

Schmerzen: „Multiaxiale Schmerzklassifikation“ (MASK). In : Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R (Hg) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer, 311-326

Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg) (2007) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer

Länge A (2000) Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. GLE, Wien

Noll-Hussong M (2009) Zentrale Informationsverarbeitung bei Schmerz und Trauma (Vortragsskript „B28 Psychosomatik und Schmerz“, 44. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg vom

31.01. – 01.02.2009 in Stuttgart, <http://www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin09/B28/4.pdf> , zuletzt gesichtet am 27.5.2009)

Rubin J.J (2005) Psychosomatic pain: new insights and management strategies. South Med 1998(11). In: Noll-Hussong M, Zentrale Informationsverarbeitung bei Schmerz und Trauma (Vortragsskript „B28 Psychosomatik und Schmerz“), 44. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg vom 31.01. – 01.02.2009 in Stuttgart, <http://www.aerztekammer-bw.de/25/15medizin09/B28/4.pdf>, zuletzt gesichtet am 27.5.2009)

Toifl K (2004) Lebensfluss zwischen gesund und krank. Wien: Facultas

Zimmermann M. (2007) Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg) Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer, 21-62

Anschrift des Verfassers:
Marc Sattler
Flugplatzstrasse 12
A-7061 Trausdorf an der Wulka
e-mail: marc.sattler@existenzanalyse.org
Tel.: 0650/401 50 76

Körperbilder bei Anorexie und Bulimie und Möglichkeiten ihrer Veränderung in der Therapie

Helene Drexler

In der Therapie von Essstörungen ist die Bearbeitung des pathologischen, oft ins Wahnhafte reichenden, Körperbildes der Patientinnen von zentraler Bedeutung. Seine Entwicklung geht auf die frühe Kindheit zurück und verläuft überwiegend vor- bzw. unbewusst. Es ist im Körpergedächtnis gespeichert und daher im therapeutischen Gespräch nur schwer zugänglich. Eine Veränderung kann in erster Linie durch das Ansprechen der Bewegungs- und Berührungssinne erreicht werden.

Daher empfiehlt es sich, in der Therapie der Körperbildstörung vor allem Methoden anzuwenden, die auf die genannten Sinne einwirken: Bewegungs-, Spür- und Atemübungen, Methoden zur Körpergrenze, unterstützt von Imaginationen, Malen, Tonarbeit und Musik. Entsprechende Übungen sind im Artikel beispielhaft angeführt.

Schlüsselwörter: *Anorexie, Bulimie, Essstörung, Körperbild, Körperbildstörung, Körpergedächtnis, Körpermethoden, kreative Methoden*

Die Bezeichnung „Essstörung“ fokussiert den Blick auf die Verhaltensebene, das pathologische Essverhalten. Der krankhafte Umgang mit Nahrung ist es auch, auf den die Angehörigen von essgestörten Patientinnen¹ mit besorgten, ängstlichem Blick konzentriert sind. Erfordert der Zustand der Patientinnen die Aufnahme in eine Klinik, so richten sich die Maßnahmen vorerst ebenfalls auf das schädigende Verhalten und seine Unterbindung.

In der Psychotherapie wendet sich der Blick: Hinter der Symptomatik steht die Person mit ihrem Leid, das sich erst

bei genauerem Hinsehen erschließen und verstehen lässt. Das Verstehen der Person – ihrer selbst und ihres Gewordenseins – stellt die Existenzanalyse in den Mittelpunkt, um dadurch zu Stellungnahme und neuer, stimmiger Umgangsweise zu finden.

Die Tabelle auf der nächsten Seite bietet einen Überblick über zentrale Therapiethemen:

In der Bearbeitung der Krankheitsentwicklung, des familiären Umgangs, des Selbstbilds, der Muster, die die Störung aufrechterhalten, wird eine Problematik als durchgängig und schwerwie-

gend sichtbar: das Körpererleben oder Körperbild der Patientinnen. Alle Bereiche des Erlebens sind davon betroffen, Wahrnehmung und Empfinden des Körpers, Einstellungen zu und Umgang mit ihm. Die Patientinnen vermeiden den Körper anzusehen oder zu berühren, die Wahrnehmung ihrer Figur entspricht nicht der Realität, sie hassen einzelne Körperteile oder ekeln sich davor. Deshalb ist die Auseinandersetzung mit dem Körpererleben in der Therapie von Essstörungen von zentraler Bedeutung.

