

Esssucht aus personenzentrierter und frauenspezifischer Sicht

**Schriftliche Arbeit im Rahmen der Ausbildung
zur personenzentrierten Psychotherapeutin**

Eingereicht beim IPS der APG

von Angela Bartl

im Dezember 2005

Inhalt

Danke	4
Einleitung.....	5
Was erwartet Sie?	5
Warum habe ich mich entschlossen über dieses Thema zu schreiben?	5
Esssucht.....	7
Worauf bezieht sich meine Arbeit?	7
Sucht	7
Essstörungen.....	7
Was ist Esssucht?	9
Ist es notwendig eine Diagnose zu stellen?.....	10
Für das Thema relevanter Theorieüberblick	11
Esssucht und neurotische Verarbeitung	11
Entstehung von Inkongruenz	13
Was lässt sich bei anderen Autoren finden?.....	16
Ute Binder und Johannes Binder: psychosomatisches Erleben	16
Rainer Sachse: Störungen der Selbstregulation.....	16
Exkurs „Bauchhirn“	17
Hans Swildens: „Drang-Krankheiten“	17
Beatrix Mitterhuber und Hans Wolschlager: Sucht- und Drang- Krankheiten ...	18
Henriette Petersen: Fallbeschreibung	20
Geschlechtsspezifität.....	22
Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie	22
Geschlechtsrolle	23
Feministische Therapie.....	23
Geschlechtsspezifität und Essstörungen aus Sicht von Susie Orbach	25
Geschlechtsspezifität in der personenzentrierten Psychotherapie	28
politische Perspektive	28
geschlechtsspezifische Sozialisation.....	28
Bedeutung der Aggression für die Geschlechtsidentität	31

Vorgehensweisen	34
Vorgehensweise von Susie Orbach bei Esssucht	34
Wie arbeite ich aus diesen Überlegungen heraus?	37
Selbstbestimmung	37
Erfahrungen mit der „Kurven“-Gruppe	39
Esssucht ist in Beziehungen entstanden und auch in Beziehungen zu heilen..	40
Literaturverzeichnis	41

Danke,

Marietta Winkler

Durch die ich auf die Frauenspezifität in der Psychotherapie aufmerksam wurde. Ich durfte mir während meiner Lehrtherapie das „Anti-Diät-Buch“ von Susie Orbach von ihr ausborgen, als ich eigentlich „nur“ abnehmen wollte. Damals ohne noch zu wissen welche Tragweite dieses Buch für mich haben würde.

Renata Fuchs

Die mir Hilfe bei der schriftlicher Arbeit war. Ich bin ihr dankbar, weil ich durch ihr kritisches lesen herausgefordert war meine Gedanken auszuformulieren. Es war mir dadurch besser möglich auszudrücken was ich meinte, und welche Gedankengänge ich beim „Zusammenstellen“ von Zitaten hatte.

Einleitung

Was erwartet Sie?

In dieser Arbeit schreibe ich über Esssucht von Frauen und versuche darzustellen, dass diese ein Ventil für Frauen in unsere Gesellschaft sein kann.

Ein Weg aus der Esssucht kann daher nur heißen, diese Tatsache in der Therapie mit zu berücksichtigen.

Warum habe ich mich entschlossen über dieses Thema zu schreiben?

Diese Arbeit soll Selbstreflexion über mein „Anti-Diät-Denken“ sein, wie es entstanden ist und welche Konsequenzen es für mein Arbeiten mit Frauen hat.

Begonnen habe ich die schriftliche Arbeit mit dem mühevollen Zusammenfassen des „Anti-Diät-Buch II“ auf 20 Seiten. Um später zu erkennen, dass das immer noch zu viel „Zitiertes“ war. Dieses und das „Anti-Diät-Buch“ von Susie Orbach waren mein Einstieg in die Thematik und wurden mir besonders wichtig, weil sie persönliches Leiden erklären, das Ausdruck von gesellschaftlichen Zuständen ist. Gleichzeitig zeigten sie einen Weg aus diesem „Leidenszustand“ auf persönlicher Ebene. Und Susie Orbach zeigte für mich als eine der Ersten (neben Marietta Winkler) auf: Nicht die Frauen sind krank, sondern die gesellschaftlichen Umstände machen sie krank.

Über die „Anti-Diät-Bücher“ von Susie Orbach bin ich auf die Zusammenhänge von Essstörungen und Geschlechterdifferenz gekommen.

Vom Wunsch abzunehmen kommen einige Frauen dazu sich ihre Esssucht einzugestehen. Sie kommen darauf wie sie ihre Gefühle wegessen und damit verdrängen „sie selbst“ sein zu dürfen. Über diese Art von (Auto-)Aggression kommen sie auf frauenspezifische Aspekte ihres Lebens in einer patriarchalen Gesellschaft.

Und ich kam so dazu eine psychotherapeutische Gruppe mit Frauen mit Esssucht zu machen.

Das bedeutet für mich Frauen zu helfen etwas nicht mehr zu „schlucken“, „nein“ zu sagen, zu verweigern, frau selbst sein zu dürfen, selbst bestimmt und ohne Schuldgefühle.

Besonders fasziniert mich noch immer wie sehr sich im Essverhalten die inneren Einstellungen zu sich und zur Umwelt widerspiegeln.

Im speziellen interessiert mich das Thema Esssucht. Es ist ein vernachlässigtes Thema innerhalb der Psychotherapie und auch in der Diagnostik. Esssucht spiegelt Beziehungen wider. Sie ist eine besondere Form des Widerstandes von Frauen der über Essen ausgedrückt wird.

Ich habe durch das „Anti-Diät-Buch“ von Susie Orbach besser verstanden warum Frauen aus ihrer Sozialisation heraus Essstörungen entwickeln. Durch Reflexion, wie meine „Anti-Diät-Sicht“ entstanden ist, möchte ich mir die Offenheit erhalten, nahe am Erleben der KlientInnen zu sein.

Das Anti-Diät-Buch II, das der Beginn meiner Auseinandersetzung war enthält viele Anleitungen. Da es aus einer analytischen und feministischen Sicht heraus geschrieben wurde, war es für mich eine Herausforderung, diese Thematik in eine

personenzentrierte Denkweise zu übersetzen. Damit eng verbunden ist die alte Frage um die Technik im personenzentrierten Ansatz, die Peter Frenzel (in Frenzel/Schmid/Winkler 1992) beleuchtet.

Meine Arbeit soll Selbstreflexion über mein „Anti-Diät-Denken“ sein, im Sinne wie sie Peter Frenzel betont. Nicht um den personenzentrierten Ansatz weiterzuentwickeln sondern um sicher zu stellen, dass ich weder bewusst noch unreflektiert eine Technik anwende.

(Peter Frenzel in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S230ff)

>> Spätestens hier wird die zentrale Bedeutung der inneren Überzeugungen („belief system“) des Therapeuten (und auch des Klienten) deutlich, die nicht nur die Wahrnehmung, sondern – hier besonders relevant – auch die Entwicklung verschiedener (Verhaltens-)Alternativen und auch die Auswahl derselben determinieren. Sie alleine sind für die konkrete Ausprägung der intervenierenden Antwort auf den Klienten oder die Klientin wesentlich und sie alleine ermöglichen diese Antwort als tatsächlich authentisch-spontane Reaktion im Therapiegeschehen. Die Frage nach psychotherapeutischen Techniken kann deshalb nur in der Empfehlung münden, das je eigene Überzeugungssystem möglichst exakt zu reflektieren und – vor allem – es durch Theoriestudium, praktische Beobachtung und Erfahrung, verantwortungsbewusstes Experimentieren und kontinuierlichen Dialog mit sich selbst und anderen weiterzuentwickeln. [...]

Nur so scheint es möglich, authentisch dem eigenen Organismus zu vertrauen und was immer sich – durch das Überzeugungssystem geprägt – dem Bewusstsein mitteilt, spontan-intuitiv zu tun, zu sagen oder zu unterlassen.<<

Diese Arbeit soll zeigen, dass es keine Technik für die Arbeit mit Esssüchtigen braucht, aber dem in Beziehungen entstandene „Frau sein“ muss Beachtung geschenkt werden.

Esssucht

Worauf bezieht sich meine Arbeit?

Mit verschiedenen Definitionen rund um Esssucht zu beginnen, wie ich es vorhabe, ist aus personenzentrierter Sicht eigentlich unangemessen, weil es die Gefahr birgt, Personen auf eine Diagnose reduziert zu betrachten. Es kann aber sinnvoll sein Definitionen als Orientierungshilfe zu verwenden. Weiters kann eine Diagnose auch den KlientInnen helfen, sich in ihrem Anderssein zu solidarisieren.

Definition für Sucht aus dem Wörterbuch der Psychotherapie (Brosch in Stumm/Pritz 2000, S 176ff)

>>**Sucht.** Etymologisch von Mittelhochdeutsch / althochdeutsch „suht“, gotisch „saúhts“ abgeleitet; bedeutet Krankheit, Siechtum. Sucht führt in unserem Sprachverständnis in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden und wird daher von Genuss und von Missbrauch [...] abgegrenzt. Die Abhängigkeit wird durch verschiedene Kriterien beschrieben, die sich sowohl auf die Einnahme psychotrop wirksamer Substanzen anwenden lassen, als auch auf die Ausübung verschiedener Tätigkeiten des Alltagslebens oder des Freizeitverhaltens. Treten mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten auf, spricht man von Abhängigkeit oder Sucht. Toleranzentwicklung: definiert durch eine zunehmende verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis und / oder durch das ausgeprägte Verlangen nach Dosissteigerung, um einen intensiven Rauschzustand oder einen gewünschten Effekt herbeizuführen. Entzugssyndrom: dieses zeigt sich in für eine Substanz spezifischen Entzugssymptomen und kann gelindert werden, wenn die Substanz oder eine in der Wirkung ähnliche Substanz (Kreuztoleranz) zugeführt wird. Kontrollverlust: Die Substanz wird öfter, in größeren Mengen und / oder länger als willentlich beabsichtigt zugeführt. Es besteht der Wunsch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu beenden, was misslingt. Einengung aller Interessen auf den Konsum des Suchtmittels. Soziale Interessen und persönliche Aktivitäten werden zugunsten der Beschaffung, des Konsums oder der Erholung vom durch die Substanz bedingten Rausch verändert bzw. vernachlässigt. Sucht ist stärker als Einsicht und persönlicher, bewusster Wille: Der Substanzmissbrauch wird trotz der Kenntnis der anhaltenden oder wiederkehrenden psychischen, physischen und sozialen Schädigungen, die auf den Konsum zurückzuführen sind, fortgesetzt.<<

Diese Definition lässt sich exakt für Esssucht anwenden. Eine Sonderstellung bei der Esssucht hat jedoch das Suchtmittel. Ein vollkommener Entzug (ohne Selbstgefährdung) ist nicht möglich.

In vielen Büchern findet sich die Esssucht in einer allgemeinen Definition zu Essstörungen.

Als erste davon möchte ich die Definition für Essstörung aus dem Wörterbuch der Psychotherapie zitieren:

(Martina de Zwaan in Stumm/Pritz 2000, S 176ff)

>>**Essstörungen.** Neben einer genetisch bedingten Vulnerabilität und psychologischen Faktoren (z.B. geringes Selbstwertgefühl) sind kulturabhängige Faktoren für ihre Entstehung bedeutsam. Es sind zum überwiegenden Anteil Mädchen und junge Frauen (90-95%) betroffen. Psychotherapie stellt bei

Essstörungen nach heutigem Kenntnisstand die Therapie erster Wahl dar. Die Entwicklung effektiver Therapieansätze ist in den letzten Jahrzehnten für die Bulimia nervosa und die Störungen mit Essanfällen („binge eating - Störung“) allerdings wesentlich rascher fortgeschritten als für die Anorexia nervosa. Allen Therapieverfahren ist gemeinsam, dass die Autonomie der Patienten so wenig wie möglich eingeschränkt werden soll. Insgesamt hat es sich als zielführend erwiesen, bei Patientinnen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und einer Störung mit Essanfällen ein klares, durchschaubares und zeitlich begrenztes Therapieprogramm anzubieten. Zur Psychotherapie der Essstörungen liegen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche ausgezeichnete Therapieführer vor, die störungsspezifisch und schulenübergreifend umfassend Darstellungen einzelner oder mehrerer Therapiemöglichkeiten geben. Essgestörte Personen können in der Regel ambulant behandelt werden. Indikationen für eine stationäre Aufnahme sind sehr rascher Gewichtsverlust oder sehr niedriges Körpergewicht, schwerwiegende psychiatrische Probleme (z.B. Suizidalität, Substanzmissbrauch, Impulskontrollstörung), schwerwiegende organische Komplikationen (Elektrolytentgleisungen, massiver Laxantienmissbrauch) und die Notwendigkeit einer Trennung von pathogenen psychosozialen Faktoren (z.B. gestörte Familienbeziehungen.)<<

Diese Beschreibung ist bei allen Gefundenen noch diejenige, die am meisten die psychischen Faktoren mitberücksichtigt. Gleichzeitig pathologisiert sie die Frauen, ohne Gesellschaft und Geschlechtsrolle besonders zu berücksichtigen.

