

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen Dr. phil. **Sylvie
Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Ausgabe 18/2008

Der eigene Ort - Safe Place-Arbeit mit essgestörten Jugendlichen in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

*Ute Elisabeth Hensler**

* [Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, 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: \[EAG.FPI@t-online.de\]\(mailto:EAG.FPI@t-online.de\), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>\) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: \[www.fpi-publikationen.de/polyloge\]\(http://www.fpi-publikationen.de/polyloge\) Graduierungsarbeit aus dem Jahre 2006](#)

1. EINLEITUNG.....	3
2. ZUM FORSCHUNGSSTAND DER ESSSTÖRUNGEN	3
2.1. SYMPTOMATIK, DIAGNOSE UND DIFFERENTIALDIAGNOSE	3
2.2. ÄTIOLOGIE.....	5
2.2.1. <i>Das Identitätskonzept und der „informierte Leib„</i> ,	5
2.3. PSYCHODYNAMIK UND PSYCHOTHERAPIE	7
3. DIE FACHKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN BAD NEUENAUH.....	8
3.1. DIE KÖRPERTHERAPIE AN DER FACHKLINIK S. 154-174.	9
4. DAS KONZEPT DES SAFE PLACE	10
4.1. DER MÖGLICHKEITSRAUM.....	11
4.2. „THE CAPACITY TO BE ALONE„, UND DER BEZUG ZUR BINDUNGSTHEORIE	12
4.3. DIE ERLAUBNIS ZUR ABGRENZUNG	14
5. SCHLUSSBETRACHTUNG	16
6. ZUSAMMENFASSUNG	17
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	17

1. Einleitung

Wer schön sein will, muss leiden? Hat der Suppenkasper gute Laune, ist die Prinzessin auf der Erbse vergnügt? Essstörungen haben Konjunktur, zahlreich sind die Einflüsse geworden, die sie begünstigen können und diejenigen, die davon betroffen sind, leben unter hohem inneren Erfolgsdruck.

„Die Waage ist in den letzten Wochen neben dem Sportbecken in der Schwimmhalle und dem nagenden Hungergefühl im Bauch zu meiner besten Freundin, meiner engsten Vertrauten geworden. Jeden Morgen und jeden Abend stelle ich mich darauf, manchmal auch zwischendurch. Obwohl ich mit dem Ergebnis meistens unzufrieden bin, sind diese Momente doch das Einzige, was meinem Leben noch eine Richtung gibt, ein Ziel., (Fehér 2002, 94). Diese Worte aus der aufgezeichneten Geschichte einer Magersucht lassen ahnen, wie sehr eine Essstörung auch eine beschädigte Bindung an das Leben sein kann.

In meiner Arbeit als Körpertherapeutin an einer kinder- und jugend-psychiatrischen Klinik begegnen mir viele essgestörte Patientinnen und das Verfahren der Integrativen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie stellt für mich den Rahmen dar, der eine breite praktische Vielfalt und fundierte theoretische Orientierung bereitstellt. So betrachte ich das Fokussieren auf potentiell projektive Faktoren wie z.B. positive Temperamenteigenschaften oder das Erleben von Selbstwirksamkeit (vgl. Petzold/Müller 2001) als besonders ange-messen für die Arbeit mit essgestörten Jugendlichen, wie auch die grundlegende Ausrichtung, vorhandene Ressourcen zu stärken (vgl. Metzmacher/Zaepfel 2002). Auch das Konzept der „Vier Wege der Heilung und Förderung,“ (vgl. Petzold 1988), insbesondere die Bewusstseinsarbeit und das „Nachbeeltern,“ stellen für mich immer wieder eine konzeptuelle Orientierung dar, wenn man die Rigidität und den kritisch-lieblosen Blick bedenkt, mit dem sich essgestörte Patientinnen meist selbst bewerten.

Um Essstörungen auch übergreifend, d.h. mehrperspektivisch zu verstehen, nicht nur tiefenpsychologisch und/oder verhaltenstherapeutisch orientiert, sondern auch soziokulturelle und neurobiologische Fragen einbeziehend, ist das Konzept des „informierten Leibes,“ (Petzold 2002) grundlegend.

Aufmerksam auf das Bauen von Safe Places haben mich zunächst die Kinder unserer psychiatrischen Klinik gemacht, die immer wieder mit Eifer und Lust Burgen, Höhlen und Iglus bauten, sich darin zurückzogen, hervorkamen zum Spielen oder Kämpfen, um sich dann drinnen wieder auszuruhen. Weniger verspielt, doch ebenso interessiert suchen auch die Heranwachsenden nach Formen, um sich zurückziehen zu können, sich unsichtbar oder unerreichbar zu machen. Der Wunsch nach Höhlen- oder Hüttenbau wurde wiederkehrend ausgedrückt und ich war überrascht über die vielen kreativen Varianten, die mit den immer gleichen Mitteln der Matratzen, Decken, Seilen und Kissen entstanden sind. So bildete sich bei mir die Frage heraus, was sich hinter diesem Bedürfnis verbergen könne und der Wunsch, die Beobachtungen, Rückmeldungen, atmosphärischen Eindrücke zu systematisieren und besser zu verstehen. Das Konzept, das *Katz-Bernstein* im Rahmen der Integrativen Therapie zur Arbeit mit dem Safe Place erarbeitet hat (vgl. *Katz-Bernstein* 1996, 2004), bot mir dafür eine geeignete Orientierung.

Ich werde nun im Folgenden einen Überblick geben über den Forschungsstand bei anorektischen und bulimischen Essstörungen, wobei ich insbesondere die Sichtweise der Integrativen Therapie miteinbeziehen werde, denn sie kommt aufgrund ihrer umfassenden Ausrichtung auch in diesem Bereich zu detaillierten Ergebnissen. Dann werde ich den klinischen Rahmen beschreiben, in dem ich als Körpertherapeutin arbeite und anhand von drei Prozess-Ausschnitten mit Patientinnen die Arbeit mit dem Safe Place veranschaulichen und theoretisch vertiefen.

2. Zum Forschungsstand der Essstörungen

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Stand der Forschung dargestellt. Der erste Abschnitt behandelt die Symptomatik, Diagnose und Differentialdiagnose von Anorexie und Bulimie, die, zwar hinlänglich bekannt, der Vollständigkeit halber aber erwähnt werden. Der zweite Abschnitt befasst sich mit Erklärungsmodellen, hier werden die gängigen Hypothesen der unterschiedlichen Therapieschulen erläutert; es würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, dies allzu ausführlich zu tun. Zwei Bereiche werde ich jedoch vertiefend herausgreifen, das Identitätskonzept und das Leibverständnis der Integrativen Therapie, denn diese tragen meiner Ansicht nach zu einem tieferen Verständnis bei. Im dritten Abschnitt kommen die Psychodynamik und Psychotherapie der Essstörungen zur Sprache.

2.1. Symptomatik, Diagnose und Differentialdiagnose

Das Symptombild der Anorexia nervosa (AN) lässt sich folgendermaßen beschreiben:

"(1) Es liegt ein substantielles Untergewicht vor, mindestens 15-25% unter dem Normalgewicht, das selbst herbeigeführt wurde und nicht auf eine körperliche oder andere seelische Erkrankung zurückzuführen ist.

(2) Wesentliches psychisches Symptom ist die Angst vor einem normalen Körpergewicht und das damit einhergehende Bestreben, durch Fasten und exzessive Aktivität das Körpergewicht auf ein minimales Maß zu drücken. Magersüchtige streben meist ein Gewicht an, das noch unter ihrem subjektiven Wunschgewicht liegt, um sich so eine Sicherheitsmarge für den ständig gefürchteten Fall zu verschaffen, daß ihre Selbstkontrolle zusammenbricht und sie doch mehr essen als gewollt.

(3) Das Symptom des Untergewichts hat eine positive subjektive Valenz. Folglich besteht keine Krankheitseinsicht, vielmehr wehren sich Betroffene mit aller Energie gegen jeden Versuch, sie zum Essen zu bewegen.

(4) Der körperliche Verfall und seine Bedrohlichkeit werden verleugnet. Nicht untypisch ist die Aussage "Es ist mir noch nie so gut gegangen", mit der der untergewichtige Zustand verteidigt wird." (*Habermas* 1998, 1069f).

Die Symptome der Bulimia nervosa (BN) zeigen

"(1) das häufige Auftreten von zeitlich begrenzten Heißhungeranfällen, in denen eine subjektive Mengengrenze überschritten und deshalb ein Kontrollverlust erlebt wird, der dann meist zum Weiteressen führt ("jetzt ist es ohnehin egal") sowie

(2) Körpergewichtskontrolle durch Fasten, provoziertes Sich-Übergeben (meist nach Heißhungeranfällen) bzw. Verwendung von Abführ- und Entwässerungsmitteln.

Eine solche bulimische Symptomatik kann auch im Rahmen einer Magersucht auftreten; von einem eigenen Krankheitsbild der Bulimie spricht man allerdings nur, wenn sie ohne Magersucht, also bei Normalgewicht auftritt. Unter Bulimie leidende Personen streben das soziale Ideal eines attraktiven, schlanken Körpers an, nicht das Untergewicht der Magersucht....Meist beginnt die Bulimie mit Versuchen zur Gewichtsreduktion durch eine Beschränkung der Nahrungsaufnahme, worauf Hungerdurchbrüche folgen und schließlich Maßnahmen, um das Gegessene wieder aus dem Körper zu entfernen, bevor es verdaut wird. Bei manchen beginnt die Bulimie aber auch mit Essanfällen oder provoziertem Erbrechen." (*ibid.*, 1070)

Auf der körperlichen Ebene treten Veränderungen ein wie trockene, schuppige Haut, beeinträchtigt Körperlängenwachstum und verzögerte Pubertätsentwicklung, Lanugobehaarung (nur bei AN), ausgeprägte Karies und Speicheldrüsenschwellung (nur bei BN); Blutbildveränderungen, Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse; zerebrale Anfälle, Osteoporose. (vgl. *Herpertz-Dahlmann*, 673).

Als Diagnose-Kriterien für die Anorexia nervosa legt die ICD-10 fest:

- ein BMI von 17,5 und weniger oder ein Körpergewicht von mindestens 15% unter dem erwarteten
- der Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt durch Vermeiden hochkalorischer Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: übertrieben körperliche Aktivitäten, selbst induziertes Erbrechen oder Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.
- eine Körperschema-Störung liegt vor
- eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Mädchen als Amenorrhoe, bei Jungen als Libido- und Potenzverlust manifestiert
- pubertäre Entwicklungsschritte sind verzögert.

Es muss differentialdiagnostisch geklärt werden, ob somatische Erkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Zöliakie, Diabetes mellitus oder Hypothyreose vorliegen. Anorektische Syndrome können auch im Rahmen anderer psychiatrischer Erkrankungen auftreten (z.B. depressive oder Zwangsstörungen, affektive Störungen), hier fehlt jedoch meist die Körperschema-Störung (vgl. *Herpertz-Dahlmann*, 681).