Im Detail gehören dazu:

- die Fähigkeit, Körpersignale wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren;
- die richtige Einschätzung der Körpergrenzen;
- positive Gefühle dem eigenen Körper gegenüber zu entwickeln;
- die Annahme des Körpers;
- das Benennen von Stärken – nicht nur von Schwächen;
- diesen Körper als eigenen zu erleben, mit dem es gilt durchs Leben zu gehen.

Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich auf diesen Aspekt und Möglichkeiten seiner Veränderung.

¹ Die Mehrheit der Essstörungs-Patienten sind Frauen. Deshalb wurde in diesem Text durchgehend die weibliche Form verwendet. In Angleichung daran wurde diese Form auch für Therapeutinnen und Therapeuten gewählt. Es sind aber selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Anorexie	Bulimie
<ul style="list-style-type: none"> genaue Anamnese! Klärung des Schweregrads Zusammenarbeit mit Arzt/Klinik Medikamente? (Auslagerung der Kontrolle) 	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Wichtigkeit von Vereinbarungen</u> (Grenze gibt Verlässlichkeit) Tagesstruktur, Regelmäßigkeiten Belohnungen (Verhaltenstherapeutische Maßnahme) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>in der therapeutischen Beziehung</u> <u>Vorerst Wärme, Zuwendung im Mittelpunkt</u> ↓ Suche von Wärmendem, Wertvollen im Alltag
<ul style="list-style-type: none"> <u>Methoden zur Spannungsreduktion:</u> Entspannungstraining, Qigong, Spaziergänge, (Sport) Arbeit am Körpererleben mittels Körperübungen, Malen, Musik ↓ Förderung der <u>Selbstannahme</u>, der <u>Selbstdistanzierung</u> 	
<ul style="list-style-type: none"> Übungen zum <u>Selbstwert</u> Sichtbarmachen der <u>Familienprobleme</u> (Probleme der Eltern und ihr Umgang damit) 	<ul style="list-style-type: none"> Übungen zu <u>Grundwert+Selbstwert</u> Sichtbarmachen der falschen Beziehungen (scheinbare Fürsorge)
<ul style="list-style-type: none"> Aufarbeiten von Verletzungen Verstehen, was passiert ist und was sich daraus entwickelt hat; Trauer (auch über das ungeliebte Leben) ↓ langsame Abgrenzung von Übergriffen der Familie bzw. Erwartungen an die Familie 	
<ul style="list-style-type: none"> Reifung als Frau 	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines <u>eigenen Frauenbildes</u>
↓ Finden der <u>eigenen Persönlichkeit</u> : Distanzierung von Perfektionismus, Harmoniesucht	

Richtungsweisend für die Therapie ist der Umstand, dass die krankhafte, bei anorektischen Patientinnen oftmals ins Wahnhafte reichende, Sichtweise des eigenen Körpers kaum über die verbale Ebene hinterfragt und korrigiert werden kann.

Die Entwicklung der Körperbildstörung

Eine Ursache ist in der frühen Entwicklung des Körperbilds zu sehen. Dieser Prozess verläuft überwiegend vor- bzw. unbewusst. Erlebnisse werden als körperliche (motorische, sensorische) Erfahrungen, die auch bereits eine affektive Färbung tragen, im sogenannten „Körpergedächtnis“ gespeichert. Dieses wird im Gehirn vom impliziten Gedächtnis verwaltet und ist der bewussten Erinnerung entzogen. Eine weitere Ursache liegt im Ort der Speicherung: Das implizite Gedächtnis wird dem limbischen System zugeordnet. In diesem werden die motorisch-sensorischen Reize verarbeitet und mit emotionalen Bedeutungen versehen, jedoch nicht sprachlich kodiert.

