

THEA RYTZ
SILVIA WIESMANN
Herausgeberinnen

ESSSTÖRUNGEN UND ADIPOSITAS: AKZEPTANZ VERKÖRPERN

FORMEN KÖRPERORIENTIERTER GRUPPENTHERAPIEN

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Bearbeitung: Christine Mauch, Berlin
Korrektorat: Korrekturbörse Karin Lüders, Krefeld
Fotos: Cécile Keller, Bern
Umschlagillustration: Peter Aerni, Bern
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Franziska Nyffeler, Bern
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2013
© 2013 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95198-0)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75198-6)
ISBN 978-3-456-85198-3

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

ESTHER FISCHER-HOMBERGER 5–7

AKZEPTANZ VERKÖRPERN

Einleitung

THEA RYTZ UND SILVIA WIESMANN-FISCALINI 9–43

«ICH KONNTE MAL WIEDER LACHEN»

Körper- und Bewegungstherapie bei Menschen mit
Essstörungen

ANNETTE ESCHER 45–63

HEILSAMES BERÜHREN UND BERÜHRTWERDEN

ASTRID GEISSELHARDT-BALMER 65–79

WACHSEN UND GEDEIHEN IM MITEINANDER

Konzentrierte Bewegungstherapie in einer Gruppe für
Mädchen mit Essstörungen

BIRGIT SCHOLZ-HEUCKMANN 81–95

DA BIN ICH. ICH HABE EIN GEWICHT.

Adipöse und nicht-adipöse Menschen gemeinsam in
Bewegung

DANIELA BENZ 97–117

EINEN TIEFEREN ZUGANG ZU SICH SELBST FINDEN

Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie für
Menschen mit Adipositas

KATHARINA PICARD 119–147

BEWEGUNG BERÜHRT

Patientinnenbilder zeigen, was die Arbeit mit Grenzen und
Eigenraum bewirken kann.

LILLO RAMSER-FUNK 149–163

VERSÖHNUNG MIT PRALINÉ UND CO.

Körperzentriertes, lösungsorientiertes Esstraining bei
Adipositas und Essverhaltensstörungen

MARGRETH BRÜHL HURTER 165–181

ANKOMMEN DÜRFEN

Verschiedene Zugangswege ins unmittelbare Erleben
des eigenen Körpers

MONIKA-ROSANNA CORRODI 183–211

«WAS HAT DAS DENN MIT ABNEHMEN ZU TUN?»

Körperwahrnehmung und Achtsam Essen: ein
ambulantes Gruppenangebot in einem interdisziplinären
Adipositasprogramm

SILVIA WIESMANN-FISCALINI, M.A.

213–237

**«ICH KANN ES JA MAL PROBIEREN» – SPIELRAUM IM UMGANG
MIT AMBIVALENZ**

Achtsame Körperwahrnehmung: ambulante Gruppentherapie
für Frauen mit einer Essstörung

THEA RYTZ, M.A.

239–265

METHODENBESCHRIEB

267–275

GLOSSAR

276

BILDNACHWEIS

277

VORWORT

Störungen des Essverhaltens – mit daraus resultierendem Über- oder Untergewicht oder einem durch Ess-Brech-Gewohnheiten regulierten Normalgewicht – betreffen noch immer mehrheitlich Frauen.

Eine gestörte Art des Essens ist in unserem Kulturkreis zwar eigentlich normal – ‘normal’ nicht im Sinne von ‘gesund’, sondern im Sinn von ‘häufig’ und ‘angepasst’. Kontrolliertes und effizientes Essen im Dienst der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der zur Produktion von Waren und Werten nötigen Arbeitskraft entspricht den Erfordernissen einer Kultur der Effizienz und der Kontrolle, welche ausblendet und unterdrückt, was ihr im Wege steht. Frauen wird im Rahmen dieses Systems zusätzlich die Kontrolle ihrer körperlichen Erscheinung abverlangt. Damit können sie zu nützlichen Stellvertreterinnen einer reicheren Sinnlichkeit und zu Instrumenten einer effizienten Beziehungstechnik werden. Die Frage nach tiefer wurzelnden längerfristigen Bedürfnissen muss dabei in den Hintergrund treten. Die Zeit zum Essen weicht dem Termin, Fragen nach dem Preis-Leistungs-Verhältnis verdrängen die Aufmerksamkeit auf die Beziehung zwischen Nahrung und Ernährten, die Wahrnehmung von Hunger und Appetit weicht allen möglichen Berechnungen. All das spart Zeit, schafft aber wiederum den Boden für die Essstörungen.

Gerade da setzen die in diesem Buch vorgestellten körperorientierten Therapien an. Sie bieten keine Anleitungen zu einem noch besser angepassten Essverhalten, sie versuchen vielmehr, die Leidenden aus dem Griff der beengenden und unangemessenen Erwartungen zu lösen, in den sie eingespannt sind, sie schaffen Platz für einen liebevollen, akzeptierenden Umgang mit sich selbst. Sie bemühen sich, den tendenziell misstrauischen, quantifizierenden, urteilenden Blick der KlientInnen auf sich selbst zu reflektieren und die Aufmerksamkeit auf deren eigene – körperliche, psychische, soziale – Befindlichkeit zu lenken. Statt über Kalorien, Kilos, BMI und Bewertungspunkte zu reden, machen sie auf allfällige Ängste, Schamgefühle, Zorn, auf Emotionen und Spannungen aufmerksam, die sich allenfalls in einem sogenannt gestörten Essen äußern oder ihm zugrunde liegen. Und sie arbeiten am Aufbau von Vertrauen – Vertrauen in den eigenen Körper, die eigenen Wahrnehmungen und in andere Menschen – das ermöglicht eine freiere und vielfältiger begründete Entfaltung des Selbst und des Selbstbildes. All das braucht indessen Zeit, viel Zeit – gerade die Zeit, die das effiziente Herstellen von Erfolg in Liebe und Arbeit spart.

Die Wirkung körperwahrnehmungstherapeutischer Therapien von Essstörungen und Adipositas ist bestätigt und statistisch nachweisbar, wenn sie auch zuweilen lediglich in einer verbesserten Lebensqualität der Betroffenen besteht. Manche ihrer Wirkungsweisen können wissenschaftlich, namentlich neurowissenschaft-

lich erklärt werden, was wiederum die praktischen Erfahrungen der KörperpsychotherapeutInnen bestätigt und deren zeitaufwändiges und langsames Vorgehen rechtfertigt. Andererseits stoßen manche ihrer Erfolge neue Forschungen an.

Über weite Strecken aber kann der offensichtliche Erfolg wahrnehmungstherapeutischer Verfahren bei Essstörungen mithilfe der im modernen Westen verbindlichen Wissenschaft nicht schlüssig erklärt werden. Die TherapeutInnen selbst sprechen – wenn überhaupt – von ganzheitlichem Zugang, vom Sich-Spüren, Sich-Einlassen, von bewusstem Atmen, Achtsamkeit und anderem. Das klingt für Erfahrene und manche nichtwestliche Denkweisen überzeugend, für naturwissenschaftlich ausgebildete TheoretikerInnen jedoch nichtssagend und diffus. Körperpsychotherapeutische Konzepte halten fragmentierender kausal-analytischer Kritik kaum stand. Es ist im Lauf der Geschichte jedoch immer wieder so gewesen, dass die Praxis vieles wusste, was die Theorie erst später auf ihre Weise erfassen konnte. Die Chirurgen und Hebammen etwa haben sich an Anatomie und Physiologie orientiert in Zeiten, da die akademische Medizin den Körper noch als im Wesentlichen aus Säften zusammengesetzt dachte. Auch haben Heilkundige, unter dem Druck der praktischen Notwendigkeit, psychosozial und familientherapeutisch gearbeitet, lange bevor Sozialmedizin und Familientherapie akademiefähig geworden sind.

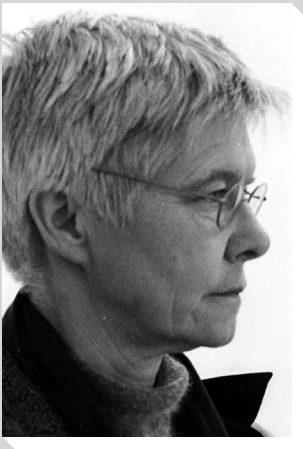
Tatsächlich spielt die Praxis in allen Heilberufen samt Körperpsychotherapie eine vorrangige und zentrale Rolle. Nicht zufällig wird der Arbeitsort von ÄrztInnen oft kurzerhand die «Praxis» genannt – es ist der Ort, wo die verfügbare Theorie angewendet, wo das im Einzelfall anzuwendende Schulwissen ausgewählt und dem speziellen Patienten sozusagen angemessen, wo objektivierendes Wissen im Feld einer sozialen Beziehung realisiert wird. Nicht zufällig wird die Medizin immer wieder als Heil'kunst' bezeichnet; als Werke der «Kunst» nämlich lassen sich manche praktischen Erfolge begreifen, die theoretisch nicht – oder noch nicht – erklärt werden könnten. Auch die Körperpsychotherapien, Tanz- und Bewegungs- und Körperwahrnehmungstherapien – sogar ein präziser Name lässt sich für sie nicht finden – arbeiten in präverbalen, hochkomplexen, multimodalen Bereichen, die mit abstrahierenden Worten schwer oder gar nicht erfassbar sind und die sich einem analysierenden Blick zu entziehen neigen. Vielleicht war das gemeint, als man die Körperpsychotherapie bis vor einiger Zeit zu den «non-verbalen Therapien» zählte.

Über das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis, wie unsere moderne westliche Kultur es ausgeformt hat, ist viel nachgedacht worden. Bald werden die beiden mehr als Einheit, bald mehr als Gegensätze betrachtet. Eine gegenseitige Abwertung ist oft herauszuhören, wenn die PraktikerInnen die Theorie lebensfern, grau und unbrauchbar finden, die TheoretikerInnen umgekehrt oft verständnislos auf deren pragmatisches, tastendes Vorgehen in unübersichtlichem Gelände herabblicken. Tatsächlich sind die beiden oft hierarchisch organisiert: Die Theorie

wird der Praxis vielfach ähnlich übergeordnet wie traditionellerweise das Hirn der Hand, der Geist dem Körper, die Studierstube der Küche, der Mann der Frau. Aus dieser Konstellation ergeben sich jeweils quälende Nicht-Dialoge zwischen den praktisch Tätigen – mehrheitlich Frauen –, die bis zur Erschöpfung versuchen, den TheoretikerInnen von ihren Erfahrungen zu erzählen, und diesen, die sich damit begnügen, nicht zur Kenntnis zu nehmen, was sie nicht in ihr Denken integrieren können.

Glücklicherweise haben verschiedene Bewegungen der letzten fünfzig Jahre diese Ordnungen wenigstens reflektiert und in Frage gestellt. Es ist dem Fliegen nicht förderlich, wenn ein Flügel sich über den anderen stellt. Eine Gleichstellung von Theorie und Praxis wird beiden sowie dem allgemeinen Wohlbefinden dienen, im Rahmen der Heilberufe insbesondere auch dem Wohl der PatientInnen. Die hier vorgelegte Sammlung von Artikeln zur Gruppentherapie der Essstörungen und Adipositas möchte eine gute Zusammenarbeit von Theorie und Praxis fördern und regt den weiteren fruchtbaren Austausch an. Denn Verstummen, denken sie, tut niemandem gut.

Prof. Dr. med. Esther Fischer-Homberger



ESTHER FISCHER-HOMBERGER, 1940

Medizinhistorikerin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Medizinstudium, Psychiatrie an der Universitätsklinik Burghölzli Zürich, dann Psychiatrie- und Medizingeschichte an den Universitäten Zürich und Bern. Ab 1978 Leiterin des medizinhistorischen Instituts in Bern und entsprechende Professur. Familie, später Zweitfamilie, Kinder und Zweitkinder. 1984 Rücktritt von Lehrstuhl und Universitätsbetrieb, Einstieg in die psychotherapeutische Praxis. Medizinhistorische Arbeit seither nebenamtlich.

- ▶ info@fischer-homberger.ch
- ▶ www.fischer-homberger.ch.galvani.ch-meta.net/



AKZEPTANZ VERKÖRPERN – EINLEITUNG

THEA RYTZ UND SILVIA WIESMANN-FISCALINI

Die Bewegung hin zu gelebter Akzeptanz ist lernbar. Wir können sie kultivieren, erforschen, modulieren und immer wieder erproben. Sie ist jedem zugänglich, Menschen mit Essstörungen oder Adipositas ebenso wie allen anderen. Wenn wir uns dem eigenen Erleben offen und interessiert zuwenden, dem Freudvollen wie dem Belastenden, dann hat das eine konkrete Resonanz in Gestik, Mimik, Körperhaltung, Muskeltonus und den synaptischen Verknüpfungen im Gehirn. Wird das zur Lebenshaltung, dann beginnen wir, Akzeptanz zu verkörpern.

Freudvolles erfahren wir als angenehm, Kraft spendend, lebendig, inspirierend und leicht; Belastendes als unangenehm, schmerzvoll, bedrückend, schwer oder traurig. Meist möchten wir unangenehme Eindrücke so rasch wie möglich hinter uns lassen und angenehme Erfahrungen machen. Ließe sich dies dadurch erreichen, dass wir uns vom sogenannten «Negativen» absichtlich abwenden und dem «Positiven» zuwenden, dann wären unsere Arbeit und dieses Buch überflüssig. Sich von Unangenehmem abwenden, entlastet in der Regel nur kurzfristig; oft entstehen gerade dadurch, wie wir uns abwenden, neue Schwierigkeiten: Vermeidungsverhalten, Kontrolle, Isolation, Egozentrik, Gleichgültigkeit, Gier oder Sucht.

Akzeptanz zu verkörpern bedeutet, Situationen und Phänomene so wahrzunehmen, wie sie sich uns zeigen. Es bedeutet, sich in den menschlichen Fähigkeiten zu üben, gegenwärtig und in Bezug zu sein und dabei Empathie und Stresstoleranz zu entwickeln. Wir begegnen den Ereignissen und lassen uns auf Beziehungen ein. Im Rahmen unserer Möglichkeiten und vor dem Hintergrund unserer Biografien und aktuellen Lebenskontexten wenden wir uns unseren Erfahrungen direkt, konkret und immer wieder aufs Neue zu.

Erfahrungen werden im Körper gespürt. Sind körperliche Signale nur gedämpft spürbar, dann nehmen wir jede Erfahrung in abgeschwächter Form wahr. Die Resonanz unangenehmer Erfahrungen ist so zwar kurzfristig weniger spürbar, längerfristig stellt dies jedoch eine problematische Reaktion dar, die uns vom eigenen Erleben entfremdet. Der Körper aber ist kein vom Erleben losgelöstes Objekt, das wir akzeptieren oder nicht akzeptieren könnten, es sei denn, wir vertreten eine – in welcher Ideologie oder Religion auch immer beheimatete – Weltanschauung, die davon ausgeht, das eigentliche «Leben» beginne erst nach dem Tode. Wir plädieren für ein Leben auf Erden: schlicht und bezogen auf Menschen, Tiere und Pflanzen, Essen und Trinken, wechselnde Jahreszeiten, Wind in den Haaren, Wunden an den Knien, Zweifel, Sorgen, Angst, Freudengeschrei, Trost und Vertrauen. Ein Leben zum Anfassen, Schmecken und Riechen. Ein Leben, durch das wir uns bewegen, das uns herausfordert, manchmal erschöpft, enttäuscht oder überfordert und dann wieder beschenkt und erfüllt. Ein Leben,

das sich selbst immer wieder im aktuellen Moment genug ist und nicht allein auf ferne Ideale hinzielt oder an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Wir laden auch unsere PatientInnen ein, ihr gegenwärtiges Leben nicht als Provisorium zu verstehen, sondern als das Wesentliche: eine vergängliche Existenz, gewöhnlich und einzigartig zugleich.