Es fällt mir schwer mich im ICD-10 auf eine mögliche Diagnose festzulegen. Von Essstörungen allgemein bis zur nicht näher bezeichneten neurotischen Störung finde ich Anknüpfungspunkte. Am ehesten finde ich die unten Erwähnten zutreffend. (ICD-10 1999)

Ganz allgemein findet sich die „Esssucht“ bei ‚Essstörung F50‘, wobei ich ‚Anorexia nervosa F50.0‘, ‚atypische Anorexia nervosa F50.1‘, ‚Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen F50.5‘ ausschließen möchte.

Die Anorexie kann ich bei meinen Überlegungen nicht mitberücksichtigen, weil ich in einer totalen Verweigerung von „Lebens“-mitteln, eine andere Herangehensweise brauche. Die Betonung der Selbstbestimmtheit wie bei der Esssucht, kann ich in dem Fall nicht unterstützen, weil in diesem Fall zuerst das nackte Überleben sichergestellt werden muss. Schlimmstenfalls mit Zwangsernährung.

Henriette Petersen (Eckert/Höger/ Linster 1997, S 31) >>Magersüchtige verleugnen den Grad ihrer Abmagerung und ihrer selbstinduzierten Lebensgefährdung. Sie leiden psychisch nicht unter ihrer Unterernährung, sondern erlangen durch sie eine ausgeprägte emotionale Befriedigung [...]<<

„Keiner kann mich so sehr bezwingen wie ich mich selbst“ ist einem „ich bin alleine zu schwach um (dem Essen) den Umständen zu widerstehen“ gegenübergestellt, das sich von Grund auf unterscheidet.

Weiters finde ich die ‚nicht näher bezeichnete neurotische Störung F48.9‘ passend. Warum ich diese auch für dazu passend halte, werde ich im Folgenden noch ausführlich als „neurotische Verarbeitungsstruktur“ anhand der Entstehung von Inkongruenz aus personenzentrierter Sicht erläutern.

Auf diese F48.9 wird bei ‚Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen F50.4‘ hingewiesen.

In der Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie (1998) finden sich Essstörungen beschränkt auf Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, weiters finden sie Erwähnung bei Suchterkrankungen, Störungen der Impulskontrolle und den Psychosomatischen Erkrankungen, ohne genauer ausgeführt zu werden. Ich hätte mir mehr erwartet für ein Lexikon mit diesem Namen, aber vielleicht ist dieses „zu-kurz-kommen“ symptomatisch für dieses heikle Thema.

Im klinischen Wörterbuch findet sich folgende Definition (Pschyrembel 1998, S 471):
>>Essstörungen, psychogene: (engl.) psychogenic eating disorders; Störungen der Nahrungsaufnahme (Dysorexie) bzw. des Körpergewichts (Dysponderosis) ohne org. Ursachen, die sich in versch. klin. Bildern manifestieren u. ineinander übergehen können (Dysorexie-Dysponderosis-Kontinuum);
Einteilung nach den Folgen: 1. extreme Magerkeit durch Fasten (Anorexia nervosa); 2. Magersucht mit Erbrechen u. Laxanzien/Diuretika-Abusus (bulim. Magersucht); 3. Bulimia nervosa bei Normalgewicht; 4. latente Adipositas; 5. Adipositas mit vermehrter Nahrungsaufnahme.<<

Diese Diagnosen will ich einerseits der Ordnung halber aufzeigen, um zu zeigen wo sich die Esssucht verbergen kann, andererseits die extreme Reduzierung, und im Fall der Esssucht auch die Ungenauigkeit der Diagnose/Zuordenbarkeit, kritisieren.

Diese Diagnosen sind eine Annäherung von Außen an die Esssucht. In den wenigsten wird die Frauenspezifität mitberücksichtigt. Esssucht wird kaum exakt definiert. Nur in dem Buch „Besessen vom Essen“ (2004, S 50f) fand ich eine genauere Differenzierung „des Essgestörten Verhaltens bei Adipositas“ in Rauschessen (Binge-Eating-Syndrom), chronisches Überessen (Overeaters), Syndrom des nächtlichen Essens (Night-Eating-Syndrom) und Essgier (Craving). Diese Unterteilungen der Esssucht sind nur als eine Weiterführung des Annäherungsversuches zu beschreiben. Sie sind meines Erachtens aber unzureichend ohne Mitberücksichtigung der geschlechtsspezifischen Umstände.

Esssucht beschreibt eine Beziehung, ein Verhältnis zum Essen und zum Körper. Am ehesten würde ich Esssucht mit „neurotischem Essverhalten“ umschreiben, wobei das auch noch zu kurz gegriffen ist. Außerdem möchte ich mich nicht auf eine Diagnose festlegen, sondern die Frau und ihr belastetes Verhältnis zum Essen und zum Körper sehen.

Eine weitere Annäherung ist der Untertitel des Antidiätbuchs von Susie Orbach, er lautet: Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht. Bei ihr findet sich eine treffende Definition von Esssucht.

(Orbach 2003, S28ff) >> **Was ist Esssucht?**

Esssüchtig sein heißt, ohne Berücksichtigung körperlicher Signale für Hunger oder Sättigung zu essen. Es bedeutet, dem eigenen Körper so entfremdet zu sein, dass solche Steuerungsmechanismen nicht wahrgenommen werden. Essen wird als etwas geradezu Magisches erlebt, dem die Macht innewohnt, das eigene Befinden zu bessern, Gefühle zu ersticken, Trost zu spenden, Stärkegefühle zu vermitteln etc. [...]

Eine Esssüchtige hat das Gefühl, überhaupt nicht kontrollieren zu können, was sie isst. [...]

Häufig verstricken sich Frauen dadurch in ein Esssuchtproblem, dass sie ihre Figur verändern wollen, weil sie sich zu dick fühlen. Dieser Wunsch, zierlicher, dünner oder schlanken zu werden, treibt sie dazu, ihre Nahrungszufuhr einzuschränken. Für viele Frauen beginnt damit das Hin und Her von Selbstkasteiung und Fressgelagen. [...] Das Verhältnis zum Essen symbolisiert den Umgang mit der eigenen Person, der streng, strafend, inkonsequent, asketisch, aggressiv oder rebellisch sein kann. In das zwanghafte Essen geht eine Menge Selbstablehnung ein. Es wird zum Mechanismus der Verarbeitung, oder besser gesagt Nichtverarbeitung unangenehmer emotionaler Vorgänge. [...] Sie entwickelt ein verzerrtes Verhältnis zum Essen und zu ihrem eigenen Körper. [...]<<

Ist es notwendig eine Diagnose zu stellen?

(Barbara Reisel in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S153ff)

>>Traditionelle Diagnosen beschreiben und klassifizieren Krankheitsbilder unabhängig von Personen. In einem personenzentrierten Verständnis hingegen ist die Therapie selbst die Diagnose, die sich erst in einem ständig fortschreitenden kommunikativen Prozess innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung entwickeln kann. Dafür bedarf es keines diagnostischen Expertenwissens auf Seiten des Therapeuten, sondern vor allem eines Beziehungsangebotes, das von Empathie, Akzeptanz und Kongruenz getragen wird. Dadurch wird der Klient vermehrt in die Lage versetzt, seine Selbstdiagnose zu überprüfen und so zu einer Übereinstimmung mit sich selbst zu gelangen.<<

Ich denke im Gegensatz zu Barbara Reisel, dass ein diagnostisches (aber nicht Experten-) Wissen auf Seiten der TherapeutInnen hilfreich sein kann die Frauen in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen. Aber in allen anderen Punkten stimme ich mit ihr überein. Und es ist erst dann sinnvoll eine Diagnose zusammen mit den KlientInnen zu finden, wenn sie den KlientInnen im Sinn einer Selbstdiagnose dient (wie Reisel). In einer Diagnose können sich KlientInnen zusätzlich wieder finden und mit anderen solidarisieren. Sie können sich vorübergehend eine Diagnose geben um so zu einer Annäherung zu sich selbst zu gelangen. Sie sind nicht alleine mit ihrem „anders“, „krank“ Sein. Es gibt andere denen es ähnlich geht wie ihnen. Es kann dadurch auch eine positive Besetzung der Diagnose stattfinden wie im Fall der Esssucht. Sie spiegelt eine mögliche Art von Überlebensstrategie von Frauen in einer patriarchalen Gesellschaft wider, die über Krankheit ausgedrückt wird. Die von den KlientInnen selbstgewählte Diagnose kann so zur Begegnung mit einem Zustand des Widerstandes werden, wenn es gelingt die Esssucht positiv zu besetzen. Die Gefahr bleibt bestehen, dass sich Frauen durch eine Diagnose pathologisieren, wenn sie sie als „Stempel“ verstehen und nicht als momentane Prozesshilfe, um sich besser verstehen zu lernen.

Bei der Arbeit mit Klientinnen in der Gruppe habe ich noch nicht erlebt, dass eine Diagnose von Anfang an positiv besetzt war. Die Diagnose Bulimie preiszugeben war meistens mit der Angst „abgelehnt zu werden“ verbunden. Die Diagnose Adipositas hingegen wird meistens mit Scham präsentiert. Sehr wütend teilte mir einmal eine Klientin die erhaltene Diagnose Adipositas mit, weil sie sich durch den Arzt, der sie ihr gab, gleichzeitig sehr abgewertet fühlte.

Für das Thema relevanter Theorieüberblick

Ein Zusammenhang von **Esssucht und neurotischer Verarbeitung** von Erlebten, lässt sich bei Carl Rogers durch eine Erklärung von Inkongruenz finden.

(Carl Rogers in GWG 1998, S29) >>Dies ist ein Zustand der Spannung und inneren Konfusion, weil hinsichtlich einiger Aspekte das individuelle Verhalten durch die Aktualisierungstendenz, bezüglich anderer Aspekte jedoch durch die Selbstaktualisierungstendenz geregelt wird, so dass dadurch ungeordnetes oder unverständliches Verhalten entsteht. Das so genannte neurotische Verhalten ist hierfür ein Beispiel: Die Aktualisierungstendenz bedingt dieses neurotische Verhalten, während die Selbstaktualisierungstendenz andere Aspekte des Individuums zum Inhalt hat. Das neurotische Verhalten muss somit für das Individuum selbst unverständlich bleiben, weil das Verhalten abweicht von dem, was das Individuum „will“, nämlich ein Selbst zu aktualisieren, das nicht mehr mit der Erfahrung in Einklang zu bringen ist.<<

Umso früher dieser Zustand entsteht, umso schwieriger wird es ihn „aufzudröseln“. Wenn im Zusammenhang mit Esssucht schon mit frühester Muttermilch eine inkongruente Beziehung/Kommunikation „eingeflüsst“ wird, wird es kaum bewusst möglich sein alleine aus dem „Schlamassel“ zu kommen, weil das neurotische Verhalten unverständlich bleibt. Nur eine heilsame Beziehung (-serfahrung) zu einer kongruenten Person (TherapeutIn), die im besten Fall Erfahrung mit dieser Thematik (personenzentriertes diagnostisches Wissen wie weiter oben ausgeführt, die Gesamtheit des Menschen erfassen könnend) hat, kann dieses neurotische Verhalten ändern.

Entstehen kann dieses neurotische Verhalten schon sehr früh. Da wären sich eine aus der analytischen Tradition heraus denkende Susie Orbach und ein personenzentriert denkender Carl Rogers wahrscheinlich einig.

>>Da der Fütterungsakt im Säuglings- und frühen Kleinkindalter (aufgrund seiner lebenswichtigen Bedeutung für das Kind) eine sehr intime Form der Kommunikation darstellt, kann es schwere Ängste auslösen, wenn die fütternde Bezugsperson als distanziert oder widersprüchlich erlebt wird.<< (Susie Orbach 2003, S40ff)

Eine Klientin aus der Gruppe erzählte, dass sie beim Essen von Nudelsuppe immer das Gefühl hat, sie steht ihr nicht zu. Dabei machte sie sich „dicke Nudelsuppe“ („mit so vielen Nudeln, dass der Löffel stecken bleibt“) immer wenn sie Trost brauchte. Sie kam immer mehr dahinter, dass wenn sie getröstet wurde, sie das Gefühl hatte es stehe ihr nicht zu. Einige Stunden später erzählte sie, dass sie von ihrer Mutter weder Trost noch Nudelsuppe bekam, bei ihrer Großmutter bekam sie beides („dicke Nudelsuppe“).

