

# **Esstörungen – ihre statistischen Abbilder und ihre Verkörperungen Zur Phänomenologie und Behandlung von Menschen mit Essstörungen<sup>1</sup>**

Hörndler Margit & Haselberger Gabriele

Jänner 2007

## **Einleitung**

Seit 1.1.2005 verfügt sowohl über eine zentrale Datenbank, die soziodemografische, medizinische und psychologische Daten am Beginn und am Ende der ambulanten Behandlung erfasst und mit den Behandlungsdaten verknüpft. Dies ermöglicht uns eine umfangreiche Beschreibung unserer KlientInnen und ihrer Behandlung.

Im Zuge der statistischen Auswertung der Daten zur Erstellung des Jahresberichts 2005 entwickelte sich zwischen den beiden Autorinnen ein reger Dialog darüber, ob und wie die Phänomenologie – die Wahrnehmungen und Erfahrungen aus der praktischen Arbeit mit unseren KlientInnen – und die statistischen Daten zusammenhängen könnten. Die phänomenologische Betrachtung erfolgte primär anhand der Bewegungsanalyse nach C. Rick. Diese bewegungsorientierte Methode eignet sich besonders für diese Betrachtungsweise, weil die Bewegung nicht symbolisch im Sinne der Körpersprache oder behaviouristisch als Verhalten verstanden wird, sondern als spontane Äußerung der unbewussten Selbstauffassung. Diese Therapiemethode erschließt einen nonverbalen Zugang zum Fühlen und Handeln.

Die Darstellung unserer Reflexion erfolgt in der selben Art und Weise, wie sie entstanden ist: ausgewählte statistische Ergebnisse kommentieren wir, indem wir das darin enthaltene Thema und die Konsequenzen für die therapeutische Arbeit beschreiben.

Die Verbindung von Theorie und Praxis, objektiven Daten und subjektiver Wahrnehmung, also von scheinbaren Gegensätzen spielt nicht nur in dieser Arbeit eine Rolle, sondern stellt unseres Erachtens auch einen zentralen Aspekt in der essstörungsspezifischen Therapie dar. Gelingt es der Klientin mit Hilfe ihrer Therapeutin, in einen kreativ schöpferischen Prozess einzutreten, eröffnet sich ein Weg aus der Essstörung.

Auszüge dieser gemeinsamen Reflexion haben wir beim Internationalen Kongress für Essstörungen in Alpbach (Oktober 2006) vorgetragen. Hier ist die schriftliche und erweiterte Fassung dieses Vortrages.

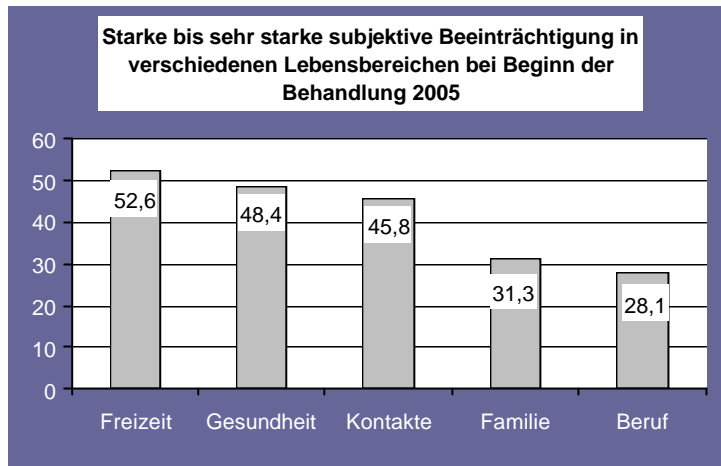
## **Subjektive Beeinträchtigung aufgrund der Essstörung und des Körpergewichts – Selbst- und Fremdbestimmung**

Bei Beginn der ambulanten Behandlung bei sowohl schätzen KlientInnen ein, in welchen Lebensbereichen und in welchem Ausmaß sie sich aufgrund der Essstörung und ihres Körpergewichts beeinträchtigt fühlen.

---

<sup>1</sup> Wir danken Mag. Heidi Mayr für ihre kritischen Anmerkungen zu unserem Vortrag und Mag. Christian Zitt für sein Feedback zur schriftlichen Fassung.

Am häufigsten fühlen sie sich in der Freizeitgestaltung, in Hinblick auf ihren Körper und ihre Gesundheit sowie in ihren sozialen Kontakten (sehr) stark beeinträchtigt. Beruf und Familie sind jene Lebensbereiche, in denen sich die KlientInnen deutlich seltener (sehr) stark beeinträchtigt fühlen.