Im Fall der Essstörungen finden wir meist eine frühe Veränderung des Körpererlebens, die entsprechend obiger Beschreibung unbewusst und der Sprache nicht zugänglich im Körpergedächtnis festgehalten ist. Es handelt sich dabei vor allem um Körperdissoziationen. Diese schützen das Kind vor unerträglicher (Körper)spannung, wenn seine Äußerungen und Bedürfnisse keine liebevolle und stimmige Antwort erfahren. Bei essgestörten Patientinnen liegt oft ein massives Nicht-gesehen- und Nicht-respektiert-Werden vor, häufig auch ein Missbraucht-Werden (das nicht auf die sexuelle Ebene begrenzt zu sehen ist), das den Schutzmechanismus der Dissoziation aktiviert. Die Körperwahrnehmung wird reduziert, indem Bewegungen verlangsamt, in ihrem Ablauf verändert oder ganz unterdrückt werden. Die Atmung erfolgt flach und oberflächlich. Damit kommen im Gehirn weniger Informationen an, worauf dieses mit geringeren Impulsen zum körperlichen Ausdruck antwortet. Ein für den Schutz vor Schmerz erfolgreicher, für ein Lebendigsein aber fata-

ler Kreislauf beginnt. (Werden die Körperwahrnehmung und der Ausdruck reduziert, so bleibt auch das emotionale Erleben auf der Strecke.) Die häufigste Auffälligkeit bei Patientinnen mit Essstörungen findet sich am Rumpf. Er wird unbewegt gehalten, die Bauchmuskeln angespannt. Die Bewegung der Extremitäten erfolgt ohne Beckendrehung, wodurch der Energiefluss durch den Körper reduziert wird. Verstärkt wird der Effekt durch die kaum wahrnehmbare Atmung. Die Patientinnen erreichen damit das Gefühllos-Werden der oft als Symbol der Fülle oder des Frauseins abgelehnten Körpermitte. Hand in Hand damit verlieren sie aber auch das Gefühl von Erdung und zentriert sein. In schweren Fällen der Körperdissoziation, insbesondere nach traumatischen Erfahrungen, wird der gesamte Körper nicht mehr bzw. nicht mehr als eigen gespürt. Die Patientinnen beschreiben diesen Zustand als ein außer sich sein, bei dem auch die Körpergrenzen und damit ein sicherer Halt in der Welt verloren gehen.

Zusammenfassend bedeuten diese Erkenntnisse für die therapeutische Arbeit: Schmerzvolle (traumatische) Erfahrungen von früher Kindheit an, wie sie bei essgestörten Patientinnen zu beobachten sind, führen zu Körperdissoziationen und damit zu einem veränderten Erleben des Körpers. Die Erfahrungen sind im Körper gespeichert, sie sind aber weder bewusst erinnerbar noch der Sprache zugänglich. Die therapeutische Methode des Gesprächs und der Reflexion erreicht das Körpergedächtnis nicht (oder bestenfalls ein wenig). Dennoch ist das Körperbild veränderbar. Es wird ein Leben lang mit Informationen aus dem Körper versorgt und geformt. Dies geschieht durch die Wahrnehmungen der Sinne, insbesondere der Bewegungs- und Berührungssinne.

Körper- und Kreativmethoden in der Behandlung von Körperbildstörungen

Daher empfiehlt es sich, in der Therapie der Körperbildstörung vor allem Methoden anzuwenden, die auf die genannten Sinne einwirken: Bewegungs-,

Spür- und Atemübungen sowie Methoden zur Körpergrenze. Begleitet werden sie durch Imaginationen und kreative Methoden wie Malen, Tonarbeit, Musik, die eine Verbindung von Körpererfahrung und emotionalem Erleben schaffen. Mal- und Tonarbeit bringen die Erfahrung in ein Gegenüber und unterstützen Selbstdistanzierung und die weitere verbale Bearbeitung.