Carl Rogers schreibt über das Erleben von Inkongruenz und Susie Orbach darüber, wie es in frühen Beziehungen entsteht und welche Bedeutung ‚Essen‘ als Kommunikation hat. Der Zusammenhang für mich, warum sich die beiden einig wären ist folgender: Wir lernen Beziehung zu uns selbst, über die Kommunikation und Beziehung zu anderen. Dadurch kann sich ein neurotisches Verhalten manifestieren, wenn die Beziehungserfahrung nicht mit unserem organismischen Erleben übereinstimmt. Diese verzerrende äußere Beziehung bleibt, wenn es kein Korrektiv (heilsame Beziehungserfahrung) gibt, in uns und wird auf andere

Beziehungen übertragen. Im speziellen Fall auch auf den Umgang mit dem Essen (Selbstbestrafungsmechanismen etc.).

Über die erfahrene Beziehung zur Umwelt wird auch eine Beziehung zu sich selbst entwickelt, die mehr oder weniger verzerrt sein kann. Dadurch ist auch das Essverhalten mehr oder weniger verzerrt (dem organismischen Erleben entfremdet – kein Hunger-, Sättigungsgefühl), das als neurotisches Verhalten, mehr oder weniger, unverstanden bleibt.

Die **Entstehung von Inkongruenz** wird im Weiteren ausführlich dargestellt. Sie stellt die Grundlage des Verstehens für die Entstehung von Esssucht aus personenzentrierter Sicht dar.

Carl Rogers (in GWG 1998, S49f) >>[...] Dieses Gewahrsein des Seins und des Handelns entwickelt sich durch Interaktion mit der Umwelt – und hier besonders durch zwischenmenschliche Erfahrungen – zum Selbstkonzept, einem Wahrnehmungsobjekt im eigenen Erfahrungsfeld. [...]

Die positive Beachtung durch einen anderen wird dem gesamten Bewertungskomplex, den das Individuum mit diesem anderen verbindet, unterlegt. [...]

Folglich kann der Ausdruck der positiven Beachtung durch einen anderen von größerer Bedeutung sein als der organismische Bewertungsprozess; das Individuum richtet sich mehr nach der positiven Beachtung anderer aus als nach den Erfahrungen, die von positivem Wert für die Aktualisierung des Organismus sind. [...]

Das Bedürfnis nach Selbstbeachtung entwickelt sich als ein gelerntes Bedürfnis. Es entsteht aus der Verknüpfung von Selbsterfahrungen mit Befriedigungen oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung. [...] Das Individuum erlebt schließlich positive Beachtung oder den Verlust von positiver Beachtung unabhängig von Austauschprozessen mit einem anderen. Es wird dadurch sozusagen sein eigenes Gegenüber. [...]

Wenn die Selbsterfahrungen des Individuums von anderen danach unterschieden werden, ob sie der positiven Beachtung wert sind oder nicht, entwickelt sich die Selbstbeachtung in ähnlicher Weise selektiv. [...] Wenn eine Selbsterfahrung allein deshalb vermieden (oder gesucht) wird, weil sie weniger (oder mehr) von Bedeutung für die Selbstbeachtung ist, dann sagt man, dass das Individuum eine Bewertungsbedingung entwickelt hat. [...]

Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv wahr, entsprechend den Bewertungsbedingungen, die in ihm entstanden sind. [...] Erfahrungen, die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen oder entstellt, gerade so, als ob sie den Bewertungsbedingungen entsprechen würden, oder sie werden teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert. [...] Vom Zeitpunkt der ersten selektiven Wahrnehmung im Sinne dieser Bewertungsbedingungen an bestehen in gewissem Grade Zustände von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, von psychischer Fehlanpassung und Verletzlichkeit. [...]

Als Folge von Inkongruenz von Selbst und Erfahrung entsteht eine gleichstrukturierte Inkongruenz im Verhalten des Individuums. [...]

Diese Verhaltensweisen werden entweder als Selbsterfahrungen nicht zur Kenntnis genommen, oder sie werden in der Weise entstellt oder selektiv wahrgenommen, dass sie sich schließlich wieder in Übereinstimmung mit dem Selbst befinden.<<

Wenn also ein Gefühl erlebt wird, dass nicht „da sein“ darf, wird es „hinunter- /weg-gefressen“.

Carl Rogers (in GWG 1998, S52f)

>>Die Erfahrung von Bedrohung und der Prozess der Abwehr

1. Im Verlauf der organismischen Erfahrung wird eine Erfahrung, die nicht in Übereinstimmung mit der Selbststruktur ist (und den darin enthaltenen Bewertungsbedingungen) unterschwellig als bedrohlich wahrgenommen.

2. Bedrohung ist grundsätzlich so beschaffen: Wenn eine bestimmte Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert würde, könnte das Selbstkonzept nicht länger seine geschlossene Gestalt behalten, die Bewertungsbedingungen würden verletzt, und das Bedürfnis nach Selbstbeachtung würde frustriert. Dies würde zu einem Angstzustand führen.
3. Der Abwehrprozess ist damit die Reaktion, die diese Ereignisse verhindert.
 - a) Dieser Prozess besteht aus der selektiven Wahrnehmung oder der Entstellung von Erfahrung und / oder der Verleugnung von Erfahrung vor dem Gewahrsein, so dass die totale Wahrnehmung der Erfahrung in Übereinstimmung mit der Selbststruktur und den Bewertungsbedingungen der Person bleibt.
4. Die generellen Konsequenzen dieses Prozesses der Abwehr sind, neben der Aufrechterhaltung der oben genannten Bedingungen, Wahrnehmungsrigidität (resultierend aus der Notwendigkeit der Verzerrung der Wahrnehmung) und ungenaue Realitätswahrnehmung, resultierend aus der Verzerrung oder Unterdrückung von Information und Intentionalität. [...]

Der Prozess des Zusammenbruchs und der Desorganisation [...]

1. Wenn bei einem Individuum ein hohes Ausmaß an Inkongruenz von Selbst und Erfahrung vorliegt, und wenn eine bestimmte Erfahrung, die diese Inkongruenz beinhaltet, plötzlich oder sehr deutlich in Erscheinung tritt, dann ist der Abwehrprozess des Organismus nicht in der Lage, erfolgreich zu operieren.
2. In der Folge wird Angst erlebt und die Inkongruenz unterschwellig wahrgenommen. Das Ausmaß der Angst ist abhängig vom Ausmaß der Bedrohung der Selbststruktur.
3. Bleibt der Abwehrprozess erfolglos, dann wird die Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert, und die Gestalt der Selbststruktur zerbricht an dieser gewahr gewordenen Erfahrung von Inkongruenz. Hieraus resultiert ein Zustand der Desorganisation.
4. In einem solchen Zustand der Desorganisation verhält sich der Organismus manchmal in einer Art und Weise, die offen mit den Erfahrungen übereinstimmt, die bisher entstellt oder von der Gewahrwerdung ferngehalten wurden. Dann wieder gewinnt zeitweise das Selbst die Herrschaft, und der Organismus verhält sich so, dass er mit dem Selbst übereinstimmt. In solchen Zuständen der Desorganisation drückt sich die Spannung zwischen Selbstkonzept (einschließlich der entstellten Wahrnehmungen) und den Erfahrungen, die nicht korrekt symbolisiert oder im Selbstkonzept eingeschlossen sind, in einer wechselnden Herrschaft aus: Einmal ist es das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung, die die Rückmeldung liefert, durch die der Organismus sein Verhalten reguliert. [...]

Der Prozess der Reintegration [...]

1. Damit der Abwehrprozess umgekehrt werden kann, damit also eine bisher bedrohliche Erfahrung korrekt im Gewahrsein symbolisiert und in die Selbststruktur aufgenommen werden kann, müssen bestimmte Bedingungen vorliegen.
 - a) Die Bedeutung der Bewertungsbedingungen muss abnehmen.
 - b) Die bedingungslose Selbstbeachtung muss wachsen.
2. Eine Möglichkeit, diese Bedingungen herbeizuführen, ist die von einem wichtigen anderen Menschen erlebte bedingungslose positive Beachtung.

- a) Hierzu muss der Rahmen des empathischen Verstehens vorhanden sein, damit die bedingungslose positive Beachtung vermittelt werden kann.
 - b) Wenn das Individuum diese bedingungslose positive Beachtung wahrnimmt, werden die bestehenden Bewertungsbedingungen geschwächt oder aufgelöst.
 - c) Eine weitere Folge ist das Anwachsen der eigenen bedingungslosen positiven Selbstbeachtung.
 - d) Bestehen die Bedingungen 2a und 2b, dann nimmt die Bedrohung ab, der Prozess der Abwehr wird umgekehrt, und die Erfahrungen, die üblicherweise bedrohlich waren, werden korrekt symbolisiert und in das Selbstkonzept aufgenommen.
3. In der Konsequenz von 1 und 2 macht das Individuum mit geringerer Wahrscheinlichkeit bedrohliche Erfahrungen; Abwehrprozesse werden seltener, ihre Auswirkungen werden vermindert, das Selbst und die Erfahrung befinden sich in erhöhtem Maße in Kongruenz; die Selbstbeachtung steigt; die positive Beachtung anderen gegenüber verbessert sich; die psychische Ausgeglichenheit ist verbessert; der organismische Bewertungsprozess stellt zunehmend die Grundlagen für die Verhaltensregulierung dar; das Individuum wird immer mehr „fully functioning“<<

Wie oben gezeigt und weiter oben bei der neurotischen Verarbeitung mit eigenen Worten erläutert, findet der Weg aus der Inkongruenz und damit auch aus der Essstörung also über Beziehung statt.

Mit einer personzentrierten Haltung führt der Weg aus der Esssucht, über die Abnahme der Bedeutung der Bewertungsbedingungen (erweitert durch eine geschlechtsspezifische Sicht) und das Wachstum der bedingungslosen Selbstbeachtung.

Was lässt sich bei anderen Autoren finden?

Mit dem gegenwärtigen Stand der personenzentrierten Theorie kann die Esssucht nicht adäquat und detailliert beschrieben bzw. erklärt werden. Eine theoretische personenzentrierte Annäherung an das Thema gelingt mir daher nur mäßig.

Leider habe ich nur wenig bei AutorInnen, die sich an Carl Rogers orientieren, zur Esssucht gefunden und habe Erklärendes auch aus der Psychosomatik herangezogen.

Viele Beschreibungen die sich bei **Ute Binder und Johannes Binder** (1999) zum **psychosomatischen Erleben** finden, treffen auch auf Menschen mit Essstörungen zu. Beispielsweise die Erlebnisintensivierung im Essen und nicht im unmittelbaren Erleben der Gefühle, weiters die Freiheit in der Unfreiheit zu suchen - (Binder/Binder 1999, S355) >>Die erlebten und gefühlten Diskrepanzen zwischen phantasierten Lebensmöglichkeiten und reduzierter Erfüllung setzen sich um in ein drängendes Leben wollen. Punktuell kann der Psychosomatiker diese Diskrepanzen zugunsten intensiven sozialbezogenen und umweltbezogenen Erlebens auflösen, wenn risikolose soziale Angebote an ihn gerichtet werden. Dann tritt an Stelle der gewöhnlich dominanten Freiheit in der Phantasie die Freiheit im Handeln.<<

Phantasierte Lebensmöglichkeiten und deren reduzierte Erfüllung führen zu einem drängenden Leben wollen, dass in „Fressanfällen“ Ausdruck finden kann. Frau kann wenigstens essen was, wann,... frau will, wenn sie für sich alleine ist/isst und niemand ihr etwas verwehrt. Auf das Essen übersetzt, könnte das heißen, wenn die Freiheit im Handeln die Freiheit in der Phantasie ablöst, wenn also Gefühle unmittelbarer erlebt werden können, wird es möglich sich freier zu entschließen wann, was, wie viel... frau isst, ohne es als „Fressanfall“ zu erleben. Am Essen kann die Freiheit dann auch zuerst erprobt werden, lange bevor sich frau entscheidet ihre Freiheit („nein“ zu sagen, aggressiv zu sein, ...) in Beziehung mit Personen auszuprobieren.