Wir glauben nicht, dass Leben ein ständiger Kampf ist und Menschen nur wetteifernde, unersättliche, egoistische Wesen sind. Wir sind überzeugt, dass Menschen vitaler, kooperativer und empathischer werden, wenn sie in der Lage sind, mit Schmerz und Angst flexibler und konstruktiver umzugehen, und sich zudem sowohl als Individuum als auch als Teil einer Gemeinschaft rascher entwickeln und besser überleben.

ERFAHRUNGSORIENTIERTE REFLEXION

Wir zehn Therapeutinnen, die in diesem Buch zu Wort kommen, trafen uns im Sommer 2010 mit dem gemeinsamen Anliegen, unsere jahrelange therapeutische Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit Adipositas und Essstörungen schriftlich festzuhalten. Die PatientInnen, mit denen wir zu tun haben, wenden sich meist destruktiv von ihrem direkten Erleben und den damit zusammenhängenden körperlichen und emotionalen Signalen sowie Gedanken, Erinnerungen und Bildern ab. Die Symptome der Krankheit dienen dazu, Probleme zu bewältigen, und schaffen zugleich neue Belastungen.

Der Lebensstil in westlichen Industrienationen ist dominiert von Zeit- und Leistungsdruck, Bewegungsmangel, Konsum- und Schönheitsidealen und der damit einhergehenden Entfremdung von einem schlichten Alltag mit sinnlich näheren Bezügen. Immer mehr Menschen versuchen, emotionale Schwierigkeiten und konfliktreiche Beziehungen zu bewältigen, indem sie ihren Körper manipulieren oder ihre körperliche Befindlichkeit so weit wie möglich ignorieren. Sie pendeln zwischen zu viel und zu wenig Kontrolle, werden ängstlich, zwanghaft oder süchtig. Essstörungen und Adipositas sowie subklinische Formen von Essverhaltensstörungen haben in allen westlichen Ländern zugenommen. Hier sind Therapien gefragt, die sowohl auf körperlicher als auch auf emotionaler Ebene ansetzen und die Betroffenen wieder in einen achtsamen Bezug zu sich und ihrer Umwelt bringen.

Die zehn Beiträge in diesem Sammelband schildern, wie wir in klinischen Gruppensettings Körperpsychotherapien in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen und Adipositas anwenden. Sie vertreten die Vielfalt der aktuell wichtigsten körperorientierten Methoden. Darüber hinaus bieten sie Modelle an, wie Akzeptanz verkörpert wird. Unsere therapeutische Arbeit ist von Respekt für die PatientInnen und wohlwollender Präsenz getragen. Diese verkörperte Haltung eröffnet psychisch und körperlich kranken Menschen die Möglichkeit, neue Wahrnehmungs- und Handlungsspielräume zu entdecken, destruktive Bewälti-

gungsmuster abzulegen und sich Schritt für Schritt auf einen Weg der Selbstfürsorge zu begeben.

Annette Escher schildert ihre Arbeit als Leib- und Bewegungstherapeutin im interdisziplinären Team eines Zentrums für Essstörungen an einer Universitätsklinik. Sie begleitet anorektische und bulimische Patientinnen aus der Starre, aus der Angst vor Nähe und Berührung hin zu mehr Bezogenheit, Selbstfürsorge und Akzeptanz, so dass diese wieder spielerische und zuversichtliche Begegnungen erleben können. Astrid Geisselhardt-Balmer berichtet davon, wie sie durch Körperwahrnehmungstherapie innerhalb einer Suchtklinik Raum für heilsame Berührung schafft. Sie dokumentiert anhand von Lehmskulpturen, wie Patientinnen Veränderungen im Erleben zum Ausdruck bringen. Birgit Scholz-Heuckmann stellt die Körperbildarbeit mit Mädchen aus der Perspektive der Konzentrativen Bewegungstherapie vor. Die Mädchen, die sie in ihrem Beitrag portraitiert, sind stationär in einer deutschen Fachklinik für Psychosomatik und Psychiatrie in Behandlung. Daniela Benz beleuchtet in ihrem Beitrag, was hinsichtlich therapeutischer Interventionen, Materialien sowie räumlicher und zeitlicher Abstimmung bedacht werden sollte, wenn sich stark übergewichtige und normalgewichtige PatientInnen in einer Gruppe gemeinsam bewegen. Sie listet eine Fülle von praktischen Beispielen auf, die auf ihren Erfahrungen in einer psychiatrischen Tagesklinik beruhen. Katharina Picard, die an einem Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche eines Regionalspitals arbeitet, zeigt, wie Menschen mit Adipositas auf vielfältige Art einen tieferen Zugang zu sich selbst und ihren Ressourcen entdecken: Sie lernen, achtsam und akzeptierend innezuhalten, erfahren Schwerkraft, Rhythmus, Raum, Spannkraft und Selbstregulation sowie über die Sinne Kontakt zu sich und der Welt. Lilo Ramser-Funk schreibt, wie PatientInnen durch Bewegen, Berühren, Wahrnehmen, Zeichnen und Reflektieren in Kleingruppen den eigenen Gefühlen ein Stück näher kommen und dadurch lernen, sich auch wieder für andere Menschen zu öffnen. Sie arbeitet auf einer stationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Abteilung an einem Privatspital. Margreth Brühl Hurter, die an verschiedenen Kliniken tätig ist, stellt ihr auf Selbstachtung fokussiertes körperzentriertes Ess-Training für Menschen mit Adipositas und Essverhaltensstörungen vor. Sie legt dar, wie Achtsamkeit beim Essen Appetit und Sättigung beeinflusst. Monika Rosanna Corrodi arbeitet in einer Klinik, die auf die Behandlung von Traumata spezialisiert ist. Ihr zentrales Anliegen ist, dass ein wichtiges Grundbedürfnis der PatientInnen genährt wird, indem diese in ihrem Erleben gehört und gesehen werden. Ihr Beitrag schildert, wie sie PatientInnen den Raum gibt, ihre Kraft zu spüren, und sie beim Ankommen im eigenen Erleben begleitet. Wir selbst, die Herausgeberinnen dieses Sammelbandes, arbeiten in einem interdisziplinären, ambulanten und auf die Behandlung von Essstörungen und Adipositas spezialisierten Team einer Universitätsklinik. Silvia Wiesmann-Fiscalini stellt Ablauf, Inhalt sowie konkrete Übungen der Gruppentherapie «Körperwahrnehmung und Achtsam Essen»

vor, die sie innerhalb eines interdisziplinären Adipositasprogramms anbietet. Sie zeigt auf, wie sich durch eine systematische Schulung von Achtsamkeit sowie Körper- und Selbstwahrnehmung Interesse, Wohlwollen und Selbstfürsorge entwickeln, was die Umsetzung langfristiger Verhaltensänderungen begünstigt und Selbstakzeptanz und Selbstwirksamkeit fördert. Thea Rytz schildert, wie sie mit der Ambivalenz von Patientinnen bezüglich Veränderung arbeitet und ihnen dadurch erleichtert, sich dem eigenen Erleben offener zuzuwenden. Sie stellt einen inhaltlichen Leitfaden für TherapeutInnen vor, der PatientInnen mit einer Essstörung darin unterstützt, achtsame Wahrnehmung zwischen den Gruppensitzungen in alltäglichen und Stresssituationen selbstständig zu üben und zu verankern.

Die Tänzerin, Tanzpädagogin und Künstlerin Cécile Keller schuf ausgehend von den Artikeln Bilder, die zu den Inhalten in Resonanz stehen. Diese Fotos ziehen sich wie ein roter Faden durch den Sammelband.

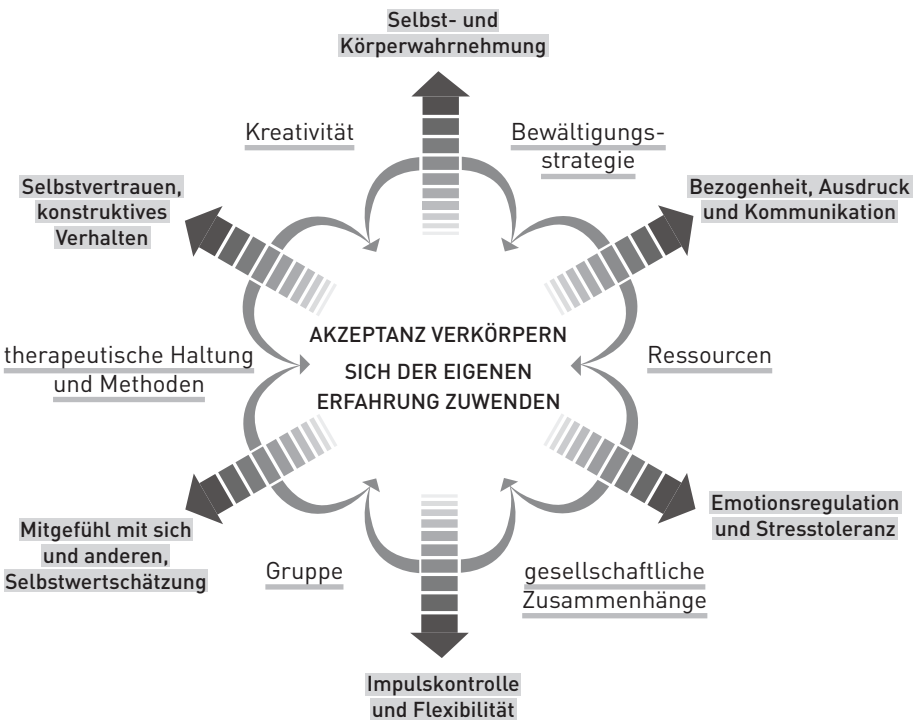
Alle zehn Therapeutinnen vertreten einen integrativen Ansatz und sind in verschiedenen Methoden ausgebildet (siehe Seite 267). Wir arbeiten in interdisziplinären klinischen Teams und verstehen den körperpsychotherapeutischen und/oder tanz- und bewegungstherapeutischen körperwahrnehmungsorientierten Ansatz als einen Beitrag unter weiteren, sich ergänzenden therapeutischen Angeboten: somatische und psychiatrische Medizin, spezialisierte Ernährungsberatung, Psychologie und Psychotherapie, Sporttherapie, Sozialarbeit, Zahnmedizin, plastische und bariatrische Chirurgie. VertreterInnen erfahrungs- und körperorientierter Therapiemethoden lassen derzeit die Tendenz erkennen, übergeordnete therapeutische Wirkfaktoren zu definieren, die von den verschiedenen Methoden auf jeweils spezifische Art gefördert werden. Bezogen auf die Behandlung von Menschen mit einer Essstörung fasste Frank Röhrich 2008 das publizierte klinische Erfahrungswissen und die Fachliteratur zusammen und schlägt zentrale Punkte für eine Manualisierung der Behandlung vor: explizite Fokussierung auf die von den PatientInnen vorgegebenen motivationalen Antriebe, empathische und ressourcenorientierte Kontaktaufnahme zum eigenen Körper und sukzessive Reduktion körperfeindlicher Aktivität, Verbesserung der Körperwahrnehmung in Richtung einer an den eigenen Bedürfnissen orientierten und körpergrenzenbetonenden Körperwahrnehmung, Förderung der körperlichen (Selbst-)Ausdrucksfähigkeit und Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens, Umstrukturierung der interaktionellen Kompetenzen mit Verbesserung von Nähe-Distanz-Regulation und schließlich eine Bearbeitung der intrapsychischen Konflikte und der verinnerlichten soziokulturellen Leitbilder (Röhrich, 2008, 292–293).

Vor dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrungen mit Gruppentherapien haben wir gemeinsame Wirkfaktoren herausgearbeitet. Wir stellen sie schematisch dar, wobei wir in dieser Einleitung noch spezifischer auf einzelne Aspekte eingehen und dabei auf die entsprechende Forschungsliteratur verweisen

werden. In der Darstellung der für uns zentralen Aspekte von Gruppentherapien lehnen wir uns an das Pentagramm «Weisheit des Herzens» an (Juul et al., 2012, 32). Die aus unterschiedlichen Fachbereichen stammenden dänischen AutorInnen vertreten eine ähnliche Grundhaltung wie wir, die bei ihnen allerdings auf Kinder und Jugendliche im Bereich der Pädagogik bezogen zum Tragen kommt.

Wir wollen mit diesem Sammelband einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung innerhalb der Körperpsychotherapien im Bereich Essstörungen und Adipositas leisten und KollegInnen aus anderen Disziplinen einen Einblick in unsere Arbeit und das Erleben von PatientInnen geben. Wenn es uns zudem gelänge, ForscherInnen dazu anzuregen, neue Forschungshypothesen zu entwickeln, die u.a. auf den hier geschilderten therapeutischen Erfahrungen und Reflexionen basieren, wäre weit mehr erreicht, als wir uns im Sommer 2010 bei unserem ersten Treffen vorgestellt haben.

GRAFISCHE DARSTELLUNG WESENTLICHER ASPEKTE DER HIER VERTRETENEN GRUPPENTHERAPIEANSÄTZE



Was gegeben oder vorausgesetzt ist

Was entsteht, gefördert und vertieft wird

ESSTÖRUNGEN UND ADIPOSITAS ALS DESTRUKTIVE BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIE

Vor dem Essen denke ich: Doch, du musst jetzt essen, das verträgst du, es steht dir zu, es ist in Ordnung. Aber dann – dieses Völlegefühl danach, der aufgeblähte Bauch, der so absteht – ich kann das nicht aushalten. Ich hasse meinen Körper. Ich hasse mich. Ich muss mich übergeben.

Vor uns steht eine untergewichtige, trotzig und zerbrechlich wirkende junge Frau. Sie isst meist extrem restriktiv, hat aber immer wieder Essanfälle mit anschließendem Erbrechen. Manchmal trainiert sie stundenlang, um in der Logik der Energiebilanz Kalorien abzuarbeiten. Ihr Umfeld ist schon lange alarmiert. Teils auf den Druck von Familie und Freundinnen hin, teils aus eigener Sorge möchte sie nun – einmal mehr – ihre Krankheit überwinden und endlich aus diesem Gefängnis von kreisenden Gedanken und zwanghaftem Verhalten ausbrechen. Sie weiß, dass sie ihren Körper verzerrt wahrnimmt. Sie weiß, dass sie mager ist, doch sie fühlt sich dick und formlos. Ihr Erleben ist eindeutig, auch wenn es allen anderen paradox erscheint. Sie schildert ihre innere Not. Was sie uns erzählt, ist in ihrem Erleben real – doch was sie wahrnimmt, ist kein rein körperliches Empfinden. Sie kann nicht zwischen Körpereigenwahrnehmung und der Resonanz von Gefühlen und Gedanken unterscheiden. Könnte sie sich einen Augenblick lang den körperlichen Signalen offen zuwenden, dann hätte sie schlicht Hunger und wäre besorgt über ihren ausgezehrteten Zustand, die Schmerzen in ihrer Speiseröhre, die kaputten Zähne, das Herzrasen. Doch wenn sie sich ihrem Körper zuwendet, spürt sie vor allem Angst. Mitten in der Erkrankung würde sie das zu sehr belasten. Sie beruhigt sich, indem sie nicht wahrnimmt, was sie empfindet und fühlt, und weiterhungert.

Morgens denke ich: Ich schaffe das! Heute werde ich vernünftig essen. Ich werde nicht mehr als 1900 Kalorien zu mir nehmen und gar keine Schokolade oder Süßes essen. Überhaupt fange ich heute ganz neu an. Ich werde abends, wenn ich alleine bin, keinen Essanfall haben. Ich werde mich unter Kontrolle haben, alles richtig machen. Ich werde mich nicht aufregen oder traurig sein, wenn mich Leute kritisch abwertend ansehen. Ich will jetzt wirklich abnehmen. Ich will mich einfach nicht immer schämen für meinen Körper oder beim Sex das Licht ausmachen. Ich will wieder in den Spiegel schauen können, ohne Abscheu und Selbstverachtung und das Gefühl, eine Versagerin zu sein. Ich möchte wieder am Leben teilhaben, mich nicht mehr verstecken und isolieren.

