zum Weiterkommen, -fliesen.

Der Brustkorb besteht aus einer großen Sonne mit grauen Wolken im Hintergrund.

Auch der Kopf ist gefüllt mit Inhalt, quer durchläuft ihn eine Straße, es zweigen schmale Wege davon ab, führen in Fragezeichen, eine blaue Wolke und noch eine Wiese mit Blumen. Das wirkt auf mich sehr gedrängt, eng und ich spüre eine Schwere, wenn ich zur Wolke hin spüre, die für mich wie ein tiefer See aussieht. Sie hat ein bisschen Angst vor den schmalen Wegen, sie weiß nicht wohin sie führen, sie machen Unsicherheit und Kontrollverlust.

7.3 Zweite Säule: Das soziale Netzwerk

Wir sind in Beziehung zu unserer Umwelt und zu unseren Mitmenschen, wir begegnen uns und beziehen uns aufeinander, wir sind in Ko-respondenz.

Frau B. malt eine Sonnenblume mit Blütenblättern, die stellvertretend für Menschen stehen, mit denen sie mehr und weniger Kontakt hat. In der Blütenmitte sitzt sie als Marienkäfer und genießt es, so viele Menschen um sich zu haben. Doch ist sie isoliert und fühlt sich allein. Sie fühlt eine tiefe Traurigkeit in sich, die sie „stille Akzeptanz“ nennt. Sie bemüht sich und fliegt von einem Blütenblatt zum anderen. Zu ihr kommt niemand, sie hat eine klare Abgrenzungslinie um sich herum gelegt, die sie natürlich vor zu viel und zu nahem Kontakt schützt. Auf dem Bild scheinen alle Menschen gleich nah bzw. gleich weit weg von ihr zu sein, es scheint wenig Unterschiede in den Kontakten zu geben.

Wir nehmen das Bild mit in den Bewegungsraum, sie legt den Blütenkreis um den Marienkäfer aus Seilen auf den Boden und setzt sich hinein. Sofort ist ihre Einsamkeit spürbar. Sie sitzt klein, zusammengekauert in ihrem Raum, sie sagt, sie kann nichts mit ihm anfangen. Es ist eine Position des Wartens und des Verharrens, so wird sie ewig sitzen bleiben. Ein wenig Schutz ist spürbar.

Sie fragt mich, wie es weiter gehen kann; sie weiß es nicht, ihr Körper ist stumm, es kommt keine Regung, kein Impuls. Sie wartet bis jemand zu ihr ins Nest geflogen kommt und sie rettet. Sie ist in sich und in ihrer Situation des allein seins gefangen.

Sie möchte, dass ihr die Hand gereicht wird, doch kein Außenstehender kann diesen Wunsch wahrnehmen, und aussprechen kann sie ihn nicht, zu groß ist ihre Angst vor Ablehnung und Enttäuschung.

Nach dieser sehr dichten Stunde kommt sie auf mich zu und lässt sich in den Arm nehmen.

7.4 *Dritte Säule: Die Arbeit, Leistung und Freizeit*

Diese Säule hat Frau B. sehr bunt und lebhaft dargestellt, mit vielen fröhlichen Gesichtern. Auf dem Bild sind viele Details zu sehen und man muss sich Zeit nehmen, um alles zu erfassen. Mit dieser Säule identifiziert sie sich sehr gerne, bewusst und es fällt ihr leicht. Sie übt die Arbeit aus, die ihr Spaß macht und die sie auch erfüllt, sie kann sich darin weiter entwickeln und sie wird immer gebraucht werden als Krankenschwester.

In der Arbeit erbringt sie die von ihr geforderten Leistungen und lebt ihren Freizeitbereich zwischendurch in der Natur aus. Die Ruhe- und Belastungszeiten kann sie in dieser Säule ganz gut managen.

Problematisch für sie sind lediglich die Arbeitszeiten bezüglich einer geregelten Esskultur und einer Umstellung ihrer Essgewohnheiten.