Eine Klientin aus der Gruppe erzählte, dass sie einen Eisschlecker mit viel Schokolade essen wollte, den sie sich nach dem Mittagessen extra gekauft hatte. Arbeitskolleginnen, denen sie von ihrem „Gewichtsproblem“ erzählt hatte, machten sie auf die vielen Kalorien aufmerksam die dieses Eis hat. Als Folge davon hat sie sich nicht mehr getraut das Eis zu essen, obwohl sie sich so sehr gefreut hatte. Sie ärgerte sich über diese Situation. Sie sah für sich aber keine Möglichkeit das Eis in dem Augenblick zu essen. Nach der Arbeit hatte sie einen Anfall von maßlosem Essen.

Rainer Sachse (in Schmidtchen/Speierer/Linster 1993, S84) >>In der dargestellten theoretischen Konzeption werden psychosomatische Störungen aufgefasst als **Störungen der Selbstregulation**. Diese werden zurückgeführt auf von der Person wahrgenommene Selbst-Diskrepanzen, die als unkontrollierbar oder unüberbrückbar angesehen werden. Dies führt, so wird angenommen, zu einer Vermeidung einer Auseinandersetzung mit Selbstaspekten und, als Folge davon, zu einer mangelnden Repräsentation eigener Motive, Ziele sowie einer Abwendung der Aufmerksamkeit von relevanten emotionalen und Körpersignalen, die für eine Selbstregulation von großer Bedeutung sind. Die systematische Diskrepanzvermeidung führt außerdem zu einer Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes und zu hoher Außenorientierung: Die Person macht sich selbst von der Rückmeldung und Bestätigung durch andere in

hohem Maße abhängig, was zu einem Verlust von sozialer Kontrolle führt. Diese Faktoren führen einerseits zu erhöhter Stressbelastung und andererseits zu einer Beeinträchtigung konstruktiver Stressverarbeitung und damit zu einer chronischen Überbelastung des körperlichen Systems. Aus dem Modell ist ableitbar, dass eine auf die Ausgangsbedingungen psychosomatischer Klienten zugeschnittene klientenzentrierte Psychotherapie eine für diese Klienten sehr geeignete Therapieform dargestellt.<<

Das heißt, dass das Überessen dem „sich nicht selbst spüren zu müssen“ dient. Und in weiterer Folge dann nicht einmal mehr Hunger oder Sättigung spürbar sind, die der Selbstregulation dienen sollten.

Exkurs in ein anderes Erklärungsmodell: Möglicherweise ist das Betäuben durch (Überfr-)Essen, ein Lahmlegen vom „**Bauchhirn**“. Diesen Begriff habe ich von Christian Bartuska, der den Vortrag „Das „Bauchhirn“ – Bestätigung der Neurobiologie für die Psychoperistaltik – Arbeit der Biodynamischen Körperpsychotherapie“ am Weltkongress für Psychotherapie 2002 hielt (Christian Bartuska, 2002, S9). Er geht von folgender Annahme aus: >> Der Darm ist ein vom Gehirn weitgehend unabhängiges, nervöses Regulationssystem [...]. Neben seiner Funktion für Nahrungsaufnahme und Ausscheidung ist er auch für das Verdauen der seelischen Erlebnisse zuständig. Gefühle entstehen im viszeralen System als Antwort auf bestimmte Umweltreize und werden dort verarbeitet und entsorgt. Der Bauch ist damit buchstäblich der Sitz der Gefühle. Wenn Gefühle nicht adäquat oder vollständig genug ausgedrückt werden können, [...], dann bleiben Reste dieser nervösen Energie im Körper bestehen [...]<<

Hans Swildens hat eine für mich gewöhnungsbedürftige Theorie zu Essstörungen, die er unter „**Drang-Krankheiten**“ einordnet. Er erwähnt in diesem Zusammenhang nur die Anorexia nervosa oder die Bulimia nervosa, ohne nähere Differenzierungen zu bringen. Am Beispiel der Magersucht erklärt er seine Kategorisierung.

Hans Swildens (1991, S144ff)

>>Es bedarf wohl einiger Erklärungen im Voraus, weshalb ich den Begriff „Drang-Krankheiten“ einführe und unter diesem Namen sowohl Abhängigkeiten und sexuellen Perversionen wie auch Essstörungen einen Ort gebe. [...]

Ich geben den Drangkrankheiten neben den Neurosen, Depressionen, „Borderline“-Zuständen, Persönlichkeitsabweichungen und Psychosen einen Ort, weil diese Gruppe einen spezifischen psychopathologischen Kern gemeinsam hat, einen Kern, der in der Gesprächspsychotherapie zu spezifischen Schwierigkeiten, Stagnationen und Widerständen Anlass gibt. Dieser spezifische psychopathologische Kern ist der Drang. Unter Drang wird eine mit dem „Selbst“ und mit dem Organismus syntone Tendenz verstanden, welcher nach mehr oder weniger Motivkonflikt nachgegeben wird (Jaspers, 1948). Der zuvor bestehende Spannungszustand, aus dem heraus das Bedürfnis sich meldete, gibt einer Entspannung Raum, wenn dem Bedürfnis nachgegeben ist. Danach tritt häufig Bedauern auf über die Kapitulation vor dem Bedürfnis, einmal wegen der sozialen Folgen, besonders aber weil Aspekte des Selbstbildes verletzt wurden („Ich muss mich beherrschen können“, „Ich bin doch keiner, der durch seine Lüste bestimmt wird“). [...]

Drangverhalten – wird die phänomenologische Betrachtung weiter zeigen müssen – bedeutet einen speziellen Schwierigkeitsgrad, der vom Gesprächspsychotherapeuten eine spezielle Antwort verlangt. [...]

Da die Patienten dazu neigen, in der therapeutischen Situation alles zu verheimlichen, was mit dem Nachgeben gegenüber dem Drang zu tun hat, stellen sie eine schwierig zu behandelnde Gruppe dar. Obwohl oft ein ausgeprägter Leidensdruck besteht, scheint dem Klienten öfters eine echte Motivation zu fehlen. Sein Hilfsverlangen ist mitunter zu verstehen als: „Hilf mir, aber lass mir mein Symptom!“ [...]

(Hans Swildens 1991, S186ff)

[...] Es war mein Ziel, Ihnen deutlich zu machen, dass Drangkrankheiten bei einer prozessorientierten Behandlung ihren eigenen spezifischen Schwierigkeitsgrad haben. Dabei geht es vor allem um den Drang, womit die zugrunde liegende neurotische Struktur eingeschläfert wird wie ein Baby mit einem Schnuller. Der prozessorientierte Gesprächspsychotherapeut wird dem Baby erst den Schnuller nehmen müssen; das daraufhin heulende Baby wird nunmehr erfahren müssen, wie unbequem es ohne Lutscher ist (Symptomphase), um schließlich zu entdecken, wie es mit dieser unangenehmen Situation auf andere Weise umgehen kann, so dass es sich zu einem erkundungsfrohen Kind entwickeln kann. [...]

Die Drangkrankheiten sind im Erscheinungsbild durch den Drang gekennzeichnet. Das Symptom ergibt sich jedoch aus dem Nicht-Nachgeben gegenüber dem Drang. Das verursacht Spannungen, Depressivität und allgemein eine negative Stimmungslage. Von diesem Symptom aus kann die Therapie dann weiter angesehen werden als das Suchen nach dem Warum dieser negativen Gestimmtheit und als das Suchen nach Lösungen hierfür, die nun nicht im Nachgeben gegenüber dem Drang bestehen.

Angesichts der Rogersschen Grundhaltungen fällt bei der Behandlung dieser speziellen neurotischen Kategorie auf, dass „Akzeptieren“ zunächst nicht als ein bedingungsloses Hinnehmen des Verhaltens des Klienten aufgefasst werden darf, sondern als Respekt vor seiner Person. Empathie und Kongruenz sind während es gesamten Therapieverlaufs von zentraler Bedeutung.<<

Den Vergleich, dem Kind den Schnuller weg zu nehmen, finde ich grausam. Weinend ohne Schnuller wird es schwer möglich sein etwas Neues zu erkunden. Wenn man mit Schnuller lernt eine Spannung auszuhalten, kann man auch lernen es ohne zu ertragen.

In Anlehnung an Hans Swildens Theorie fand ich einen Beitrag von **Beatrix Mitterhuber und Hans Wohlschlager** (2001, S184) unter dem Kapitel „Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie; Sehnen nach dem Paradies - **Sucht- und Drang- Krankheiten**“ in dem sie „das Schnuller wegnehmen“ näher beleuchten.

>>Bei der Forderung nach der Abstinenz sollte differenziert vorgegangen werden. Es muss bedacht werden, dass es sich bei der Sucht um eine Krankheit handelt, die durch Kontrollverlust, also die Einbuße innerer Freiheit bis zur völligen Abhängigkeit und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Es kann also nicht im Handumdrehen von den Kranken verlangt werden, dass sie auf ihre krankhaften Handlungen willentlich verzichten und sich auf das Therapieangebot, das noch viel Unsicherheit birgt, einlassen. So ist hier ein realistisches Ziel zu verlangen. Kölkel und Kruse (1993) meinen, dass die Abstinenz hier im Sinne einer Zielhierarchie als Herausreifen aus dem Drang verstanden werden soll. Mit der untersten Stufe, der Sicherung des Überlebens beginnend, soll über weitere Stufen die Abstinenz und schließlich die Lebenszufriedenheit erreicht werden.<<

Ich bin in Anlehnung an das oben Erwähnte ebenfalls der Meinung, dass die KlientInnen zuerst zwischen physischem und emotionalem Hunger unterscheiden lernen sollten. Dieses darf aber kein „Schnuller wegnehmen“ bedeuten. Außerdem sollten alle KlientInnen Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung haben und somit Kontrolle zurückgewinnen, weil nur sie wissen, was für sie im Moment das Beste ist (außer wenn zuerst mit der Sicherung des Überlebens begonnen werden muss). Wenn sie sich im Moment bewusst für „Fressen“ entscheiden, so sollten das die TherapeutInnen mit Vertrauen in die Aktualisierungstendenz akzeptieren. Die Gefahr einer Co-Abhängigkeit sehe ich dabei nicht gegeben. Wichtig ist, dass die/er TherapeutIn dabei echt bleibt und zu erkennen und zu verstehen hilft, warum das „Fressen“ im Moment als einzige Möglichkeit nötig erscheint.

Das Bewusstsein über gesellschaftspolitische Aspekte, eine Sensibilität für „Mann und Frau sein“ und für die Geschlechterrollen sind allerdings nötig, um die Klientinnen besser verstehen zu können.

Bei den Ausführungen von Hans Swildens stellt sich die Frage: Genügen die Bedingungen des therapeutischen Prozesses von Carl Rogers für das Esssuchtproblem, oder braucht es noch etwas Spezifisches dazu?

Carl Rogers (in GWG 1998, S41f)

>> Diese Bedingungen werden als ausreichend für die Therapie angesehen, unabhängig von Besonderheiten des Klienten, was die konventionellen Therapeuten wohl am meisten überraschen wird. Obwohl die therapeutische Beziehung von verschiedenen Klienten unterschiedlich genutzt wird, ist bis heute unsere Erfahrung, dass es weder nötig noch hilfreich ist, die Beziehung in bestimmter Weise für bestimmte Kliententypen zu manipulieren. Im Gegenteil: Eine solche Vorgehensweise zerstört nach unserer Ansicht den hilfreichsten und bedeutendsten Aspekt der Erfahrung, nämlich dass es sich um eine echte Beziehung zweier Personen handelt, in der beide nach besten Kräften bemüht sind, in der Interaktion sie selbst zu sein. ([...] Der Klient, der sein Problem als Beziehungsproblem definiert, sich daran beteiligt sieht und dies zu ändern wünscht, wird eher erfolgreich sein. Der Klient jedoch, der sein Problem externalisiert und wenig Selbstverantwortung empfindet, wird eher scheitern. Diese Ergebnisse legen nahe, unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen anzubieten, um Persönlichkeitsveränderungen möglich zu machen. [...])

Der entscheidende Aspekt [...], die Kongruenz oder Echtheit des Therapeuten in der Beziehung. Dies bedeutet, dass die Symbolisierungen der Erfahrungen des Therapeuten in der Beziehung exakt sein müssen, wenn die Therapie effektiv sein soll. Wenn der Therapeut Bedrohung und Unbehagen empfindet, sich jedoch nur der Akzeptanz und des Verstehens bewusst ist, ist er in der Beziehung nicht kongruent, worunter die Therapie leidet. Allein entscheidend ist, dass er Exakt „er selbst“ in der Beziehung ist, was immer das Selbst in diesem Moment auch sein mag.<<

Übersetzt könnte die Symptomphase nach Hans Swildens heißen, dass das Essen erst kontrolliert (weniger) eingenommen werden muss, bevor man die Spannungen, die dabei auftreten bearbeiten kann. Dabei entsteht gerade der Zustand; den man ohne Hilfe nicht alleine bekämpfen konnte und den man eben nicht so leicht aushalten kann, weil das zu bedrohlich ist.