Der Methodenüberblick auf der nächsten Seite, gliedert sich in Halt fördernde, die Emotionalität vertiefende und aufdeckende Methoden. Er soll Möglichkeiten von Körper- und kreativen Übungen aufzeigen und zur Erweiterung anregen.

Halt fördernde Methoden

Vor allem zu Beginn der Therapie bzw. bei krisenhaften Einbrüchen liegt der Fokus auf beruhigenden, stützenden Übungen zur Stabilisierung der Patientinnen. Wichtig dabei ist, dass die Übung annehmbar bzw. verarbeitbar ist, um nach jahrelangem, schleichendem Verlust an Sicherheit und Vertrauen eine erste Erfahrung von verlässlichem Gehaltensein im eigenen Körper wie in der Welt zu ermöglichen. Entspannungs- oder Meditationsübungen erweisen sich für Essstörungspatientinnen anfangs oft als ungeeignet, weil ihre starke innere Unruhe die beruhigende Wirkung verhindert. Übungen, bei denen „etwas getan werden darf“, kommen den Patientinnen mehr entgegen. Dazu zählen die Übungen „Bewegung im Raum“ ganz besonders. Anfangs geht es nur um ein Gehen, die Aufmerksamkeit auf die Bewegung der Füße und den Boden gerichtet. Zwei Ziele werden damit verfolgt: eine Beruhigung der inneren Anspannung durch das Gehen und eine Stärkung der Wahrnehmung durch die gerichtete Aufmerksamkeit.

Sodann können verschiedene Gangarten, Tempi, das Gehen auf unterschiedlichen Unterlagen ausprobiert werden. Damit wird eine Differenzierung der Wahrnehmung gefördert und – als ganz wesentliches Wirkelement – unterschiedliche Grade an Bodenver-

Übersicht über kreative und körperorientierte Methoden

Stabilisierende, Halt gebende Methoden

- **Raum gebend:**
Atemübungen, Imaginationen zum Innenraum/Außenraum, sicherer Ort, „Verraumen“
- **Halt durch Rhythmus und Bewegung:**
Trommeln, „Bewegung im Raum“, Tai Chi, Qigong, Imaginationen zu Erdung und Verwurzelung
- **Halt durch Grenzen:**
Körpergrenzen spüren durch Klopfen und Nachzeichnen, Übungen zu Enge und Weite, „Verraumen“, Bilder mit Rahmen
- **Vertrauen fördernd:**
Klangmassagen mit Klangschale oder Gong², Imaginationen zum inneren Kind, z. B.: die erwachsene Person zur Seite stellen

Methoden zur Differenzierung und Intensivierung der Emotionalität

- Sinnlichkeitsübungen mit verschiedenen Materialien (Steine, Ton...)
- Gefühlsausdruck durch Musik, Malen und Tonarbeiten
- Körperwahrnehmungen in Bewegung und Bilder umsetzen, Symbolisierungen
- Bewegung abgelehnter Körperteile
- Imaginationen: zum Herzen, Trost für das innere Kind

Aufdeckende Methoden³

- Körperbild-Malen
- Imagination zur Vergangenheit, „Schritt nach hinten“
- Klangmeditationen
- Arbeit mit Fotoalben und Musik aus der Kindheit/Jugend
- (zeichnerische) Familiendarstellungen
Familienaufstellungen

bundenheit und Getragensein erfahren. So vermittelt ein hastiges Umherlaufen ein geringeres Erleben von Halt als ein bedächtiges Gehen; ein wackeliges Gehen auf Zehenspitzen weniger Sicherheit als ein Stampfen mit dem ganzen Fuß. Schließlich kann durch die eigene

Wahl einer guten, stimmigen Bewegung durch die Patientin die Erfahrung des sicheren Getragenseins verstärkt und imaginativ verinnerlicht werden. Die so genannte „Sesselmethode“ (Längle, 2008) stellt eine noch differenziertere Methode zur Förderung von Halt und

² Beim Einsatz dieses Instruments ist Vorsicht geboten. Fragile Personen, insbesondere psychotische Personen sollten nicht damit arbeiten.