Quelle: *sowhat Jahresbericht 2005*

Hier spiegelt sich unseres Erachtens die Wechselbeziehung zwischen äußerer und innerer Struktur, d.h. zwischen Fremd- und Selbstbestimmung, wider. Je weniger Struktur im „Außen“ vorgegeben ist, umso mehr bedarf es „innerer“ Struktur, wie eigene Werthaltungen, Gestaltungsfähigkeit und Eigenaktivität. Beruf und Familie stellen tendenziell stärker strukturierte Lebensbereiche (z.B. durch Rollenzuschreibungen und –erwartungen, Aufgabenverteilungen, Anforderungen, etc.) dar als die Lebensbereiche Freizeit, Körper/Gesundheit und soziale Kontakte. Zitat einer jungen Klientin mit Anorexie: „Im Job ist alles klar definiert. Es ist klar, was von mir erwartet wird. In Freundschaftsbeziehungen fällt es mir schwerer, meinen „Raum“ zu beanspruchen, weil nicht klar ist, was die anderen von mir wollen.“ Innere Struktur ermöglicht Gestaltungsfähigkeit und Eigeninitiative, aber auch die so wichtige Unterscheidung zwischen der eigenen und der anderen Person. Auf der körperlichen Ebene drückt sich das Vorhandensein einer inneren Struktur durch das sensomotorische Bewusstsein aus. Darunter wird in der Bewegungsanalyse ein grundlegendes körperliches Gewahrsein<sup>2</sup> verstanden. Ein sensomotorisches Bewusstsein ist nur „im Hier-und-Jetzt“ möglich, und Voraussetzung, um eigene (Handlungs)Impulse wahrzunehmen und auszudrücken.

Beispiel 1: Die Therapeutin lädt eine junge Klientin mit Bulimie ein, eigene Bewegungsimpulse wahrzunehmen und auszudrücken. Die Klientin lässt sich darauf ein. Sie bewegt sich betont langsam und kaum von ihrem Platz weg. Auf die Frage der Therapeutin, ob dies ihr momentan bevorzugter Ausdruck sei, antwortet die Klientin, dass sie sich lieber schnell und dynamisch bewegen würde. Sie glaube aber, diese Art der Bewegungen würde nicht in das therapeutische Setting passen bzw. die Therapeutin erwarte sich etwas anderes. Dies sei der Grund, wieso sie sich so bewege, obwohl sie sich lieber ganz anders bewegen würde.

KlientInnen mit Essstörungen können zwar oft ihre Bewegungsimpulse wahrnehmen, die Hindernisse tauchen vor allem auf dem Weg zu ihrer Umsetzung auf. Die Verbindung zwischen körperlichem Empfinden und Fühlen, Sinneswahrnehmungen und Umsetzung bzw. Handlung wird unterbrochen. Innere Bewegung (Gefühle, Körperempfindungen) korrespondieren nicht mit äußeren bzw.

<sup>2</sup> Wo fühlt der Körper im Moment Widerstand? Welche Position nimmt er im Raum ein?

körperlichen Bewegungen. Eine vorgegebene äußere Struktur kann so die Sicherheit und Orientierung ersetzen, die im „Inneren“ fehlt.

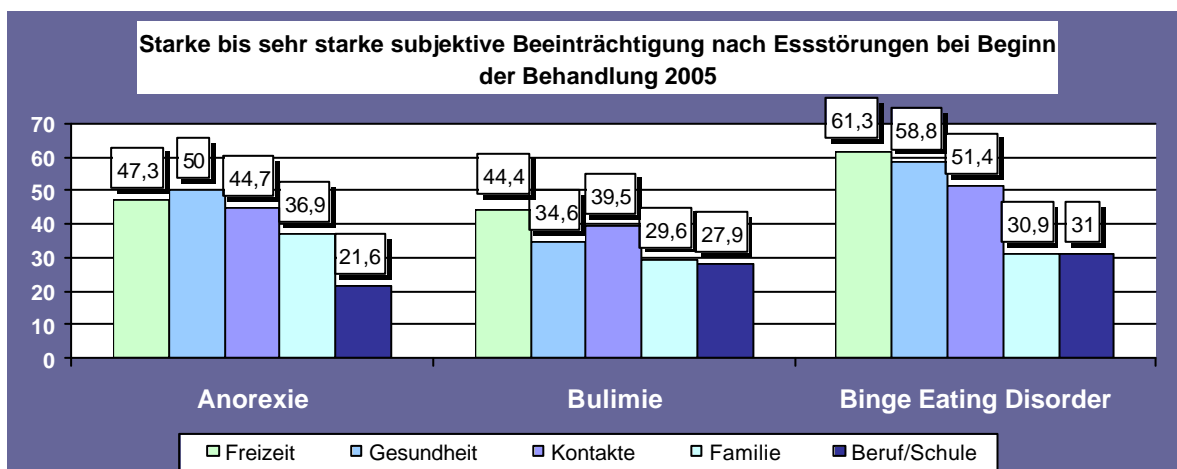
In der therapeutischen Arbeit erscheint es uns wichtig, auf die Verhaltenstendenz zu achten und die Klientin immer wieder offen darauf anzusprechen, was ihr Verhalten motiviere. Wenn diese Fragen nicht offen gestellt werden, handelt die Klientin entsprechend ihrer gedanklichen Konzepte und Konstrukte von der Situation - auch der therapeutischen Situation - und verhartet dann unreflektiert in Handlungsmustern, die ihren Lebensraum und ihre (Lebens)Möglichkeiten stark einschränken und reduzieren.

Für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Rahmens bedeutet dies, genau so viel bzw. so wenig Struktur vorzugeben, dass diese damit zusammenhängenden Themen (z.B. Angst / Hemmung, eigene Impulse auszudrücken, Anpassung an die vermeintlichen Erwartungen der Therapeutin / der anderen) für die Klientin erfahrbar werden können, ohne die Klientin zu überfordern. In der Bewegungsanalyse wäre zum Beispiel die Einladung, Bewegungen auszuprobieren, die leicht oder schwer fallen, die vorgegebene Struktur, innerhalb der die Art der Bewegungen frei gewählt werden kann. Werden alle Elemente der Bewegung genau vorgegeben, kann die Klientin mit Abwehr oder Anpassung reagieren. Wird keine oder zu wenig Struktur vorgegeben, kann dies die Klientin so stark überfordern, dass sich dies ungünstig auf die therapeutische Beziehung auswirkt und bis zu einem Therapieabbruch führen kann.