Wichtiger scheint mir, schon früher zu beginnen mit den KlientInnen auszuhalten, dass es im Moment nicht leicht möglich ist von Essanfällen loszukommen. Die KlientInnen sollen das Gefühl haben, sie können diesen Fressanfall oder erst den

nächsten unterbrechen. Das ist besonders wichtig, weil es wahrscheinlich ist, dass es Rückfälle gibt. Das ist aber wiederum wichtig, um das Vertrauen in sich selbst zu stärken, dass sie es schaffen. Anderenfalls sehe ich die Gefahr, dass die KlientInnen das Gefühl für Selbstbestimmung nicht aus sich heraus entwickeln können.

Die einzige personenzentrierte **Fallbeschreibung** zu Esssucht fand ich bei Henriette Petersen. Sie beschreibt einen Therapieverlauf der mir vertraut ist, in dem die Esssucht als solche kaum besprochen wird und im Zuge der Therapie „von alleine“ verschwinden kann.

(Henriette Petersen in Eckert/Höger/Linster 1997, S 84f) >>Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bietet nun in exzellenter Weise die Möglichkeit, solche „unerlösten“, zur Neurose erstarrten Reaktionen, die unverstandene Erfahrungen beinhalten, zur Sprache zu bringen, leib-seelisch nachzuerleben, endlich zu verstehen und somit zu integrieren.

Im Rahmen einer klientenzentrierten Psychotherapie sollten der Klientin genau die hilfreichen Bedingungen – einführendes Verstehen, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz – angeboten werden, deren Entbehrung die Ursache der Bulimie war und über deren früheren Mangel die Patientin auch klagte. [...]

Ganz allmählich gelang es Ria, sich den tieferliegenden Gefühlen zu öffnen. Gefühle von Angst vor Einsamkeit oder Verlassenwerden, Trauer über den Mangel an bedingungsloser Zuneigung erlebte sie als so bedrohlich (da sie ja verknüpft sind mit der primären Inkongruenz, d.h. eine Bedrohung des Selbstkonzeptes darstellen), als stünde sie vor einem furchtbaren Abgrund. Sie erlebte, wie schwer es für sie ist, diese Gefühle überhaupt zu spüren, und wie viel leichter es ist, sich von diesen Emotionen durch Essen ablenken zu lassen. [...]

Ich konnte viel Vertrauen in die „Selbstheilungskräfte“ dieser Klientin setzen, weil ich ihren großen Wunsch und die Bereitschaft, sich zu verändern, spürte. Das Thema „Essen und Nahrungskontrolle“ wurde niemals durch meine Initiative thematisiert. Ich vermute, gerade weil mich eine rasche Verminderung der bulimischen Anfälle nicht interessierte, sondern vielmehr das seelische Leid, das hinter all den bulimischen Attacken stand, brauchte Ria auf diesem Gebiet niemals mit mir zu „kämpfen“, sondern konnte sich ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden.

Von selbst erzählte Ria – zunächst zögernd – von dem ganzen Ausmaß des von ihr selbst als ekelregend empfundenen Ess-Brech-Verhaltens. Niemals spürte ich den Impuls, regulierend einzugreifen – interessiert und offen konnten wir uns gemeinsam anschauen, welche Dynamik die Bulimie entfalten kann. Da ich auch in diesem Bereich keine Angst um Ria hatte, ihre bulimischen Verhaltensweisen nie korrigierte, sondern bedingungslos wertschätzend annehmen konnte, öffnete sich Ria immer weiter für ihre tieferliegende seelische Not.<<

Im Vorwort schreibt Henriette Petersen über die „Anfänge“. Auffällig ist dabei, dass „selbstverständlich“ Frauen darunter leiden. Das Umfeld und die Anforderungen an die Frau hat sich, im Laufe der Zeit, sehr gewandelt. Auffällig ist weiters die Tendenz „Essstörungen als Modetrend“ zu sehen, um sich und seine Körper neu zu definieren.

(Henriette Petersen in Eckert/Höger/Linster 1997, S73)

>>[...] Die Bulimia nervosa ist ein nosologisch neues Phänomen der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts. [...] Ende der 40er Jahre galt das Sich-Übergeben als Geheimtipp an einigen amerikanischen Colleges.

In den 60er und 70er fiel die Kombination von Essanfällen und selbst induziertem Erbrechen mehreren Autoren unabhängig voneinander auf. [...]

1980 wurde das Krankheitsbild der Bulimia nervosa in das DSM-III eingeführt. Parallel dazu tauchten schlagartig zahlreiche Berichte bulimischer Frauen auf, die das Problem schon zehn bis zwanzig Jahre mit sich herumgetragen hatten.

In dem Moment, als das verheimlichte Problem in Zeitschriften und auch psychopathologisch benannt wurde, outeten sich viele Bulimikerinnen, und das erklärt den explosionsartigen Anstieg von Patientinnenzahlen in der ersten Hälfte der 80er Jahre. [...]

Das Auftreten des Bulimiesyndroms geht mit dem wirtschaftlichen Boom der Nachkriegszeit, einem Überfluss an Nahrung und einer strengen Gewichtsnormierung durch die Medizin einher. In dieser Zeit veränderte sich das weibliche Schönheitsideal in Richtung auf ein präpubertäres Körperideal, das durch Diät halten und körperliche Fitness erreichbar scheint.

Der Frauenkörper wird nicht mehr wie noch vor hundert Jahren durch Korsettagen und Kleidung seinem jeweiligen Schönheitsideal angepasst – heute ist es der nackte, durch Diät und Body Building „gezähmte“ Leib entsprechend dem herrschenden Modeideal. Er soll jugendliche Aktivität, Selbstkontrolle und Erfolg sowie eine Erotik der Androgynität ausstrahlen. []<<

Geschlechtsspezifität

Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie

Ich bin überzeugt, dass in der Arbeit mit Esssucht, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, besonders die Geschlechtsspezifität mitberücksichtigt werden muss.

Diese Überzeugung wird zusätzlich unterstützt durch die langsam einsetzende Änderung der Denkweise in der (Gender) Medizin, dass Frauen nicht nur „kleinere Männer“ sind, sondern unterschiedliche Physiologie und Anatomie aufweisen. Zum Beispiel leiden Frauen meist unter anderen, häufig unspezifischeren Symptomen bei Herz-Kreislaufkrankungen als Männer. Auch bei der Verträglichkeit und Wirkung von Medikamenten spielt der hormonelle Zyklus einer Frau eine große Rolle. Wobei pharmazeutische Studien die Wirksamkeit von Medikamenten fast ausschließlich an Männern überprüfen. (Quelle: <http://oe1.orf.at> Radiodoktor: Gender Medizin)

In dieser Arbeit möchte ich mich nur auf die Esssucht von Frauen konzentrieren. Bei Männern kommt es durch ihre spezifische Sozialisation zu anderen Verknüpfungen mit ihrem Dicksein und Essverhalten.

Da wir ausgehend vom biologischen Geschlecht (sex) und vom sozialen Geschlecht (gender) als den grundlegenden sozialen Ordnungskategorien mehr als nur ein Geschlecht identifizieren können, müssen wir diese Tatsache einfach mitberücksichtigen.

Beginnen möchte ich mit Definitionen aus dem Wörterbuch der Psychotherapie: (Agnes Büchele in Stumm/Pritz 2000, S 240)

>>Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie. Von der Feministischen Therapie betonte und geforderte Sichtweise zum Verständnis und zur Analyse der therapeutischen Beziehung sowie zur kritischen Reflexion bewusster und unbewusster geschlechtlicher Verhaltensweisen der TherapeutInnen gegenüber KlientInnen, die von der Annahme ausgeht, dass jedem menschlichen Verhalten geschlechtsspezifische Bedeutung zukommt, die in unserer Kultur durch Beschränkung auf Zweigeschlechtlichkeit und geschlechtsspezifische Arbeitsteilung bestimmt ist [...]. Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie bezieht das reale Geschlecht der TherapeutInnen-Persönlichkeit als Wirkfaktor mit ein. Verinnerlichte (stereotype, androzentrische) Wertvorstellungen [...] über Geschlecht und entsprechende Verhaltensweisen bei TherapeutInnen beeinflussen die Dynamik der therapeutischen Beziehung und den gesamten therapeutischen Prozess. Insbesondere die verlangte Neutralität von AnalytikerInnen in der therapeutischen Beziehung (Abstinenz) wird dadurch relativiert (die Kritik von Frauenforscherinnen konzentriert und orientiert sich besonders auf den psychoanalytischen Umgang mit Geschlechtlichkeit). Unter dem Aspekt der Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie werden wesentliche Themen der therapeutischen Theorie und Praxis differenziert und relativiert: die spezifischen Unterschiede der körperlichen und psychosexuellen Entwicklung der Lebensphasen (Krisen der Lebensmitte, Menopause und begleitende Phänomene) bei Frauen und Männern und deren Bedeutung; die Dominanz von Müttern in den therapeutischen Theorien wird relativiert durch das Faktum der gesellschaftlich „erzwungenen“ Abwesenheit von Vätern als real anwesende Pflegepersonen, was die Idealisierung des „Männlichen“

begünstigt; die Wahl gleichgeschlechtlicher Lebens- und LiebespartnerInnen wird nicht mehr pathologisiert [...].<<

(Agnes Büchele in Stumm/Pritz 2000, S 239ff)

>>**Geschlechtsrolle** (aus feministischer Sicht). Ein Begriff der Sozialwissenschaften, der einen Katalog an individuellen Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Erwartungen definiert, ausgehend vom biologischen Geschlecht (sex) und vom sozialen Geschlecht (gender) als den grundlegenden sozialen Ordnungskategorien. Soziologie und Psychologie weisen Geschlechtsrollen als Ergebnis sozialen Lernens aus, beeinflusst von soziokulturellen und ökonomischen Normen. Die Frauenforschung, Grundlagen der Feministischen Therapie, differenziert die Geschlechtsrolle kritisch, in der Verbindung mit der Analyse der Machtverteilung und der Hierarchie zwischen den Geschlechtern sowie der Konstruktion polarer Zweigeschlechtlichkeit in der androzentrischen Gesellschaftsform „Patriarchat“ [...]. Sie zeigt, wie aus der geschlechtlichen Arbeitsteilung eingeengte Geschlechtsrollen produziert werden und damit Frauenbenachteiligung festgelegt wird: z. B. über Verknüpfung von Hausarbeit, Erziehungsarbeit und Gebärfähigkeit der Frauen mit begrenzten, als natürlichen ausgegebenen Persönlichkeitseigenschaften bzw. einer Reduzierung weiblicher Lebensentwürfe auf Gebärfähigkeit. Bewusste und unbewusste Stereotypen, Klischees und Bewertungen bezüglich der Geschlechtsrollen wurden in wissenschaftlichen Forschungen nachgewiesen. Sie bewirken z. B. „Doppelstandards von Gesundheit und Krankheit“ in psychotherapeutischen und medizinischen Settings und begünstigen abwertende Haltungen gegenüber Frauen. [...] Die Feministische Therapie hat die Erweiterung und Neubewertung der Geschlechtsrolle zum Ziel: insbesondere die Auseinandersetzung mit Aggression als vitaler und notwendiger Durchsetzungsfähigkeit für Frauen, die ihnen nach der herkömmlichen Geschlechtsrolle abgesprochen wird.<<

(Sabine Scheffler in Stumm/Pritz 2000, S 206ff)

>>**Feministische Therapie**. Darunter werden alle Beratungs- und therapeutischen Handlungsweisen verstanden, die sich am Geschlechterverhältnis als sozialer Ordnungskategorie orientieren. Die politische, theoretische, soziale, interaktionelle und internalisierte Bedeutung dieser Kategorie wird als psychosoziale bestimmend erachtet; die psychischen Befindlichkeiten von beiden Geschlechtern werden im Zusammenhang mit geschlechtlicher Lebenspraxis und Benachteiligung verknüpft und interpretiert. Ein daraufhin spezifiziertes Erklärungs- und Handlungswissen wird bereitgehalten. Die Frauenforschung definiert Geschlechterverhältnis und –differenz als ein System, das die Lebenspraxis männlicher und weiblicher Individuen strukturiert, ihre Erwartungen aneinander bestimmt, charakteristische Bewältigungsmuster fördert. Geschlechterdifferenz meint ein Herrschaftsverhältnis im Sinne von Dominanz und Unterwerfung. Das Geschlechterverhältnis zieht sich in soziale Strukturen („gendered structures“), bestimmt das expressive Symbolsystem unserer Kultur (Medien, Wissenschaft, Kunst, Institutionen, Mythologien, Ideologien). Es bezieht sich auch auf die in diesem System ausgegrenzten, verpönten Vorstellungen und Werte, die in den Fantasien vom jeweils anderen Geschlecht analysierbar sind. Die Entwicklung der feministischen Therapie ist mit der Frauenbewegung verknüpft; sie ist zu beschreiben als Kritik an therapietheoretischen, klinisch-diagnostischen Diskursen und Handlungsweisen (Kritik der basalen Werte traditioneller Therapie: Individualisierung sozialer Problemlagen, die Verknüpfung von Therapie vorwiegend mit dem Wachstums- bzw.