Die diagnostischen Leit-Kriterien für Bulimia nervosa definiert die ICD-10 durch

- eine andauernde Beschäftigung mit und unwiderstehliche Gier nach Essen; Essattacken
- der dickmachende Effekt des Essens soll aufgehoben werden durch selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern
- krankhafte Furcht, dick zu werden mit Festsetzen einer zu niedrigen Gewichtsgrenze.

Auf somatischer Ebene müssen hier Störungen des Gastrointestinaltraktes (Erbrechen) sowie Tumoren des ZNS und Schädel-Hirn-Traumata (Heißhungerattacken) ausgeschlossen werden; psychiatrisch muss von depressiven Störungen und Störungen der Persönlichkeit differenziert werden.

2.2. Ätiologie

"Es darf als gesichert gelten, dass die Entstehung einer Essstörung 'multifaktoriell' verursacht wird. In Betracht zu ziehen sind individuelle und soziokulturelle Faktoren, biologische Faktoren (genetisch, neurochemisch) und Lebensereignisse und chronische Belastungen." (Leibl et al., 2001, 605)
Beim Auftreten der AN sind häufig Störungen der Entwicklung von Identität und Autonomie wirksam. Die Patientinnen haben oft Schwierigkeiten bei der Ablösung von der Familie und Probleme, die ureigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen. Dies kann begleitet sein von einem tiefen Gefühl der Wertlosigkeit (vgl. Bruch, 2002, 64).

Zu den familiären Dispositionen wurden aus familientherapeutischer Sicht typische Transaktionsmuster anorektischer Familien angenommen: Verschmelzung, Rigidität, Überbehütung und Konfliktvermeidung (Minuchin et al., 1978 in *Herpertz-Dahlmann*, 2003, 679), doch *Herpertz-Dahlmann* weist darauf hin, dass in empirischen Untersuchungen nur wenige dieser Transaktionsmuster, teilweise sogar entgegengesetzte Verhaltensweisen nachgewiesen werden konnten (*ibid.*).

Reich und *Cierpka*, die ein schulenübergreifendes, psychoanalytisch und familientherapeutisch geprägtes Therapiemodell vertreten, betonen jedoch den Einfluss der Familie, die zwar nicht im Sinne einer linearen Kausalität durch dysfunktionale Dynamik eine Essstörung hervorruft, aber erheblich zu positiven Veränderungen wie auch negativen Entwicklungen beiträgt. Sie gehen davon aus, dass sowohl ein Überengagement der frühen Bezugspersonen als auch eine zu geringe Beteiligung an der kindlichen Entwicklung zu nicht-feinfühligem Interpretationen des kindlichen Selbstausdrucks führt. Dadurch können die Kinder und Jugendlichen anfälliger werden für Selbstregulationsschwierigkeiten. (vgl. *Reich / Cierpka*, 1997).

Sexueller Missbrauch wird nach der Mehrzahl kontrollierter Studien eher als unspezifischer denn als spezifischer Risikofaktor angesehen, bzw. als Risiko für das Auftreten einer psychiatrischen Erkrankung, nicht aber speziell für das einer Essstörung (vgl. *Thiels*, 2004, 23).

Ähnlich wie bei der AN werden auch für die BN Autonomie- und Identitätskrisen, sowie Störungen der frühen Objektbeziehungen mit schwachen oder gestörten Mutterbeziehungen angenommen (vgl. *Steinhausen* 1997, 180).

Bei den biologischen Faktoren werden Beeinträchtigungen des Serotonin-Systems, Zusammenhänge zu perinatalen Komplikationen und die Neurotransmission der Appetitregulation untersucht. (*Leibl* *ibid.*, 606)
Soziokulturelle Faktoren wie das dominierende Schlankheitsideal, die Zugehörigkeit zum westlichen Kulturkreis und zum weiblichen Geschlecht wirken prädisponierend, auch besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Diätverhalten und dem Auftreten einer Essstörung. (*Steinhausen* *ibid.*, 177)

Auffallend ist bei der Sichtung der Literatur zur Ätiologie der Essstörungen, dass, obwohl eine multifaktorielle Genese allgemein angenommen wird, den intrapsychischen, auf frühen Erfahrungen beruhenden Erklärungsmodellen mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird als der Einbeziehung der soziokulturellen Einflüsse; ist dies möglicherweise eine Folge der psychoanalytischen Tradition? Ich möchte dies zum Anlass nehmen, anhand des Identitäts- und des Leibkonzeptes der Integrativen Therapie eine mehrperspektivische Sichtweise darzustellen.

2.2.1. Das Identitätskonzept und der „informierte Leib,,

Das Paradigma der zwingenden Folge „Frühe-Störung-späte-Schäden,, wird zum Einen durch die Ergebnisse der Säuglings – und Bindungsforschung (der „umweltresistente Säugling,, Ernst 1993; der „kompetente Säugling,, Dornes 2001), zum Anderen durch Längsschnitt-Untersuchungen in Frage gestellt bzw. relativiert. Ebenso verdeutlicht die Hirnforschung mit einer Flut von Veröffentlichungen, in welchem hohem Maße das menschliche Gehirn neuroplastisch und damit lernfähig ist (vgl. *Ratney* 2001; *Petzold* 2002). So ist es sinnvoll, sich an einem „lifespan-developmental-approach,, einer „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne,, auszurichten (*Oerter et al.* 1998; *Petzold* 1990, 1993), ein Ansatz, dem die Integrative Therapie schon lange verpflichtet ist, der „die lebenslangen Entwicklungsmöglichkeiten und die Selbstwirksamkeit des Menschen als 'makers of their own development' betont,, (*Petzold* 1993, 10) und der deshalb folgerichtig nicht nur die Risikofaktoren, sondern auch salutogenetische und protektive Wirkfaktoren in den Blick nimmt (*ibid.*)

Betrachtet man nun die Entwicklungsaufgaben, die in der Adoleszenz anliegen – das Aufbauen von Selbstwertgefühl, Identität und Individualität, die Fähigkeit zu Selbstbehauptung einerseits und Intimität andererseits -, so gilt es, auch den gesellschaftlichen Kontext miteinzubeziehen, in dem diese Identitätsentwicklung sich vollzieht. In einer Zeit sich auflösender Märkte und Bindungen und (be-)drängender globaler Fragen beschreiben *Metzmacher* und *Zaepfel* die Herausforderungen einer postmodernen Identitätsbildung, die an Heranwachsende in einer komplexer und widersprüchlicher gewordenen Umwelt gestellt werden:

„Kinder der Postmoderne wachsen in eine Welt hinein, die einem gigantischen 'Multiple-Choice-Test' gleicht. Es ist nie erlaubt, nur eine Lösung anzukreuzen. Das werdende Leben muss sich so rüsten, dass es eine Selbst- und Ich-Struktur ausbildet, die einer Art privater Ozonschicht gleicht. Postmoderne Vielfalt droht nämlich toxisch zu werden, d.h. Heranwachsenden [...] drohen u.a. die folgenden Gefahren:

- das werdende Ich zerfließt im Möglichkeitsraum
- es gerät in eine Art Präsenzpsychose, dh. eine ständig zunehmende Hyperaktivität versucht der Angst Herr zu werden, den Anschluss zu verpassen [...]
- das Ich verfällt in eine Art Entscheidungsparalyse: 'ich könnte alles tun und mache darum nichts' bzw. 'ich habe alles zur Auswahl und kann mich für nichts entscheiden', (*Metzmacher/Zaepfel* 1996, 57f).

Das Identitätskonzept der Integrativen Therapie nimmt so die „mannigfaltige soziale Bestimmtheit durch multiple gesellschaftliche Wirklichkeiten,“ (*Petzold* 2001, 17) in den Blick und weist auch dezidiert auf den manchmal immensen Druck des „In-Seins,“ hin, der in Jugendkulturen herrschen kann. Trends, Moden, auch Schönheits-vorstellungen werden teilweise unreflektiert übernommen, Cliques und „life style communities,“ stellen machtvoll Sozialisationsmechanismen dar, so dass es zu kurz greift, die Entstehung von Essstörungen einseitig aus frühen Störungen abzuleiten. (vgl. *Frewer, Sieper, Petzold* 2004). Kommen noch andere „critical life events,“ hinzu, wie z.B. negative, mit Abwertungen verbundene Erfahrungen im Lebensfeld Schule, die eben oft auch auf die leibliche Identität verletzend abzielen, kann auch dies zu einem pathogenen Einfluss werden (*ibid.*, 344).

Dies führt zum Leibkonzept der Integrativen Therapie, denn der Körper bzw. die Leiblichkeit stellt eine der fünf „Säulen der Identität,“ dar, Kernbereiche des Lebens, in denen Menschen ihre Identität entwickeln. Das Leibkonzept umfasst die Auseinandersetzung mit phänomenologischer Leibtheorie (*M. Merleau-Ponty, H. Schmitz*), kritischer Leibphilosophie (*F. Nietzsche, M. Foucault*) und neurowissenschaftlichen Ergebnissen (*A. Ukhomskij, A. Lurija, A. Damasio, E. Kandel* u.a.). Die ebenfalls dem Leibverständnis zugrunde liegende Theorie des „leibhaftigen komplexen Lernens,“ beinhaltet zum Einen das Konzept des „Leibgedächtnisses,“ das die neuronalen Speichersysteme des sensorischen und des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses, die immunologischen Speichersysteme und auch das „genetische Gedächtnis,“ umfasst und das gewissermaßen das Gedächtnisarchiv gelebter Biographie darstellt (vgl. *Petzold* 2002j); zum Anderen wird der Leib dadurch, dass er beständig in sich verschränkenden Verarbeitungsprozessen von Umwelt-Inputs und den damit verbundenen cerebralen Aktivitäten steht, zum Ort „komplexen Lernens,“; dies macht ihn unter gleichzeitigem Rückgriff auf das Leibgedächtnis zum „informierten Leib,“ (*ibid.*).

Anders ausgedrückt gilt für das integrative Leibkonzept, in dem, wie gesagt, phänomenologische, leibkritische, neurowissenschaftliche und biopsychologische Theoreme verbunden werden: „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. Der Leib wird damit '*informierter Leib*' (*Frewer, Sieper, Petzold* 2004, 347 H.i.O.).

Dieser theoretische Rahmen öffnet auch das Feld für weiterführende Fragen, z.B. inwieweit Prozesse dysfunktionalen Lernens im Umgang mit der eigenen Leiblichkeit von Bedeutung sind, denn so wie es ein Schmerzgedächtnis oder ein Suchtgedächtnis gibt, kann auch ein „Essgedächtnis,“ vermutet werden. In diesem sind Essgewohnheiten gespeichert, die ihre Bedeutung und Funktion haben und die verstanden werden wollen, bevor man sie behandeln bzw. verändern kann (*ibid.*, 348).