Mit diesen Worten stellt sich eine Patientin in der Körperwahrnehmungsgruppe vor. Sie ist verzweifelt, deprimiert, fühlt sich schuldig und unfähig. Ihr Körper ist dick, Bauch und Brüste hängen schwer an ihrem Rumpf. Sie hat dreißig Kilo Übergewicht, kann sich kaum bücken und ist rasch außer Atem. Ihr Rücken und ihre Knie schmerzen, auch die Füße tun oft weh. Sie hat gelernt, all dies zu ignorieren, und erschrickt, wenn sie eine Fotografie von sich sieht. Körperlicher Schmerz ist beinahe die einzige körperliche Empfindung, die sie wahrnimmt. Sie

isst ohne Hunger und berichtet von einem Gefühl innerer Leere; davon, dass sie gar nicht mehr weiß, wie sich Sättigung körperlich anfühlt. Obwohl sie viel isst, hat sie nie genug. Meist isst sie mit schlechtem Gewissen und hört erst auf, wenn ihr Magen drückt, fast schmerzt. Sie beruhigt sich kurzfristig, indem sie dies alles nicht wahrnimmt, und hat alle Ganzkörperspiegel in den Keller verbannt.

KRANKHEITSBILDER UND FOLGEERKRANKUNGEN

Essstörungen sind potenziell lebensbedrohliche Krankheiten mit schweren psychischen, körperlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen. Die Entwicklung einer Essstörung wird multikausal erklärt: Biologische, psychologische, soziokulturelle, familiäre und persönliche Faktoren tragen dazu bei (Joraschky et al., 2008; Legenbauer & Vocks, 2006). Essgestörtes Verhalten entsteht meist in der Jugend und verläuft oft chronisch über viele Jahre hinweg. Bei einer erheblichen Zahl der Betroffenen führt die Erkrankung zu Invalidisierung oder gar zum Tode (Schnyder et al., 2012, 6). Essstörungen sind zudem fast immer von Angststörungen und/oder Depressionen begleitet (Braun et al., 1994; Milos et al., 2004; Bruce & Steiger, 2005). Auch Zwangssymptome, Drogen- oder Alkoholmissbrauch und Suizidversuche treten häufiger auf als bei Menschen ohne Essstörungen (Raney et al., 2008; Bruce, 2005; Jacobi et al., 2004; Kaye et al., 2004). Viele Studien zeigen, dass die Lebensqualität von Personen mit Essstörungen und Adipositas im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger ist (Jenkins et al., 2011; Fontaine & Barofsky, 2001).

2010 erhob ein Team der Universität Zürich im Auftrag des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstmals die Häufigkeit verschiedener Essstörungen in der Schweiz mittels einer differenzierten Telefonbefragung von über 10'000 Personen. Die Resultate zeigen, dass 3,5% der SchweizerInnen im Alter von 15 bis 60 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben von einer Essstörung betroffen waren. Unterschieden wird dabei zwischen Magersucht (Anorexia nervosa), Essbrechsucht (Bulimia nervosa) und Essanfällen ohne kalorienabführende Maßnahmen – der Binge-Eating-Störung, die meist zu Übergewicht oder Adipositas führt (Sass et al., 2003).

Magersüchtige hungern. Sie weigern sich, das für Alter und Körpergröße minimale Gewicht zu halten (85% des Normalgewichts), sie haben große Angst, an Gewicht zuzunehmen, und nehmen ihre Figur und ihr Gewicht verzerrt wahr. Ihr Gewicht hat einen übertriebenen Einfluss auf ihren Selbstwert, oft verleugnen sie ihre Erkrankung. Bei postmenarchalen Frauen setzt die Menstruation aus, und etwa die Hälfte der Betroffenen leidet an Hyperaktivität (Lausberg, 2008, 109).

Wer an Bulimie erkrankt ist, erlebt innerhalb von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche Essanfälle mit nachträglichen kompensatorischen Maßnahmen. Während der Essanfälle wird in einer relativ kurzen Zeitspanne mehr Nahrung aufgenommen, als die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit und

unter ähnlichen Umständen essen würden. Die Betroffenen haben das Gefühl, die Essanfälle weder stoppen noch kontrollieren zu können. Damit sie nicht an Gewicht zunehmen, erbrechen sie absichtlich, setzen Abführmittel ein, fasten oder treiben exzessiv Sport; ein Drittel bewegt sich hyperaktiv. Ihre Gedanken kreisen ständig um die Themen Figur und Gewicht bzw. um das dazugehörige Kontroll- und Vermeidungsverhalten. Im Gegensatz zu Magersüchtigen schämen sich BulimikerInnen und quälen sich mit Schuldgefühlen hinsichtlich ihres Essverhaltens. Oft haben sie das Gefühl, ein Doppelleben zu führen, weil sie versuchen, ihre Essstörung zu verheimlichen.

Wer wiederkehrende Episoden von Essanfällen erlebt, aber keine Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme ergreift, leidet an einer Binge-Eating-Störung: Während der Essanfälle werden große Mengen wesentlich schneller als normal gegessen, bis hin zu einem unangenehmen Völlegefühl. Aus Verlegenheit oder Scham über das Ausmaß der vertilgten Nahrung wird alleine gegessen, meist ohne zuvor hungrig zu sein. Im Anschluss an die Essanfälle empfinden die Betroffenen ebenso wie die BulimikerInnen Ekel sich selbst gegenüber, sind deprimiert und fühlen sich oft schuldig. Ihr Verhalten ist mit großem Leidensdruck verbunden (Hrabosky et al., 2007). Weil sie durch ihre Erkrankung meist übergewichtig oder adipös werden, ist es für sie – im Gegensatz zu den an Bulimie Erkrankten – schwieriger, ihr Essverhalten vor anderen zu verbergen. Wie auch bei anderen Essstörungen herrscht bei einer Binge-Eating-Störung eine sehr kritische negative Bewertung des eigenen Körpers vor. Betroffene empfinden Selbstverachtung und versuchen, ihren Körper möglichst zu ignorieren (Mond et al., 2005). Unabhängig von Body-Mass-Index (siehe Seite 276) und Alter stehen – wie bei allen Essstörungen – Figur und Körpergewicht in engem Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl (Fairburn & Harrison, 2003; Hrabosky et al., 2007).

Adipositas als solche wird als eine Erhöhung des Körpergewichtes durch eine das Normalmaß übersteigende Vermehrung des Körperfettanteils definiert und stellt lediglich eine medizinische Diagnose dar, die mit einer Essstörung (insbesondere einer Binge-Eating-Störung) einhergehen kann, aber keine psychischen Erkrankungen einschließt. Bezüglich der Entstehung der Adipositas geht man heute wie bei den klassischen Essstörungen von einer Interaktion biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren aus. Ob eine genetische Vulnerabilität zu Adipositas führt, wird wesentlich durch bestehende Umweltbedingungen und den jeweiligen Lebensstil bestimmt. Zu den begünstigenden Bedingungen im Umfeld zählen ein Überangebot an Nahrungsmitteln, ungünstige Ernährungsgewohnheiten und Essverhaltensmuster sowie ein sitzender Lebensstil (Wirth, 2007). Adipositas ist eine Störung, die sich aus einer evolutionsbiologisch angelegten Überlebensstrategie unter Überflussbedingungen entwickelt (Pudel, 2003), da die Summe aller physiologischen Regulationsmechanismen nämlich nicht, wie allgemein angenommen, der Aufrechterhaltung eines bestimmten Körpergewichtes dient, sondern ganz gezielt die Gewichtszunahme

bewirkt. Adipositas liegt gemäß der Definition der WHO (World Health Organization) ab einem Body-Mass-Index von 30 vor, wobei drei Schweregrade unterschieden werden, zu deren Abgrenzung ebenfalls der BMI herangezogen wird (siehe Seite 276). Adipositas wird mit somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen in Verbindung gebracht. Zu den wichtigsten körperlichen Folgen gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Metabolisches Syndrom, Arteriosklerose, Schlaganfälle, Schlafapnoe-Syndrom, Arthrose und ein erhöhtes Risiko für Darm- und Brustkrebs. Außerdem wird ein Body-Mass-Index über 33 mit einer erhöhten Mortalität aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen assoziiert (Stevens et al., 1999; Carnethon et al., 2012). Psychische Komorbiditäten im Zusammenhang mit Adipositas sind noch wenig erforscht. Leiden PatientInnen an Adipositas in Verbindung mit einer Essstörung (z.B. Binge Eating), sind sie häufiger von psychischen Erkrankungen wie Angst- und affektiven Störungen betroffen (Wonderlich et al., 2003). Zudem besteht ein erhöhtes Risiko für Sucht- und Zwangsstörungen und Depressivität (Markowitz, 2008) und nicht zuletzt auch soziale Isolation aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung (Hudson et al., 2007; Hilbert et al., 2008).

AKTUELLE VERBREITUNG VON ADIPOSITAS, ESSSTÖRUNGEN UND ESSVERHALTENSSTÖRUNGEN SOWIE KÖRPERUNZUFRIEDENHEIT

Adipositas stellt eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheitsversorgung dar und wird von der WHO sogar als Epidemie des 21. Jahrhunderts bezeichnet. Die WHO schätzt, dass im Jahre 2015 weltweit ca. 2,3 Milliarden Erwachsene übergewichtig und mehr als 700 Millionen adipös sein werden (Seidell, 2000). Von Übergewicht betroffen sind sowohl Erwachsene (Seidell & Rissanen, 2004) als auch Kinder und Jugendliche (Sherry & Dietz, 2004). In der Schweiz hat der Anteil der übergewichtigen Kinder zugenommen. In der Gruppe der 6- bis 13-Jährigen ist ca. jedes zehnte Kind übergewichtig. Zwischen 1960/65 und 2007 stieg die Adipositasprävalenz in der Gruppe der 6- bis 12/13-jährigen Kinder bei den Jungen von praktisch 0% auf 5,4% und bei den Mädchen von 0% auf 3,2%. Schätzungen zufolge wird der Anteil an adipösen Kindern 2022 bei den Jungen 4,3% und bei den Mädchen 3,4% betragen (Schneider et al., 2009). Laut Bundesamt für Gesundheit hat sich der Anteil der Schweizer Bevölkerung, der an Übergewicht leidet, in den letzten 15 Jahren von 24,9% auf 29,2% erhöht. Die Gruppe der adipösen Personen wuchs von 5,4% auf 8,1% an. Besonders ausgeprägt war die Gewichtszunahme bei der männlichen Bevölkerung, während der Anteil der übergewichtigen Frauen (29%) an der Bevölkerung der Schweiz schon etwa seit dem Jahr 2000 stabil ist und in den nächsten 15 Jahren auf diesem Niveau bleiben dürfte. Der rasche Anstieg des Übergewichts, der in den letzten zwei Jahrzehnten in der Schweiz zu beobachten war, hat sich verlangsamt (Schneider et al., 2009). Die Ernährungssituation in Deutschland wurde 2008 durch die Nationale Ver-

zehrstudie erhoben (Wittig et al., 2008). Deren Daten zeigen, dass insgesamt 58,2% der TeilnehmerInnen übergewichtig (37,4%) oder adipös (20,8%) sind. In Bezug auf die Geschlechter konnte festgestellt werden, dass die Adipositasprävalenz bei Männern 20,5% und bei Frauen 21,1% beträgt. Die Entwicklung der Adipositasprävalenz zeigt in den letzten 20 Jahren bei Männern eine Zunahme um relative 39%, bei Frauen um 44%. Eine weitere Zunahme fand sich in den letzten Jahren vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, während die Zahlen bei älteren Erwachsenen eher stabil sind. Auch der Anteil an extrem Adipösen hat in Deutschland in den letzten Jahren weiter zugenommen. In Österreich ist die Prävalenz der Adipositas in den letzten Jahren stark angestiegen. Die Gesundheitsbefragung aus den Jahren 2006/2007 zeigt, dass dort mehr als die Hälfte der männlichen Bevölkerung als übergewichtig (43%) oder als adipös (12%) zu bezeichnen ist. Bei den Frauen sind 29% übergewichtig und 13% adipös.

In ganz Europa sind Schätzungen zufolge über 50% der 35- bis 65-Jährigen übergewichtig oder adipös. Die Rate der Adipositas liegt dabei zwischen 10–20% bei Männern und 10–25% bei Frauen. Im europaweiten Vergleich sind in der Schweiz die wenigsten Menschen von Adipositas betroffen. Dem European Nutrition and Health Report zufolge sind die höchsten Prävalenzen an Übergewicht und Adipositas sowohl bei Männern als auch bei Frauen in Griechenland vorzufinden. Auch in Finnland, Deutschland, Ungarn und Großbritannien sind hohe Raten an Übergewicht und Adipositas bei beiden Geschlechtern ermittelt worden (Loureiro & Nayga, 2005).

Gemäß der oben zitierten Zürcher Studie erkrankten in der Schweiz 3,5% Menschen an einer Essstörung (Magersucht, Bulimie oder Binge Eating): 5,3% der Frauen und 1,5% der Männer. In Frankreich, Belgien und Italien sind die Werte und die Geschlechterverhältnisse ähnlich. In Deutschland und den Niederlanden hingegen erkrankten nur 1–2% der Bevölkerung an Essstörungen. Der europäische Durchschnitt ist mit 2,5% niedriger als in der Schweiz, wobei die Schweizer Studie die bisher umfangreichste, methodisch sorgfältigste und damit aussagekräftigste ist (Schnyder et al., 2012).

Ein Vergleich der verschiedenen Essstörungen zeigt Folgendes: Mit einem Wert von 0,7% hat die Schweiz eine ähnliche Lebenszeitprävalenz für Magersucht wie Europa mit 0,5% und Nordamerika mit 0,6%. Unterscheidet man nach Geschlechtern, dann liegt die Schweiz bei den Frauen mit 1,2% über dem europäischen (0,9%) und dem nordamerikanischen (0,9%) Durchschnitt. Auch bei Bulimie liegt der Schweizer Wert mit 1,7% höher als in Europa (0,5%) und den USA (1,0%) (Preti et al., 2009; Hudson et al., 2007). Wird bei Bulimie nach Geschlechtern unterschieden, dann übersteigt die schweizerische Lebenszeitprävalenz mit einem Wert von 2,4% bei Frauen den europäischen (0,9%) sowie den amerikanischen Wert (1,5%) (Schnyder et al., 2012, 49–55). An Magersucht erkrankten fünfmal mehr Frauen als Männer, bei Bulimie ist das Verhältnis 10:1 (Bushnell et al., 1990).

Eine in den Vereinigten Staaten durchgeführte Studie ergab für Binge Eating

eine Häufigkeit von 2% der Normalbevölkerung. 4–9% der adipösen Menschen sind davon betroffen, und in Therapiegruppen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion waren 30% der TeilnehmerInnen an einer Binge-Eating-Störung erkrankt. In der Schweiz geht man in Bezug auf Binge Eating von einer Verbreitung von 1,6% aus, einem Wert, der niedriger ist als in den USA und etwas höher als in sechs anderen europäischen Ländern (1,1%) (Schnyder et al., 2012). Binge Eating tritt bei Frauen etwa 1,5-mal häufiger auf als bei Männern (De Zwaan, 2002).

Die Analyse der internationalen Literatur zur Prävalenz von Essstörungen zeigt, dass die Resultate der verschiedenen Studien Unterschiede aufweisen, beispielsweise gibt es eine Streuung hinsichtlich der Verbreitung von Magersucht von 0,4 bis 8,1% (Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson et al., 2007). Der Grund dafür liegt in der relativ niedrigen Prävalenz der Essstörungen in der allgemeinen Bevölkerung und in methodologischen Schwierigkeiten. Betroffene nehmen das eigene Essverhalten oft nicht als pathologisch wahr oder schämen sich und vermeiden daher den Kontakt mit dem Gesundheitssystem» (Hoek, 2006; Schnyder et al., 2012, 11). Man könnte vermuten, dass die höhere Schweizer Essstörungsrate mit der im europäischen Vergleich niedrigeren Übergewichts- und Adipositasprävalenz zusammenhängt und zeigt, dass in der Schweiz intensiver auf ein Gewicht im Normbereich geachtet wird, vielleicht mit der Konsequenz eines erhöhten Risikos, an einer Essstörung zu erkranken.