³ Bei traumatisierten PatientInnen ist besonders auf ihre Festigkeit zu achten, bevor diese Methoden zum Einsatz kommen.

Vertrauen dar, indem sie auch den Dialog zwischen der Person und dem sie tragenden Sessel mit einbezieht.

Eine Methode, die sich besonders für den Schutz der Patientinnen vor Übergriffen von außen oder gegenüber ihren eigenen schädigenden Stimmungen und Verhaltensweisen eignet, ist das „Verraumen“ (Baer, Frick-Baer 2004). Dabei geht es um die Schaffung eines schützenden Raums; und zwar nicht imaginativ wie z. B. Reddemann (2008) ihn beschreibt, sondern leibhaftig. Dazu wird ein geeigneter Platz gesucht, dieser in passender Größe mit Schnüren, Decken oder Tüchern eingefasst und mit Polstern oder stützenden Gegenständen eingerichtet. Wenn die Patientin den Raum betritt, ist sie geschützt – vor der gut meinenden Überfürsorglichkeit der Eltern, vor ihren Fressattacken oder ihren Selbstabwertungen.

Durch die Verknüpfung des guten Orts mit Klängen wird die Wirkung intensiviert. Dazu wählt die Patientin ein Instrument, das das Gefühl in ihr, stark und sicher zu sein, festigt. (Zu einem späteren Zeitpunkt kann von dem abgegrenzten, sicheren Ort aus eine Annäherung an die Außenwelt und dort erlebte bedrohliche Räume angeregt werden.)

Methoden zu Gefühlsdifferenzierung und -intensivierung

Ist in der Therapie eine ausreichende Festigung erreicht worden, so rückt die „narkotisierte“ Emotionalität in den Mittelpunkt: nach einem Gefühl befragt, antworten Patientinnen mit Essstörungen häufig „vom Kopf her“, sie denken das Gefühl. Dabei werden die Gefühle im Extrembereich formuliert, einem „Schwarz-Weiß-Denken“ folgend. Etwas wird als „ganz wunderbar“ oder „einfach grässlich“ beschrieben. Negative Gefühlsäußerungen konzentrieren sich auf den eigenen Körper bzw. abgelehnte Körperteile, allen voran den Bauch. Da ist von Hass, Ekel, Unerträglichkeit die Rede und ebenfalls keine Abstufung erkennbar.

Die gefühlsmäßige Betäubung zu lösen und von der zum Extremen nei-

genden Affektivität zur echten Emotionalität zu führen, entspricht wieder einem zentralen Wirkbereich der kreativen und körperorientierten Methoden.

Eine erste Annäherung an eine differenziertere Gefühlswahrnehmung bieten Symbolisierungen (Weigel 2008). Eine solche Übung setzt an der Körperwahrnehmung an, weil diese den Patientinnen leichter zugänglich ist als eine emotionale Wahrnehmung. Ein Drücken, eine Spannung, eine Enge zum Beispiel im Hals oder im Bauch werden nicht verbal ausgedrückt, sondern ein Symbol dafür gewählt. Es erfolgt ein Dialog über das Symbol, über seine Beschaffenheit, seine Eigenschaften und seine Aussage. Danach wird die Aufmerksamkeit wieder auf das Körpererleben gelenkt. Die Hand dabei auf den betreffenden Körperteil zu legen, erleichtert Konzentration und Spüren. Bereichert durch das Symbolwissen gelingt nicht nur eine differenzierte Körperwahrnehmung, sondern auch ein vorsichtiges Hinspüren auf das emotionale Erleben. Fragen entsprechend der Personalen Existenzanalyse (PEA) Längles (2008) „Wie fühlt sich das an?“, „Welcher Impuls macht sich bemerkbar?“, „Was sagt mir das?“ werden beantwortbar. Eine Verstärkung erfährt die Gefühlswahrnehmung, indem sie in eine körperliche Bewegung umgesetzt und im Körpergedächtnis verankert wird.