Die Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen einer PTBS-Physiologie und einer Essstörungs-Physiologie kann hier nur gestreift werden; sie ist es aber wert, vertieft untersucht zu werden, weil in den Biographien vieler essgestörter Mädchen und Frauen Gewalt- und Missbrauchserlebnisse vorhanden sind (*ibid.*).

Insgesamt sind hier korrigierende Erfahrungen möglich, denn mit dem Bereitstellen von „multiplen sensorisch-stimulierenden Angeboten,“ können zu vorhandenen, dysfunktionalen Gedächtnisinhalten neue, alternative Erfahrungen hinzugefügt und verankert werden; „movement produced information,“ ermöglicht es, bei guter Wiederholung und Übung, neues Lernen im „informierten Leib,“ zu integrieren. (vgl. *Petzold* 2002j).

2.3. Psychodynamik und Psychotherapie

Anorexia nervosa und Bulimie treten gehäuft in der frühen und mittleren Adoleszenz auf, in einer Phase, in der mehrere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind. Das Sich-Ablösen von den Eltern im Sinne einer altersentsprechenden Eigenständigkeit und Identitätsentwicklung, das Regulieren des labilen Selbstwertgefühls, das Integrieren des sexuell reifenden bzw. gereiften Körpers zu einer eigenen sexuellen Identität sind die Anforderungen, mit denen es sich auseinanderzusetzen gilt.

"Die Magersucht scheint in dieser Situation eine doppelte Lösung zu bieten: Mit dem erfolgreichen Abmagern ergreifen die Mädchen die Initiative und die Kontrolle über ihre Situation. Einerseits behaupten sie sich gegenüber ihrem reifenden Körper, indem sie ihn auf sein präpubertäres Maß reduzieren und damit sowohl die von ihm ausgehenden sexuellen Regungen wie die Reaktionen anderer bekämpfen. Andererseits behaupten sie sich gegenüber ihren sie bald zum Essen drängenden Eltern und individualisieren sich so subjektiv von der Familie, ohne sich von ihr lösen zu müssen, denn die Symptomatik führt im Gegenteil zu einer zusehenden Isolierung von Gleichaltrigen und Verstrickung mit den Eltern. So verstanden stellt die Magersucht einen neurotischen Bewältigungsversuch zweier zentraler Entwicklungsaufgaben der frühen und mittleren Adoleszenz dar...

In der bulimischen Symptomatik äussern sich deutlicher als in der Magersucht Trennungskonflikte; mit der Enthaltbarkeit und Gewichtskontrolle fliehen die Betroffenen (wie die Magersüchtigen) in eine Art Pseudoautarkie, doch 'befriedigen' sie im Essanfall zugleich triebhafte Wünsche nach Nähe und Versorgung." (*Habermas, ibid., 1071f*)

Aus psychoanalytischer Sicht haben *Hoffmann/Hochapfel* die nachfolgenden Hypothesen zur Psychodynamik formuliert, in Anlehnung an das Modell von *H. Bruch*:

- die zentrale Abwehr vieler Patientinnen richte sich gegen die Übernahme der weiblichen Rolle, gegen weibliche Sexualität und sexuelle Regungen, gegen weibliche, runde Körperformen. Das Entwickeln einer weiblichen Sexualität und Identität werde so verweigert.
- das Hungern als eine Möglichkeit der inneren Abgrenzung von der Mutter: in der Nahrungsaufnahme werde die Abhängigkeit des Ich von der Natur, vom eigenen Körper und von der Fürsorge der Mutter in charakteristischer Weise erlebt. Die Beherrschung des Hungers verleihe das Gefühl, sich "erfolgreich" abgrenzen und unabhängig machen zu können.
- der Kampf um Autonomie: einige der Patientinnen resignierten vor der Realisierung autonomer, eigener Ansprüche und autonomer Selbstverwirklichung und empfänden subjektiv Gefühle von Wert- und Sinnlosigkeit. Dies könne ausgelöst sein durch entweder real dominierende und kontrollierende Eltern oder durch subjektive Fehleinschätzung. Aus dieser Sicht sei die Nahrungsverweigerung ein unbewusster Versuch, sich als autonomes Subjekt zu erleben.
- Magersüchtige leiden oft an einer Körperschema-Störung, d.h. sie nehmen sich selbst in völlig unrealistischer Weise als zu dick wahr. Die Persistenz dieser Störung trage zur Chronifizierung der Krankheit bei.
- des Weiteren nähmen Fehlinterpretationen innerer (z.B. Hunger) und äusserer (z.B. sich selbst im Spiegel sehen) Signale Einfluss auf die Erhaltung des Störungsbildes.

Bei der BN scheine die Spezifik der Psychodynamik in einer Störung der Selbstwertregulation zu liegen, oft könne man das Ausbrechen der Symptomatik nach vermeintlich oder tatsächlich herabsetzenden Äusserungen über die körperliche Attraktivität der Patientinnen beobachten. Es läge eine "emotionale Leere" vor und die Schwierigkeit, sich selbst zu spüren. Die selbstschädigende Fress-Brech-Sucht würde eingesetzt, um diffuse innere Spannungen abzuführen, somit ließe sich eine Impulskontrollstörung erkennen. Bulimikerinnen seien "unterstrukturiert", währenddessen Anorektikerinnen durch "Überstrukturiertheit" auffielen. (vgl. *Hoffmann/Hochapfel 2004, 356f*)

Für die Psychotherapie der Essstörungen empfehlen die Leitlinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Kombination verschiedener Verfahren. Die kognitive Therapie wird bei Gewichtsphobie, dysfunktionalen Gedanken und Störung des Selbstwertgefühls angeraten, psychodynamisch orientierte Therapie für Traumata in der Anamnese, Reifungskrisen und ebenfalls Störungen des Selbstwertgefühls. Bei ausgeprägten phobischen Symptomen empfehlen sie Exposition mit Reaktionsverhinderung und bei der BN soll durch die Interpersonale Therapie versucht werden, die Beziehungsfähigkeit der Patienten zu verbessern. Elternberatung und/oder Familientherapie werden bei Patientinnen ohne chronifizierte Störung bzw. bei BN je nach Problematik ebenfalls eingesetzt.

Um die Effektivität der einzelnen Verfahren zu evaluieren, wurden in verschiedenen kontrollierten Studien vor allem die kognitiv-behaviourale Therapie (CBT) überprüft, die sich in der Reduktion der bulimischen

Symptome als wirksam erwies. Auch andere Psychotherapieformen, z.B. Interpersonale Therapie und Familientherapie waren effizient und eine Überlegenheit der CBT ließ sich nicht eindeutig nachweisen. Jedoch weist die *AWMF* darauf hin, dass es bisher nur wenige Studien zur Überprüfung der Effektivität gibt und es sich in der Mehrzahl um nicht-klinische Stichproben handelt, gewonnen fast ausschließlich an Erwachsenen. (vgl. *AWMF* 2003)

Ein wesentlicher Bestandteil jeglicher Therapieform sollte auch das Respektieren der Motive der Patientin sein, bzw. das Anerkennen ihres, wenn auch fehlgeleiteten, Kampfes um Autonomie. Das ist oft ein Widerspruch in sich, weil besonders die Anorektikerinnen häufig gegen ihren Willen in die Therapie bzw. in die Klinik gebracht werden.

Aus der Sicht der Integrativen Therapie unterstreicht *Bräutigam* diesen Aspekt der psychotherapeutischen Behandlung, die „eine Gratwanderung zwischen der Beschneidung von und der Erlaubnis zur Autonomie [ist]. Sie bewegt sich zwischen restriktiver Kontrolle und der Unterstützung aufbrechender Abnabelungsbedürfnisse. Die Behandlung gestaltet sich zunächst wie ein Kampf, den der Patient zwar ohne den Therapeuten, aber der Therapeut nicht ohne den Patienten gewinnen kann. Dies gilt es, dem Patienten zu verdeutlichen; es gilt, ihn die Kontrolle über sein Leben und seine Entscheidungen zurückgewinnen zu lassen und ihn auf diesem Weg so wenig wie möglich zu beschämen.“ (*Bräutigam* 2002, 5)

Die Förderung einer konstruktiven Autonomie-Entwicklung, die hier angesprochen ist, bezieht auch die Förderung der Ressourcen, der persönlichen, künstlerischen, intellektuellen und anderen Fähigkeiten mit ein, im Sinne von Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerfahrungen (vgl. *Klemenz* 2003). Das Betrachten der Autonomie-Entwicklung lenkt zudem den Blick auf Fragen der Bindungsqualität, hierauf wird in der Literatur zunehmend Bezug genommen, im Sinne der Bindungstheorie *Bowlbys*. Da Bindung als sichere Bindung eine Voraussetzung für sicheres eigenständiges Explorieren ist und Autonomie daraus erst erwachsen kann, werden zunehmend die Bindungsmuster der Betroffenen mit in Betracht gezogen. Erste Studien zeigen, dass in Familien mit essgestörten Jugendlichen zwar keine durchgehende Störung der Balance zwischen Autonomie und Verbundenheit zu finden ist, dass aber im Vergleich zu gesunden Jugendlichen klinische Stichproben ein auffälliges Interaktionsverhalten zeigten. Darin wurde Autonomie durch passiv-vermeidendes Verhalten und Verbundenheit durch aktiv-feindseliges Verhalten untergraben (vgl. *Becker-Stoll* 2003).

Das Begleiten von Autonomie-Entwicklung, das Unterstützen von Selbstwirksamkeit und die Förderung der Potentiale sind zunächst unspezifische Ziele therapeutischen Handelns, nicht exklusiv der Behandlung von Essstörungen vorbehalten. Mit dem Konzept des „informierten Leibes“, jedoch, das so deutlich auf die Fähigkeit des Neu-Lernens durch „multiple sensorisch-stimulierende Angebote“, (vgl. *Petzold* 2002j) verweist, bekommt dies aber ein verstärktes Gewicht: „Aus integrativer Sicht [ist] 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, neue Formen der Selbstgestaltung gefördert werden: 'das Selbst als Kunstwerk und Künstler', (*Frewer et al.* 2004, 348).

3. Die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Neuenahr

Die Klinik umfasst drei Stationen mit jeweils zehn Betten, eine Tagesklinik mit zehn Plätzen und eine Institutsambulanz. Behandelt werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, die Störungsbilder umfassen neurotische Störungen (Ängste, Phobien), Psychosen, Psychosomatosen, Pubertätskrisen, Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen und Entwicklungsverzögerungen. Besondere Behandlungsschwerpunkte liegen in der Therapie von Essstörungen und der Aufarbeitung nach Misshandlung oder sexuellem Missbrauch.

Es gibt eine „Kinderstation“, in der vorwiegend die Kinder zwischen vier und ca. 12 Jahren untergebracht sind, eine geschlossene Station, die die Notaufnahmen und von Selbst- oder Fremdverletzung bedrohten Jugendlichen beherbergt, und die dritte Station ist schwerpunktmäßig mit essgestörten Jugendlichen belegt.