Die Zahlen der subklinischen Formen von Essverhaltensstörungen sind alarmierend: 50% der neun- bis zehnjährigen Mädchen gaben in einer deutschen Studie an, sie wären gerne dünner, und jede Fünfte unter ihnen hat bereits aktiv versucht abzunehmen (Berger et al., 2005). Wie das Robert Koch-Institut 2006 in seiner KiGGS-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit ermittelte, der bisher größten Untersuchung auf diesem Gebiet, in der mehr als 17'000 Jugendliche befragt wurden, hat bereits jedes zweite Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahren Diäterfahrung, und zwischen 14 und 17 Jahren zeigt jede Dritte ein gestörtes Essverhalten (KiGGS, 2008). Auch internationale Studien, vor allem aus den USA, berichten von einer erschreckenden Verbreitung auffälligen Essverhaltens (Berger, 2008, 39). 12% der befragten weiblichen Jugendlichen und 6% der Frauen gaben 2006 in einer US-amerikanischen Studie an, regelmäßig extreme Praktiken der «Gewichtskontrolle» anzuwenden wie Erbrechen oder die Einnahme von Medikamenten: Diätpillen, Entwässerungs- oder Abführmittel (Grilo, 2006). Dass die Unzufriedenheit mit der eigenen Figur unter deutschen Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, zeigt auch die «Dr.-Sommer-Studie 2009» der Jugendzeitschrift «Bravo», bei der 1200 repräsentativ ausgewählte Mädchen und Jungen befragt wurden: Nur noch jedes zweite Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren ist mit seinem Aussehen grundsätzlich zufrieden; 2006 waren es noch zwei von drei Mädchen. Bei den Jungen finden nach wie vor 69% ihren Körper «vollkommen okay» (FrauenSicht, 3/2009, 4).

Im Laufe der Pubertät nimmt der Anteil der Mädchen, die mit ihrem Körper

unzufrieden sind, um 50% zu, bei den Jungen hingegen um ein Drittel ab. Vor der Pubertät haben Mädchen einen 10–15% höheren Anteil an Körperfett als Jungen; nach der Pubertät ist er 20–30% höher. Bei pubertierenden Mädchen erfolgt die Gewichtszunahme in erster Linie in Form von Fettgewebe, bei Jungen wird während der Wachstumsschübe vor allem fettarmes Muskelgewebe aufgebaut (Rodin, 1994, 76). Manipulieren junge Frauen diesen Prozess nicht, weicht ihre Figur mehr und mehr vom androgynen, mageren Schönheitsideal ab, die Jungen hingegen nähern sich dem männlich muskulösen Körper an. Viele Studien zeigen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Körperunzufriedenheit und negativem Selbstwert besteht (Vocks & Lengenbauer, 2005, 13–23; Foster, 2002, 58). Der Fokus auf die äußere Erscheinung, die Beschäftigung mit Gewicht und Figur wird besonders im Jugendalter oft Ausgangspunkt für Essverhaltensstörungen, die sowohl zu Untergewicht als auch zu Übergewicht führen können.

GESELLSCHAFTLICHE ZUSAMMENHÄNGE

Viele Mädchen sind sehr unglücklich über die mit ihrer normalen sexuellen Entwicklung einhergehende Zunahme an Fettgewebe. Nicht selten werden sie genau in dieser Zeit von wichtigen Bezugspersonen explizit oder durch deren Verhalten ermahnt, auf ihre Figur zu achten. Viele Eltern sind ständig um die eigene Figur und das eigene Gewicht besorgt und leben ihren Kindern ein essstörungsförderndes Verhalten vor. Sogenannt gesundes und sozial akzeptiertes Essverhalten ist oft mit Kontrolle und Zurückhaltung verbunden, eine Körpereigenwahrnehmung in Bezug auf Appetit, Hunger und Sättigung wird kaum gefördert, dem Körpergefühl wenig vertraut. Die sozial akzeptierte Figur erscheint auch im familiären Kontext als Resultat einer ständigen Anstrengung (Pike & Rodin, 1991; Ruther & Richman, 1993; Thelen & Cormire, 1995; Wertheim et al., 2002; Fallon, 1994; Wolf, 1993). Wird diese erbracht, darf man stolz und erleichtert sein, wird diese nicht erbracht, sind diffuse Schuldgefühle die Folge.

Eltern vergleichen und beurteilen ihre Kinder. Viele hoffen – manchmal ohne sich das selbst einzugestehen –, dass ihre Kinder zu schönen, schlanken und muskulösen Erwachsenen heranwachsen. Doch ein großer Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung oder einer Adipositas liegt im Diätverhalten und in dem Fokus auf Gewicht und Figur innerhalb der Familie (Thelen & Cormire, 1995; Wertheim et al., 2002). Umgekehrt lässt sich sagen: Wenn es in der Familie gelingt, Selbstwert und Vitalität nicht so stark an eine ideale Figur, ein normiertes Gewicht und das dazu passende Konsum- und Leistungsverhalten zu koppeln, sind Kinder und Eltern besser vor der medialen Flut an inhumanen Körperbildern geschützt. «Gegen diese Monokultur der Körperdarstellung hilft nur eine Gegenbewegung. Eltern müssen versuchen, ihren Kindern gegenüber den Körper nicht als das Feld darzustellen, über das Probleme gelöst werden können. Und sie müssen versuchen, nicht zu sehr von ihrem eigenen Körper besessen zu sein»

(Orbach, 2009, 2). Doch selbst wenn in der Familie eine gewisse Gelassenheit gegenüber dem Körperkult gelebt wird, sind digital manipulierte – oft sexistisch dargestellte – Werbekörper allgegenwärtig. Werbung konstruiert zweidimensionale geschlechterstereotype Kunstkörper, die es in der Wirklichkeit nicht gibt, und propagiert damit unmenschliche Vorbilder. Weil wir über die Massenmedien kaum mehr Bilder von realen Körpern zu Gesicht bekommen, haben wir uns an diese Abbildungen derart gewöhnt, dass uns die Kunstkörper real erscheinen. Es sind aber reine Oberflächen, die dem Blickfang dienen. Sie verherrlichen und stabilisieren gesundheitsschädigende Schönheitsnormen und ästhetisieren und banalisieren zudem oft weibliche Unterwürfigkeit, Verfügbarkeit und sexualisierte Gewalt.

Auf nahezu jeder Modemesse wird heutzutage auch der Schlankeitswahn kritisiert. Die Veranstalter in Düsseldorf, Madrid und Mailand lassen seit einigen Jahren keine Models mit einem BMI unter 18 zu. In Deutschland, Österreich und Spanien gab es in den letzten Jahren darüber hinaus auch staatlich unterstützte, von Gesundheits- und Bildungsministerien getragene breite Kampagnen gegen den Schlankeitswahn (Gegen Diätwahn, 2008, 79).

Bedingt durch den heutigen Lebensstil und reichlich vorhandene Nahrungsmittel ist es für die meisten Menschen in industrialisierten Ländern zwar durchaus sinnvoll, sich über Essen Gedanken zu machen und sich beispielsweise damit zu beschäftigen, woher Nahrungsmittel stammen, unter welchen Arbeitsbedingungen sie hergestellt wurden, wie Tiere gehalten werden, wie viele Farbstoffe, Geschmacksverstärker oder auch Schadstoffe enthalten sind oder wie viel und welche Fette und Zucker hinzugefügt wurden. Doch immer mehr Menschen befallen sich übertrieben mit ihrem Ess- und Bewegungsverhalten. So erklärt sich die Fachwelt die Entstehung einer neuen Form von auffälligem Essverhalten: der Orthorexie, dem zwanghaft «richtigen» Essen. Aus dem extremen Verlangen nach einer «gesunden» Ernährung und aus Angst vor den Folgen «ungesunder» Ernährung entwickeln Personen mit Orthorexie (aber manchmal beispielsweise auch AllergikerInnen) strikte Essgewohnheiten (Bratman, 2000). Orthorexie kann zu Mangelernährung, Gewichtsverlust und sozialer Isolation führen. Fast ein Drittel der schweizerischen Bevölkerung, Frauen wie Männer, verhält sich orthorektisch. Weitere 40% beschäftigen sich ausgiebig mit der eigenen Ernährung, ohne alle Kriterien einer Orthorexie zu erfüllen (Schnyder, 2012, 57). Fachpersonen befürchten, dass dieser alarmierend starke Fokus, sich rigide mit gesundem Ess- und Bewegungsverhalten auseinanderzusetzen, durch nationale Programme zur Adipositasprävention noch verstärkt wird (Beobachter, 2012). Die Botschaft einiger Präventionskampagnen ist nämlich auf die einfache Gleichung der Energiebilanz beschränkt, und nur selten wird eine Bildersprache verwendet, die sich von den gängigen Körpernormen abhebt. So laufen wir Gefahr, dass der abgebildete Körper in Gesundheitskampagnen ebenso wie in den Bereichen von Sport, Film und Werbung vor allem die Bereitschaft vermittelt, ständig zu trainieren, zu

konsumieren und sich dabei zu vergleichen und zu optimieren. Der Körper wird zum sichtbaren Zeichen dafür, ob das gelingt oder nicht. Das äußere Erscheinungsbild, gutes Aussehen, Jugendlichkeit und Fitness werden zum Maßstab für sozialen Wert und persönliches Glück (Rytz, 2010; Pudel & Westenhöfer, 1998). Wer von der idealtypischen Schablone abweicht, beispielsweise weil er oder sie dick ist, braucht Kraft, um sich diese Abweichung zu verzeihen, um sie vor sich selbst und ändern zu legitimieren – und dabei zu verarbeiten oder zu verdrängen, dass er oder sie sich womöglich schämt, den sozial erwünschten Idealen nicht zu genügen. Aus dieser Beschämung heraus erdulden viele, dass sie diskriminiert werden, und glauben, nichts Besseres verdient zu haben.

Das psychosoziale Wohlergehen und die mentale Gesundheit der Bevölkerung werden oft ausgeklammert, wenn es um die Erhebung von Übergewicht und Adipositas geht. Es scheint, als sei der Körper ein von gesellschaftlichen, ökonomischen, emotionalen und mentalen Prozessen losgelöstes Objekt, das vermessen werden kann. Auch wenn die Logik der Energiebilanz – wer mehr isst, wird schwerer – stimmt, können wir die Gleichung nicht einfach umdrehen. Wer leichter werden will, muss weit mehr tun und weit mehr unterlassen, als nur weniger zu essen und sich mehr zu bewegen. Nicht nur das Individuum, sondern auch seine Umwelt muss sich verändern. Konzentrieren sich Dicke vor allem darauf, weniger zu essen, nehmen sie längerfristig sogar zu (Froböse, 2011) oder entwickeln eine Essstörung. Aus dem Versuch, sich den gesellschaftlich erwünschten Normen von Gewicht und Figur anzupassen, schlägt die Diät-, Fitness- und Kosmetikindustrie reichlich Profit. Gleichzeitig sind Lebensmittel in Industriegesellschaften Konsumgüter, aus deren Verkauf ebenfalls viel Gewinn erwirtschaftet wird. Der Werbeaufwand ist enorm. In Deutschland gibt die Lebensmittelindustrie jährlich 3,2 Milliarden Euro für Werbung aus. Jeder fünfte Euro dieser Summe wird für die Werbung für Süßigkeiten benutzt. Zielpublikum sind meist Kinder. Das Anpreisen von Nahrungsmitteln ist allgegenwärtig: kein Kinobesuch, kein Stadtbummel, kein Fernsehabend und keine Sportveranstaltung ohne Werbung für hochkalorische Esswaren und Süßgetränke. Unter den beworbenen Lebensmittelprodukten für Kinder stehen an erster Stelle Fast-Food-Produkte (24%), gefolgt von mit Zucker angereicherten Cornflakes (13%) und Cola- und Süßgetränken (11%) (Schulz, et al., 2006).

Adipositas ist ungesund und verursacht hohe Kosten zu Lasten der Allgemeinheit. Manche fordern, Adipöse sollten höhere Krankenkassenbeiträge zahlen, da ihr starkes Übergewicht selbst verursacht sei und die Betroffenen daher selbst die Folgekosten tragen sollen. Solche Vorschläge sind unethisch und diskriminierend. Der heutige Lebensstil verursacht auch andere Erkrankungen wie Depressionen, Herzkreislauferkrankungen oder Krebs, die weitaus weniger stigmatisiert werden und deren Kosten solidarisch von der Allgemeinheit getragen werden. Nicht nur auf die Kosten bezogen stellt sich die Frage, wer über die Macht verfügt, zu definieren, welches Verhalten nachhaltig «gesund» bzw. «un-

gesund» ist oder «krank» macht. Welche statistischen Zusammenhänge führen mit welchen Konsequenzen zu welcher Schuldzuweisung? Sind Dicke an ihrem Gewicht selbst schuld, Gestresste hingegen nicht an ihrer Erschöpfung? Warum darf für Süßgetränke geworben werden, aber nicht für Tabak und Alkohol? Über welche politische Lobby verfügen die Erkrankten, die im Falle von Adipositas mehrheitlich sozial benachteiligt und bildungsfern sind (McLaren, 2007), um ihre Erfahrungen zu kommunizieren und ihre Interessen zu vertreten?

Strukturelle Maßnahmen zur gezielten Verminderung von Adipositas wie Werbe- und Verkaufseinschränkungen, Anpassungen der Städteplanung oder Reglementierung von Lebensmittelzusatzstoffen werden unter Verweis auf wirtschaftliche Argumente nicht umgesetzt. Gesundheitspolitische Kampagnen zielen vor allem auf die Veränderung des persönlichen Lebensstils ab, ohne genügend langfristig wirksame Programme für bereits übergewichtige und adipöse Kinder, Jugendliche und Erwachsene zur Verfügung zu stellen. Die Kosten für die Behandlung von adipösen Kindern und Jugendlichen werden von den Krankenkassen nur unter bestimmten Bedingungen übernommen. Es gibt wenige spezialisierte Kliniken oder geeignete Programme, an die sich Betroffene wenden können, und kaum spezifische Aus- oder Weiterbildungen für medizinische und psychotherapeutische Berufe.

KÖRPERBILDSTÖRUNG UND THERAPEUTISCHE IMPLIKATIONEN

Menschen, die an einer Essstörung erkrankt oder adipös sind und ihr Gewicht reduzieren möchten, beschäftigen sich überdurchschnittlich intensiv mit ihrer Figur und ihrem Gewicht (Cash & Deagle, 1997; Tuschen-Caffier, 2008; Vocks et al., 2007; Zemke, 2007; Fairburn et al., 2003; Shafran et al., 2003). Dabei wird zwischen Kontroll- und Vermeidungsverhalten unterschieden. Betroffene verhüllen ihre Figur in weiter Kleidung, gehen nicht in öffentliche Bäder und Saunen, vermeiden es, Kleidung im Laden anzuprobieren, und weichen ganz allgemein Situationen aus, in denen ihr Körper betrachtet wird oder sie ihn mit seinen Konturen, Falten und Volumen deutlicher spüren. Viele versuchen, körperliche Befindlichkeit möglichst zu ignorieren. Ganzkörperspiegel werden aus der Wohnung verbannt, und der Körper wird kaum gespürt bzw. nur dann, wenn er schmerzt (Whiteside et al., 2007). Die Betroffenen verachten ihren Körper und sind mit einem abwertenden inneren Dialog über ihr Aussehen und ihr Gewicht beschäftigt. Adipöse fürchten, zu viel Platz einzunehmen, und sind beschämt, weil Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum zu klein und zu eng für sie sind. Manchmal verwandelt sich tiefe Verzweiflung in Resignation, nicht selten begleitet von einer klinischen Depression.