Veränderungsparadigma, der Doppelstandard seelischer Gesundheit für Frauen und Männer, der asymmetrischen, mit Definitionsmacht ausgestatteten Interaktionsdynamik, der anthropologischen Orientierung von Therapien an der Systematik vom weißen, heterosexuellen, christlichen Mittelschichtmann). Die kulturelle Dominanz des polaren, asymmetrischen Geschlechterverhältnisses legitimiert die gegebenen Spaltungen von „privat-öffentlich“, „rational-emotional“ und „Natur-Kultur“. Damit wird für Frauen gesellschaftliche Partizipation und Repräsentanz behindert (vgl. Arbeitsteilung, Organisation von Mutterschaft, Kleinfamilie, Zwangsheterosexualität, strukturelle und häusliche Gewalt). Die Sozialisation und individuelle Gestaltung bewusster und unbewusster Weiblichkeitsvorstellungen verläuft in „Selbstkonstitutionsprozessen“ [...] und erzeugt Konflikte und Widersprüche, die für dysfunktionale Konfliktlösungsmuster prädestiniert (depressive Zustandsbilder als erlernte Hilflosigkeit, Drogenkonsum, Essstörungen, Selbstwertkrisen durch Brüche im Lebenslauf, traumatische Belastungsstörungen durch Mehrfachbelastungen, Armut und Gewalt – vgl. die schleichende Traumatisierung, „insidious traumatisation“; [...]). Aus dem skizzierten Standort ergeben sich in der Frauentherapie spezifische Inhalte, die häufig Thema der Auseinandersetzung sind. Da sich Geschlechtlichkeit als ganzheitliches Geschehen realisiert, dessen Verarbeitung sich kognitiv, emotional, leiblich und interaktiv ausdrückt, gibt es keine bevorzugte Ebene der Konfliktbearbeitung, sondern das Handlungswissen ist eher eklektisch-pragmatisch auf Problemdefinition und Zielsetzung bezogen. Die Methodik der frauenspezifischen Beratung und Therapie kann als experienciell-interaktiv bezeichnet werden. Ein Augenmerk frauenspezifischer Zugangsweise gilt dem Leib als individueller und sozialer Ausdrucksgestalt. Leiblichkeit erfährt in der Geschlechterdifferenz besondere Zurichtungen und Bestzungen (sexualisierte Gewalt). Der Selbsthass von Frauen wird in diesem Sinne als Repräsentanz gesellschaftlicher Verachtung und Idealisierung des Leibes gesehen. Die Leugnung der weiblichen Körperlichkeit wurde schon recht früh [...] als Gebärneid und Angst vor mütterlicher Allmacht begriffen. Im therapeutischen Bereich spiegeln die Konflikte um die Leiblichkeit die gesellschaftliche Verachtung weiblicher Körperlichkeit wider. Die Ästhetisierung des Körpers wiederum verspricht Statusgewinn, gesellschaftliche Teilhabe und vermeintlichen Schutz in einer heterosexuellen Beziehung. Ein weiteres Thema ist die gehemmte Aggressivität von Frauen als mangelnde Bereitschaft, sich für eigene Belange einzusetzen. Therapeutinnen, die sich um die Strukturbildung weiblicher Identität im Geschlechterverhältnis bemüht haben, sehen in der Organisation der sozialen Mutterschaft einen entscheidenden Grund für die Bereitschaft von Frauen, sich anzupassen und die eigenen Belange zurückzustellen [...].<<

Es ist immer noch nicht selbstverständlich, dass biologische, soziale,... Geschlecht anzuerkennen. Noch immer muss darauf besonders hingewiesen werden, dass es mehr als ein Geschlecht gibt, die jeweils spezielle Bedürfnisse haben. Und wenn frau darauf hinweist, wird frau in der Gesellschaft meistens sehr schnell als Feministin abgewertet.

Carl Rogers könnte man/frau auch vorwerfen, dass er durch die „Person“ auf die Geschlechtsspezifität vergessen hat. Deshalb war es ein Bedürfnis von mir diese ausführlichen Definitionen in die Arbeit mit hinein zu nehmen, auch wenn sie nicht personzentriert sind, sondern vorwiegend aus der analytischen Theorie kommen.

Carl Rogers lässt leider die Geschlechtlichkeit, genauso wie die Aggression unterbelichtet. Beide sind aber von zentraler Bedeutung für die Essucht von Frauen.

Geschlechtsspezifität und Essstörungen aus Sicht von Susie Orbach

Anders als im personenzentrierten Ansatz, kam es im analytischen Ansatz schon lange zu einer Auseinandersetzung mit dem Feminismus. Dabei werden Triebe nicht mehr als destruktiv sondern als Ausdruck von destruktiven gesellschaftlichen Einflüssen, die über Krankheit ausgedrückt werden, verstanden.

Susie Orbach beleuchtet Esssucht ausführlich aus frauenspezifischer Sicht. Ihre Bücher haben mich sehr beeindruckt. Sie ist feministische Psychotherapeutin, die seit vielen Jahren erfolgreich mit esssüchtigen Frauen arbeitet. Susie Orbach hat mit dem Antidiätbuch, das zum internationalen Bestseller wurde, eine neue erfolgreiche Therapie begründet, indem sie vor allem den psychologischen Ursachen von Esssucht auf den Grund geht.

Besonders radikal von ihr ist es, die Abstinenz der Analyse in Frage zu stellen. Das bedeutet die Theorie der Neutralität in der Analyse, zu Gunsten einer frauenspezifischen Beziehung, zu relativieren.

Es geht in ihren Büchern um die Bedeutung des Essens für die einzelne Frau und deren „unbewusste Assoziationen“ mit dem Dick- bzw. Schlanksein.

Susie Orbach weist einen Weg zur Auflösung der Esssucht über das Erlernen der Fähigkeit, zwischen physischem Hunger und emotionalem Hunger zu unterscheiden und auf jedes dieser beiden Bedürfnisse adäquat zu reagieren.

Ihr „Anti-Diät-Buch II“ ist gedacht als handfester, praktischer Leitfaden für den Umgang mit den immer wiederkehrenden Stolperfallen und Hindernissen bei der Auseinandersetzung mit Esssuchtproblemen.

Susie Orbach erläutert ausführlich warum gerade Essstörungen so frauenspezifisch sind. (Susie Orbach 1982, S15ff) >>Für Frauen hat das Essen eine besondere Bedeutung. Ihnen fällt traditionell das Auswählen, Einkaufen und Zubereiten des Essens zu. Sie tragen die Verantwortung dafür, dass ihre Familie richtig ernährt wird. [...] Auf ihnen lastet die Hauptverantwortung für deren Gesundheit und Wohlergehen. [...]

Wir brauchen uns nur eine beliebige Frauenzeitschrift [...] anzusehen, um auf eine Fülle von Werbeanzeigen für Nahrungsmittel zu stoßen, um die sich jede Menge Tipps für die Herstellung besonders preiswerter, zeitsparender, natur belassener, gesunder, erotisierender oder stilvoller Mahlzeiten ranken. [...] Es wird stillschweigend zugrunde gelegt, dass Frauen in einem schon beinahe biologischen Sinn dafür geschaffen sind, sich um die Bereitstellung der Nahrung zu kümmern. Gleichzeitig vermitteln die Frauenzeitschriften [...] die Mahnung, dass Frauen sich im Hinblick auf Ernährungsfragen keinesfalls auf ihr eigenes Urteil verlassen sollten, sondern die ständige Anleitung durch „Experten“ brauchen. [...] Zumindest aber wird ihnen vermittelt, dass ihre Fähigkeiten als Ernährerin in jedem Fall vervollkommnungsbedürftig sind.

[...] Die traditionelle Rolle der Frau in Zusammenhang mit Essen spiegelt unmittelbar die Stellung der Frau in der Gesellschaft und der Familie wider. Die Geschlechter sind noch immer gesetzlich, ökonomisch und sexuell nicht gleichberechtigt. Noch immer werden Frauen auf einen Teilbereich menschlicher Aktivität verwiesen und Männer auf einen anderen, als höherwertig erachteten Sektor ausgerichtet. [...] und ihr immer wieder in Erinnerung ruft, dass sie um eine „richtige Frau“ zu sein, ihr Leben mit einem Mann teilen muss. Um sich einen Mann zu „angeln“ und ihn zu „halten“, muss sie jedoch attraktiv und begehrenswert sein. [...]

Somit wird der Körper für die Frau zu einem Mittel, einer Ware, die sie einsetzen muss, um eine zufrieden stellende Position in dieser Welt zu ergattern. [...] selten

gelingt es [...] das Gefühl zu vermitteln, dass ihr Körper, wie immer er von Natur aus beschaffen sein mag, schön ist und sie allen Grund haben, stolz auf ihn zu sein. [...] Stattdessen lernen wir, dass unser Körper in einem negativen Sinn mächtig ist, dass er Männer aus dem Gleis werfen, uns selbst in Schwierigkeiten bringen kann. Es ist kein Wunder, dass wir Angst von unserem Körper bekommen und ihn nicht als unsere ureigenste Wohnstätte, sondern vielmehr als einen unbedingt zu kontrollierenden, zu beaufsichtigenden und zu lenkenden Teil unserer Person begreifen.

[...] Der Körper ist eins der wenigen kulturell zulässigen Ausdrucksmittel, die der Frau zur Verfügung stehen, [...]

Dadurch kommt es zu einer besonders engen Vermischung der beiden für die Frau so zentralen Bereiche Essen und körperliche Erscheinung. [...] Essen ist gut für andere, aber bedrohlich für sie selbst. Essen hat bei anderen etwas mit Gesundheit zu tun, bei ihr selbst dagegen mit Schönheit. [...], aber ihre eigenen Bedürfnisse sind illegitim. So wird das Essen oft zum Mittel, sich selbst etwas zu geben, das Dicksein zu einer Form des Protests gegen die gesellschaftliche Rolle. [...] Wir müssen die spezifische Bedeutung des Dickseins für die einzelne Frau, dessen Symbolgehalt, entschlüsseln, um verstehen zu können, warum sie sich über ihr Essverhalten und ihre körperliche Erscheinung ausdrückt.

Unter dieser Voraussetzung ist es unrealistisch, sich auf Kalorien zu konzentrieren. Im Mittelpunkt muss die Bedeutung des Essens für die einzelne Frau stehen, damit es möglich wird, die Verzerrungen grundlegender psychischer Funktionen zu verstehen und zu korrigieren. [...]<<

(Orbach 2003, S22ff) >>[...] Frauen haben die unterschiedlichsten Figuren und Staturen. [...] Doch unsere Kultur ignoriert diese enorme Vielgestaltigkeit des weiblichen Körpers systematisch. Die Fülle unserer Körperformen wird auf die eine, alles überlagernde Norm der schlanken Linie reduziert. [...] für Damenbekleidung figurieren vorpubertäre Mädchen [...] anorektische Fotomodelle präsentieren Kleider, die Frauen zwangsläufig in Objekte verwandeln, [...] So überrascht es nicht, dass wir Frauen uns „überdimensioniert“ vorkommen, [...] Erfolg, Schönheit, Reichtum, Liebe, Sexualität und Glück werden uns als untrennbar mit der schlanken Linie verbunden präsentiert. [...] Schlanksein wird zum Fetisch und völlig von dem abstrahiert, was es konkret ist – nichts weiter als eine bestimmte Körperform unter vielen. [...] Natürlich hängt keines dieser vermarkteten Attribute auch nur im entferntesten am Schlanksein, [...] aus einer Vielzahl von Gründen propagiert, deren Zählebigkeit offenbar auf einer allgegenwärtigen Angst vor der Frau basiert, die es sicherer erscheinen lässt, sie in handlicher Warengestalt zu verpacken. [...]