7.5 *Vierte Säule: Die materiellen Sicherheiten*

Frau B. hat diese Säule in Säulenform gemalt, auch hier gibt es eine Zweiteilung in einen kleineren unteren Bereich und einen größeren oberen Bereich. Das untere ist der Sockel, es stellt ihr Elternhaus dar und ihre Zeit zuhause. Dort gab es wenig Materielles, und wenn, dann war es gebraucht von anderen. Der Sockel hat Risse am Boden und Brüche an den Wänden, er fühlt sich sehr leer an.

Ganz anders dazu der obere Bereich; dieser ist ihr Werk, den hat sie sich geschaffen. Auf den Bereich ist sie sehr stolz und es fühlt sich passend und stimmig an. Aus einem dürftigen Sockel wurde eine kräftige Säule. Sie hat inzwischen alles was sie zum Leben braucht: eine Wohnung, eine gesicherte Arbeitsstelle, ausreichend Geld, ein Auto, ...

Diese Säule gibt ihr Kraft und Lebensmut, sie ist eine konkrete Stütze ihrer Identität.

7.6 *Fünfte Säule: Die Werte und Normen*

Mit dieser Säule sei sie sehr geprägt worden, sie empfindet die Normen und Werte als schwierig, belastend und auch aussichtslos. In der zentralen Bildmitte steht oder schwimmt ein massiver Felsblock im Wasser. Um ihn herum sind viele einzelne Symbole gemalt, die für sie wichtige Werte wie Pünktlichkeit, Disziplin, Treue, Liebe, Glauben und Wertschätzung der Anderen repräsentieren.

Sie spürt großen Halt durch diese Säule, gleichzeitig auch große Einschränkung im Leben bis hin zur Hemmung.

Diese Werte fordert sie nicht von anderen Menschen, sie selbst muss sie zu hundert Prozent einhalten, denn sonst bröckelt alles, wie sie glaubt. Sie fühlt sich starr und eingefahren, erkennt aber, dass der Felsblock im Wasser schwimmt und somit verrückbar ist. Sie möchte versuchen, manche Dinge im Leben nicht mehr so streng zu sehen und vieles lockerer anzugehen.

7.7 Ende der Therapie

Mit dem Ende der Therapie hat sich ihre Essstörungsthematik stark verändert. Sie spürt nun sehr viel intensiver ihre Gefühle, vor allem auch die, die sie vorher mit Essen heruntergeschluckt hat. Sie kann mittlerweile ihre Empfindungen schon besser in ihr Leben einbauen und sie hat nicht mehr soviel Angst vor Ablehnung und Zurückweisung.

Durch die leibliche und sprachliche Aufarbeitung ihrer Lebensgeschichte versteht sie sich nun anders und kann vieles einfach stehen lassen. „Ja, so war das bei mir in meiner Familie. Ich werde es inzwischen anders machen, weil ich es anders möchte.“

Frau B. spürt sehr intensiv was sie geleistet hat, sie soll in Worte bringen wie sich das anfühlt. „Gut, zufrieden, Stolz.“ Sie soll einen Satz mit „Ich ...“ beginnen. Sie zögert und spricht aus dem Kopf heraus. „Ich bin stolz ...“, sie soll es immer wieder wiederholen. Der Satz verändert sich mit jedem Mal bis ein ganz berührender, gefühlvoller Satz entsteht, der uns beiden Tränen in die Augen bringt.

„Ich bin stolz auf mein Leben“

Wir spüren dem Satz nach ... das waren zwei Jahre Arbeit ... wunderbar und schön.

7.8 Katamnese nach zwei Jahren

Frau B. hatte sich verliebt, sie spürte jede Menge Gefühle und wusste nicht, wie sie damit umgehen sollte. Sie wollte es anders machen wie früher, sie wollte sich trauen ihre Gefühle zu zeigen. Wir machten eine Übung mit dem leeren Stuhl und stellten fest, dass ihre Lippen erst noch sehr verschlossen blieben, doch sie spürte die vergangenen zwei Jahre Arbeit. Sie ging in den Kontakt mit dem Mann, sie zeigte sich und sie traute sich und sie machte sehr lebendige und intensive Erfahrungen.