Achtsamkeit und therapeutische Präsenz sind die Basis der therapeutischen Arbeit und ermöglichen, die Struktur genau so zu gestalten, dass Sicherheit erfahrbar wird.

### Esstörungsspezifische Einschätzung der subjektiven Beeinträchtigung – den eigenen Raum einnehmen und gestalten

KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder fühlen sich in allen Lebensbereichen mit Ausnahme des familiären Bereichs am häufigsten (sehr) stark subjektiv beeinträchtigt. Im familiären Bereich sind es KlientInnen mit Anorexie, die sich am häufigsten sehr belastet fühlen.



Quelle: *sowhat Jahresbericht 2005*

Die Ergebnisse hinsichtlich der Binge Eating Disorder überraschen nicht: Diese geht häufig mit Übergewicht bzw. (starker) Adipositas einher. Diskriminierung und Ausgrenzung von adipösen Menschen in einer Gesellschaft mit Schlankheitswahn sind hinlänglich bekannte Phänomene. Bei den

Betroffenen kann dies zu einer Verstärkung der niedrigen Lebensqualität und von Depressionen führen.

Bei den KlientInnen mit Anorexie scheint sich in diesem Ergebnis die Schwierigkeit, den „eigenen Raum“ in nahen Beziehungen wahr- und einzunehmen, widerzuspiegeln. Dieses Thema kommt bei Anorexie in der körperlichen Erscheinung – extremes Dünnsein – sehr plastisch zum Ausdruck.

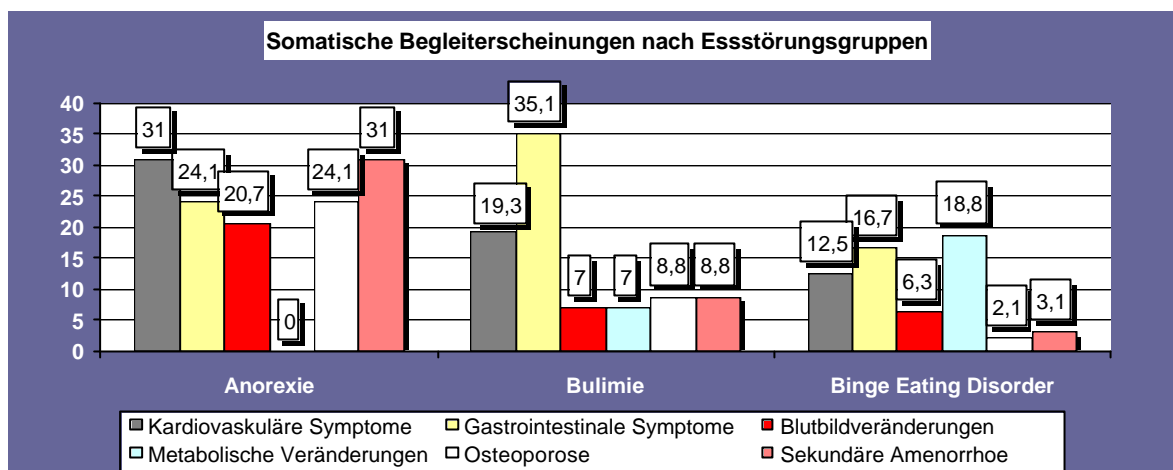
Beispiel 2 aus einer bewegungsorientierten Einheit mit einer jungen Klientin mit Anorexie: Die Klientin bewegt ihre Extremitäten sehr nahe am Rumpf, d.h. es kommen keine körperfernen (raumeinnehmenden) Bewegungen vor. Anschließend zieht sich die Klientin in eine Ecke des Raums zurück und baut einen Damm an Polstern um sich herum auf. In der verbalen Reflexion beschreibt sie ihr Verhalten so: Sie nehme sich immer mehr zurück, weil sie Angst habe, einem anderen Menschen gegenüber zu treten. Sie könne dem, was auf sie zukomme, nichts entgegensetzen. Ihre einzige Möglichkeit mit Herausforderungen umzugehen sei, sich immer mehr zurückzunehmen, bis es sie nicht mehr gebe – sie nicht mehr sichtbar sei. Bei der Therapeutin taucht das Bild von einem kleinen ungeschützten Vogel auf, das sich ein Nest baut.

In der therapeutischen Arbeit hat sich gezeigt, dass es sehr wichtig ist, die Bewegungen der Klientin nicht zu interpretieren oder zu kommentieren, sondern lediglich zu beschreiben und zu bestätigen. Interpretationen und Kommentare werden leicht als Bewertungen aufgefasst. Bewertungen führen meist – mehr oder weniger wahrnehmbar - zu einem inneren Rückzug der Klientin. Ist sich dagegen die Klientin eines bewertungs- und beurteilungsfreien Raums sicher, eröffnet sich ihr jener Raum, den sie benötigt, um ihr Bewegungsrepertoire – außerhalb des therapeutischen Settings, ihre Handlungsmöglichkeiten - zu erweitern (z.B. ihr Tempo zu variieren, sich anzulehnen) und Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken.