Zur Vertiefung des emotionalen Erlebens eignen sich insbesondere Klanginstrumente: Dem Gefühl wird mittels Trommel, Gong oder auch einem Kochtopf mit Kochlöffel Ausdruck verliehen. Die Verknüpfung mit der eben skizzierten Symbolisierungsübung erweist sich als sehr fruchtbar. Statt der Körperbewegung oder zusätzlich zu dieser wird das Gefühl durch Klänge zum Schwingen gebracht. Solcherart Raum einnehmend wird das Gefühl mit Hilfe der PEA weiter bearbeitet, als zur Person gehörend verstanden und integriert.

Eine weitere Möglichkeit sind geführte Imaginationen, begleitet von Klängen; zum Beispiel ein wirbelnder Trommelrhythmus zu Bildern der Le-

bendigkeit, ein kräftiger Gongschlag zur Angst oder spritzige Triangelschläge zur Freude.

Aufdeckende Methoden

Eine Stärke kreativer Methoden liegt in der Bergung noch nicht bewusster Inhalte. Über die Kreativität können im impliziten Gedächtnis gespeicherte Erfahrungen und damit verbundene Gefühle „direkt an die Oberfläche“, das heißt ins Bewusstsein gebracht werden und so der Person zum Verstehen ihrer selbst, ihrer Geschichte und zur Trauer als heilem Prozess verhelfen. Klanginstrumente – vor allem in Verbindung mit Imaginationen – leisten hier gute Dienste.

Eine Imagination, bei der aus der Tiefe eines Sees Bilder hochsteigen, begleitet von wenigen Gongschlägen wie Hess (1999) sie beschreibt, stellt erstaunlich rasch eine Verbindung zu (lang) verdrängten Erfahrungen her.

Eine ähnliche Wirkung erzielt eine Methode von Baer und Frick-Baer (2004), die Bild und Klang mit Bewegung verknüpft: Dabei wird vom jetzigen Standort aus der Raum, der hinter der Person liegt, imaginativ betrachtet, Bilder und Stimmungen wahrgenommen und mit einem als stimmig empfundenen Klang ausgedrückt. Mit diesen wenigen, aber mehrere Sinnesbereiche verknüpfenden Vorgaben taucht die Person in die Atmosphäre der Vergangenheit ein und kehrt mit neuen Erkenntnissen an den gegenwärtigen Standort zurück, wo nun wieder das existenzanalytische Gespräch fortgesetzt wird. (Baer und Frick-Baer beschreiben die Vorgangsweise auch für die Gegenwart und die Zukunft, womit sie auch für die Festigung im „Hier und Jetzt“ und die klarere Sicht von Zukünftigem dienlich ist.)

Eine Methode, die durch die Kraft der Farben und Symbole Unbewusstes sichtbar werden lässt, stellt das Körperbild-Malen dar: Dazu werden zuerst die Körperkonturen der Patientin, die auf einem entsprechend großen Papier liegt, nachgezeichnet. Das erfordert eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen

Therapeutin und Patientin. Eine Alternative besteht in der freien, möglichst realistischen Zeichnung der Körperkonturen durch die Patientin selbst. Ersterer Methodeneinstieg beinhaltet durch das Entlanggleiten an der Körperkontur eine Halt gebende, die Körpergrenzen festigende Wirkung. Nach Begutachtung der Körperumrisse, was zumeist bei Bulimiepatientinnen mit einem Erstaunen „gar nicht so dick zu sein“ verbunden ist, gilt es die Körperform mit Leben zu füllen. Die Gestaltung kann von farbigen Flächen über Symbole bis zu bildhaften Darstellungen reichen. Das Bemalen der lebensgroßen Figur nimmt einige Zeit in Anspruch, wodurch ein großer Vorteil dieser Methode zum Tragen kommt: Die ausgeprägte Kontrolliertheit essgestörter Patientinnen, die die Aussagekraft rasch gezeichneter Bilder oft einschränkt, wird hier „ausgebremst“. Nach einem eher intellektuellen Beginn tauchen die Patientinnen nach und nach in ein versunkenes Malen ein. Unterstützt durch die Farben, die stetige Handbewegung und eine anhaltende Stille finden die Patientinnen Zugang zu ihrem Unbewussten, das verbunden mit bewussten Elementen am Papier Gestalt annimmt. Im Gegenüber erhalten Gefühle, Erinnerungen, Botschaften und Glaubenssätze eine Fassung und ermöglichen eine Distanzierung, die die Auseinandersetzung mit dem sich Zeigenden möglich macht.