8 *Exkurs in die klinische Arbeit: Leib- und Bewegungstherapie mit adipösen Patientinnen*

In der Klinik, in der ich tätig war hatten die adipösen Menschen ein straffes Programm an Sporttherapie wie Wassergymnastik, Walking, Hockergymnastik, etc. und eben auch ein von mir durchgeführtes bewegungstherapeutisches Angebot. In diesen Stunden gab es Inhalte aus dem Tanz, wir machten Wahrnehmungsspaziergänge im Freien und bewegten in den meisten Stunden ein spezielles Thema im Raum, wie zum Beispiel Körperwahrnehmung, das Thema Grenzen setzen, Nähe - Distanz, wir machten Vertrauensübungen, sich in Berührung spüren und berührt sein, Haltungsübungen und vieles mehr. Die Resonanz zu den verschiedenen Stunden war sehr unterschiedlich, je nachdem, was welchen Patienten angesprochen und eben auch leiblich berührt hat. Es gab viel aufgestaute Wut, es flossen Tränen, wir haben oft zusammen gelacht und die Patienten haben in jeder Stunde festgestellt, dass jedes Lebensthema in direktem körperlich-leiblichem Zusammenhang steht.

In den Stunden mit adipösen Menschen spürte ich oft sehr schnell, welche Stimmungen und Emotionen bei ihnen an der Oberfläche liegen. Auch wurde schnell deutlich, um was es geht, und die Patientinnen machten keinen Hehl daraus, was sie bedrückt. Das war einerseits schön und leicht im Umgang mit ihnen, andererseits war es auch grenzenlos und überschwallend, so dass auch klar wird, was diesen Menschen fehlt. Es war eine schwierige Arbeit, sie zu einem gesunden Maß zu bringen, weg von Entweder - Oder, von Alles - oder Nichts.

Nach den Stunden machte ich mir immer Notizen über das Geschehene und meine eigenen Eindrücke und schrieb die Rückmeldungen der Patientinnen zu ihren Empfinden der Stunde auf.

Meine Sätze waren folgende:

- „Die Patientinnen spürten Freude und Lebenslust bis zu dem Punkt, an dem sie körperlich nicht mehr konnten, dann schlug ihre Emotion um in Frust.“
- „Es war eine intensive Stunde, die Patienten wurden zunehmend traurig und niedergeschlagen, sie mögen ihren Panzer nicht.“
- „Die Patientinnen fühlten sich sehr unwohl in ihrem Körper, sie wollten alle raus aus ihrem Körper.“
- „Das Thema war gelungen, sie gingen nachdenklich hinaus und machten intensiv mit.“
- „Atemübungen im Freien - das war gut.“
- „Es war eine abwechslungsreiche Stunde, aus Lachen und Kichern wurde Ernsthaftigkeit und Einlassen.“
- „Die Gruppe war sehr groß, der Raum war sehr klein, aber es war gut, es ging.“

- „Die Stunde war angenehm, sportlich, lustig, körperbetont.“
- „Sie gingen sehr sensibel und behutsam miteinander um.“
- „Es war zäh und anstrengend, es fiel ihnen sehr schwer sich körperlich auszudrücken.“

Es war interessant festzustellen, dass sich die Inhalte in den Bewegungstherapiestunden bei adipösen Menschen nicht unterschieden von denen mit bulimischen und anorektischen Menschen, einzig die Atmosphäre in den Gruppen unterschied sich sehr deutlich (bei rein adipösen, bulimischen und anorektischen Patientengruppen). In den Stunden mit anorektischen Menschen war es sehr still und es war eine angespannte Atmosphäre spürbar. Die jungen Mädchen wirkten sehr angepasst, freundlich lächelnd mir gegenüber auf der Bank sitzend, fast verschwindend in der viel zu großen Turnhalle. Ein völlig anderes Bild boten die Stunden mit bulimischen Menschen. Diese jungen Mädchen hatten Power, sie waren sehr lebendig und ließen mich oft ihre Wut spüren. Sie nahmen sich den Raum, den sie brauchten, zeigten sich mit allem, was sie zu bieten hatten und waren genauso schnell auch erschöpft und mutlos, wenn sie in sich und ihrem Körper ankamen, wenn sie spürten was es neben der Power noch gibt. Ein Hin und Her zwischen Kraft und kraftlos, eben wie die Bulimie.