Ausgegangen wird vom bereits vorhandenen Bewegungsrepertoire, das bestätigt wird. Das Bewegungsmuster bei Anorexie ist häufig geprägt von funktionalen Bewegungen (Fortbewegung wie etwa gehen, Arme beugen und strecken, öffnen und schließen), die mit hoher Körperspannung einhergehen (diese dient der besseren Wahrnehmung des Körpers). So kann ein hohes Maß an sportlicher Aktivität auch dazu dienen, den Körper zu spüren. Im Gegensatz zur Binge Eating Disorder, die sich im Bewegungsmuster durch „Am-Platz-Bleiben“ auszeichnet, dominiert bei Anorexie „Das-ständig-in-Bewegung-sein und Nur-nicht-stehen-bleiben“.

### **Somatische Begleiterscheinungen – kämpfen ums Überleben versus das Leben verweigern**

KlientInnen mit Anorexie weisen die meisten essstörungsspezifischen somatischen Begleiterscheinungen auf, KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder deutlich weniger, und sie sind meist nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Gleichzeitig fühlen sich letztere aber körperlich und gesundheitlich häufiger (sehr) stark beeinträchtigt als KlientInnen mit Anorexie oder Bulimie (siehe vorherige Abbildung).



Quelle: *sowhat Jahresbericht 2005*

In der Praxis lässt sich oft beobachten, dass KlientInnen mit Anorexie versuchen, die Arztordinationen zu umgehen, während KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder tendenziell die Arztbesuche den psychotherapeutischen Stunden vorziehen.

Hier widerspiegelt sich unseres Erachtens der diametral entgegengesetzte Umgang dieser beiden Essstörungsgruppen mit dem Thema „Materie“ bzw. „Nicht-Materie“. Während KlientInnen mit Anorexie sich der Materie zu entziehen trachten (Zitat einer Klientin: „An mir gibt es nichts Überflüssiges, nur Struktur.“), halten KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder an der Materie fest. Die verweigern das Leben, die anderen kämpfen um das Überleben. Arztbesuche wahrzunehmen bedeutet demnach für KlientInnen mit Anorexie, sich mit der körperlichen (=materiellen) Realität, dem Konkreten, zu konfrontieren, da der Arzt körperliche Symptome erhebt und das Körpergewicht misst.<sup>3</sup>

Die Art und Weise wie Menschen mit einer Binge Eating Disorder (meist assoziiert mit Adipositas) ihre Beziehungen zu sich, zu anderen und der Welt wahrnehmen und gestalten, lässt sich als „materiell“ orientiert beschreiben. Während es bei Arztordinationen um Konkretes geht und etwas „gemacht“ wird (z.B. Untersuchung, Medikamentenverordnung, Ernährungspläne, etc.), stellt sich für die Betroffenen das, was in der Psychotherapie „geschieht“, eher unkonkret und wenig greifbar und damit potentiell verunsichernd dar.

Beispiel 3 aus einer Bewegungssequenz einer Klientin mit einer Binge Eating Disorder und Adipositas: Die Klientin steht bei allen angebotenen Bewegungsexperimenten am selben Platz und führt in jeder Bewegungseinheit die selben Aufwärbewegungen durch. Auf Anregung der Therapeutin, zu überprüfen, ob der Platz für sie auch wirklich passen würde, antwortet die Klientin: „Es ist eh überall gleich.“. In ihrem Körper- und Bewegungsausdruck und in den damit zusammenhängenden Gesprächen vermittelt sie der Therapeutin: „Es ist so, es war so und es wird immer so sein.“

Eine derart verfestigte und generalisierte Lebenshaltung hält von vorneherein jeden Veränderungsimpuls zurück und verhindert die flexible Anpassung und Überprüfung des Verhaltens auf Angemessenheit und Stimmigkeit in unterschiedlichen Situationen. Zitat einer Klientin mit Binge Eating Disorder: „An diesem Platz kann ich sicher sein, dass ich Sie sehe und unter Kontrolle habe

<sup>3</sup> Wie im vorangegangenen Kapitel ausgeführt, erscheint es uns wichtig, dass auch von ärztlicher Seite das Körpergewicht und die Körpersymptomatik nicht interpretiert oder bewertet werden, sondern sachlich und klar informiert und aufgeklärt wird.

und dass Sie mich sehen und unter Kontrolle haben.“ Die Konstanz in der Bewegungslosigkeit scheint Sicherheit zu vermitteln bei gleichzeitig maximaler (Bewegungs-)Einschränkung und Beschränkung.