Jede Station ist besetzt mit einem Team von 6 Betreuern, 2 Nachtwachen, einem Stationsarzt oder -Ärztin und einer/einem Psychologen. Der Pflege- und Erziehungsdienst, der den Alltagsablauf der Stationen gestaltet, bemüht sich schwerpunktmäßig darum, den Kindern und Jugendlichen soziales Lernen zu ermöglichen und der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gruppenkohärenz wird viel Bedeutung beigemessen.

Das psychotherapeutische Behandlungskonzept ist schulen-übergreifend, es umfasst tiefenpsychologische, familientherapeutische und, in der Behandlung der Essstörungen, auch verhaltenstherapeutische Elemente. Daneben gibt es einen breit gefächerten Kanon an Zusatztherapien: Kunst-, Musik-, Reit-, Körper-, Ergo- und Sporttherapie; dies mit dem Ziel, den Patienten möglichst viel sinnlich-konkrete und erlebnisaktivierende Angebote zu machen.

Die Verweildauer variiert von wenigen Wochen bis, in Ausnahmefällen, zu einem Jahr, dies gilt auch für die essgestörten Patienten. Zur Behandlung dieser wird ein individuell angepasster Gewichtsgrenzenvertrag mit der Patientin abgeschlossen; pro Woche gibt es je zwei Einzel- und Gruppentherapie-Termine und die zusätzlich verordneten Begleittherapien.

3.1. Die Körpertherapie an der Fachklinik S. 154-174.

Eingebettet in das relativ breite Angebot an Zusatztherapien ist es mir für die Körpertherapie wichtig, dass die Patienten so viel wie möglich im Kontakt mit ihrer natürlichen Bewegungsfreude sind. Bei den Patienten der Kinderstation ist das zumeist kein Problem, hier finden Lauf- und Ballspiele, Versteck- und Koordinationsspiele regen Anklang und es ist von dort aus möglich, Spiele anzubieten, die dann weniger regelorientiert sind, sondern mehr den momentanen Gefühlsausdruck fördern. Dies können z.B. Tier- und andere Verwandlungsspiele sein.

Orientiert an der Safe-Place-Idee sind Höhlen- und Versteckspiele sehr beliebt, im Sinne benigner Regression, und dies wird von den Kindern spontan immer wieder aufgesucht.

Die Arbeit mit den jugendlichen Patienten bedarf der Anpassung an den oft wenig vorhandenen Bewegungsdrang und das ver-störte Verhältnis zum eigenen Körper. Die Arbeit mit verschiedenen Medien wie Stäbe, Seile, Bälle, Tücher, Malerrollen, Steine etc. ist hilfreich, denn je konkreter und strukturierter das Angebot ist, desto leichter können sich die Jugendlichen darauf einlassen. Anders ausgedrückt, bedarf es immer einer mehr oder weniger langen übungszentrierten Anfangsphase, bevor der Raum sich öffnen kann für erlebniszentrierte Stunden.

Insgesamt fließen in meine körpertherapeutische Arbeit Elemente der Integrativen Tanztherapie ein, Sport- und Bewegungsspiele und, wenn möglich, auch „Experimentier-Angebote“, angeregt durch meine eigene Tanzbiographie. Wesentlich ist mir dabei der erlebnisaktivierende Aspekt, denn nur im (gemeinsamen) Handeln, Durchspielen, Ausprobieren und Gewahrwerden ist es meiner Ansicht nach möglich, den Kindern und Jugendlichen emotional bedeutsame und auch positiv-korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen. Dies berührt insbesondere den „Zweiten Weg der Heilung“, der eingebettet ist in eines der praxeologischen Grundkonzepte der Integrativen Therapie, die „Vier Wege der Heilung und Förderung“: In diesem Zweiten Weg „geht es um Nachsozialisation zur Restitution von beeinträchtigtem Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Das erfordert einerseits die Modifikation dysfunktionaler, archaischer Narrative, die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, andererseits die Verankerung neuer Szenen und Atmosphären, wo solche als entwicklungs-notwendige Erfahrungen in defizitären Sozialisationen gefehlt hatten, durch Vermittlung von ... substitutiven und korrektiven emotionalen Erfahrungen...“ (Petzold 1996, 236)

Wichtig ist dabei auch, das zeigen die Ergebnisse der Hirnforschung, dass diese „korrigierenden emotionalen Erfahrungen“, real im Spiel erlebt, häufig genug wiederholt werden können, damit sich die entsprechenden neuen neuronalen Bahnungen und Verschaltungen bilden können. Die Neuroplastizität unseres Gehirns ist die Basis dafür, dass emotionales Neu-Lernen möglich ist: alte Verbindungsmuster zwischen Nervenzellen können modifiziert oder erneuert werden. Diese Veränderungen der Hirnaktivität sind inzwischen, z.T. mit bildgebenden Verfahren, gut belegt (vgl. Petzold/Sieper/Orth 2005; Beutel/Klimchak 2003).

Die Körpertherapie mit ihren vielen bewegungs- und erlebnisaktivierenden Möglichkeiten bietet dafür einen vielfältigen Rahmen.

Die Patienten werden per Verordnung durch die behandelnde Ärztin oder Psychologin zugeteilt. Für die essgestörten Patientinnen werden als Therapieziele in der Körpertherapie formuliert: Steigerung der Körperwahrnehmung, Bearbeitung der Körperschemastörung, Abbau von Aggressionen und Förderung der eigenen Körperakzeptanz – vor diesem Hintergrund suchen die Patientin und ich den je individuellen Zugang zur Bewegungslust und das Sich-wieder-anfreunden-können mit dem eigenen Körper.

Die KT-Stunden sind entweder Einzel- oder Kleingruppentermine, die Frequenz ist einmal pro Woche.

4. Das Konzept des Safe Place

Der Begriff des Safe Place wird in verschiedenen Zusammenhängen benutzt, die ich hier kurz wiedergeben möchte.

Zum Einen werden in der Traumatherapie Techniken zur Stabilisierung des Patienten benutzt, die durch aktives Imaginieren eines „sicheren Ortes“, Reizschutz und Aktivierung persönlicher Ressourcen ermöglichen; hierauf werde ich aber nicht vertiefend eingehen.

In einem anderen Rahmen, nämlich der Frage nach den protektiven Faktoren in der Kinder- und Jugendlichentherapie, diskutiert *Petzold*

die Bedeutung von „schützenden Inseleerfahrungen“, und „guten Zeiten“. In der in der Praxis immer wieder auftauchenden Frage, wie persistierend gute Therapie-Erfahrungen für Kinder sein können, wenn sie in ihr altes, oft unverändertes System zurückgehen, betont er, dass ebenso wie zeitextendierter Stress und Defizite pathogenetisch wirken können, auch gute Zeiten mit Erfahrung von Wertschätzung, Akzeptanz, Zuwendung und Geborgenheit eine nachhaltige salutogene

Wirkung entfalten können. Dieses Wirkprinzip einer gelingenden Kindertherapie, zu der unabdingbar ein „significant caring adult“, gehört, haben auch andere Theoretiker der Kindertherapie konzeptuell benannt.

So sprach z.B. *J. Bowlby* von „secure base“, *D.W. Winnicott*

von „potential space“, und *V. Axline* von „warm and friendly atmosphere“, (vgl. *Petzold* 1996, 161f). In diesem Zusammenhang bedeutet Safe Place also das Bereitstellen eines förderlichen und zugewandten Rahmens, der ermöglicht, dass die „guten Zeiten“, verinnerlicht werden und im Kind, im Heranwachsenden sozusagen anwachsen und weiterwirken können.

Ebenfalls im Rahmen der Integrativen Therapie hat *Katz-Bernstein* das Konzept des Safe Place weiter ausdifferenziert. Sie betont, wie wichtig es gerade für Kinder mit Störungen der Affektorganisation und der Symbolisierungsfähigkeit ist, einen geschützten Rahmen, einen „intermediären symbolischen Raum“, zur Verfügung gestellt zu bekommen. Sie knüpft hier an die Überlegungen von *Lempp* zur

„Überstiegsfähigkeit“, und dem Handhaben-Können von „Haupt-“, und „Nebenrealitäten“, an, ebenso wie an *Winnicotts* Konzept des Übergangsraumes (vgl. auch Kap. 4.1), *Zulligers* Grundthese von den heilenden Kräften des kindlichen Spieles und an die von den neueren Affekttheorien beschriebenen „high-tension-“, und „low-tension-“, Erregungszuständen, in denen jeweils unterschiedliche Lernprozesse möglich werden.

Es bedarf jedoch auch der Fähigkeit des Therapeuten, dem Kind einen „low-tension-Raum“, anzubieten bzw. einen Safe Place zu bilden, der dem Kind räumlich und emotional einen ausreichend abgegrenzt-durchlässigen Schutzraum sicherstellt. Der Safe Place des Therapeuten beinhaltet z.B. den institutionellen Aspekt, d.h. die Frage,

ob das Arbeitsumfeld für ihn ausreichend positiv-akzeptierend ist oder den Aspekt der eigenen Berufsidentität, d.h. die Frage, ob der Therapeut sich ausreichend gut ausgebildet und supervisorisch begleitet fühlt und so genügend inneren Dialograum, Mehrperspektivität und auch Gelassenheit gegenüber eigenen Unzulänglichkeiten besitzt. Diese Faktoren tragen u.a. dazu bei, dass der Therapeut dem Kind einen Safe Place bereitstellen kann (vgl. *Katz-Bernstein* 1996).

Damit Kinder, deren Affektorganisation und Symbolisierungsfähigkeit gestört ist, eine Möglichkeit zum Nachlernen haben, gibt ihnen das Safe Place-Angebot eine Gelegenheit, sich aktiv einen eigenen Raum, eine Hütte, ein Versteck o.ä. zu bauen.

„Das Ziel der therapeutischen Interventionen in Richtung Symbolisierungsfähigkeit setzt die Fähigkeit voraus, das Bewusstsein zu einer Selbstwahrnehmung von inneren Regungen, Affekten und Intentionen zu lenken und diese in Bilder verdichten zu lassen...Das Kind braucht dazu die Möglichkeit, sich von äußeren Reizen zugunsten einer entspannten Innenschau zurücknehmen zu können. Daher wird nicht nur die Aktivierung der Interaktion, sondern auch die eigene Zurücknahme in Gegenwart einer anderen Person gefördert. Als Ausgangspunkt kann ein Versteck, ein Ort der Ruhe innerhalb des Raumes dienen...Die Safe-Place-Intervention hat noch weitere Ziele. Sie trachtet nach den Wurzeln der Eigensteuerung, nach der Geburt der eigenen kreativen, symbolischen Verdichtung und Umwandlung der Realität.“ (*Katz-Bernstein* 2004, 70)

Dies ist der konzeptionelle Hintergrund, vor dem ich die Safe-Place-Arbeit im Rahmen der Körpertherapie an unserer Klinik anbiete. Die Kinder und Jugendlichen haben Matratzen, Decken, Tücher, Seile, Stäbe und anderes mehr zur Verfügung und es ist für sie fast ausnahmslos ein freudig-lustvoller, bisweilen auch aufregender Prozess, sich selbst eine Hütte, ein Nest etc. zu bauen. Ich möchte im Folgenden drei Ausschnitte aus Prozessen mit essgestörten Patientinnen darstellen, mit dem Ziel, einzelne Aspekte des Safe-Place-Angebotes weiter zu differenzieren.