9 *Schlussbemerkung*

Ich hoffe, es wurde für Sie, die diese Arbeit lesen, spürbar, was adipöse Menschen, vor allem auch schon adipöse Kinder, in ihrem Herzen tragen, wie viel Schwere und Verantwortung, Traurigkeit und Wut. Themen, die eigentlich zu den Aufgaben der Eltern gehören und nicht in eine unbedarfte Kinderseele.

Adipöse Kinder können wenig Selbstvertrauen aufbauen, sie sind nie genug und fühlen sich für viel zu viel verantwortlich oder gar schuldig an Dingen, für die sie nichts können.

Bei allen Übungen geht es um die kleinen, feinen, nicht immer sichtbaren Regungen, Empfindungen und Spannungen im Körper. Diese gilt es bewusst zu machen, ins Bewusstsein rücken zu lassen, mit viel Zeit und Geduld den Abwehrreaktionen und Vermeidungen zu trotzen.

Die Übungen sind für die Patientinnen oft sehr konfrontierend, doch mit Geduld, Verständnis, Empathie und beständiger Begleitung ist vieles wahrnehmbar und dann auch später veränderbar.

Macht man sich als Begleiterin immer wieder bewusst, wo die Patientinnen jeweils stehen und geht man die Sprossen notfalls auch wieder mit ihnen zurück, dann ist es ein schöner Weg zurück ins Leben.

10 Zusammenfassung

Die vorliegende Graduierungsarbeit behandelt das weitgefächerte Thema Essstörungen, wobei der Fokus auf dem Gebiet der Adipositas liegt. Es wird eine eigene Klientin vorgestellt, die zwei Jahre in ambulanter Behandlung mit anschließender Katamnese war.

Anhand der Modelle der Integrativen Bewegungstherapie sowie dem Konzept der „Fünf Säulen der Identität“ wird auch die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie beleuchtet.

Bei der eigenen Klientin liegt das Hauptaugenmerk auf der Darstellung der Säule der Leiblichkeit, einschließlich eines Bodycharts.

Zum Abschluss dieser Arbeit folgt ein Exkurs in die eigene klinische Arbeit mit essgestörten Patientinnen.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Essstörungen, Fünf Säulen der Identität, Leiblichkeit, Adipositas

Summary:

This thesis deals with the broad field of eating disorders and focusses on adiposity. A client is introduced who had been in ambulant therapy with the author of this thesis for two years. A succeeding catamnesis has taken place.

Based on the model of the integrative body- and movement therapy as well as on the concept of the „Five Columns of Identity“, the personality theory of the integrative therapy is being highlighted.

Main objective of the introduced client is the description of the column of corporality including a bodychart.

A brief description of personal experiences with patients with eating disorders in clinical work is provided at the end.

Keywords: integrative therapy, eating disorder, Five columns of Identity, corporality, adiposity