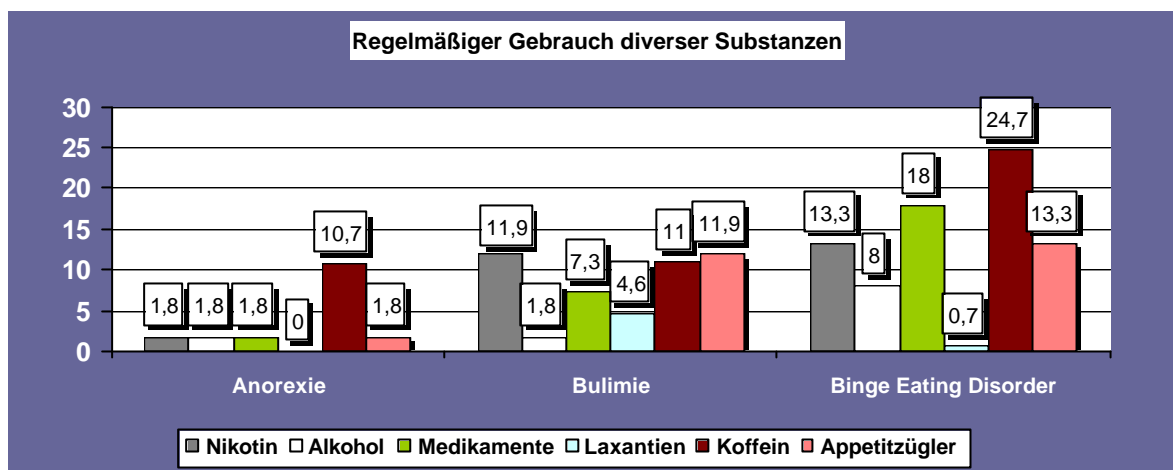
Bei KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder lassen sich in der bewegungsanalytischen Arbeit zwei typische Bewegungsmuster beobachten: Erstens körperliche Bewegungslosigkeit, indem sich z.B. die Klientin wie ein Fels auf einen Platz stellt, ohne sich zu bewegen, und zweitens Konstanz in einem bestimmten individuellen, meist streng funktionalen Bewegungsmuster. Funktionale Bewegungsmuster sind vom Fühlen und Spüren abgekoppelt und äußern sich über Bewegungen mit Armen und Beinen (beugen, strecken, öffnen, schließen), manchmal auch mit dem Kopf, während gleichzeitig der Rumpf größtenteils unbewegt bleibt.

In der therapeutischen Arbeit ist besonders auf das Herstellen eines sicheren Rahmens zu achten, wie es aus der Psychotraumatologie bekannt ist. Dies kann dadurch erfolgen, dass genau erklärt wird, was hier gemacht wird - therapeutisches Vorgehen, therapeutische Ideen und Konzepte werden in verständlicher Weise beschrieben und das Einverständnis immer wieder explizit eingeholt – und die therapeutischen Rahmenbedingungen klar definiert (am besten auch in schriftlicher Form mitgegeben).

Die Einhaltung von Rahmenbedingungen auf beiden Seiten erachten wir dabei als wichtiges therapeutisches Mittel, an deren Übertreten oder Rütteln zentrale Themen bearbeitbar werden können. Ein sicherer Rahmen ist, wie aus der traumaspezifischen Therapie bekannt, auch herstellbar, indem primär so gearbeitet wird, dass der erwachsene Teil der Klientin gestärkt und stabilisiert und nicht regressionsfördernd gearbeitet wird. Besonders wichtig ist es, insbesondere wenn durch Menschen und nahe Bezugspersonen verursachte Traumatisierungen vorliegen, die therapeutische Beziehung nicht mit Übertragung und Gegenübertragung anzureichern. Die oft hochambivalenten Beziehungserfahrungen von Menschen mit Essstörungen, der Wunsch nach Nähe und Selbstbestimmung, die Angst vor Abhängigkeit von anderen Menschen etc., erfordern eine kontinuierliche und stetige Anpassung und Nachjustierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung und stellen eine besondere Herausforderung in der essstörungsspezifischen Therapie dar. Besonderes Augenmerk ist darauf zu legen, die Klientin auch innerhalb des therapeutischen Settings auf ihre Gestaltungsmöglichkeiten und –fähigkeiten, ihre Mitbestimmungsrechte, hinzuweisen. So kann allmählich die eigene (Gestaltungs-)Macht und die eigene Regulierungsfähigkeit erfahrbar gemacht werden. In der bewegungsanalytischen Arbeit zeigt sich das, wenn die Klientin beginnt, den Rumpf - ein meist unbeschriebenes Blatt bei Menschen mit Essstörungen – in die Bewegungen miteinzubeziehen. Dies geht mit einer Veränderung im Selbstverständnis und einem Wandel von Ohnmacht zur (Eigen-)Macht einher.

### **Substanzgebrauch – Wie wird Beziehung aufgenommen?**

Der Umgang mit Nahrung spiegelt sich im Umgang mit unterschiedlichen Substanzen wider. Mit Ausnahme von Koffein nehmen KlientInnen mit Anorexie kaum Substanzen zu sich, KlientInnen mit einer Binge Eating Disorder dagegen die meisten.



Quelle: sowhat Jahresbericht 2005

Wie Menschen mit Essstörungen mit Essen und anderen Substanzen umgehen, spiegelt sich auch in der Art und Weise wider, wie sie Beziehung zu sich, zu anderen und der Welt aufnehmen.

Beispiel 4: Die GruppenteilnehmerInnen werden eingeladen, Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu finden. Die Klientin mit einer Binge Eating Disorder geht auf eine Klientin mit Anorexie zu und versucht über die Augen Kontakt aufzunehmen. In der darauffolgenden verbalen Reflexion wird deutlich, dass diese „Kontaktaufnahme“ für die Klientin mit Anorexie sehr beängstigend war, sie hatte das Gefühl, „mit den Augen aufgefressen zu werden“. Darauf reagierte sie entsprechend ihres Verhaltensmusters mit (innerem) Rückzug.