Abschließende Bemerkungen

Die skizzierten Methoden sollen eine kleine Auswahl an Möglichkeiten darstellen, um vor allem beim Einstieg in Körper- und Kreativmethoden eine Orientierung zu bieten. Die Arbeit mit diesen Methoden bedeutet aber immer auch eigene Gestaltung. Soll die Kreativität der Patientinnen zur Entfaltung kommen und zu ihrer Gesundheit beitragen, so ist dafür auch eine offene und kreative Vorgehensweise der Therapeutin ganz wesentlich.

Eine solche methodische Offenheit bedarf eines festen Rahmens in Form eines soliden therapeutischen Wissens. Dazu gehören u.a. ein klares Setting, die diagnostische Sicherheit der Thera-

peutin, das Wissen um „den roten Faden“ hinsichtlich der zu bearbeitenden Themen sowie die Klarheit darüber, ob Interventionen der Stabilisierung oder der Aufdeckung und Aufarbeitung dienen sollen. Ist eine kreative oder körperorientierte Methode ins Auge gefasst, so ist die konkrete Zielsetzung sehr genau zu ermitteln.

Schon eine geringfügige Verschiebung des Schwerpunkts kann eine schützende, Halt gebende Wirkung zu einer konfrontierenden, intensive Gefühle provozierenden hin verändern. Ein Beispiel: Die Übungen „Bewegung im Raum“ wurden als Halt gebend beschrieben. Fließt nun in die Anweisung sich frei im Raum zu bewegen mit ein, die Bewegungen des Körpers, etwa der Beine, des Beckens zu beachten, so richtet sich die Aufmerksamkeit mit einem Mal auf einen zumeist problematischen Körperbereich. Die Aufforderung, die Bewegung des Beckens wahrzunehmen, vielleicht sogar bewusst einzusetzen, kann bei Essstörungspatientinnen äußerst konfrontativ wirken. Wichtig ist, genau um die Zielsetzung und die feinen Abstufungsmöglichkeiten zu wissen, um der Patientin gerecht zu werden.

Ist der Rahmen in der beschriebenen Form sichergestellt, so können sich Therapeutin und Patientin ihrem kreativen Potential anvertrauen. Im sensiblen Hinhören auf kreative Möglichkeiten der Patientin und dem Zulassen eigener kreativer Impulse kann sich die

für die Patientin jeweils stimmigste Vorgangsweise herausbilden.

Literatur

- Baer U, Frick-Baer G (2004) Klingen, um in sich zu wohnen. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig
- Bruch H (2004) Essstörungen. Frankfurt/Main: Fischer
- Chopich E, Paul M (2002) Aussöhnung mit dem inneren Kind + Arbeitsbuch. Berlin: Ullstein
- Franke A (2003) Wege aus dem goldenen Käfig. einheim-Basel-Berlin: Beltz
- Görlitz G (2001) Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hess P (1999) Klangschalen. München: Südwest
- Jacobi C, Paul T, Thiel A (2004) Essstörungen. Wien: Hogrefe
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer
- Reimann M (2003) Die Musik in Dir. Darmstadt: Schirmer
- Schottenloher G, Schnell H (1994) Wenn Worte fehlen sprechen Bilder. 3 Bände München: Kösel
- Schwarz A u. S, Ronald P (2000) Mit Musik heilen. München: Südwest
- Silber OH (2003) Klangtherapie – Weg zur inneren Harmonie. Freiburg: Herder
- Storm F (2006) Heilen mit Tönen. Stuttgart: Lüchow
- Weigel E (2008) Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Helene Drexler

A-1140 Wien, Einwanggasse 23/12

helene.drexler@gmx.at