Das Kontrollverhalten von Menschen mit Essstörungen äußert sich in Bezug auf den Körper in mehrmals täglichem Wiegen, im häufigen Überprüfen oder Vermessen verschiedener Körperteile und dem ausgiebigen Betrachten von Hüften,

Bauch, Gesäß und Oberschenkeln (Tuschen-Caffier, 2008; Vocks et al., 2006; Jansen et al., 2005). Im Gegensatz zum Vermeidungsverhalten, bei dem Empfindungen, Gedanken und Gefühle ausgeblendet werden, gewinnen Essgestörte durch das Kontrollverhalten – und paradoxerweise oft auch durch Hungern und Selbstabwertung – kurzfristig emotionalen Halt und Orientierung zurück. Sie denken, sie hätten sich im Griff. Viele glauben, ihr Körper ließe sich umso realistischer einschätzen und optimieren, desto kühler und kritischer sie ihn betrachteten. Essgestörte unterscheiden sich in ihrer «Arbeit» am Körper insofern von durchschnittlichen Menschen, die ebenfalls stark auf Gewicht und Figur achten, dass sie mit dem Resultat ihrer Bemühungen nie zufrieden sind: Sie sind bereits sehr mager, ihrem eigenen Empfinden nach aber immer noch zu dick. Oder sie sind normalgewichtig, fühlen sich aber fett und unförmig. Essgestörte Adipöse leben im Kriegszustand mit ihrem Körper und versuchen, ihn gleichzeitig zu ignorieren, weil sie die Hoffnung auf Veränderung nach einer Reihe von Misserfolgen aufgegeben haben. Der Zusammenhang zwischen Vermeidungs- und Kontrollverhalten und übermäßigen Bewertungen von Figur und Gewicht konnte für alle drei Formen der Essstörungen – Magersucht, Bulimie und Binge Eating – deutlich nachgewiesen werden (Shafran et al., 2003).

Die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers wird in der Literatur als Körperschemastörung bezeichnet. Dieser ursprünglich aus der Neurophysiologie stammende Begriff wird allerdings uneinheitlich verwendet (Meermann, 1991; Thompson et al., 1999; Forster, 2002, 24). Einigkeit besteht weitgehendst darin, dass damit eine visuell falsche Einschätzung der Körperdimensionen bezeichnet wird. Eigentlich müsste von einer Figurschemastörung die Rede sein, denn untersucht wurde fast ausschließlich die visuelle Wahrnehmung, also der Blick auf den Körper. Mit Schattenrissen, Videos von Körperformen und Spiegelbildern wird seit den 1980er-Jahren erforscht, wie Männer und Frauen mit und ohne Essstörungen ihre Körperdimensionen visuell einschätzen. Einige Studien ergaben, dass die Über- oder auch Unterschätzung der eigenen Figur kein Charakteristikum für Menschen mit einer Essstörung ist (Skrzypek et al., 2001; Forster, 2002, 28; Goldfein et al., 2000). Andere Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen visuell falscher Einschätzung und der Erkrankung an einer Essstörung (Cash & Deagle, 1997). Weitere Studien wiesen später darauf hin, dass die Überschätzung oder Unsicherheit bezüglich der eigenen Figur bei PatientInnen mit Essstörungen nicht auf einem visuellen Wahrnehmungsdefizit basiert, sondern ein affektiv-kognitives Phänomen darstellt (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2005; Williamson et al., 2004). Die visuelle Wahrnehmung der eigenen Figur zum Beispiel im Spiegel war stark davon beeinflusst, welche Gefühle und Gedanken die betreffende Person sich und ihrem Körper gegenüber empfand. Patientinnen, die sich emotional schlecht fühlten, sahen sich dicker, als sie tatsächlich waren, waren nicht alarmiert von ihrem abgemagerten Körper oder vermieden es so gut wie möglich, ihr starkes Übergewicht im Spiegel zu erkennen (Hughes & Gullone,

2011; Lausberg, 2008; Vocks et al., 2006; Cash et al., 2005; Williamson et al., 2004; Fairburn et al., 2003; Heatherton & Baumeister, 1991). Diese Erkenntnis deckt sich mit unseren therapeutischen Erfahrungen. Sie wurde zudem von neurowissenschaftlichen Studien bestätigt (Uher et al., 2005; Seeger et al., 2002).

Seit den 1990er-Jahren ist das Körperbild ins Zentrum des akademischen Interesses gerückt. Körperbilder beziehen sich auf Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühle und Beurteilungen bezüglich des eigenen Körpers sowie auf Verhaltensweisen, Erinnerungen und Erfahrungen mit dem eigenen Körper. Sie beinhalten das gesamte Verhältnis eines Menschen zu seinem Körper und sind Teil seiner Identität.

Körperbilder sind eng mit Selbstwertgefühlen verflochten. Sie unterliegen von Geburt an sozialen, ökonomischen, religiösen und kulturellen Einflüssen und verändern sich ständig. Körperbilder bestimmen unser Verhalten und unsere zwischenmenschliche Kommunikation (Schaumann, 2009; Thompson et al., 1999; Clement & Löwe, 1996). Studien zeigen, dass der Selbstwert einer Person umso höher ist, desto zufriedener sie mit ihrem Körper ist (Forster, 2002, 58; Vocks & Lengenbauer, 2005). Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen negativem Körperbild und Ausmaß des gestörten Essverhaltens (Post & Crowther, 1987; Rudermann & Grace, 1988; Ricciardelli et al., 1997). Auch in der Aufrechterhaltung der Essstörung scheinen Unzufriedenheit mit dem Körper, Körperbildstörung und mangelnder Selbstwert entscheidend zu sein (Stice, 2002; Fairburn et al., 1993). Eine Regulation des Körperbildes wird daher seit langem als zentral für die Heilung von Essstörungen erachtet (Bruch, 1962). Doch auch in diesem Bereich besteht kein Konsens darüber, wie eine Körperbildstörung zu definieren ist. Allgemein wird von einer kognitiv-affektiven, einer verhaltensorientierten und einer perceptiven Komponente gesprochen, die sich gegenseitig beeinflussen (Tuschen-Caffier, 2008; Vocks & Legenbauer, 2005; Thompson, 2004). Die perceptive Komponente wird in der Körperbildforschung ebenso wie in der Forschung zur Körperschemastörung auf das visuelle Wahrnehmen der Figur reduziert. Wir teilen die Kritik, dass «die bisherige Auffassung einer perceptiven Körperbildstörung im Sinne einer ungenauen, fehlerhaften visuellen Körperbreiteneinschätzung zu eng und letztlich nicht zielführend» ist (Tuschen-Caffier, 2008, 39). Tuschen-Caffier schlägt vor, Körperbildstörungen bei Essstörungen allgemein als kognitiv-affektive Störung zu konzeptualisieren, die sich in verschiedenen Phasen der Informationsverarbeitung zeigen (Tuschen-Caffier, 2008).

Körperorientierte Methoden, wie wir sie in diesem Sammelband vorstellen, erkunden insbesondere, wie der Fluss von Information im Körper wahrgenommen und ressourcenorientiert gefördert werden kann (Johnson & Rytz, 2012; Storch et al., 2006). Menschliche Körper bewegen sich, sie haben Volumen und Gewicht. Körper haben einen Schwerpunkt, eine Masse und Formen. Sie bewegen sich mit mehr oder weniger Kraft, Schwung und Richtung durch den Raum und kommunizieren dabei unterschiedliche Dinge. Sie sind warm und pulsierend:

Herzschlag, Atembewegung, aber auch die körperliche Resonanz von Gedanken und Gefühlen sind im Innern spürbar. Körper haben Grenzen, die ertastet werden können. Körper riechen und klingen. Sie wachsen, ihre Masse wird größer, dicker und dünner. Körper sind lebendige, von Wahrnehmung und Bewusstsein durchdrungene, sich ständig verändernde und mit der Umwelt aufs engste verflochtene Organismen.

Bei starken Emotionen verändert der Körper seine subjektiv empfundene Form, beispielsweise wenn wir verliebt sind, Prüfungsangst haben oder wütend sind. Wir fahren vor Wut fast aus der Haut und fühlen unsere Körpergrenzen nur noch ungenau. Die Prüfungsangst drückt uns zusammen, der Körper fühlt sich eingeschnürt und eng an. Als Verliebte schweben wir auf Wolken, haben Schmetterlinge im Bauch und verschmelzen miteinander, ohne uns zu berühren. Starke Emotionen durchdringen uns körperlich und verändern die gesamte Wahrnehmung. Das ist kein pathologischer Vorgang, sondern völlig normal (Rytz, 2010; Fiscalini & Rytz, 2007).

Menschen mit einer Essstörung oder Menschen, die adipös sind und ihr Gewicht reduzieren möchten, haben diffuse Ängste; sie sind unsicher, angespannt, manchmal traurig oder wütend, ihre Gedanken kreisen, sie sind nervös und oft auch erschöpft. Sie haben Selbstzweifel, schämen oder hassen sich. Fragen wir sie als TherapeutInnen oder ForscherInnen, wie sie ihren Körper erleben, dann antworten sie: «fett» oder «gar nicht». In beiden Fällen stützt sich die Antwort nicht auf konkrete körperliche Empfindungen. Die PatientInnen leiden nicht unter einer verzerrten Wahrnehmung, sondern haben nicht die Kraft, sich den Signalen des Körpers wirklich zuzuwenden. Sie spüren vor allem die Resonanz ihrer negativen Emotionen und die Sorge, nie zu erreichen was sie sich wünschen. «Ich fühle mich schlecht, ich habe Angst, ich bin resigniert», wird im Falle einer Essstörung interpretiert als: «Ich fühle mich fett» bzw. im Falle einer Adipositas zu: «Ich fühle gar nichts; mein Körper ist wie abwesend.» Die sogenannte verzerrte Körperwahrnehmung ist aus unserer Sicht eine Form der unbewussten ungünstigen Emotionsregulation. Sie liefert den Betroffenen eine kohärente Erklärung für stark negative, kognitiv-affektive Information: «Ich fühle mich so schlecht, weil ich fett bin.» Oder: «Ich fühle gar nichts und will auch nichts spüren.» Beginnen PatientInnen in der Therapie, sich ihrem Erleben akzeptierend zuzuwenden, dann spüren sie, wo sie dieses «schlecht Fühlen» im Körper lokalisieren können, wie es sich verändert und welche weiteren Empfindungen wahrnehmbar sind. Sie lernen, die Interpretation «ich bin fett, ich nehme zu viel Raum ein» oder «ich bin gar nicht wichtig» wie eine innere kritische Stimme zu hören und zu tolerieren und zugleich den Raum zu öffnen für neue, vielschichtigere und konstruktivere Informationen über sich selbst.

KÖRPERWAHRNEHMUNG – SELBSTWAHRNEHMUNG – SELBSTFÜRSORGE

Einige grundlegende Fähigkeiten oder Grundkompetenzen sind allen Menschen gemeinsam. Eine davon ist die einfache Tatsache, dass wir uns selbst wahrnehmen können. Wir können unsere Gefühle und Stimmungen, unsere Körperempfindungen und wie wir uns bewegen, unsere geistige Einstellung, unsere psychische Verfassung, unsere Handlungen und deren Konsequenzen wahrnehmen. Wir tun dies alle fortwährend, nur sind wir uns dessen kaum bewusst. Die Summe dieser Wahrnehmungen, Interaktionen und Beziehungen wird zu einem oft unbewussten Ganzen, zu einer Art «existentieller Suppe» (Juul et al., 2012).

Meist reagieren wir unbewusst und quasi automatisch auf das, was wir wahrnehmen. Für ein Leben mit mehr Wahlmöglichkeiten, innerer Flexibilität und Freiheit ist es notwendig, in diesen automatisch ablaufenden Prozessen inezuhalten und aufzuwachen, um uns selbst und die Welt, in der wir leben, bewusster wahrzunehmen und zu gestalten.

Unsere Aufmerksamkeit ist stetig im Fluss, sie bewegt sich in unserem eigenen Inneren, wandert zu unserer Umgebung und wieder zurück. Aufmerksamkeit ist ein verkörperter und ein relationaler Prozess zugleich, sie reguliert den Fluss von Informationen und ist für unser bewusstes Erleben zentral (Fuchs, 2010; Gallagher, 2006; Siegel, 2007). Aufmerksamkeit begleitet und führt uns durch unser Leben. Wir müssen diese Fähigkeit nicht erfinden oder erwerben (Fiscalini & Rytz, 2007). Aber wir können sie bewusst entwickeln und für unser Leben, unsere Beziehungen, unser Wohlbefinden und unsere geistige und physische Gesundheit nutzen (Kabat-Zinn, 1990; Caldwell, 1997; Johnson & Rytz, 2012; Bainbridge Cohen, 1994). Die Hirnforschung hat begonnen, in Psychologie, Pädagogik und Medizin aufmerksamkeitsbezogene Vorgänge im Zusammenhang mit Achtsamkeit als rezeptive Aufmerksamkeit oder Bewusstheit von momentanen Vorgängen und Erfahrungen (Brown & Ryan, 2003) zu untersuchen. Es gibt mittlerweile genügend Hinweise darauf, dass sich eine gezielte Schulung der Selbstwahrnehmung oder systematisches Achtsamkeitstraining günstig auf verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit auswirkt, darunter die Stimmung, die Lebenszufriedenheit und das Ausmaß psychischer Symptome (Baer, 2003; Shapiro et al., 2006; Keng et al., 2011).

Aufmerksamkeit zu schulen ist nicht einfach eine Technik, um Symptome zu reduzieren, sondern trainiert eine Möglichkeit, präsent zu sein für unser Leben. Damit diese Schulung der Selbstwahrnehmung den therapeutischen Prozess hilfreich fördern kann, muss sie nicht nur sorgfältig begleitet werden, sondern auch mit anderen wichtigen Faktoren einhergehen: Bereitschaft zur Selbstverantwortung, Wohlwollen, Offenheit, Akzeptanz, Empathie und Humor sind zentrale Qualitäten, welche die Art von Selbstwahrnehmung ermöglichen, die uns hilft, mit uns und anderen in einem heilsamen Bezug zu sein. Die Entwicklung dieser Qualitäten ist ein essentieller Aspekt der absichtsvollen Selbst- und Körperwahrnehmung. Ohne diese Haltung, die wir auch Herzenswärme oder Weisheit

des Herzens nennen können (Juul et al., 2012; Santorelli, 2009; Kesper-Grossman, 2009; Dalai Lama, 2002), würden wir ein leistungsorientiertes Aufmerksamkeits-training vermitteln, das bei vielen PatientInnen weitere Selbstkritik und Selbstabwertung auslösen würde.

Selbstwahrnehmung ist immer auch Körperwahrnehmung, weil wir nicht getrennt oder losgelöst von unserem Körper existieren. Unser Körper ist sowohl Objekt als auch Subjekt, das es als verbunden und durchlässig zu erleben gilt. Dies geschieht nicht, indem wir ihn betrachten, sondern indem wir leben und dabei die Wahrnehmung des eigenen Inneren über den propriozeptiven Sinn fördern. Proprium heißt «das Eigene», capere «in Besitz nehmen». Indem ich mich innerlich wahrnehme, nehme ich Besitz von mir, komme ich zu mir – ein langsamer, oft sehr berührender Prozess, der viel Geduld erfordert und nach und nach die kulturellen Trennungen zwischen Körper und Geist durchkreuzt und verwischt. In den eigenen Körper zurückzukehren, sich selbst wahrzunehmen, unterstützt die Verbundenheit mit sich und seiner Umgebung und nährt das Vertrauen in persönliche Entwicklungsmöglichkeiten (Rytz, 2010, 38–39).