4.1. Der Möglichkeitsraum

In der Arbeit mit Essgestörten begegnet einem früher oder später die "innere Leere", von der die Patienten sprechen, wenn sie sich gemeinsam mit der Therapeutin auf die Suche begeben nach dem, was "hinter" der zwanghaften Beschäftigung mit Essen bzw. Nicht-Essen liegen könnte. Eine Anorexia-Nervosa-Patientin unserer Klinik, Thekla, platzte an diesem Punkt schon beinahe aggressiv mit dem Wunsch heraus, sie wünsche sich "endlich mal einen Platz für sich alleine". Vor dem aktuellen Hintergrund des Stationsalltages und vor dem ihrer Herkunftsfamilie war dies ein sehr nachvollziehbarer Impuls:

Thekla, 17 Jahre, kommt aus einer religiös eng gebundenen Familie. Ihre Eltern sind tragende Mitglieder einer Religionsgemeinschaft, die sektenhafte Züge trägt und das persönliche Leben ihrer Gemeindemitglieder stark reglementiert. Die rigide Lebensführung wird auch auf die Kinder ausgedehnt und Thekla wurde häufig zu Aktivitäten zugunsten der Gemeinde gezwungen. In unserem Klinikteam verstanden wir ihre Essstörung als ihren Kampf um Selbstbestimmung und Selbstbehauptung. In den Körpertherapie-Stunden fiel sie mir durch ihre ausgeprägte Kopflastigkeit auf, die einherging mit einem gebremsten, stark kontrollierten Bewegungsausdruck; es waren ihr keine spontan-lustvollen Bewegungsäußerungen möglich.

Als sie das erstmalig daran ging, sich im Rahmen der Körpertherapie einen Safe Place zu bauen, (ich benannte es damals nicht so, und sie selbst fand später den Namen „Wohlfühlort,“), gestaltete sie sich mit Hingabe einen ästhetisch sehr ansprechenden Ort, wählte mit Bedacht Farben und Materialien aus und sank schließlich mit einem Seufzer auf ihr Kanapee. Wir hatten nicht mehr viele Gelegenheiten, das zu wiederholen, da sie einige Wochen später entlassen wurde, aber in den ihr verbleibenden KT-Stunden erbat sie sich, ihren Platz wieder bauen zu dürfen und verschwand ohne große Umschweife darin. Sie sagte, dass sie auch Erholung suche von den vielen sozialen Anforderungen auf der Station, wo sie keine Rückzugsmöglichkeiten sah. Die angebotene Deutung, dass auch ihre Familie sie ständig mit Forderungen nach „sozialem Gutsein,“ drangsalierte, wollte oder konnte sie zu diesem Zeitpunkt nicht annehmen. Thekla war jedoch eine der wenigen Patientinnen, die keine Probleme damit hatte, dass ich anwesend war, sie schien sich relativ problemlos in ihre eigene Welt zurückziehen zu können ohne die Verpflichtung zu empfinden, sich um mich zu kümmern.

Diese Patientin blieb nicht lange in unserer Klinik, sie sprach aber mehr als andere über ihre „innere Leere,“ und forderte, wie gesagt, vehement nach Raum für sich. Dadurch regte sie in mir die Überlegung an, ob die „innere Leere,“ womöglich wirklich als Ausdruck für nicht vorhandene innere Dialogfähigkeit, für mangelnde Phantasie- und Wunschtätigkeit verstanden werden könnte.

In der Literatur wird von verschiedenen Autoren dieser Aspekt des innerseelischen Dialograumes beleuchtet: *Dornes* benennt die Fähigkeit zur Symbolbildung beim Kind als die Voraussetzung dafür, dass es sich auch eine andere Realität als die aktuelle vorstellen kann und damit fähig wird zum Wünschen und Phantasieren. (vgl. *Dornes* 2001, 193). Dabei experimentiert es mit der „Überstiegsfähigkeit,“ im Sinne von *Lempp*, wobei das Kind vermitteln muss zwischen seiner eigenen magisch-phantastischen „Nebenrealität,“ und der „Hauptrealität,“ der Erwachsenen. (vgl. *Lempp* in *Katz-Bernstein* 1996, 114). Dieses Vermitteln oder Ausbalancieren braucht einen „innerseelischen Dialograum,“ in dem das Kind gewissermaßen innere Zwiegespräche halten oder spielend-probehandelnd forschen kann.

„Je mehr sich das Kind und später der junge Erwachsene, einen eigenen intermediären symbolischen Schutzraum aneignet, der ihm die Organisation seiner Affekte und Stabilisierung hinreichend ermöglicht, um so weniger erfährt er eine somatisch-leibliche Ausgeliefertheit gegenüber Beziehungen und anderen starken affektiven Einflüssen, die ihm begegnen, und um so differenzierter wird seine Fähigkeit, sich Lebensbegebenheiten zu stellen und sie zu bewältigen,“ stellt *Katz-Bernstein* (1996, 112) fest und verweist damit auch auf die protektive Funktion des inneren Raumes im Lebenslauf.

Der „intermediäre symbolische Raum,“ wird auch im alltäglichen Spiel von gesunden, störungsfreien Kindern immer wieder aufgesucht: Versteckspielen, Hütten- und Höhlenbauen kommt dem Bedürfnis der Kinder entgegen, geschützt und geborgen für sich sein und in ihre eigene Welt eintauchen zu können. Auch die Patienten unserer Kinderstation mögen es sehr, immer wieder neue Varianten von Häusern, Hütten, Iglus, Burgen und Tunneln zu erfinden, zu bauen und darin zu verschwinden.

Winnicott nannte diesen Raum potential space, einen Raum, in dem das Kind seine Impulse als von innen kommend erleben und eigene Wünsche kennenlernen, eigene Interessen und Urheberschaften entwickeln kann – all dies in Gegenwart eines unaufdringlichen Anderen. Es ist die Fähigkeit, allein zu sein in Gegenwart eines anderen (vgl. *Winnicott* 1974), die es ermöglicht, einen solchen Innenraum, auch Übergangsraum genannt, zu entwickeln (mehr dazu in Kap. 4.2).

Instinktiv schien Thekla nach der Möglichkeit gesucht zu haben, in einem symbolisch gestalteten Schutzraum Ruhe zu finden, sie wollte

„sich sortieren,, wie sie es nannte. Sie schien es zu genießen, wirklich für sich zu sein und mir keine weitere Aufmerksamkeit zu schenken, (auch wenn sie sich nach einer Stunde vergewisserte, ob das in Ordnung sei) und war am Ende solcher KT-Stunden entspannter und aufgeräumter.

Die in der Integrativen Therapie vertretene Haltung des „partiellen Engagements,, verbindet größtmögliche Zurückhaltung und dosierte Impulsgebung, um dem Kind bzw. dem Heranwachsenden den (Wieder)Eintritt in eine Welt des zweckfreien und selbstbestimmten Spielens zu ermöglichen. Dies „...schaufelt dem Kind einen 'Möglichkeitsraum' frei, in dem es noch einmal für Stunden seine Welt finden und erfinden kann und somit vom ständigen Zwang zur Eindeutigkeit und dem Sich-Entscheiden-Müssen freigestellt ist. Nur in solchen Erlebnisräumen erleben sich die Kinder für Augenblicke von den immer früher einsetzenden Leistungszumutungen entlastet. Innere Dialogfähigkeit als grundlegende Ich-Funktion und Bedingung für eine Form 'bezogener Autonomie' entsteht letztlich nur im Rahmen von Beziehungsprozessen, die dem Heranwachsenden den Wechsel zwischen zwei Erfahrungsmustern ermöglichen: Allein bzw. für sich sein zu können in Anwesenheit des Anderen und Formen gemeinsamer Selbst-Besinnung und des Zusammenspiels, aus denen erst Gemein-Sinn zu entstehen vermag.,, (Metzmacher 1996, 124f).

Mit Thekla war dieser Prozess geprägt von einem feinen Aushandeln

dessen, was ein erlaubtes bzw. sozial verträgliches Maß an sozialem Rückzug war sowie ihrem Bedürfnis, ins innere Gespräch zu kommen. Sicherlich bestand bei ihr auch die Gefahr, dass sie den Safe Place benutzte zum weiteren Nachdenken über Essensvermeidung und Kalorienminimierung und ich konnte das durch Nachfragen nicht wirklich verifizieren, geschweige denn ausschließen, aber sie berichtete eben doch auch über wohltuendes Tagträumen und Sich- Hängenlassen, das sie so vorher nicht gekannt hatte. Ihr „Wohlfühlort,, war, zumindest ansatzweise, zu einem Ort der Selbstregulierung geworden.

4.2. „The capacity to be alone,, und der Bezug zur Bindungstheorie

„Man kann wahrscheinlich mit Recht sagen, in der psychoanalytischen Literatur sei mehr über die *Angst* vor dem Alleinsein oder der *Wunsch* nach dem Alleinsein geschrieben worden als über die *Fähigkeit* allein zu sein...Mir scheint, eine Erörterung der *positiven* Aspekte der Fähigkeit allein zu sein ist überfällig,, (Winnicott 1974, 36, H. i. O.)

Schon 1960 stellte Winnicott in seinem Holding-Konzept fest, dass die Einfühlungsbereitschaft der Mutter und ihre Fähigkeit, den Säugling ausreichend gut zu halten und zu tragen, wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung der Ich-Organisation des Kindes sind (vgl. Winnicott 1974, 47f). Er dachte damit in dieselbe Richtung wie John Bowlby und Mary Ainsworth mit ihrer Bindungstheorie, die lange von der „psychoanalytischen Familie,, nicht zur Kenntnis genommen bzw. als „gründliches Missverständnis der psychoanalytischen Theorie,, angesehen und somit isoliert wurde. Durch die Ergebnisse der Säuglingsforschung erlebt jedoch die Bindungstheorie eine Art Renaissance. Ihr zufolge haben frühkindliche Objektbeziehungen in erster Linie die Funktion, dem Baby ein grundlegendes Gefühl der Sicherheit zu vermitteln, auch in angstauslösenden Situationen. Bowlby postulierte die „inneren Arbeitsmodelle,, d.h. das Kind entwickelt Vorstellungen von sich selbst und anderen, die es im interpersonellen Kontakt entwickelt und die die kindlichen Gesamterfahrungen der mütterlichen Feinfühligkeit widerspiegeln. Nicht nur das Holding-Konzept von Winnicott, auch andere psychoanalytische Anschauungen wie das Containment-Konzept (Bion 1962) oder das Konzept der Sicherheit (Sandler 1960) stellten den Aspekt der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson in den Vordergrund. (vgl. Fonagy 2003, 164).