Fehlt die Verbindung zwischen sensomotorischem Bewusstsein und funktionaler und / oder formaler Verkörperung entsteht Leere. Soll die Wahrnehmung der Leere vermieden werden, kann sie mit Essen, anderen Substanzen oder äußeren Eindrücken gefüllt werden. Wiederholungen des Vermeidungsverhaltens können zu Abhängigkeit führen. Die Aufgabe in der Therapie ist, die Klientin zu unterstützen, ihren inneren Raum zu gestalten bzw. die Leere wahrzunehmen und anders zu füllen, z.B. Eigenfürsorge, Gewahrwerden der eigenen Bedürfnisse, Gestaltungsfähigkeit und Flexibilität, Entwickeln der eigenen Kreativität.

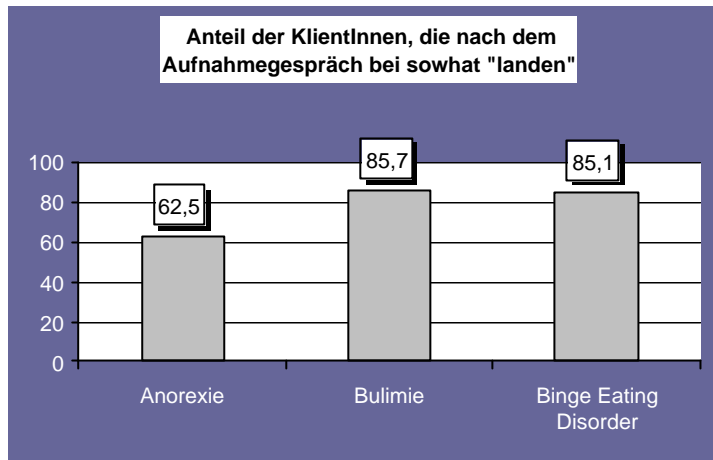
Die unterschiedlichen Qualitäten der Beziehungsaufnahme bei KlientInnen mit Essstörungen sind in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen. Für die therapeutische Arbeit und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sind sensible Sensoren für Unstimmigkeiten in der Beziehung wichtigstes Arbeitsmittel. Voraussetzung ist die Präsenz der Therapeutin und ihre Achtsamkeit. So kann auch in der therapeutischen Arbeit deutlich werden, wo die Therapeutin beginnt, beispielsweise die Klientin mit einer Binge Eating Disorder mit Angeboten und Engagement zu füttern oder die Klientin mit einer Anorexie damit zu überschütten.

### **Behandlungsdauer / „Landen“ – „sein können“**

Die durchschnittliche Dauer der ambulanten Behandlung von Menschen mit Essstörungen, unabhängig davon wie die Behandlung beendet wurde, beträgt 2 Jahre und einen Monat. Die Essstörungsgruppen unterscheiden sich darin nicht. Essstörungsspezifische Unterschiede bei den Erwachsenen gibt es jedoch in Hinblick auf einen gelingenden Einstieg in das Behandlungsprogramm.

Während der Anteil jener KlientInnen, die nicht landen, bei Bulimie und Binge Eating Disorder mit 15% relativ gering ist, beträgt sie bei KlientInnen mit Anorexie mehr als ein Drittel (37,5%). Wie bereits öfter angedeutet, scheint es Menschen mit Anorexie besonders schwer zu fallen, sich gegen äußere

Einflüsse abzugrenzen, das eigene vom anderen zu unterscheiden, insbesondere in nahen Beziehungen. Gleichzeitig lässt sich häufig eine ausgeprägte innere Verbundenheit zur Familie (v.a. Mutter und Vater) beobachten.



Quelle: sowhat Jahresbericht 2005

Beispiel 5 aus einer Fortbildung für Therapeutinnen mit der Aufgabenstellung, ein Rollenspiel durchzuführen: eine Therapeutin übernimmt die Rolle der Klientin, die andere die Rolle der Therapeutin. Das Thema war darauf zu achten, welche Impulse der Bewegungsmodus der Klientin bei der Therapeutin auslöst und umgekehrt. Im Rollenspiel geht die Therapeutin auf die Klientin zu, wodurch letztere ihren bereits vorhandenen Bewegungsmodus (hohe Körperspannung, Arme gebeugt und nahe beim bzw. vor dem Körper, zusammenziehen) verstärkt. Im verbalen Feedback wird deutlich, dass die Klientin das aktive Zugehen der Therapeutin sehr beängstigend empfand und dass es ihr viel wichtiger gewesen wäre, dass die Therapeutin nur „da sei“, aber nicht unbedingt aktiv etwas mache. Wichtig sei, den Kontakt zur Therapeutin wahrzunehmen.

Auch anhand dieses Beispiels wird einmal mehr deutlich, wie essentiell therapeutische Qualitäten wie Präsenz und Feinfühligkeit sind, genau jene Qualitäten, die auch in der frühen Mutter-Kind-Beziehung Voraussetzungen für die Bildung einer sicheren und flexiblen Bindung darstellen.

Wie und wodurch können wir KlientInnen in der Therapie unterstützen, ihren Raum wahrzunehmen und einzunehmen? Wie kann die Klientin darin unterstützt werden, Unterstützung anzunehmen und trotzdem autonom zu bleiben? Wie kann ein bewertungs- und interpretationsfreier Raum für die Klientin hergestellt werden? Diese Fragen drängen sich auf, wenn wir uns nicht damit begnügen, ihr Verhalten als Widerstand zu interpretieren oder als fehlende Motivation.