Den eigenen Körper wahrzunehmen ist für viele essgestörte und adipöse Menschen ein langwieriger Prozess, der systematisches und adäquates Training erfordert: eine Schulung der Wahrnehmung, die auf der erfahrbaren konkreten Möglichkeit aufbaut, sich immer wieder dem zuzuwenden, was gerade ist, zum Beispiel dem Kontakt der Füße zum Boden oder den Empfindungen beim Reiben der Hände. Immer wieder zu üben, nur wahrzunehmen, nicht zu interpretieren, sondern schlicht die Empfindung an sich zu erforschen, schafft einen Raum, in dem die Übenden mit ihrem eigenen unmittelbaren Erleben in Kontakt kommen. Sie lernen, sich selbst Aufmerksamkeit zu schenken und sich ohne Anspruch oder ein bestimmtes Ziel mit sich selbst zu befassen. Dies ist anfangs meist eine große Herausforderung, wird aber mit der Zeit als zutiefst heilsam empfunden (Jakob, 2012; Basmann, 2011; Rytz, 2010, 69–75). Sich der gegenwärtigen Erfahrung zuzuwenden wirkt der Desensibilisierung durch einschränkende Bewältigungsstrategien wie Kontroll- und Vermeidungsverhalten entgegen. PatientInnen lernen nicht nur, sich selbst wahrzunehmen, sie lernen auch, wieder mit sich selbst zu sein, sich selbst so, wie sie im Augenblick sind, zu spüren und zu erleben. Dieser Prozess verlangt viel Mut und auch eine Art freundlicher Disziplin. Die PatientInnen kommen nicht nur mit angenehmen Empfindungen in Kontakt, sondern auch mit unangenehmen und unerwünschten Aspekten ihrer Erfahrung. Selbst- oder Körperwahrnehmung ist daher kein Genuss- oder Entspannungstraining, sondern verlangt die Bereitschaft und Selbstverantwortung, sich dem Leben mit all seinen Sonnen- und Schattenseiten zuzuwenden.

Eine entscheidende Rolle spielt dabei die therapeutische Begleitung. Anleitungen laden dazu ein, ungewohnte, vielleicht sogar verunsichernde Erfahrungsräume zu ertasten, sich dem eigenen Erleben zuzuwenden und zu erforschen, welche neuen Perspektiven und Verhaltensmuster längerfristig hilfreich sind:

«Vorstellungen und Sichtweisen sind auch sehr stark an Gefühle gekoppelt, und es schmerzt deshalb auch, sie loszulassen. Man kann sie nicht umdenken, man müsste sie umfühlen. Und das geht nur, indem man eine neue, eine andere Erfahrung macht. Dazu kann man niemanden zwingen oder überreden, dazu kann man die betroffene Person nur einladen, ermutigen und inspirieren» (Hüther, 2012). Es gibt kein vorgeschriebenes Ziel, keine Erwartung, wie diese Erfahrung beschaffen sein muss, keine richtige oder falsche Wahrnehmung. Auf diese Weise bewegen sich die Patientinnen in ihrem eigenen Tempo in Richtung Selbst-Akzeptanz und entwickeln ihr eigenes inneres Wissen dafür, was ihnen gut tut und wie sie für sich selbst sorgen können. Sie beginnen zu erkennen, was ihnen Boden, Orientierung und Halt verleiht und das Gefühl von Verbundenheit mit sich und anderen Menschen in ihnen fördert. Ein anderer Zugang zum eigenen Körper wird systematisch geübt und dem ständigen Kampf um «richtig» und «falsch» eine neue Perspektive gegenübergestellt: die Möglichkeit, aus eigenem inneren Wissen und Selbstfürsorge heraus kreative und konstruktive Verhaltensweisen zu wählen (Rytz, 2010, 89–217; Wolever & Best, 2009)».

Durch das Fördern einer wohlwollenden Aufmerksamkeit für Körperempfindungen lernen die Patientinnen langsam wieder, auf ihre Bedürfnisse zu achten. Sie entwickeln die Fähigkeit, für sich selbst Sorge zu tragen. Sie entdecken, was ihnen gut tut, und gewinnen Vertrauen in die eigene Wahrnehmung zurück. Selbstfürsorge wird zu einer vorstellbaren Alternative zum Kontroll- und Vermeidungsverhalten und nach und nach in den Alltag integriert: «Ich habe erkannt, dass mein Körper Bedürfnisse hat, ich fühle zum Beispiel bestimmte Kopfschmerzen und deute sie als Stresssignal. Früher habe ich dies nicht gefühlt; ich erkläre mir das damit, dass ich nun sensibler bin auf Körpersignale und Bedürfnisse, ich schaue ja besser zu mir als früher, daher denke ich nicht, dass ich früher keine Kopfschmerzen hatte – ich hab’s einfach nicht gespürt.» (Rytz, 2010, 71). «Seit ich auf meine Körperempfindungen achte, merke ich, dass in meinem Bauch Druck entsteht, wenn ich mich ärgere, dass es manchmal richtig schmerzt. Ich habe mit der Zeit herausgefunden, dass wenn ich diese Zeichen spüre, meinem Ärger Aufmerksamkeit schenke, diesem Gefühl erst einmal Raum gebe, ich erst einmal schauen kann, was ich damit will. Ich habe auch gelernt, «nein» zu sagen oder auszudrücken, wenn mich etwas ärgert oder ich etwas nicht will. Früher hätte ich einfach gegessen und weder meinen Körper noch den Ärger gespürt» (Fiscalini & Rytz, 2007).

Wird in der Therapie körperorientierte Selbstwahrnehmung in Stille und Bewegung gut dosiert und achtsam gefördert, gewinnen PatientInnen eine wesentliche Ressource zurück, die «die kritische, meist visuell geleitete Bewertung relativiert» (Lausberg, 2008, 119). Das kann einen wichtigen Beitrag zur Überwindung von Essstörungen und Adipositas leisten, insbesondere der Störungen des Körperbildes, und so Selbstwertschätzung und Lebensqualität fördern (Jakob, 2012; Basmann, 2011; Messerli et al., 2009). Methoden der Körperwahrnehmung,

der Tanz- und Bewegungstherapie sowie der Körperpsychotherapie verfügen diesbezüglich zwar über ein großes, detailliertes und zum Teil auch klinisches Erfahrungswissen, sind aber selten akademisch verankert und haben daher weder das nötige Forschungs-Know-how und -umfeld noch die finanziellen Mittel, evidenzbasierte Daten zu erheben. Wir wünschen uns in diesem Bereich eine neue Form der egalitären interdisziplinären Zusammenarbeit (Johnson & Rytz 2012, 9–27).

EMOTIONSREGULATION UND HANDLUNGSSPIELRAUM DURCH ACHTSAM AKZEPTIERENDES HINWENDEN ZUM EIGENEN ERLEBEN

Menschen mit Essstörungen nehmen ihre Emotionen durchschnittlich weniger differenziert wahr, können sie schlechter erkennen, benennen, voneinander unterscheiden, im Körper lokalisieren und somit auch schlechter dosieren und regulieren (Bybee et al., 1996; Gilboa-Schechtman et al., 2006; Bydlowski et al., 2005; Sim & Zeman, 2004). Es fällt ihnen schwer, intensive Stimmungen – ob positiv oder negativ – zu tolerieren, so dass starke Emotionen sowohl als Auslöser für und auch als Konsequenzen von Störungen des Essverhaltens gelten (Corstorphine et al., 2007; Fairburn et al., 2003). Anstelle von Emotionen spüren sie eher diffuse Unruhe, Anspannung, Angst oder Leere. Aufgrund der mangelnden Erfahrung im Umgang mit verschiedenen Emotionen, haben sie – oft auch unbewusst – Angst, sie könnten mit der Qualität oder Intensität von Emotionen wie Wut, Frustration oder Trauer nicht umgehen, und befürchten, sich überfordert, hilflos, ohnmächtig oder unfähig zu fühlen. Um diese Konsequenzen zu vermeiden, versuchen sie, Emotionen entweder nicht wahrzunehmen oder übermäßig zu kontrollieren (Haynos & Fruzzetti, 2011; Fox & Power, 2009; Cooper et al., 2004; Caldwell, 1997). Doch nicht nur die Resonanz von Emotionen wird im Körper nicht mehr wahrgenommen – die Körpereigenwahrnehmung ist allgemein gedämpft, auch Signale von Hunger und Sättigung werden ausgeblendet. Die Betroffenen essen gierig und schuld bewusst viel zu viel, oft auch Nahrungsmittel, die sie sich sonst verbieten. Oder sie hungern zwanghaft und verlieren sich in einem rigiden Diät- und Trainingsverhalten. Oft entsteht ein Wechselbad zwischen ausuferndem und restriktivem Essverhalten, was wiederum mit Schuld- und Schamgefühlen, Zwängen, Ängsten, Entfremdung, Einsamkeit und Isolation verbunden ist.

Menschen, die an Essstörungen erkrankt sind, ob in Kombination mit Adipositas oder ohne, haben – aus welchen Gründen auch immer – ein niedrigeres Selbstwertgefühl und viele Selbstzweifel. Mit dem essgestörten Verhalten untergraben sie ihren Selbstwert kontinuierlich weiter. Einen Mangel an Selbstwertgefühl spüren die Betroffenen zum Beispiel in Form von Unsicherheit, Angst, Trauer, Frustration, Zweifel, Wut oder Leere und den damit verbundenen Empfindungen im Körper. Das Abwenden von der Körpereigenwahrnehmung allein

bringt oft zu wenig Entlastung. Emotionales, zum Teil exzessives Essen (Essanfälle), der Missbrauch von suchterzeugenden Substanzen, Hunger und selbst zugefügte Schmerzen dämpfen oder überdecken negative Gefühle oder füllen die Leere und deren Resonanz im Körper. Um sich gedanklich zu beruhigen, konstruieren sich die Betroffenen einen Traum vom Leben mit einem disziplinierten Essverhalten, einer idealen Figur und einem perfekten Körper – ein Leben, das in vielen, wenn nicht in allen Bereichen besser wäre als das gegenwärtige. Sie verschieben das eigentliche Leben gedanklich in die Zukunft. Weil das momentane, destruktive Verhalten mit seinen Konsequenzen als provisorisch angesehen wird, als Verhalten, «das noch nicht wirklich zählt», besteht auch kein unmittelbarer Handlungsbedarf. Diese kurzfristige Erleichterung führt über negative Verstärkung zu einer Aufrechterhaltung der Störung (Fairburn et al., 2003; Heatherton & Beaumeister, 1991). Ursprünglich als schützende Reaktion entstanden, entwickelt sich nach und nach ein engmaschiges destruktives Muster: «Sucht ist nicht so sehr der Gebrauch bestimmter Substanzen oder ein gewisses zwanghaftes Verhalten, als vielmehr ein Sich-Abwenden von unserer direkten Körpererfahrung in der realen Welt. Wenn wir uns von unserem Körper abwenden, entfernen wir uns gleichzeitig von allen Empfindungen, Gefühlen und Gemütslagen, die uns bedrohlich erscheinen mögen. Wir sind nicht mehr mit uns selbst in Berührung, weil wir vermeiden wollen, das Geschehen um uns herum direkt zu erfahren. Sucht ist demnach eine außerkörperliche Erfahrung, das Durchtrennen der Verbindung zwischen uns selbst und der Welt.» (Caldwell, 1997, 59). Weil sich Betroffene von ihrem unmittelbaren Erleben abwenden, um sich zu beruhigen, haben sie Schwierigkeiten, ihre Emotionen und Körperempfindungen differenziert wahrzunehmen, und u.a. dadurch kommt es längerfristig zu einer Entfremdung vom eigenen Körper (Shafran et al., 2003; Macht, 2000; Messerli et al., 2009; Wolever & Best, 2009; Whiteside et al., 2010).

Achtsames und akzeptierendes Hinwenden zum eigenen Erleben führt in die entgegengesetzte Richtung, zurück zur Fähigkeit, die unmittelbare Gegenwart auch über die propriozeptive Wahrnehmung im eigenen Körper zu erfahren. PatientInnen erfahren und erkennen, dass sich ihre Gefühle, Empfindungen und Gedanken stetig verändern und die sensorische Wahrnehmung wie eine innere Landkarte Orientierung über den eigenen Zustand verleiht. Sie lernen, die Beziehung zu ihren Emotionen zu verändern und deren körperliche Resonanz nicht länger als fundamentalen Bestandteil des Selbst zu betrachten, sondern als vorübergehende Phänomene, die keine spezifischen Reaktionen erfordern. So begegnen sie intensiven Emotionen mit mehr Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsspielraum. Eine achtsame, akzeptierende Haltung und entsprechende therapeutische Interventionen ermöglichen, dass Emotionen vielschichtiger und differenzierter wahrgenommen sowie Interpretationen etwas länger in der Schwebelage gehalten werden und weniger zu automatisierten, zwanghaft kontrollierenden oder ausufernden Handlungen führen. Betroffene gewinnen an

Selbsteffektivität, fühlen sich weniger von ihren emotionalen Zuständen oder gedanklichen Interpretationen besetzt oder gesteuert, erfahren mehr Handlungsspielraum und können sich somit angemessener verhalten (Baer et al., 2006; Davidson, 2010; Segal et al., 2008). Theoretisch wird davon ausgegangen, dass Interventionen, die Körpereigenwahrnehmung, Akzeptanz und Achtsamkeit fördern, die Emotions- und Selbstregulation erleichtern und die Wahrnehmung und Integration von emotionalen, körperlichen und kognitiven Verhaltensaspekten verbessern (Chambers et al., 2009; Kristeller & Hallett, 1999). Erste empirische Studien weisen darauf hin, dass eine bessere Emotionsregulation, insbesondere, wenn sie durch achtsam akzeptierendes Hinwenden dem eigenen Erleben gegenüber geschieht, für die Behandlung von Essstörungen und Körperbildstörungen vielversprechend ist (Jakob, 2012; Basman, 2011; Rytz, 2010, 66–75; Salbach-Andrae et al., 2008; Proulx, 2008; Safer et al., 2007; Kristeller et al., 2006; Baer et al., 2006; Kristeller & Hallett, 2003; Heffner et al., 2002).

THERAPEUTISCHE HALTUNG

Die TherapeutIn schafft durch ihre eigene achtsame Präsenz und die authentische Verkörperung der Therapieinhalte einen offenen, akzeptierenden, respektvollen und freundlichen Kontext, der zum Beispiel in der Psychotherapie nach Carl Rogers als «unconditional presence» bezeichnet wird. Ihre praktische Erfahrung basiert auf der eigenen intensiven und kontinuierlichen Übung von Achtsamkeit, und diese Erfahrung ist die wesentlichste Voraussetzung dafür, PatientInnen bei der Entwicklung von Achtsamkeit und Selbstwahrnehmung beizustehen (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro & Izett, 2008). Die Fähigkeit, aufmerksam zu sein, ist für jede therapeutische Arbeit unabhängig von der theoretischen Ausrichtung essentiell. Die Aufmerksamkeit des Therapeuten ist ein allgemein anerkannter Wirkfaktor erfolgreicher therapeutischer Begegnungen. Sigmund Freud sprach von einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit, und Fritz Perls beschrieb Aufmerksamkeit an und für sich als heilend (Germer et al., 2005). Achtsamkeit, Präsenz und Empathie sind essentielle therapeutische Fähigkeiten, die lernbar sind. Einige körperpsychotherapeutische Methoden schulen «witnessing» oder «die Kunst, ZeugIn zu sein». Geübt wird, der Erfahrung des Gegenübers vorbehaltlos Aufmerksamkeit zu schenken, ohne zu urteilen oder zu interpretieren (Adler, 2002; Pallaro, 1999/2007). Wichtig ist hierbei, persönliche Aufmerksamkeitsmuster zu erkennen und den Prozess des Aufmerksam-Seins an sich zu beobachten (Caldwell, 1995). Diese Art der Aufmerksamkeit wird in der Meditationspraxis des Buddhismus als «bare attention» bezeichnet und bedeutet das schlichte Sehen und Gewahrsein dessen, was im gegenwärtigen Augenblick da ist. Eine Studie in Deutschland zeigte, dass PatientInnen, die bei TherapeutInnen in Behandlung waren, die regelmäßig Achtsamkeit praktizierten, größere Fortschritte beim Entwickeln neuer adaptiver Verhaltensweisen erzielten (Grepmaier, 2007). Wichtig

wäre, durch weitere Forschung in diesem Bereich die Hypothese zu untersuchen, dass formelles Achtsamkeitstraining für Körper- und PsychotherapeutInnen hilfreich ist und dass Empathie, Self-Attunement (mit der eigenen Erfahrung in Kontakt sein), Mitgefühl und Akzeptanz systematisch trainiert und weiter kultiviert werden können (Shapiro, 2011). Das Schulen und Üben der eigenen Selbstwahrnehmung fördert die Fähigkeit, immer wieder Räume zu schaffen, in denen die PatientInnen dazu ermutigt werden, sich dem eigenen Erleben zuzuwenden. Qualitäten wie Akzeptanz, Wohlwollen, Empathie, Humor, Herzenswärme und Klarheit sind hierbei ebenso wichtig, wie das systematische Training der Aufmerksamkeit. Diese Qualitäten lassen sich nicht theoretisch oder konzeptionell vermitteln. Sie können nicht «gefordert», sondern nur vorgelebt, eingeladen und angeregt werden. Es ist wichtig, dass TherapeutInnen keine versteckten Absichten oder Erwartungen verfolgen, sondern auf der Grundlage ihrer eigenen Praxis Vertrauen und Zuversicht in die Kraft der Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit entwickelt haben und weiter kultivieren. Sie begleiten PatientInnen dabei, ihre persönlichen Erfahrungen zu machen. Als ZeugInnen verkörpern sie, selbst in Momenten, in denen sie mit Nicht-Wissen, Ratlosigkeit oder ihren eigenen, vielleicht manchmal auch kritischen Reaktionen konfrontiert sind, eine wohlwollende akzeptierende Grundhaltung. Die offene, freundliche Grundhaltung ist, neben ihrem fachlichen Know-how, unabhängig von Verlauf oder Fortschritt der Therapie ihre wichtigste Ressource.