D. W. Winnicott stützte seine Gedanken auf seine Tätigkeit als Pädiater, dann Psychiater in einem Londoner Kinderkrankenhaus, in dem er im Lauf von etwa vier Jahrzehnten mit fast 60.000 Säuglingen, Kindern, Eltern und Großeltern gearbeitet hat. Er veröffentlichte 1941 detaillierte Beobachtungen von Babys und ihrem Spielverhalten, davon, dass Babys „ihren Gefühlen Entwicklungs-Spielraum geben,,. Er gestaltete in der Arbeit mit Kindern „Übergangsräume,, z.B. in Form des Schnörkelspieles, die ihnen „Perioden des Zögerns,, des Selbst-Ausdrucks und des kreativen Suchens ermöglichten (vgl. Masud Khan in Winnicott 1973, 14f.).

In seinen Überlegungen zur Fähigkeit allein zu sein führte er aus, dass die Fähigkeit zum „echten Alleinsein,, als Grundlage die frühe Erfahrung des Alleinseins in Anwesenheit eines anderen Menschen hat. Dies „kann in einem sehr frühen Stadium erlebt werden, wenn die Unreife des Ichs durch Ich-Unterstützung von der Mutter natürlicherweise ausgeglichen wird. Im Lauf der Zeit introjiert das Individuum die ich-unterstützende Mutter und wird auf diese Weise fähig, allein zu sein, ohne häufig auf die Mutter oder das Muttersymbol Bezug zu nehmen...Nur wenn er allein ist (d.h. in Gegenwart eines anderen Menschen), kann der Säugling sein eigenes personales Leben entdecken. Die pathologische

Alternative ist ein falsches, auf Reaktionen auf äußere Reize aufgebautes Leben. Wenn der Säugling allein ist und zwar in dem Sinne, in dem ich den Ausdruck gebrauche, und nur wenn er allein ist, kann der Säugling das tun, was man beim Erwachsenen 'entspannen' nennen würde. Der Säugling kann unintegriert werden, herumtasten, in einem Zustand sein, in dem es keine Orientierung gibt,mit der Zeit kommt eine Empfindung oder ein Impuls. In diesem Rahmen wird die Empfindung oder der Impuls sich real anfühlen, und wirklich ein personales Erlebnis sein., (Winnicott 1974, 40f)

Hier ist auch das Konzept des wahren und falschen Selbst angelegt, auf das ich später zurückkommen werde (Kap. 4.3).

Auf die Beobachtungen und Überlegungen Winnicotts aus den 1950er und 1960er Jahren nimmt auch die moderne Bindungsforschung Bezug. Peter Fonagy und seine Londoner Forschungsgruppe erweitern das Konzept der (mütterlichen) Feinfühligkeit. Sie stützen sich auf die Ergebnisse der Säuglingsbeobachtung und Bindungsforschung und stellen aufgrund eigener Studien fest, dass für die Qualität der Bindung nicht nur die Feinfühligkeit der Bezugsperson wichtig ist, sondern auch die metakognitive Steuerung bzw. das Vorhandensein einer reflexiven Kompetenz: wenn die Bezugsperson kohärent dem Kind den „Besitz,“ eigener psychischer Befindlichkeiten zuschreibt und dies in ihrem Verhalten dem Kind spiegelt, das Kind also als ein Subjekt mit eigenen Absichten und Wünschen behandelt, so wird diese Unterstellung vom Kind schließlich wahrgenommen, mit eigenen Zuständen in Zusammenhang gebracht und zur Ausarbeitung innerer Modelle verwendet. Das bedeutet, dass die Entwicklung und Wahrnehmung von eigenen psychischen Befindlichkeiten (und später denen anderer Menschen) beim Kind auf seiner Beobachtung der inneren Vorstellung beruht, die seine Mutter/Bezugsperson von ihm hat. Das Kind kann sich in dem Maß eine Vorstellung von psychischen Befindlichkeiten bei sich selber machen, in dem die Bezugsperson solche Befindlichkeiten bei ihm unterstellt. Die Herausbildung der Vorstellung psychischer Befindlichkeiten ist demzufolge ein grundlegend intersubjektiver Prozess und die Suche nach Nähe kann beim sicher-gebundenen Kind so verstanden werden, dass es erwartet, dass seine inneren Befindlichkeiten von der Mutter/Bezugsperson erkannt werden (vgl. Fonagy 2003, 42f).

Julica, 17 Jahre, mit der Diagnose Bulimia Nervosa, kam aus eigener Motivation in unsere Klinik, sie wollte lernen, besser mit sich und ihrer Bulimie umzugehen. Sie wusste sehr sicher und differenziert über ihre Herkunftsfamilie und die gestörte Beziehung zu ihrer Mutter zu berichten und hatte eindeutig Therapie-Erfahrung.

Manchmal neigte sie dazu, mich in philosophisch-intellektuelle Gespräche zu verwickeln. Dennoch verfügte sie über ein recht differenziertes Körpergefühl und spürte auch, in welchem hohem Maße sie in Daueranspannung war. Nach einigen Wochen Klinikaufenthalt begann sie, weicher und unsicherer zu werden und erlaubte sich, in der Körpertherapie auf einem Aktivitätsniveau (mit einer Skala von 0 bis 10) von „nur,“ vier zu sein: „Früher hätte ich immer '10' gesagt,“. Das erlaubte den Einstieg in die Safe Place-Arbeit mit der Einladung an Julica, sich selbst einen gemütlichen Platz, ein „Bettchen,“ zu bauen. Sie tat dies zunächst zögerlich und unsicher, ließ sich dann aber doch in ihrem Platz nieder. Nach wenigen Minuten bat sie mich, ihr eine Phantasiegeschichte zu erzählen, damit sie besser entspannen könne. In den folgenden Wochen und Monaten kam sie immer wieder auf den Safe Place zurück (wir nannten ihn jetzt auch so) und sie wünschte sich jedesmal, entweder ein Märchen vorgelesen zu bekommen oder passiv bewegt zu werden. Sie genoss diese Formen der Regression und bemerkte irgendwann selbst, dass sie noch immer eine Form des Ankers brauche, in Form meiner Stimme oder Berührung, und dass sie Phasen des Schweigens, des Nichts-Tuns nur schwer aushalten könne. Sie kam dann nicht zur Ruhe. Diagnostisch fügte sich dies in den Konflikt mit ihrer Mutter ein; Julica versuchte, das Thema der nicht ausreichend guten Bemutterung mit ihrer Mutter zu klären, was aber zu diesem Zeitpunkt der Mutter (noch) nicht möglich war. Das Ausmaß der Bindungsstörung war nicht zu verifizieren, aber Julica brachte von sich aus das Bedürfnis nach Gehalten-Werden durch Berührung und Stimme ein; auch Gespräche über ihre Zustände von innerer Leere und mangelndem Vertrauen waren ihr wichtig. Glücklicherweise hatten wir durch ihren relativ langen Klinikaufenthalt (sie selbst bat um eine Verlängerung) die Gelegenheit, den Safe Place oft zu wiederholen und zu einem festen Bestandteil der KT-Stunden werden zu lassen. Als sie schließlich entlassen wurde, war sie gelöster und fehlerfreundlicher geworden und sie sagte, dass sie sich jetzt mehr Ruhe und Entspannung gönnen könne.

In der körpertherapeutischen Arbeit mit dieser Patientin waren oft sehr dichte Atmosphären spürbar und sie schien im Gespräch die Rückversicherung ihrer Wahrnehmungen zu suchen. Auch wenn ihr das wirkliche Alleinsein, Für-sich-sein, Schweigen in meiner Gegenwart noch nicht möglich war, gelang es ihr doch, mehr zur Ruhe bzw. zu sich zu kommen.

Auch wenn sich Bindungserfahrungen nicht aufheben lassen, so sind sie doch modifizierbar: das Adult-

Attachment-Interview sieht eine Kategorie eines Bindungstypus „erworben sicher,“ - „earned secure,“ vor, ein Bindungstyp, der erreicht werden kann, wenn intensive Verarbeitungsprozesse und/oder therapeutische Erfahrungen die widrigen Kindheitserlebnisse relativieren konnten (vgl. *Ziegenhain* 2001, 156). In diesem Zusammenhang führt *Petzold* aus, dass die Säuglings – und Bindungsforschung den Anstoß geben kann zu neuen behandlungsmethodischen Wegen, die die nonverbale Dimension als bedeutsam erachtet. Die Tatsache, dass die Motorik und die dazugehörige Sensorik eine große Bedeutung für die normale Entwicklung hat sowie die relativ gute Augeschlossenheit von Psychiatrie-Patienten für Bewegungsangebote legen den Schluss nahe, dass „Formen nonverbaler Kommunikation und Interaktion als Behandlungs-modalitäten an basale Erfahrungen zwischenmenschlicher Bezogenheit anschließen,“ (*Petzold* 1994, 503) und somit sinnvoll in den Therapieprozess einbezogen werden können. Auch in den späteren Kommunikationsprozessen zwischen Kleinkind und Eltern, die ein „sensitive caregiving,“ der Eltern erfordern, kommen neben verbalen auch weiterhin nonverbale Prozesse zum Tragen, wie z.B. das Sich-Einstimmen auf die emotionale Lage des Kindes, der Austausch von affektiven Botschaften und, für den vorliegenden Zusammenhang wichtig, das Vermitteln von Sicherheit und das Minimieren von Fremdheitsgefühlen durch Bereitstellen von „schützenden Inseleerfahrungen,“. Diese Verhaltensweisen können im Therapieprozess wiederkehren, sie sind dann Teil der regressionsorientierten Arbeit als Parentage/Reparentageprozesse (*ibid.*, 589) und gehören somit konzeptionell in den Bereich des „Zweiten Weges der Heilung und Förderung,“. Doch auch mit dem Blick auf die neurobiologische Ebene – insbesondere die Aktivität der Spiegelneurone (*Gallese, Goldmann* 1998; *Rizzolatti, Arbib* 1998) – bieten diese „interaktionalen,“ Behandlungssettings Möglichkeiten des Neu-Lernens, denn sie schließen „als 'zwischenleibliches Lernen' an evolutionsbiologisch disponierte Muster (intuitive parenting, sensitive caregiving, cooperative experimenting) an, die deshalb wohl auch so wirksam sind,“ (*Petzold* 2002], 17). Das Einbeziehen des Safe Place eröffnet konkrete Möglichkeiten für den Patienten, leibliche Parameter des Sich-Wohlfühlens wie Atmung, Muskelentspannung, vertrauensvolles „Sich-Hängenlassen,“ in Gegenwart eines anderen zu erkunden, einzuordnen und, so steht zu hoffen, zu integrieren. Ich habe den Rahmen der älteren und neuen Bindungsforschung, *Winnicotts* Konzept der Fähigkeit allein zu sein sowie ausgewählte Ergebnisse der Säuglingsforschung relativ ausführlich dargestellt, weil es mir wichtig ist zu zeigen, dass es meiner Ansicht nach sehr wohl möglich ist, Bindungserfahrungen zu modifizieren. Betrachtet man die aktuellen Hypothesen zur Entstehung einer Essstörung, so werden verschiedene Ursachen wie individuelle, biologische und sozio-kulturelle Faktoren sowie kritische Lebensereignisse genannt; die Entstehung einer Essstörung wird also multifaktoriell verursacht (vgl. Kap. 2.2). Ein Faktor jedoch wird wiederkehrend genannt: die Störungen der frühen Objektbeziehungen mit schwachen oder gestörten Mutterbindungen. Bindungstheoretisch gesehen heisst das, dass ein ausreichend gutes Maß an Feinfühligkeit und Reflexiver Kompetenz bei der Bezugsperson vermutlich nicht vorhanden war. Bei der Patientin Julica war dies gewissermaßen eine gesicherte Tatsache und sie war sehr offen dafür, sich in Prozesse des zwischenleiblichen „Nachlernens,“ zu begeben und sich, Schritt für Schritt, eine „earned secureness,“ zu erarbeiten.