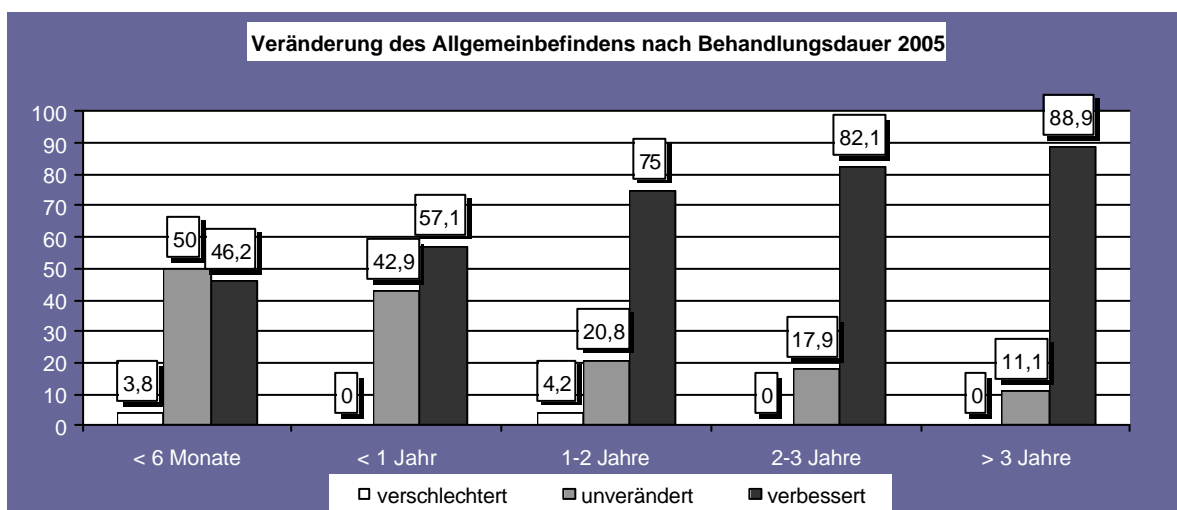
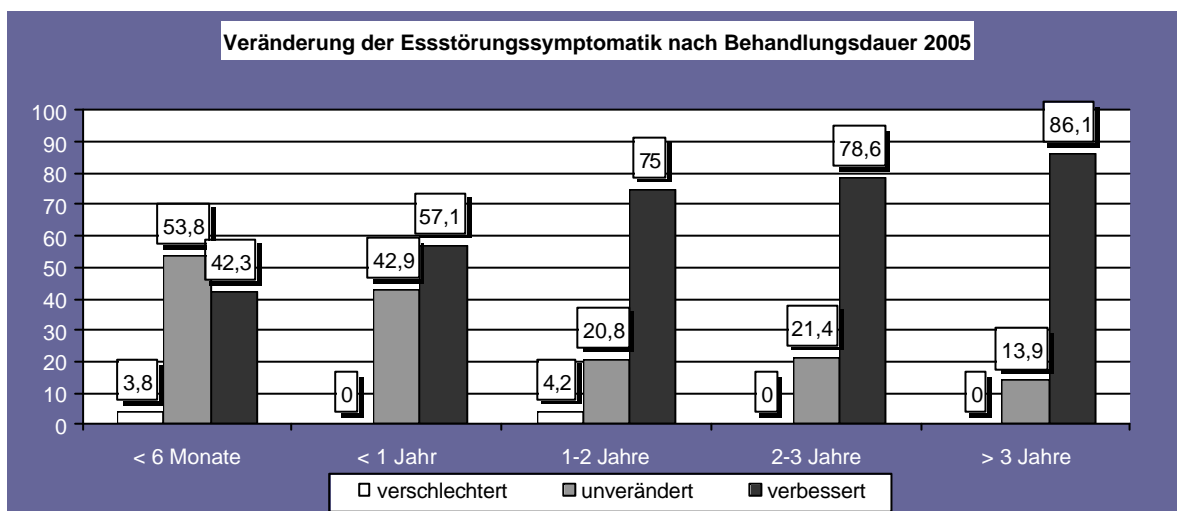
Grundlegend erscheint uns eine respektvolle Haltung der Klientin ihrem So-Sein gegenüber und eine Beziehungsaufnahme, die in der betroffenen Person mehr sieht als die vordergründige Essstörung: Sie *ist* nicht die Essstörung. Es geht nicht darum, wegzuschauen oder nicht zu sehen, wie dünn jemand ist, sondern um einen respektvollen Umgang, der die Grenzen akzeptiert und vor allem auch den persönlichen, intimen Raum. Es geht darum, zu ermöglichen und nicht zu bevormunden und die Klientin in ihrer Eigenständigkeit und Kompetenz anzuerkennen. Für den ärztlichen Teil bedeutet dies, die Symptome und Körperphänomene objektiv und sachlich zu beschreiben, zu informieren und nicht zu bewerten. Für die Psychotherapie heißt das, insbesondere den Ausdruck der Klientin zu respektieren und ihre Besonderheiten anzuerkennen. In der Bewegungsanalyse kann die Klientin darin unterstützt werden, indem sie erprobt, welche Bewegungen sie bevorzugt oder was sie an bestimmten Bewegungen mag oder nicht. Auf diese Weise lässt sich ihr Wertesystem auf motorischer Ebene erfahrbar machen und vom Essen bzw. Nicht-Essen entkoppeln.