GRUPPENTHERAPIE: VIELSCHICHTIG IN BEZUG UND BEZIEHUNG SEIN

Wird Essverhalten auf ungünstige Weise dazu benutzt, Emotionen zu regulieren, untergräbt das mit der Zeit das Gefühl für sich selbst und den Bezug zur Umwelt. Darunter leiden auch die Beziehungen zu anderen Menschen. Die Betroffenen geraten in die isolierende Enge von Angst oder Sucht. Den Bezug zu sich selbst und zu anderen wieder zurückzugewinnen, ist daher ein wichtiger Teil der Therapie. In Gruppen sind Beziehungen vielfältiger erfahrbar als in Zweierkonstellationen. Alle Anwesenden tragen zum Gruppenprozess bei; die nonverbale und verbale Kommunikation und Interaktion zwischen den Teilnehmenden werden von den TherapeutInnen mit spezifischen Methoden unterstützt. In Gruppen zeigt sich menschliches Verhalten in seiner Vielfalt. Alle dienen sich gegenseitig als Modelle, spiegeln sich, geben sich verbal und nonverbal Feedback und lernen, Nähe und Distanz zu dosieren. Die TherapeutInnen vermitteln und leben eine für die Heilung günstige Qualität dieses vernetzten Austausches vor. Ihre konkrete Präsenz und verkörperte Haltung kreiert und hält zusammen mit den therapeutischen Interventionen den Raum, in dem Begegnungen auf neue und oft unerwartete Art und Weise erlebt werden können: «Das Wort gleichwertig hat eine völlig neue Bedeutung bekommen. Ich bin früher immer besser oder schlechter gewesen als andere, aber nie gleich. (...) Wir arbeiten irgendwie alle an uns selbst und

unterstützen uns gegenseitig, gönnen es einer, wenn es ihr besser geht, das war mir völlig neu» (Rytz, 2010, 41–42). PatientInnen bringen neben ihren Schwierigkeiten auch alle ihre Ressourcen in den Gruppenprozess ein, beispielsweise ein Interesse an anderen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen, die Bereitschaft zu Verständnis und Anteilnahme oder den Mut, sich verletzbar zu zeigen. Viele erkennen, dass sie sich durch wesentlich mehr auszeichnen als nur ihre gemeinsame Erkrankung. Sie fühlen weniger Konkurrenz und mehr Verbundenheit und Mitgefühl füreinander.

Körperpsychotherapeutische Gruppenangebote, wie wir sie in diesem Sammelband vorstellen, machen konstruktive Begegnungen möglich, sogar wenn diese Konflikte, Ängste oder belastende Gefühle wie Neid, Wut oder Zweifel mit sich bringen. Wir brauchen andere Menschen, auf die wir uns emotional beziehen können. Der Neurobiologe Gerald Hüther lässt die Frage, wie das Gehirn aufgebaut ist und funktioniert, in den Hintergrund treten und fragt sich, wie und wozu wir es benutzen, damit sich die in ihm angelegten Möglichkeiten in vollem Umfang für unsere Entwicklung günstig entfalten können. Hüther bezeichnet das Gehirn in erster Linie als Sozialorgan, das Achtsamkeit im Wahrnehmen und Behutsamkeit im Handeln ermöglicht. Er benennt Grundhaltungen, die förderlich sind, um unser Gehirn umfassender, komplexer und vernetzter zu benutzen. Es sind soziale und kulturbedingte Begriffe, die es schon lange vor der Hirnforschung als Eigenschaftsbezeichnungen gab: aufrichtig, bescheiden, umsichtig, wahrhaftig, verlässlich oder verbindlich. Als einzigen wirklichen «Bedienungsfehler», den man bei der Benutzung des Gehirns machen kann, erwähnt Hüther das Unterdrücken von Empathie, Betroffenheit und Verbundenheit (Picard, 2007; Hüther, 2010).

Historisch gesehen haben Körperpsychotherapien ihre Ursprünge in der Psychoanalyse und der Reformbewegung der Gymnastik und des Tanzes zu Beginn des 20. Jahrhunderts (Geuter, 2006). Während Methoden, die auf den Psychoanalytiker Wilhelm Reich zurückgehen, vor allem als Einzelbehandlungen praktiziert werden, fanden Methoden, die aus dem Umfeld der Reformpädagogik und des Ausdruckstanzes stammen, immer in Gruppen statt. Unter den PionierInnen der letzteren Methoden waren viele TänzerInnen und TanzpädagogInnen, die Lernprozesse als kreative und egalitäre Prozesse begriffen. Ihrem Verständnis nach standen ihre Methoden in einem ständigen Austausch mit konkreten persönlichen, sozialen, kulturellen und zum Teil auch politischen Lebenskontexten. Doch obwohl Körperpsychotherapien von Anfang an in Gruppen zur Wirkung kamen, wurde bisher noch keine explizite Gruppentheorie entwickelt: «Bis heute unterliegt es daher eher dem persönlichen Geschick, der Intuition und der Erfahrung eines Körperpsychotherapeuten, seine Arbeit und die Entwicklung von Gruppenprozessen fruchtbar miteinander zu verknüpfen» (Sollmann, 2006).

Die Dominanz der Medizin innerhalb der Gesundheitsberufe hat dazu beigetragen, dass Gruppensettings im klinischen Bereich strukturell schlecht ver-

ankert sind. Für die Leistungserbringer ist es weitaus lukrativer, therapeutische Einzeltermine zu verrechnen. Zudem sind Gruppentherapie Räume mit einer ausreichend großen Freifläche für Bewegung und Böden, die auch zum Liegen einladen, längst nicht in allen Kliniken vorhanden, geschweige denn geeignete Garderoben oder Außenräume, die erfahrungsorientierte therapeutische Interventionen in einem geschützten Rahmen, beispielsweise auch in der Natur, zuließen. Es sind eher Beschäftigungsprogramme, die nahezu ausnahmslos in der Gruppe angeboten und leichter auf die räumlichen Bedingungen der jeweiligen Kliniken abgestimmt werden können. Das Gruppensetting wird darüber unbeabsichtigt in ein Feld gerückt, das als weniger therapeutisch wahrgenommen wird und zu dessen Durchführung es weitaus weniger besonderer struktureller Voraussetzungen bedarf. Von der Spitalarchitektur bis hin zum Abrechnungssystem sollte mehr auf die Bedürfnisse von Gruppen geachtet werden, damit konstruktive Gruppenprozesse und die gegenseitige, verbindliche Unterstützung unter PatientInnen vermehrt in klinische Interventionen einbezogen und genutzt werden könnten; das wäre zugleich eine kostengünstigere Perspektive als die Einzelbehandlung. Bezogen vor allem auf die Behandlung gesellschaftsbedingter Erkrankungen wäre es aus unserer Sicht wichtig, dass sich soziale und medizinische Felder annähern. Das therapeutische Arbeiten in Gruppen unterstützt dies gezielt.

PatientInnen entdecken in Gruppengefügen den Kontakt zu sich, beispielsweise über den neutralen Bezug zum Boden und zur Schwerkraft. Sie spüren ab und zu ihre eigene Atembewegung, obwohl sie sich gerade ängstigen oder ärgern. Sie merken, dass sie da sind, existieren, nicht auseinanderfallen, auch wenn sie sich oft brüchig, zerrissen oder wertlos vorkommen. Sie können sich selbst erfahren, hinschauen, hinhorchen, hinspüren – vertraut werden mit der Fülle an Wahrnehmung im Inneren ihres Körpers. Sie können nicht immer sagen, ob sie das gut oder schlecht finden. Sie haben oft Angst oder fühlen sich hilflos, aber sie sind auch neugierig. Sie merken, dass sich Empfindungen verändern, mal werden diese unangenehmer, mal angenehmer. Sie können es aushalten. Sie lernen eine für sie neue, forschende Fähigkeit kennen. Und manchmal spüren sie sogar eine Wärme für sich, einfach so, ohne dass sie etwas Bestimmtes dafür getan hätten. Sie beginnen, sich selbst zu erkunden, und kommen gerade dadurch mehr in Kontakt mit anderen. Sie merken, dass sogar Gedanken ein Echo im Körper auslösen. Sie finden den Bezug zu einer inneren Instanz, die Gefühle, Gedanken und körperliche Empfindungen wahrnehmen kann, ohne darin verloren zu gehen. Sie fühlen sich lebendiger, sicherer, aber auch weicher, verletzbarer und selbstverantwortlicher.

LITERATURLISTE

- ADLER, J. (2002). *Offering from the conscious body. The discipline of Authentic Movement*. Vermont: Inner Traditions.
- BAER, R. A., FISCHER S., HUSS, D. B. (2006). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281–300.
- BAER, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention. A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10(2), 125–143.
- BAINBRIDGE COHEN, B. (1994). *Sensing, Feeling, and Action*. The Experiential Anatomy of Body-Mind Centering. Berkley CA: North Atlantic Books.
- BASMANN, M. (2010). *Zusammenhänge zwischen der Symptomatik von Essstörungen und den Ressourcen Emotionsregulation sowie Achtsamkeit*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologisches Institut der Universität Bern.
- BEOBACHTER 13(2012), Zu viele haben das Essen satt, 61–65.
- BERGER, UWE, SCHILKE, C., STRAUSS, B. (2005). Gewichtssorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, (7)2005, 331–338.
- BERGER, UWE (2008). *Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BERTHOZ, A. (2002). *The Brain's Sense of Movement*. Perspectives in Cognitive Neuroscience, Cambridge MA: Harvard University Press.
- BRATMAN, S. (2000). *Health food junkies*. Overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books.
- BRAUN, D. L., SUNDAY, S. R. et al. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 24(4), 859–867.
- BROWN, K., WARREN R., RICHARD M. (2003). The Benefits of Being Present. Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 84(4), 822–848.
- BRUCE, K. R., STEIGER, H. (2005). Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 13(1), 93–108.
- BRUCH, H. (1962). *Der goldene Käfig – Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- BUSHNELL, J. A., WELLS, J. E. et al. (1990). Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychological Medicine* 20(3), 671–680.
- BYBEE, J., ZIGLER, E., BERLINER, D., MERISCA, R. (1996). Guilt, guilt-evoking events, depression, and eating disorders. *Current Psychology*, 15(2), 113–127.
- BYDŁOWSKI, S., CORCOS, M., JEAMMET, P. et al. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321–329.
- CALDWELL, C. (1995). Attending to Attention: Developing a Training Model Association of Transpersonal Psychology, Newsletter Spring.
- CALDWELL, C. (1997). *Hol dir deinen Körper zurück*. Braunschweig: Aurum.
- CARNETHON, M. R., DE CHAVEZ, P. J. D., BIGGS, M.L. et al. (2012). Association of Weight Status With Mortality in Adults With Incident Diabetes. *Journal of the American Medical Society*, 305, 581–590.
- CASH, T. F., DEAGLE, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–125.
- CASH, T. F., SANTOS, M. T., WILLIAMS, E. F. (2005). Coping with body image threats and challenges. Validation of the body image coping strategies inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 191–199.

- CHAMBERS, R., GULLONE, E., ALLEN, N. B. (2009). Mindful emotion regulation. An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29, 560–572.
- CLEMENT, U., LÖWE, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild* (FKB-20). Göttingen: Hogrefe.
- COOPER, M. J., WELLS, A., TODD, G. (2004). A cognitive theory of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1–16.
- CORSTORPHINE, E., MOUNTFORD, V., TOMLINSON, S. et al. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviours*, 8, 91–97.
- DALAI LAMA (2002). *Das Buch der Menschlichkeit. Eine neue Ethik für unsere Zeit*. Köln: Bastei-Lübbe.
- DAVIDSON, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness. Conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, 10(1), 8–11.
- DE SOLE, L. (2011). Special issue. Eating disorders and mindfulness, *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 1–5.
- DE ZWAAN, M. (2002). Binge eating disorder (BED) und Adipositas. *Verhaltenstherapie* 12, 288–295.
- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., SHAFRAN, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders. A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- FAIRBURN, C. G. & HARRISON, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407–416.
- FAIRBURN, C. G., PEVELER, R. C., JONES, R., HOPE, R. A., DOLL, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696–698.
- FALLON, P., KATZMAN, M. A., WOOLEY, S. C., Hg. (1994). *Feminist Perspectives on Eating Disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- FELDENKRAIS, M. (1987). *Die Entdeckung des Selbstverständlichen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- FISCALINI, S., RYTZ, T. (2007). Achtsame Körperwahrnehmung (Somatic Psychology). Behandlung von Essverhaltensstörungen am Berner Inselspital. *Schweizerische Zeitschrift für Ernährung*, 5+6, 2–5.
- FONTAINE, K. R., BAROFSKY, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews* 2(3), 173–182.
- FORSTER, J. (2002). *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen*. Herbolzheim: Centaurus.
- FOX, J. R. E., POWER, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion. An integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 240–267.
- FRAUENSICHT, die führende Zeitung für engagierte Frauen und Männer, elektronische Archivausgabe 3/07 bis 2/09; Download (kostenpflichtig): www.frauensicht.ch
- FROBÖSE, I. (2011). *Das Anti-Jojo-Prinzip*. München: Gräfe und Unzer.
- GERMER, C.K, SIEGEL, R.D., FULTON, P.R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GEGEN DIÄTENWAHN, EMMA, März/April 2008, S. 74–103.
- GEUTER, U. (2006). Geschichte der Körperpsychotherapie, in: Marlock, G., Weiss H. Hrsg. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart & New York: Schattauer, 17–32.
- GILBOA-SCHECHTMAN, E., AVNON, L., ZUBERY, E., et al. (2006). Emotional processing in eating disorders. Specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety*, 23, 331–339.
- GOLDFEIN, J.A., WALSH, T., MIDLARSKY, E. (2000). Influence of shape and weight on self-evaluation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 27, 218–225.