4.3. Die Erlaubnis zur Abgrenzung

Zu den Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz gehört bekanntlich das oft verwirrende, schmerzliche, chaotische abgründige Suchen und Sich-Erarbeiten der Identität, in der Auseinandersetzung zwischen dem Ausloten des eigenen, teils erschreckend neuen Inneren einerseits und den Anforderungen und Zuschreibungen der sozialen Umwelt andererseits. Spiegel und Waage sind in diesen Zeiten Orte magischer Anziehung und das nicht nur, um den äußeren Wert einzuschätzen, sondern auch, um einen inneren Bezug zum eigenen Körper zu bekommen, in dem man nicht mehr selbstverständlich wie in Kindertagen zu Hause ist.

Wenn in diesen Zeiten erhöhter Vulnerabilität auch von Seiten der Familie oder Schule/Ausbildung die Erwartung gestellt wird, bestimmten Bildern und Ansprüchen zu genügen, kann der Kampf um Selbstentwurf auch pathogene Züge annehmen. *H. Bruch* beschrieb eindrücklich, wie essgestörte Jugendliche ihren verzweiferten Kampf gegen das Gefühl führen, fremdbestimmt zu werden und ihr Leben nicht nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können (vgl. *Bruch* 2002). Eine Patientin unserer Klinik fand in dieser Situation zu einem drastischen Ausweg:

Miriam, 17 Jahre, kam als Notfall-Aufnahme nach einem Suizid-Versuch in unsere Klinik. Nachdem die gesetzlich vorgeschriebene Aufenthaltsdauer abgelaufen war, zeigte sich, dass sie sehr motiviert war zu bleiben; mit der Diagnose „Schwere depressive Episode und Bulimie mit Entwicklung restriktiven Essverhaltens,“ begann sie in der Klinik einen Therapieprozess, der insgesamt 13 Monate dauerte. Der

Auslöser für ihre Nothandlung war, dass ihre Eltern sie gezwungen hatten, ein Wirtschaftsgymnasium zu besuchen. Der Vater besaß ein relativ gut gehendes Handelsgeschäft und erhoffte sich, dass Miriam dort einsteigen würde. Die Eltern hatten weder ihre minimalen Abwehrsignale noch ihre künstlerische Grundbegabung wahrgenommen. Der Vater widmete sich intensiv seinem Geschäft; die Mutter, selbst Opfer eines sexuellen Missbrauchs, war von unruhiger und dominant-explosiver Grundstimmung, unbeliebt in dem Ort, in dem die Familie lebt und ihrer Tochter wenig zugewandt. Miriam hat noch einen vier Jahre jüngeren Bruder, zu dem sie wenig Kontakt hat.

Medikamentös wurde sie anfänglich mit einem Anti-Depressivum behandelt, das später wieder abgesetzt wurde; die Angebote der Begleittherapien nutzte sie intensiv. In den Körpertherapie-Stunden bearbeitete sie experimentier-freudig und mit verschiedenen Medien die Themen, die sie beschäftigten; es zeigte sich, dass sie ein vitales und ausdrucksstarkes Temperament hat und eine gute Reflexionsfähigkeit besitzt. In vielen KT-Stunden entstanden Safe Places: als Schutz- und Geborgenheitsraum, in dem sie sich später dann Massagen erbat; in Form von „Hütten“, um Abwehr und Angriff auszuprobieren; als Ausgangspunkt, um die Größe ihres „persönlichen Raumes“, und das Spiel von Distanz und Nähe zu erkunden. Das Setting war bei ihrem ersten Klinikaufenthalt erst Einzel-, dann Kleingruppentherapie. Sie wurde nach sieben Monaten nach Hause entlassen, kam aber sechs Wochen später zurück, weil sie in restriktives, anorektisches Essverhalten abgerutscht war. Während dieses zweiten Klinikaufenthaltes deckte sie den sexuellen Missbrauch auf, der auf ihr lastete; in dieser Zeit hatte sie Einzel-KT-Stunden. Sie war die Patientin, die in der KT am häufigsten den Safe Place anregte, zunächst unter anderen Namen wie Schutzhütte, Wohlfühlort oder Höhle. Innerhalb des KT-Raumes wählte sie immer denselben Platz dafür und baute, je nach Thema, verschiedene Variationen.

Zu Beginn nutzte sie ihn als Schutzraum gegen beängstigende Erinnerungen, die sie nicht konkretisieren konnte oder wollte, sie baute sich mit mehreren Matratzen doppelt verstärkte Mauern und suchte intensiv das Gespräch mit mir als haltgebendem Rahmen. Im Verlauf von mehreren Wochen, in denen sie auf die Schutzhütte immer wieder zurückkam, entwickelte sie starke Wutgefühle, schlug oft auf den „Dummy“, ein, den wir für solche Zwecke zur Verfügung haben, und wechselte zwischen Traurigkeit und Wut. Das Thema der sexuellen Übergriffe klang an, war aber noch nicht fassbar, das geschah erst bei ihrem zweiten Klinikaufenthalt.

In diesem knüpfte sie an das Angebot eines selbstgebauten Platzes an und bearbeitete auch das Thema der mütterlichen Vernachlässigung. Sie wünschte sich über mehrere Monate hinweg Massagen oder Passiv-bewegt-werden, dies war atmosphärisch stark geprägt vom „Nachnähren“.

Miriam's Wunsch nach Massagen warf allerdings auch die Frage auf, wie nahe ich ihr eigentlich in ihrem Wohlfühlort bzw. Safe Place kommen durfte; sie wurde aktuell wegen des deutlich werdenden Missbrauchs. Der Safe Place wurde so für sie auch zu einem Erkundungsfeld des ganz konkreten Grenzziehens: sie bestimmte, wo ich sitzen sollte und wählte Art, Dauer und musikalische Begleitung der Massage aus

Es blieb für sie auch noch die Frage zu lösen, wo und wie sie künftig leben wolle, denn zurück zu ihren Eltern wollte sie nun nicht mehr ziehen. Trotz einiger nicht unerheblicher Schwierigkeiten mit Behörden schaffte sie es schließlich, einen Platz im „Betreuten Wohnen“, zugeteilt zu bekommen, in einer Einrichtung, die sie selbst ausgesucht hatte. Damit beendete sie ihren zweiten Klinikaufenthalt, der sechs Monate gedauert hatte.

Für Miriam war die Klinik insgesamt zu einem Safe Place geworden, im Sinne der „schützenden Insel Erfahrung“; sie gehörte zu den Patienten, denen immer wieder mal ein Versprecher zwischen „zu Hause“ und „Klinik“, unterlief und es war berührend zu sehen, wie sie sich in Begleitung ihres behandelnden Therapeuten schrittweise wagte, den innerfamiliären Missbrauch offenzulegen. Ihr wiederkehrender Wunsch nach Massagen oder passivem Bewegt-werden war auch bestimmt von der Suche nach Sich-anvertrauen-können und Geborgenheit; dies im Sinne benigner Regression bzw. des Zweiten Weges der Heilung und Förderung, der „Nachbeelterung“, (vgl. *Petzold* 1996). Aber auch das Herausfinden des richtigen Abstandes war wichtig: sie wies mir der Platz an ihrer „Reviergrenze“, zu, indem sie verschiedene Möglichkeiten abspürte und gegebenenfalls veränderte. „In der Therapie kann oft festgestellt werden, dass die Möglichkeit zur Abgrenzung eine wachsende Handlungs- und Symbolisierungskompetenz initiiert... Um dahin zu kommen, wäre das Setting der Therapie nicht so zu gestalten, dass primär ein reparatives 'Nachnähren' erwartet wird, sondern umgekehrt: Es gilt die reale Eigenständigkeit, Getrenntheit und Unabhängigkeit symbolisch darzustellen, damit das Kind, entgegen seiner unrealen Verschmelzungsangst, die Eigenregulierung der Beziehung neu erleben kann.“ (*Katz-Bernstein* 1996, 129)

Für Miriam waren zweifellos beide Aspekte, der des Nachnährens und der Abgrenzung wichtig, vielleicht kam sie deshalb so oft auf ihre Höhle oder Matratzenlager zurück. Insbesondere beschrieb sie das Gefühl des „Umhülltseins“, das sie empfand, wenn sie sich eine Hütte baute mit Wänden und Decken (aus Matratzen). Es wurde auch warm darin und sie berichtete, dass sie dann deutlicher spüren könne, dass sie eine Person mit Grenzen sei. In diesen Momenten hatte der Safe Place also die Funktion von symbolischen Grenzen, die ihr Sicherheit gaben und ihr halfen, sich mit ihrem persönlichen Umraum wahrzunehmen.

Ich möchte zurückkommen auf Miriams Einlieferungsgrund in die Klinik, ihren Suizidversuch, den sie später selbst als Hilferuf einstuft. In der Lage, in der sie sich damals befand, wusste sie offenbar keinen anderen Weg mehr, auf die falsche Richtung, in die ihr Leben ging, aufmerksam zu machen. Die Verbindung zu Winnicotts Konzept vom wahren und falschen Selbst lag in ihrem Fall nahe; es schien, dass hier ein junges Mädchen mit ihren wirklichen Begabungen von ihrer Familie nicht gesehen wurde, sich selbst nicht sehen konnte und auf das Übermaß an Gefügigkeit nur noch selbstdestruktiv reagieren konnte. Vielleicht hat dieses Konzept von Winnicott – ausreichend gute Bemmutterung ermöglicht dem Baby, eine Kontinuität des Seins und damit eine personale psychische Realität und ein personales Körperschema zu entwickeln; wenn dies nicht gegeben ist, muss sich das Baby übermäßig an die äußeren Gegebenheiten anpassen und entwickelt ein „falsches Selbst“, so dass Spontaneität, Ursprünglichkeit, „wahres Selbst“, in seinen Lebenserfahrungen nicht mehr vorkommen (vgl. Winnicott 1974) –, obwohl veraltet und bindungstheoretisch gesehen weiterentwickelt (vgl. Kap. 4.2), gerade in der Arbeit mit Essgestörten eine hohe metaphorische Aussagekraft. Es trifft das so oft beschriebene Gefühl der inneren Leere bzw. das Gefühl, keine eigene Person zu sein.