Diäten machen aus „normalen Esserinnen“ Frauen, die Angst vor dem Essen haben. Das Essen nimmt all die strafenden Züge und magischen Eigenschaften an, die die Esssüchtigen peinigen. [...] In dem Maße, wie die Frauen dünner zu werden versuchen, werden die Diätorganisationen, die Diätbücher, die Gymnastikprogramme etc. auf ihre Kosten immer üppiger und fetter. [...] Das zwanghafte, von außen aufgesetzte Bedürfnis, schlank zu sein, lenkt uns von Anliegen ab, die für unser Leben von wirklich zentraler Bedeutung sind. Es absorbiert Energien, die wir dazu nutzen könnten, statt unserer eigenen Körper die Welt zu verändern. [...]<<

Beispielsweise werden Frauen mit Diagnose Bulimie oft von anderen Frauen für ihr (schlankes) Aussehen bewundert. Eine schlanke Klientin in der Gruppe wurde von den anderen „beneidend schief angeschaut“ („warum bist du eigentlich da“). Erst

nach vielen Stunden war es dieser Teilnehmerin möglich über ihre Fress-Brech-Sucht zu sprechen und den „wirklichen“ Grund für ihre Teilnahme zu nennen.

Dieser vorletzte Absatz wird bestätigt durch eine Studie, die ich bei der 3. Wiener Essstörungenenquete (2003) kennen lernte. Bei dieser Enquete konnte ich Susie Orbach auch „live“ erleben.

Der Titel des Vortrages von Anne E. Becker lautete „Television, social change and eating disorders: the view from Fiji“. Sie berichtet über die massive Zunahme von Essstörung auf Fidschi. Verkürzt wiedergegeben: durch die Zunahme von Fernsehgeräten und der Konsumation von amerikanischen Serien (z.B. Melrose Place), ist vor allem bei Mädchen der Eindruck entstanden, mit einem anderen (schlankeren) Aussehen, erfolgreicher und begehrenswerter zu sein.

Geschlechtsspezifität in der personenzentrierten Psychotherapie

Im personenzentrierten habe ich leider nur wenige Beiträge zur Geschlechtsspezifität bei einzelnen PsychotherapeutInnen gefunden. Ich gebe hier einige Zitate, die mir im Zusammenhang mit Esssucht relevant erscheinen, wieder.

Marietta Winkler (2002, S 76ff) schreibt dazu: >>Die Verschiedenheit der Geschlechter und die ungleichen Bedingungen, die für sie nach wie vor angeboten werden, sind maßgeblich beteiligt an der Entstehung von Inkongruenz bei Männern und Frauen. Es lohnt sich, sich das immer wieder bewusst zu machen und daran zu arbeiten – miteinander, nicht gegeneinander -, dass das Trennende respektiert wird und dass das Gemeinsame wachsen kann.<<

(Marietta Winkler in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S204ff) >>Empathie, Kongruenz und Wertschätzung als therapeutische Voraussetzungen sind nicht kognitiv zu erlernen. Sie entstehen aufgrund differenzierter Auseinandersetzung mit der je eigenen Verwobenheit in die gesellschaftlichen, geschlechtsspezifischen und kulturelle Gegebenheiten und den Gefühlen, die diese in uns erweckt. Den von Carl Rogers formulierten >notwendigen und hinreichenden Bedingungen< für eine erfolgreiche Therapie füge ich die Bewusstheit seitens uns Therapeutinnen und Therapeuten über verschüttete Potentiale, über die eigene Geschlechtlichkeit und das eigene Eingebettetsein in krank- oder Angst machende Strukturen hinzu.<<

Diese Sichtweise hat natürlich eine **politische Perspektive**. Im Artikel „Die Person im Zentrum der Therapie“ von Peter Schmid fand ich folgendes dazu. (Peter Schmid in Person 1/2002, S 24) >>Im Übrigen ist eine Psychotherapie ohne politische Überzeugungen nicht nur naiv und oft ineffizient, sondern sogar gefährlich; [...] Personzentrierte Therapie anerkennt die Unterschiede und baut Brücken zwischen ihnen. Das heißt, sie verkennt die Unterschiede nicht und ignoriert sie nicht, noch versucht sie, sie zu beseitigen oder zu verwischen: sie baut Brücken.<<

(Marietta Winkler in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S193ff) im Vorwort zu „Du Tarzan Ich Jane, Geschlechterdifferenz in der therapeutischen Interaktion“ >>Therapeutisch arbeiten verpflichtet dazu, sich über den Ursprung und die Gewordenheit scheinbar alltäglicher, unbedeutender oder gewöhnlicher Erfahrungen, von denen Klientinnen und Klienten uns berichten, bewusst zu sein. Alles Persönliche ist auch politisch. Jeder Individuelle hat seine Wurzeln in der Gesellschaft und den ihr innewohnenden Machtverhältnissen. So scheint es in unserer Gesellschaft, als wäre >das Weibliche< die logische Ergänzung >des Männlichen<, als hätte >das Weibliche< nur in Bezug auf >das Männliche< Wert und Existenzberechtigung. Dieses patriarchale Wertesystem bestimmt unsere persönlichen, sozialen, materiellen und politischen Beziehungen. Es stellt den Maßstab für Erwachsensein und Normalität. Es bereitet jedoch häufig den Nährboden für Selbstverleugnung, Inkongruenz und psychisches Leiden von Frauen und Männern. Therapeutisch arbeiten verpflichtet dazu, darüber Standpunkt zu beziehen und Farbe zu bekennen.<<

Ohne zu reflektieren was eine **geschlechtsspezifische Sozialisation** bedeutet, kann nur Anpassung an eine krankmachende Norm stattfinden.

(Marietta Winkler in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S197ff) >>Die herkömmliche Testpsychologie bewertet jene Frauen und Männer als >seelisch gesund<, die sich

selbst, ihre Gefühle, ihre Neigungen und ihr Verhalten entsprechend den Vorschriften der jeweiligen Geschlechtsrolle beschreiben. Auch findet Verhalten, das der Norm entspricht, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie am meisten Lob und Bestätigung. [...]

Betrachte ich Carl Rogers' Überlegungen zur Entwicklung der Persönlichkeit aus dem Blickwinkel der Geschlechterdifferenz, so wird deutlich, unter welchen anderen Gegebenheiten sich das Selbst einer weiblichen Person entwickelt. Zwar werden dieser die ursprünglich idealen Wachstumsbedingungen, wie etwa die akzeptierende und einführende Zuwendung, nicht in dem Maße wie beim Knaben von der Mutter entzogen, ein Mädchen findet dadurch jedoch nur schwer zu einem sicheren Gefühl der Unabhängigkeit. [...]

Auch wird dem Mädchen schon früh die Höherwertigkeit des anderen Geschlechts in dieser Gesellschaft vermittelt, die Wertschätzung für ihre Person vermindert, die >Zweiwertigkeit< ihres Geschlechts beigebracht. Es wird in der Folge den Wunsch nach Unabhängigkeit eher herunterspielen als hervorkehren, es wird eher bereit sein, die Bindung an die Mutter durch Gehorsam und Selbstverleugnung aufrechtzuerhalten, sich auf Kosten von Selbstwertgefühl und Kongruenz unterzuordnen. Um der mütterlichen Macht zu entrinnen, kann es hoffen, den Vater oder anderen mächtige Männer für sich einzunehmen. [...]

Frauen können also entweder versuchen, das Konzept zu erfüllen, das jemand anderer für sie entwirft. Dies führt zu einem Gefühl permanenter Inkongruenz und in der Folge zu intrapsychischen Konflikten, die ihren sichtbaren Ausdruck in >Symptomen< und >Störungen< finden. Oder sie können versuchen, das >Selbst zu sein, das sie in Wahrheit sind< (Kierkegaard) und ihr eigenes Konzept von sich zu erfüllen.

Die Verhaltens- und Handlungsstrategien für die dann anstehende Konfliktaustragung mit der sie umgebenden patriarchalen Normenwelt wurden ihnen jedoch schon früh mittels weiblicher Sozialisation abtrainiert. Die erneute Aneignung derselben unterliegt strengen Sanktionen, führt zu Ausgrenzung und Stigmatisierung und damit zu erneuter Inkongruenz. [...]

Das Ausdruckspotential, das in >typischen Frauenleiden<, in psychosomatischen Leidenszuständen oder etwa im Krankheitsbild der Depression verborgen ist, könnte einfühlend auch als Widerstand, Protest, Überlebensstrategie, Konfliktbewältigung, Flucht, Entlastung oder Aggressionsabfuhr verstanden werden.

Voraussetzung dafür ist die Erweiterung des therapeutischen Blicks auf die gesellschaftlichen Bedingungen, innerhalb derer diese geschlechtsspezifischen Inkongruenzen entstehen.<<

Esssucht ist einer der Widerstände die sich anbieten, die vorgegebenen Normen in Frage zu stellen.

Es wäre sehr kurzsichtig nur das individuelle Schicksal der Einzelnen ohne die gesellschaftliche Wirklichkeit zu sehen. Dabei wird übersehen, dass Frauen als Anpassung an diese Gesellschaftsstrukturen krank werden.

Über Aspekte der Personenzentrierter Feministischer Therapie und dass das Private politisch ist, schreibt Marietta Winkler (2002, S 73ff) >>Es ist in der psychotherapeutischen Arbeit mit Frauen heute sicherlich zu vereinfachend, ihr individuelles Leiden, ihre Inkongruenz und die daraus resultierenden Symptome ausschließlich auf einen inneren Konflikt zwischen Selbst und Erleben zurückzuführen. Wenn ihr Selbstbild nicht mit ihren Wahrnehmungen übereinstimmt,

so sind es zumeist die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die Beschränkungen, Ansprüche und Ambivalenzen, die bei Frauen zu neurotischem oder psychotischem Verhalten führen. Es ist der Therapeutin und dem Therapeuten und ihrer oder seiner Lebenserfahrung bzw. ihrem oder seinem politischen Bewusstsein überlassen, dies in der Therapie zu erkennen und zu unterscheiden. Die notwendige Selbstexploration der Klientin, die Beschäftigung mit ihrem eigenen inneren Konflikt als Voraussetzung für Veränderung, ist ein wichtiger Schritt in der Therapie und kann zwar der Ausgangspunkt, darf aber nicht der Endpunkt sein.

Das implizite Versprechen der Personzentrierten Psychotherapie, bei genügender Veränderung der eigenen Person sei im Idealfall die „voll entfaltete Persönlichkeit“ das Ziel, kann bei Frauen, die sich in weiter Ferne von diesem Zustand fühlen, zu großen Schuldgefühlen über ihre eigene Unfähigkeit führen. Sie laufen dann Gefahr, die von außen gegebenen Einschränkungen als ihr eigenes Versagen zu interpretieren. Nicht selten ist die Folge, dass zu den ohnehin gegebenen Abhängigkeiten im Alltag die Abhängigkeit von der therapeutischen Beziehung hinzukommt, jedoch ohne eine nennenswerte Veränderung herbeizuführen. Dies kann wiederum die enttäuschte Abwendung vom therapeutischen Hilfsangebot bewirken.

Wenn nicht in der Therapie sowohl die Möglichkeit als auch der Anreiz geboten werden, sich aktiv für Veränderung einzusetzen, besteht für die Klientin die Gefahr, in der Opferrolle zu verharren, endlos über Beschränkungen und Hindernisse zu lamentieren und die Gefühle, die dies hervorruft, zu kultivieren und zu festigen. Demgegenüber steht das gemeinsame Entwickeln von Ideen, das Üben von Widerspruch, das Erproben von Stärke und Überlegenheit, die Ermutigung zur Konfrontation und vieles andere mehr, das Frauen helfen kann, ihre Grenzen aktiv auszuweiten.

Das Erleben von eigener Wut und Aggression, das Erkennen von strukturellen Gewalt-, Abwertungs- und Ausbeutungsmechanismen gegen Frauen in unserer Gesellschaft oder die Erfahrung, sich den tradierten Ansprüchen an die Frauenrolle zu verweigern, bzw. die dann eintretenden Folgewirkungen sind für Frauen oft besonders erschütternd und erschreckend.<<

Bedeutung der Aggression für die Geschlechtsidentität

Auf die besondere Bedeutung der **Aggression** weist Peter Schmid (2002, S 76ff) in „Neue Manns-Bilder?, Personzentrierte Herausforderungen zu einem Dialog der Geschlechter“ hin.