Die Psychotherapie dringt per se in den Innenraum von Klientinnen ein. Wenn jemand keine Psychotherapie wünscht, ist dies grundsätzlich zu respektieren. Wir können nicht wissen, was das Beste für jemanden ist. Eine Möglichkeit damit umzugehen ist – wie wir das derzeit in unserem Kinder- und Jugendprogramm praktizieren –, den Einstieg in die Behandlung mit Familiengesprächen zu beginnen. Dadurch wird die meist durch den bedrohlichen Charakter der Essstörung bedingte Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Anorexie-Klientin abgezogen und auf die gesamte Familie und ihre einzelnen Mitglieder verteilt. Dies ist eine Möglichkeit für die Klientin, Raum zu gewinnen und wirkt in vielen Fällen entlastend. So hat sie die Möglichkeit, sich auf ihre Art und Weise dem Therapieangebot anzunähern und zu wählen, was sie möchte.

## Behandlungserfolg - Bindungsfähigkeit

Eine mehr als 3 Jahre dauernde ambulante Behandlung führt – nach Einschätzung der TherapeutInnen – zu einem signifikant besseren Behandlungserfolg bezogen auf die Essstörungssymptomatik und das Allgemeinbefinden der Betroffenen. Dabei fällt die Einschätzung in Bezug auf die Verbesserung des Allgemeinbefindens etwas besser aus als jene der Essstörungssymptomatik.



Quelle: somewhat Jahresbericht 2005

Der signifikant bessere Behandlungserfolg bei einer mindestens dreijährigen Behandlungsdauer spiegelt unseres Erachtens ein zentrales Thema im Zusammenhang mit Essstörungen, die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, wider. KlientInnen mit Bulimie leben – wenn sie bei uns eine ambulante Behandlung beginnen - überdurchschnittlich häufig (70%) alleine und ohne feste Partnerschaft. Für sie ist es oft schwierig, Kontinuität in Beziehungen zu bewahren und „Übergänge“ in all ihren Dimensionen zu durchleben. Dies spiegelt sich auch in Therapieabbrüchen wider. Eine mehr als drei Jahre dauernde Therapie kann demnach auch als Hinweis gesehen werden, dass diese Schwierigkeiten erfolgreich bewältigt werden konnten. Da sich Essstörungen unter Suchterkrankungen subsumieren lassen, ist auch immer zu überprüfen, ob Hinweise für Abhängigkeit der Klientin oder Co-Abhängigkeit des Therapeuten vorliegen.

Eine mindestens drei Jahre dauernde Therapie scheint jener Zeitraum zu sein, innerhalb dessen ein natürlicher Beziehungsprozess durchlaufen werden kann: Ankommen, kennen lernen, ausloten der Möglichkeiten, ausreichend Sicherheit und Vertrauen erfahren, sodass tiefere Schichten bearbeitbar werden bis die psychische Stabilisierung so weit fortgeschritten ist, dass der psychotherapeutische Prozess abgeschlossen werden kann und ein Abschied möglich wird. Eine Variante der Therapiegestaltung kann auch sein, dass einer intensiven Therapiephase eine Therapiepause folgt und die Klientin bei Bedarf sicher sein kann, die Therapie wieder aufnehmen zu können. Eine zentrale Herausforderung in der essstörungsspezifischen Therapie erscheint uns, die Klientin darin zu unterstützen, Nähe und Distanz regulieren zu lernen. Dabei spielt die Therapeutin nicht die bessere Mutter oder den besseren Vater, beides ist sie nicht. Eine derart regressionsfördernde therapeutische Beziehung kann bei beziehungs-traumatisierten Menschen zu Verwirrung und Überforderung (Stress) und in der Folge Therapieabbrüchen führen.

Beispiel 6 aus einem Rollenspiel im Fortbildungsworkshop für Therapeutinnen: jeweils eine Teilnehmerin übernimmt die Rolle der Therapeutin, die andere die Rolle einer Klientin mit Anorexie oder Bulimie. Der Auftrag ist darauf zu achten, welche therapeutischen Interventionen der Klientin die Veränderung / Erweiterung ihres Bewegungsmodus ermöglichen. Ein durchgängiges Feedback von Seiten der KlientInnen-Rollen-trägerinnen ist, dass das beständige und wohlwollende „Da-Sein“ der Therapeutin viel hilfreicher erlebt werde als wenn die Therapeutin sehr „viel mache“ bzw. „sehr aktiv“ sei. Dies gilt insbesondere für Klientinnen mit Anorexie. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, im passenden Moment eine Grenze setzen zu können: Eine Rollenträgerin mit Bulimie führt viele und körperferne Bewegungen aus. Die Therapeutin steht da und handelt nicht. In der verbalen Reflexion drückt die Klientin aus, dass sie so sehr gehofft habe, dass die Therapeutin einfach stopp sage. Sie habe so viel gemacht, um gesehen zu werden. Sie bräuchte nur ein: „Stopp, es ist genug.“

Wichtiger als alle Techniken und Methoden erscheint uns demnach die Präsenz der Therapeutin: diese ermöglicht wahrzunehmen, was im Moment benötigt wird und Thema ist. Jede psychotherapeutische Methode kann zum Ziel führen, das Verbindende ist die Präsenz und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Die essstörungsspezifische Therapie zeichnet sich einerseits dadurch aus, dass sie sehr individuell an die jeweiligen Situationen und Bedürfnisse der KlientInnen angepasst werden muss. Andererseits treten in der Therapie sehr wohl essstörungsspezifische Charakteristika und wiederkehrende Themen, auf, wie wir zu zeigen versucht haben.