Miriam nutzte die Zeit in der Klinik, um viel herauszufinden über ihre Begabungen und Stärken, die sehr anders gelagert sind als ihre Familie glauben wollte. Wir konnten sie also darin unterstützen, ihre Ressourcen zu erkennen und sich selbst mehr als eigenständige und schöpferische Person wahrzunehmen. Ihre Essstörung war noch nicht gänzlich durchgestanden, aber ihre Prognose ist positiv.

5. Schlussbetrachtung

Abschließend möchte ich auf einige Aspekte hinweisen, auf die mich die Arbeit mit dem Safe Place besonders aufmerksam gemacht hat.

Zum Einen lenkten die Patientinnen dadurch, dass sie doch immer wieder auf ihre „Wohlfühlorte“, oder „Hütten“, zurückkommen wollten, mein Augenmerk auf das „Nachnähen“, bzw. auf die defizitären Bindungserfahrungen, die bei den Mädchen vermutlich oder gesichert vorhanden waren. So ist das Safe Place-Angebot verbunden mit der Hoffnung, dass es ein Baustein sein kann im Erleben von korrigierenden Bindungserfahrungen, im vollen Bewusstsein der Tatsache, dass dies viel Zeit braucht. Ermutigend erachte ich in diesem Zusammenhang die Aussagen von erwachsenen Interviewten im Adult-Attachment-Interview, die in Kapitel 4.2 schon erwähnt wurden. Es handelt sich hier um Befragte, die über Beziehungserfahrungen mit wenig liebevollen und fürsorglichen Eltern offen, reflektiert und teilweise auch versöhnlich sprechen konnten, offenbar als Ergebnis intensiver Bewältigungsprozesse und/oder therapeutischer Erfahrungen (vgl. Ziegenhain 2001). Ich glaube, dass es für unseren Berufsstand sehr interessant sein kann, hier vertieft nachzufragen, was es genau war, das geholfen hat.

Zum Anderen möchte ich noch einmal auf einen der Schutz- bzw. potentiell protektiven Faktoren zurückkommen, die die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie miteinbezieht: die schon erwähnten positiven Temperamentseigenschaften. Hierzu zählen emotionale Flexibilität, Kontakt- und Affektregulationsfähigkeit (vgl. Petzold/Müller 2001). Dem möchte ich nach den Erfahrungen mit dem Safe Place-Angebot, insbesondere mit anorektischen Mädchen, eine weitere Eigenschaft hinzufügen: den Eigensinn. Eigensinnigkeit im Sinn von Fühlen und Daran-Festhalten, was man selbst für richtig hält; aufsässig sein und die Erfahrung machen dürfen, „Konstrukteur des eigenen Lebenssinns“, zu sein (Metzmacher/Zaepfel 1996, 58); unfügsam sein wie z.B. Ronja Räubertochter, eine Romanfigur Astrid Lindgrens, die nicht Räuberin werden will wie ihr Vater und ihre Großväter, die aber weiß, wie man aus Freude über den Frühling einen Jubelschrei ausstößt, der weit über die Wälder schallt.

Das Erahnen, Wahrnehmen und Ernstnehmen eigener Impulse, das essgestörten Patientinnen oft so schwerzufallen scheint, entstehend in einem eigenen inneren Raum - dieses Selbstgefühl und den Eigensinn zu unterstützen, ist das Anliegen der Safe Place-Intervention.

6. Zusammenfassung

Der eigene Ort

Die vorliegende Arbeit betrachtet das Konzept des Safe Place, wie es im Rahmen der Integrativen Therapie von Katz-Bernstein entwickelt wurde, und differenziert es anhand der klinischen Arbeit mit essgestörten jugendlichen Patientinnen weiter aus. Zunächst werden Diagnose, Ätiologie, Psychodynamik und Psychotherapie von Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa dargestellt, dann das körpertherapeutische Angebot innerhalb der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Neuenahr erläutert, innerhalb dessen die Arbeit mit dem Safe Place stattfand. Diese wird vertiefend mit Aspekten des „potential space“ (Winnicott), der Bindungstheorie und den immanenten Möglichkeiten zur Abgrenzung in Beziehung gesetzt und anhand von drei Fallbeispielen veranschaulicht.

Summary: A private space

This article discusses the Katz-Bernstein Integrative Therapy Concept of "Safe Place" and expands it further by application in the treatment of in-patients with eating disorders.

The author, a Movement Therapist at the Bad Neuenahr Clinic for Children and Adolescent Psychiatry, describes the Diagnosis, aetiology and Psychotherapy of Anorexia and Bulimia. Using three case Studies, specific aspects of "Safe Place" as "Potential Space" (Winnicott), attachment theory and the inherent possibilities of Marking Off are also illustrated in detail.

Key words: Safe Place – eating disorder – Integrative Therapy – attachment theory - potential space

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Beutel, M., Klimchak, S. (2003): Pille oder Couch? In: *Gehirn und Geist* 6/2003. 16-20.
- Bowlby, J. (1988): A secure base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.
- Bräutigam, B. (2002): Muss ich essen? Ein integrativer Ansatz zur stationären Behandlung bei anorektischen Reaktionen unterschiedlicher Genese. *Integrative Therapie* 1/2002. 5-26.
- Bruch, H. (2002): Der goldene Käfig. Frankfurt (M): Fischer.
- Bruch, H. (2004): Essstörungen. Frankfurt (M): Fischer.
- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) (Hg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Dornes, M. (2001): Der kompetente Säugling. Frankfurt (M): Fischer.
- Ernst, C. (1993): Sind Säuglinge psychisch besonders verletzlich? Argumente für eine hohe Umweltresistenz in der frühesten Kindheit. In: *Petzold, H. G.* (Hg): Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd 1. Paderborn: Junfermann.
- Fehér, C. (2002): Dann bin ich eben weg. Geschichte einer Magersucht. Düsseldorf: Sauerländer.
- Fonagy, P., Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Gießen: Psychosozial.
- Frewer, A., Sieper, J., Petzold, H. (2004): Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen. *Integrative Therapie* 4 (2004) 337 –362.
- Gloger-Tippelt, G. (2001) (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber.
- Habermas, T. (1998): Eßstörungen der Adoleszenz. In: *Oerter, R./Montada, L.* (Hg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz. 1060-1075.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2003): Ess-Störungen. In: *Schulte-Markwort, M., Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F.* (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer. 668-692.
- Hoffmann, S., Hochapfel, G. (2004): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Jaeger, B. et al. (2002): Body Dissatisfaction and its Interrelations with Other Risk Factors for Bulimia Nervosa in 12 Countries. *Psychother. Psychosom.* 71, 54-61.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des "Safe Place" - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H.* (1996) (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Therapie in Theorie und Praxis, Bd 2. Paderborn: Junfermann.

- Katz-Bernstein, N. (2004): Innen-Außen und der Raum dazwischen. Kindertherapeutische Methoden zur Verbindung von innerer und äußerer Realität. In: Metzmacher, B., Wetzorke, F. (2004) (Hg.): Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 46-79.
- Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D., Walsh, T. (2001): Longitudinal Relationships between Childhood, Adolescence, and Adult Eating Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40:12. 1434-1440.
- Leibl, C., Fumi, M., Naab, S. (2001): Integrative Therapie bei Essstörungen. *Psycho* 27 (2001) 604-610.
- Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (1996) (Hg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Therapie in Theorie und Praxis, Bd 1. Paderborn: Junfermann - Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Therapie in Theorie und Praxis, Bd 2. Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Zaepfel, H. (2002): „Es braucht mehr als ein Wochenende, Arthur, um auf dem Wasser gehen zu können“ - Tiefenpsychologische Überlegungen zum Konzept der Ressourcenorientierung in der Psychotherapie mit Jugendlichen. In: *Psychotherapie* (2002) 114-124.
- Metzmacher, B., Wetzorke, F. (2004) (Hg.): Entwicklungsprozesse und ihre Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oerter, O., Montada, L. (1998) (Hg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Verlags Union. 4. Auflage.
- Petzold, H. G. (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Bd I/1 und I/2. Paderborn: Junfermann. 3. überarb. Auflage.
- Petzold, H. G. (2001): Transversale Identität und Identitätsarbeit. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge-POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2001
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge-POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 02/2002
- Petzold, H. G. (2002j): Der „Informierte Leib“ - „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge-POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 07/2002
- Petzold, H. G., Goffin, J., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold, H. G. (Hg): Frühe Schädigungen - späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1. Paderborn: Junfermann. 345-498.
- Petzold, H. G., van Beek, Y., van der Hoek, A. (1994): Grundlagen und Grundmuster "intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H. G. (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. 491-598.
- Petzold, H. G., Müller, L. (2001): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge-POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 05/2001
- Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungs-psychologische, neurobiologische und agogische Positionen der "Integrativen Therapie" als "Entwicklungstherapie". Grundlagen für Selbsterfahrung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ratey, J. (2001): Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung. Zürich: Walter.
- Reich, G., Cierpka, M. (1997) (Hg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Scheuerer-Englisch, H., Suess, G., Pfeifer, W.-K. (2003) (Hg.): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen: Psychosozial.
- Seligman, M. (2004): Der Glücksfaktor. Warum Optimisten länger leben. Bergisch-Gladbach: Ehrenwirth.
- Steele, H., Steele, M. (2001): Klinische Anwendungen des Adult-Attachment-Interviews. In: Gloger-Tippelt, G. (2001) (Hg): Bindung im Erwachsenenalter. Bern: Huber. 322-344.
- Steinhausen, H.-C. (1997): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stein-Hilbers, M., Becker, M. (1996): „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“ Zur Prävention von Essstörungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Thiels, C. (2004): Belastungen in der Kindheit und in der Jugend Essgestörter. In: *Psychotherapeut* 49, 21-26.
- Urban, M., Hartmann, H.-P. (2005) (Hg.): Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Walitza, S., Schulze, U., Warnke, A. (2001): Unterschiede zwischen jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Hinblick auf psychologische und psychosoziale Merkmale. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 29 (2) 117-125.
- Winnicott, D.W. (1973): Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler.
- Winnicott, D.W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.
- Ziegenhain, U. (2001): Sichere mentale Bindungsmodelle. In: *Gloger-Tippelt, G. (2001) (Hg): Bindung im Erwachsenenalter*. Bern: Huber. 154-174.