- GRILO, M.G. (2006). *Eating and Weight Disorder*. Hove: Psychology, Press Taylor & Francis Group, 2006.
- GREPMAIR, L., MITTERLEHNER, F., LOEW, T., NICKEL, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment result of their patients. A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy und Psychosomatics*, 76, 332–338.
- GROSS, J. J., MUNOZ, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 2, 151–164.
- GROSSMANN, P. (2007). Mindfulness für Psychologen. Dem Wahrnehmbaren freundliche Aufmerksamkeit schenken. *Verhaltensmedizin*, 179–198.
- HALPRIN, A., GERBER, R. (2010). *Breath made visible*. DVD, Lighthouse Home Entertainment.
- HANNA, T. (2004). *Somatics*. Reawakening the Mind's Control of Movement, Flexibility, and Health. Cambridge, MA: Da Capo.
- HARTLEY, LINDA (1995). *Wisdom of the Body Moving*. An Introduction to Body-Mind Centering Berkley CA: North Atlantic Books. Deutsche Übers. (2012). Einführung in Body-Mind-Centering. Die Weisheit des Körpers in Bewegung. Bern: Hans Huber.
- HAYNOS, A. F., FRUZZETTI, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation. Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 18(3), 183–202.
- HEATHERTON, T. F., BAUMEISTER, R. F. (1991). Binge-eating as an escape from awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.
- HEFFNER, M., SPERRY, J., EIFERT, G. H. et al. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa. A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236.
- HILBERT, A., TUSCHEN-CAFFIER, B. (2004). Body image interventions in cognitive behavioural therapy of binge eating disorder. A component analysis. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1325–1339.
- HILBERT, A., TUSCHEN-CAFFIER, B. (2005). Body related cognition in binge eating disorder and bulimia nervosa. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24, 561–579.
- HILBERT, A., RIEF W. et al. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity*, Silver Spring(7), 1529–34.
- HILBERT, A., TUSCHEN-CAFFIER, B. & VÖGELE, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 52, 137–144.
- HOEK, H. W., VAN HOEKEN, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383–396.
- HOEK, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4): 389–394.
- HRABOSKY, J. I., CASH, T. F., VEALE, D. et al. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls. A multisite study. *Body Image*, 6, 155–163.
- HUDSON, J. I., HIRIPI, E. et al. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry* 61(3), 348–358.
- HUGHES, E. K., GULLONE, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8, 224–231.
- HÜTHER, G. (2011). *Biologie der Angst*. Wie aus Stress Gefühle werden, 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HÜTHER, G. (2010). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. 9. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HÜTHER, G. (2010). *Die Macht der inneren Bilder*. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern, 6. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- HÜTHER, G. (2012). *Internetnewsletter* September: www.geraldhuether.de
- JACOBI, C., PAUL, TH., THIEL, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- JAKOB, S. (2012). *Zusammenhänge zwischen den Ressourcen Emotionsregulationskompetenz und Achtsamkeit und Symptomen klinischer Essstörungen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Psychologisches Institut der Universität Bern.
- JANSEN, A., NEDERKOORN, C., MULKENS, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183–196.
- JANSEN, A., NEDERKOORN, C., MULKENS, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183.
- JENKINS, P. E., HOSTE, R. R. et al. (2011). Eating disorders and quality of life. A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 31(1), 113–121.
- JOHNSON, D. H. (2012). deutsche Ausg. Hrsg. Rytz, T. . *Klassiker der Körperwahrnehmung*. Bern: Hans Huber.
- JORASCHKY, P., LAUSBERG, H., PÖHLMANN, K. (2008). *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- JUUL, J., HOEG, P., BERTELSEN, J. et al. (2012). *Miteinander. Wie Empathie Kinder stark macht*. Basel: Beltz.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context. Past Present and future. *Clinical Psychology, Science and Practice* 10, 144–156.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living*. The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta.
- KAYE, W. H., BULIK, C. M. et al. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215–2221.
- KELEMAN, S. (1999). *Verkörperte Gefühle*. Der anatomische Ursprung unserer Erfahrungen und Einstellungen. München: Kösel.
- KENG, S.-L., SMOSKI, M. J., ROBINS, CLIVE J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health. A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 31(6), 1041–1056.
- KESPER-GROSSMAN, U., KABAT-ZINN, J. (2009). *Die heilende Kraft der Achtsamkeit*. Freiamt im Schwarzwald: Arbor.
- KIEFER, I., KUNZE M., RIEDERM, A. (2001). Epidemiologie der Adipositas, *Journal für Ernährungsmedizin* 3 (1), 17–19.
- KIGGS, Hölling, H., Schlack R. (2008). Psychische Gesundheit und Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). www.kiggs.de
- KRISTELLER, J. L. (2003). Mindfulness, Wisdom and Eating. Applying a Multi-Domain Model of Meditation Effects. *Constructivism in the Human Sciences*, 8 (2), 107–118.
- KRISTELLER, J. L., HALLETT, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.
- KRISTELLER, J. L., BAER, R. A., QUILLIAN-WOLEVER, R. (2006). *Mindfulness-based approaches to eating disorders*. In: Baer, R. A. Hrsg. *Mindfulness and acceptance-based interventions*. Conceptualization, application, and empirical support. San Diego: Elsevier.
- LAUSBERG, H. (2008). Bewegungsdiagnostik und -therapie in der Behandlung von Körperbild-Störungen bei Patienten/-innen mit Essstörungen, in: Jaroschky et al., (2008), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 109–128.
- LEAHEY, T. M., CROWTHER, J. H., IRWIN, S. R. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 364–375.

- LEGENBAUER, T., VOCKS, S. (2006). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Berlin: Springer.
- LOUREIRO, MARIA L., NAYGA, JR., RODOLFO M. (2005). International Dimensions of Obesity and Overweight Related Problems. An Economics Perspective. *American Journal Agricultural Economy* 87(5), 1147–1153.
- MACHT, M., SIMONS, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65–71.
- MARKOWITZ, S., FRIEDMAN, M. A., ARENT, S.M. (2008). Understanding the Relation Between Obesity and Depression. Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 15(1), 1–20.
- MARLOCK, G., WEISS H. Hrsg. Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart & New York: Schattauer.
- MARTIN, J. R. (1997). Mindfulness. A proposed common factor. *Journal of psychotherapy integration* 7, 291–312.
- MCLAREN, L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Oxford Journals Epidemiological Revue* 29(1), 29–48.
- MEERMANN, R. (1991). *Body-Image-Störung bei Anorexia und Bulimia nervosa und ihre Relevanz für die Therapie*. Berlin: de Gruyter.
- MESSERLI, N., ZNOJ, H., LAEDERACH, K. (2009). Emotionsregulation und Essverhalten bei Adipositas während einer 12-wöchigen Gruppentherapie. *Verhaltenstherapie & Psychoziale Praxis*, 41, 851–860.
- MIDDENDORF, I. (1995). *Der Erfahrbare Atem*. Eine Atemlehre, 8. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- LEVINE, P. (2012). *Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. 3. Auflage. München: Kösel.
- MILOS, G., SPINDLER A. et al. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry* 49(3), 179–184.
- MOND, J. M., HAY, P. J. et al. (2005). Assessing quality of life in eating disorder patients. *Quality Life Reserach* 14(1), 171–178.
- MUNSCH, S. (2012). *Binge Eating*. Weinheim, Basel: Beltz.
- NOË, A. (2010). *Du bist nicht dein Gehirn*. Eine radikale Philosophie des Bewusstseins. München & Zürich: Piper.
- ORBACH, S. (2009). *Bodies*. London: Profile Books.
- ORBACH, S. (2003). *Lob des Essens*. München: Wilhelm Goldmann.
- PALLARO, P. Hrsg. (1999). *Authentic Movement*. London & New York: Jessica Kingsley Publisher.
- PALLARO, P. Hrsg. (2007). *Authentic Movement*. Moving the Body, Moving the Self, Being Moved, A Collection of Essays, London & New York: Jessica Kingsley Publisher.
- PERLS, F. (1980). *Gestalt-Wahrnehmung*. Frankfurt a. M.: Flach.
- PICARD, K. (2007). Bewegungsphänomene, Lebensphänomene. Somatische Lern- und Entwicklungsprozesse in Tanz, Schule, Sport und Alltag. Diplomarbeit SELF, Höhere Fachhochschule für Erwachsenenbildung, Bern.
- PIETILÄINEN K., SAARNI S. et al. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity* 36, 456–464.
- PIKE, K.M., RODIN, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198–204.
- PÖHLMANN, K., JORASCHKY, P. (2006). Körperbild und Körperbildstörungen. Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. *Aus der Praxis*, 2, 191–194.
- PORGES, S. (2010). *Die Polyvagal-Theorie*. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann.

- POST, G., CROWTHER, J.H. (1987). Restrictor-purger differences in adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 757-761.
- PRETI, A., GIROLAMO, G. et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43(14), 1125-1132.
- PROULX, K. (2008). Experiences of Women with Bulimia Nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 52-72.
- PUDEL, V., WESTENHÖFER, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- PUDEL, V. (2003). *Adipositas*. Göttingen: Hogrefe
- RANEY, T. J., THORNTON L. M. et al. (2008). Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 41(4), 326-332.
- REDDEMANN, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- RICCIARDELLI, L. A., TATE, D., WILLIAMS R. J. (1997). Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns. *Appetite*, 29, 43-54.
- RÖHRICHT, F. (2008). Die multimodale, körperorientierte Psychotherapie (KPT) der Essstörungen – theoretische und erfahrungsbezogene Ansätze für eine Manualisierung, in: Jaroschky et al., *Körperorientierter Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag, 281-293.
- RODIN J. (1994). *Die Schönheitsfalle*. München: Knauer.
- ROTHSCHILD, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis.
- RUDERMAN, A. J., GRACE, P. S. (1988). Bulimics and restraint eaters. A personality comparison. *Addictive Behaviors*, 13, 359-368.
- RUTHER, N. M., RICHMANN, C. L. (1993). The relationship between mothers' eating restraint and their children's attitudes and behaviors. *Bulletin of Psychonomic Society*, 31, 217-220.
- RYTZ, T. (2010). *Bei sich und in Kontakt. Anregungen zur Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. 3., überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber.
- SAFER, D. L., LOCK, J., COUTURIER, J. L. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder. A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 157-167.
- SALBACH-ANDRAE, H., BOHNEKAMP, I., PFEIFFER, E. et al. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents. A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 415-425.
- SANTORELLI, S. (2009). *Zerbrochen und doch ganz*. Freiburg i. Breisgau: Arbor Verlag.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M., HOUBEN, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHAUMANN, U. (2009). Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In: Waibel, M. J., Jakob-Krieger, C. (Hrsg.). *Integrative Bewegungstherapie: Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis*. Stuttgart: Schattauer, 139-154.
- SCHNEIDER, H. et al. (2009). Overweight and obesity trends in children & Overweight and obesity in Switzerland; Prepared for the Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- SCHNYDER, U., MILOS, G., MOHLER-KUO, M., DERMOTA, P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- SCHORB, F. (2009). *Dick, doof und arm? Die grosse Lüge vom Übergewicht und wer davon profitiert*. München: Droemer.

- SCHULZ, P. J., KELLER, S., HARTUNG, U. (2006). *Bericht zur KIWI Studie: Lebensmittelwerbung für Kinder: eine Inhaltsanalyse des Schweizer Fernsehens*. Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- SCHURE, M. B., CHRISTOPHER, J. UND CHRISTOPHER, S. (2008). Mind body medicine and the art of self-care. Teaching mindfulness to counseling students through yoga meditation and qi gong. *Journal of Counseling & Development*, 86 (1), 47.
- SEEGER et al. (2002). Body Image Distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa – a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Letters* 326, 25–28.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. (2008). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*. Tübingen: DGVT.
- SEIDELL J. C. (2000). Obesity, insulin resistance and diabetes. A worldwide epidemic. *British Journal of Nutrition*. 83 (1), 5–8.
- SEIDELL, J. C., RISSANEN, A. M. (2004). Prevalence of obesity in adults. The global epidemic. In: Bray, G. A., Bouchard, C., Hrsg.: *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*, New York, NY: Marcel Dekker, 93–107. 2012; 308(6): 581-590. doi:10.1001/jama.2012.9282
- SELVER, C. (1988). *Sensory Awareness*, in: Hilarion Petzold. *Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psychophysischer Bewegungs- und Körpertherapie*, 59–78. Paderborn: Junfermann.
- SHAFRAN, R., FAIRBURN, C. G., ROBINSON, P., LASK, B. (2003). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93–101.
- SHAPIRO, S., CARLSON, L. (2011). *Die Kunst und Wissenschaft der Achtsamkeit*. Freiburg i. Breisgau: Arbor.
- SHAPIRO, S. L., IZETT, C. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guilford Press, 2008.
- SHAPIRO, S. L., CARLSON, L., ASTIN, J., FREEDMAN, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- SHERRY, B., DIETZ, W. H. (2004). *Pediatric overweight. An overview*. In: Bray, G. A., Bouchard, C., Hrsg.: *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*, New York, NY: Marcel Dekker, pp. 117–133.
- SIEGEL, D. J. (2007). *Das achtsame Gehirn*. Freiamt im Schwarzwald: Arbor Verlag.
- SIM, L., ZEMAN, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760–771.
- SKRZYPEK, S., WEHMEIER P. M., REMSCHMIDT, H. (2001). Body image assessment using body size estimation studies on anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(4), 215–221.
- SOLLMANN U. (2006). Gruppenprozesse in der Körperpsychotherapie, in: Marlock, G., Weiss H. Hrsg. *Handbuch der Körperpsychotherapie*, Stuttgart & New York: Schattauer, 828–839.
- STEVENS, JU., ALLISON, D. B., FONTAINE, K. R. et al. (1999). Annual Deaths Attributable to Obesity in the United States. *Journal of the American Medical Society* October 27, 282(16), 1530–1538.
- STICE, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- STICE, E., SHAW, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985–993.
- STORCH, M., CANTIENI, B., HÜTHER, G., TSCHACHER, W. (2006). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber.

- THELEN, M. H., CORMIER, J. F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapy*, 26, 85–99.
- THOMPSON, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image. Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1, 7–14.
- THOMPSON, J. K., HEINBERG, L. J., ALTABE, M., TANTLEFF-DUNN, S. (1999). *Exacting beauty. Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- TUSCHEN-CAFFIER, B. (2008). Körperbildstörungen bei Essstörungen: Theoretische Konzeptionen, empirische Befunde und deren Implikationen für die Psychotherapie, in: Joraschky, Peter et al. (2008). *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- TUSCHEN-CAFFIER, B. (2005). Konfrontation mit dem eigenen Körperbild, in: Wittchen, H.-U., Neudeck, P. (Hg.). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe, 227–248.
- UHER, R., MURPHY, T., FRIEDERICH, H.-C. et al. (2005). Functional Neuroanatomy of Body Shape Perception in Healthy and Eating-Disordered Women. *Biological Psychiatry*, 58, 990–997.
- VOCKS, S., LEGENBAUER, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Göttingen: Hogrefe.
- VOCKS, S., LEGENBAUER, T., RÜDDEL, H., TROJE, N. (2007). *Static and dynamic body image in bulimia nervosa*. Mental representation of body dimensions and motion patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 59–66.
- VOCKS, S., LEGENBAUER, T., TROJE, N., SCHULTE, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 286–295.
- WERTHEIM, E. H. et al. (2002). Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 321–334.
- WHITESIDE et al., (2010). Mood emotion and eating disorder. *Oxford Handbook of Eating Disorder*. New York: Oxford University Press, 193–195.
- WILLIAMSON, D. A., WHITE, M. A., YORK-CROWE, E., STEWART, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28, 711–738.
- WIRTH, A. (2007). *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. Berlin: Springer.
- WITTIG, F. et al. (2008). *Nationale Verzehrsstudie II*, Max Rubner-Institut Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. <http://forschung.oekolandbau.de> unter der BÖL-Bericht-ID 18055.
- WOLEVER, R. Q., BEST, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Didonna, F., Hrsg. *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer, 259–287.
- WOLF, N. (1993). *Der Mythos Schönheit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- WONDERLICH, S. A., DE ZWAAN, M., MITCHELL, J. E., PETERSON, C., CROW, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder. Conceptual implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 58–73.
- ZEMKE, B. (2007). *Zum Sterben schön*. Die Essstörung Anorexia nervosa, das Körperbild und seine Bedeutung für die Identität. Hamburg: Diplomica.