11 Literatur

- BENÖLKEN, M. (2003): Adipositas und Depressivität im frühen Jugendalter. Der Einfluss von Geschlecht und Selbstwahrnehmung. Europäische Hochschulschriften. Verlag Peter Lang. Frankfurt a. M.
- BUCHHOLZ, H. (2001): Die verzehrte Frau. Anorexie und Bulimie im Spiegel weiblicher Subjektivität. Leske + Budrich. Opladen.
- BRUCH, H. (1991): Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Fischer. Frankfurt a.M.
- CIERPKA, M., REICH, G. (2001): Psychotherapie der Essstörungen. Thieme. Stuttgart.
- CUNTZ, U. (2001): Verhaltenstherapeutische Behandlung der Adipositas. In: CIERPKA, M., REICH, G. (2001): Psychotherapie der Essstörungen. S.211-226. Thieme. Stuttgart.
- CUNTZ, U., HILLERT, A. (2000): Essstörungen – Ursachen, Symptome, Therapien. Beck. München.
- DEUTSCHE ADIPOSITAS GESELLSCHAFT (2000): Leitlinien zur medizinischen Diagnostik und zur Behandlung der Adipositas. Demeter-Verlag.
- HABERMAS, T. (1994): Zur Geschichte der Magersucht. Fischer. Frankfurt a.M.
- HAUSMANN, B., NEDDERMEYER, R. (1996): Bewegt Sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Junfermann. Paderborn.
- HIPPEL, A. v. PAPE, I. (2001): Psychodynamische und familienorientierte Behandlung von Adipositas. In: CIERPKA, M., REICH, G. (2001): Psychotherapie der Essstörungen. S.190-210. Thieme. Stuttgart.
- HIRSCH, M. (1989): Der eigene Körper als Objekt. Springer. Berlin.
- HÖHMANN-KOST, A. (2002): Bewegung ist Leben. Integrative Leib- und Bewegungstherapie, eine Einführung. Huber. Bern.
- HOFFMANN, S.O., HOCHAPFEL, G. (1999): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer. Stuttgart.
- JOHNSTON, A. (1998): Die Frau, die im Mondlicht ass. Die uralte Weisheit von Märchen und Mythen hilft Frauen, Essstörungen zu überwinden. Knauer. München.
- LAESSLE, R., LEHRKE, S., WURMSER, H., PIRKE, K.M. (2001): Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basiswissen und Therapie. Verlag Springer. Heidelberg.
- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft für Adipositas im Kindesalter (AGA). Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas. URL <http://www.a-g-a.de/Leitlinien/leitlinien.html>.

- MAHLER, M.S. (1975): Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline-Phänomenen. In: *Psyche* 29, 1975, S.1078-1095.
- MASSING, A., REICH, G. & SPERLING, E. (1999): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. (4.Aufl.) Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- PETZOLD, H.G. (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn.
- PETZOLD, H.G. (1981): Theater oder das Spiel des Lebens. Flach, Frankfurt.
- PETZOLD, H.G. (1991): Integrative Therapie. Band I – III. Junfermann, Paderborn.
- PETZOLD, H.G. (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Band I /II. Junfermann, Paderborn.
- RAHM, D., OTTE, H., BOSSE, S., RUHE-HOLLENBACH, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Junfermann, Paderborn.
- REICH, G. (1994): Defektes Selbst – Defekter Körper – Destruktiver Narzissmus bei der Bulimie. In G. H. SEIDLER (Hrsg.), *Das Ich und das Fremde. Klinische und sozialpsychologische Analysen des destruktiven Narzissmus* (202-228). Opladen. Westdeutscher Verlag.
- REICH, G. (2003): Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe. Göttingen.
- REINEHR, T., Dobe, M., Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Verlag Hogrefe. Göttingen.
- RUDOLF, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Thieme. Stuttgart.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1978): Magersucht. Klett-Cotta. (dt.1982).
- STUNKARD, A.J., PUDEL, V. (1996): Adipositas. In: v. Uexküll, T.: *Psychosomatische Medizin*. S.581-598. Urban & Schwarzenberg. München.
- THOMÄ, H. (1961): Anorexia Nervosa. Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht. Huber-Klett, Stuttgart.
- VAN MENS-VERHULST, J. (1993): Töchter und Mütter. Weibliche Identität, Sexualität und Individualität. Kohlhammer. Stuttgart.
- WABITSCH, M. (2002): Adipositas. In: DÖRR, H.G. & RASCHER, W.: *Praxisbuch Jugendmedizin*. Verlag Urban & Fischer. München.
- WAIBEL, M.J., JAKOB-KRIEGER, C. (2009): Integrative Bewegungstherapie. Schattauer. Stuttgart.
- WARDETZKI, B. (1991): Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung. Kösel. München.
- WARSCHBURGER, P., PETERMANN, F. (2008): Adipositas. Hogrefe. Göttingen.

- WEBER, G. & STIERLIN, H. (1989): In Liebe entzweit. Die Heidelberger Theorie der Magersucht. Reinbek. Rowohlt.
- WHITE, M. (1983): Anorexia Nervosa. A transgenerational system perspective. *Fam. Process*, 22, S.255-273.
- WILLENBERG, H. (1989): "Mit Leib und Seel' und Mund und Händen". Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexie und Bulimie. In: HIRSCH, M. (1989): *Der eigene Körper als Objekt*. Springer. Berlin.
- WHO (2001): *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Huber. Bern.