>>Aggression ist gleichfalls als prinzipiell konstruktive Kraft des Menschen und Äußerung des Aktualisierungstendenz, substantial gesehen, Ausdruck des Erlebens der Person und, relational betrachtet, Hinwendung zum Anderen. In der Aggression wird zum einen die Eigen-Ständigkeit des Individuums deutlich, wenn es durch Abgrenzung (Nein-Sagen, z. B. in Trotzalter, Pubertät usw.) auf die Ausbildung, Erhaltung und Förderung der Identität zielt und in diesem „Auseinander“ die Grundlage für die Angererkennung des Eigenen wie des Anderen findet. Zum anderen wird gerade darin die Beziehungsbedingtheit deutlich, indem Aggression auf den Anderen zugeht („ag-gredi“ bedeutet „sich an jemanden wenden, ihn angehen, angreifen, beginnen“), durch die Konfrontation den Anderen als Beziehungspartner anerkennt und in diesem „Gegeneinander“ dem Anderen die Stirn (lat. „frons“) geboten wird, womit Aggression eine unverzichtbare Bedingung für das Gegenüber der Be-geg(e)n-ung darstellt. Die Doppelbedeutung von „angehen“ oder „angreifen“ kann verdeutlichen, dass Aggression ebenso zur Wahrung von Distanz wie zum Herstellen von Nähe erforderlich ist, also vor Identitätsverlust durch Verschmelzung wie durch Entfremdung schützt.

Gerade für die auf Einfühlung basierende Personzentrierte Therapie ist ein offener Umgang mit Aggression und eine entsprechende konfliktbereite therapeutische Einstellung wichtig, sollen die konstruktiven und vitalen Aspekte der Aggression nicht übersehen oder zugedeckt werden. Verleugnete oder unvollständig, nicht korrekt bzw. verzerrt symbolisierte Aggressionen können destruktiv sein. Als Beispiel seien die aggressiven und autoaggressiven Anteile von Mitleid („du tust mir Leid (an)“), Depression („ich bin nieder-geschlagen“) oder Suizid („Selbst-Mord“) angeführt. Auch psychosomatisch bedingte Leiden, bei denen der Körper die Symbolisierung des Unverstandenen übernimmt, und Süchte können unter dem Gesichtspunkt der (Auto-)Aggression verstanden werden. „Akzeptierter oder durchschaubarer Ärger ist nicht destruktiv“, konstatiert Carl Rogers (1960b, 178), der aber selbst nie eine Theorie zur Aggression entwickelt hat. Therapeutisch ist daher die möglichst vollständige Symbolisierung und Integrierung aggressiver Gefühle und Impulse wichtig. Konfliktfähigkeit ist ein auch in Hinblick auf Gewaltprävention entscheidendes Charakteristikum von Reife.

Die fundamentale Bedeutung der Aggression für die geschlechtsspezifische Identität wird nur allzu gern unterschätzt;<<

Aggression ist von besonderer Bedeutung für die Geschlechtsidentität. Sehr verkürzt gesagt, hilft sie sich zu emanzipieren und zu entwickeln. Auch ein Küken muss die Schale des Eies zerbrechen um wachsen / leben zu können.

Wilfried Ehrmann schreibt dazu im Kapitel Aggression (in Frenzel/Schmid/Winkler, 1992, S 316f) >>Es scheint somit sinnvoll, für Aggression die weitere Begriffsbedeutung als eine tieferliegende Kraft der Selbstbehauptung und Individuation zu verwenden und davon aggressive Affekte oder Gefühlsmuster (Feindseligkeit, Zorn, Ärger, Hass) zu unterscheiden. [...] Aggression ist die Kraft, die hinter der Verselbständigung des Individuums steht, das sich gegen die Außenwelt und ihre Ansprüche abgrenzen und behaupten muß. Diese zur Aktualisierung des Selbst drängende Energie wird bei Kindern häufig durch übermächtige

Gegenaggression, Liebesentzug oder andere Bestrafungs- und Zensurreaktionen seitens der als lebenswichtig erfahrenen Bezugspersonen blockiert. So sucht sich die gebrochene Kraft der Aggression Aus- und Umwege, die sich in scheinbar sinnlos destruktiven Mustern Gestalt geben, tatsächlich aber wirkliches Akzeptieren und Ernstnehmen fordern [...]<<

Das erinnert mich an Aussagen die ich von einer Klientin über ihre Großeltern hörte (und den wenigsten unbekannt sein werden), wenn sie nur dazu ansetzte Grenzen auszuprobieren, wie z.B. „Brave Mädchen machen so was nicht; benimm dich wie ein Mädchen, sie brav;...“.

(ebendort S 323f) >> Aggression hat vom Wort her mit dem Umgang mit Nähe zu tun („aggredi“ = „herangehen, nahe kommen, angreifen“). Aggression hat die Richtung auf anderes zu, will (körperlich-energetisch) angreifen. Aggression ist körperlich spürbar, auch wenn gar keine Berührung stattfindet. Die Energie allein kann verletzen. Aggression will Kontakt zum anderen, geht auf den Widerstand zu, um sich selbst an der Grenze zu spüren. Aggression bricht sich am anderen, am Widerstand, verbraucht am klaren Gegenüber. Aggression kann auch in der Standfestigkeit liegen, die sich angreifen lässt, ohne zurückschlagen zu müssen, ohne aber auch zu weichen. [...]

Bleibt damit auch die Personzentrierte Theorie auf halbem Weg zur Person stehen, indem sie so tut, als wäre der Kern der Person erreicht, wenn sie Schicht der Aggressivität nicht nur (möglichst schnell) durchschritten, sondern hinter sich gelassen bleibt?<<

Aggression ist eine wichtige „Ausdrucksform“ der Aktualisierungstendenz. Wenn sie behindert wird, wird Entwicklung verhindert. Frauen werden speziell daran gehindert „voll entfaltet“ Frauen zu sein, wenn sie „brav“ sein müssen und keine Aggressionen zulassen dürfen.

Wie sich dieses „nicht Aggressiv sein dürfen“ beim Essverhalten äußert beschreibt Susie Orbach (2003, S 56f). >>[...] Zwanghaftes Essen ist häufig ein Mittel, die Umrisse der eigenen Persönlichkeit zu „verwischen“, und Dicksein hat oft etwas damit zu tun, sich „groß genug“ zu fühlen, um die eigenen Bedürfnisse in sich einzuschließen und zu verschütten und gleichzeitig noch Kapazitäten frei zu haben, um den emotionalen Erwartungen anderer gerecht zu werden.

Hinter diesem Verantwortungsgefühl für andere liegt oft das verzweifelte Gefühl, dass die eigenen Bedürfnisse grundsätzlich übersehen werden und ohnehin nicht erfüllbar sind. In vielen Fällen riegeln uns sowohl faktisch eingegangene als auch nur in Gedanken existierende Verpflichtungen anderen gegenüber von unseren innersten Bedürfnissen ab. Gleichzeitig hindern sie uns daran, eine bestimmte Art der Verantwortung für uns selbst zu übernehmen.

Mit diesem Dilemma müssen wir umgehen lernen, da es eine sehr erfüllende Erfahrung sein kann, es tatsächlich zu schaffen, sich auf der Ebene des Essverhaltens verantwortlich für sich selbst zu fühlen. Grenzen zu ziehen gibt Kraft. Es erfüllt auf eine wirklich nährenden Weise.<<

Susie Orbach (2003, S 49f) >>Die Fähigkeit, Essen auf dem Teller zu lassen, geht eng damit einher, nein sagen zu können, wenn du keinen Hunger auf etwas hast. [...] Aber auch dazu wirst du nur dann ohne großes Unbehagen in der Lage sein, wenn du dich fest darauf verlassen kannst, dass du dir, wenn du Hunger hast, genau das gönnst, was du willst. Sonst wird es dir als zu harte Entbehrung erscheinen, dir etwas Essbares entgehen zu lassen. [...]<<

Susie Orbach (2003, S 60f) >>[...] Die Esssucht verdeckt oft ein ganzes Arsenal schmerzlicher Gefühle, die die betreffende Frau nur sehr schwer als zu ihr gehörig akzeptieren kann.

Das zwanghafte Essen kann dazu dienen, diese Gefühle zu verschleiern, ihnen einen Riegel vorzuschieben und sie hinunterzstopfen. Es kann aber auch die unangenehmen Gefühle dahingehend umwandeln, dass sie die Form heftiger Selbstvorwürfe wegen des Überessens annehmen.

[...] Wir alle unterliegen unser Leben lang spezifischen Vorschriften, was die Zulässigkeit bestimmter Gefühle und ihres Ausdrucks angeht. So wachsen etwa viele Frauen damit auf, dass Wut zu zeigen tabu ist. Ein solches Tabu beseitigt jedoch nicht unsere wütenden Gefühle. Diese werden vielmehr in kulturell akzeptablere Formen wie etwa Depressionen, „Nörgeligkeit“, Zurückgezogenheit etc. umgesetzt. Sobald wir den tieferen symbolischen Bedeutungen des Dickseins für einzelne Frauen nachgehen, finden wir häufig, dass es eine Ausdrucksform von Wut ist. [...]

Die Wut kann nicht direkt ausgedrückt werden, und die betreffende Frau zeigt sie über ihren Körper – sie möchte ihr Fett für sich sprechen lassen. Gleichzeitig stopft sie vielfach hastig Essen in sich hinein, um zu verhindern, dass ihre Wut aus ihr herausplatzt. Wenn sie beim ersten Anzeichen von Wut nicht zwanghaft essen würde, könnte sie Angst davor bekommen, dass diese ihr unvertrauten Gefühle sie völlig überwältigen – dass sie nie mehr aufhören und sie mit der ganzen geballten Wut, die hinter dem Fressanfall steckt, mitreißen könnten. Deshalb ist es ein ganz wesentlicher Bestandteil der Durcharbeitung eines Esssuchtproblems, zu einer neuen Art des Umgangs mit emotionalen Vorgängen zu finden. [...]

Während wir heranwachsen, wird uns nachdrücklich signalisiert, was akzeptabel ist und was nicht. Um uns anzupassen, stecken wir schließlich die Gefühle weg, die andere nicht akzeptabel finden. Dies kann jedoch zu großer Verwirrung und Unbehagen im Zusammenhang mit solchen Gefühlen führen, so dass alles, was an sie rührt, besonders schmerzlich und quälend ist. Auf diesem Vorgang basiert häufig die Esssucht. [...]<<

Susie Orbach (2003, S 63f) >>Esssüchtige leiden deshalb, weil sie emotionale Erlebnisse nicht verdauen und dadurch integrieren, sondern mit Hilfe des Essens unterbrechen, so dass sie auf ihren unverdauten Gefühlen sitzen bleiben.<<

In der Angst vor dem idealen Körperumfang kann die Angst stecken aggressive Gefühle zulassen zu müssen. Dabei scheint es soviel leichter zu sein die Wut in sich „hinein zu fressen“.

Vorgehensweisen

Vorgehensweise von Susie Orbach bei Esssucht

Viele Menschen befolgen eine Diät oder irgendein anderes Programm zur Gewichtsabnahme. Diese Methoden zeigen nur in sehr wenigen Fällen anhaltende Erfolge. Viele dieser Menschen werden ihre mühsam abgebauten Kilos wieder ansetzen, und diejenigen unter ihnen, die es ursprünglich nicht einmal nötig hatten abzunehmen, werden künftig ständig im Klammergriff der Angst im Umgang mit Essen leben und sich dauernd selbst kontrollieren. Das Buch von Susie Orbach weist einen Weg aus diesem Diätdilemma. Das Buch stellt die Frage, warum wir zu dick sind und warum wir schlank werden wollen und eröffnet die Möglichkeit, ein harmonischeres Verhältnis zum eigenen Körper zu finden.

Die tieferen Ursachen des Problems sieht Susie Orbach (1982, S13ff) darin: >>Suchtmäßiges zwanghaftes Essen kann sich zu einem quälenden und alles überlagernden Problem, [...] auswachsen. [...]

Essen als befriedigendes und unzwiespältiges Vergnügen kennen Esssüchtige nicht. Vielmehr dient das Essen als Mittel zur – kurzfristigen – Bewältigung problematischer Gefühle und seelischen Leidens. Es wird oft als Betäubungsmittel eingesetzt, um die Angst zu dämpfen, die verdrängte und unerkannte Gefühle auslösen. Esssüchtige nehmen die körperlichen Signale für Hunger oder Sattsein nicht wahr. Sie suchen im Essen die Antwort auf alle möglichen inneren Bedürfnisse, die sich aus unbewussten Wünschen und Konflikten ergeben. Das Essen selbst und die ständige gedankliche Beschäftigung damit verschleiern tiefer liegende Probleme.

Die Behandlungsmethoden, die Ärzte und Diätspezialisten [...] zu bieten haben, konzentrieren sich meist auf gezielte Ernährungsumstellungen. [...]. Die wichtigste Regel besagt, dass man nicht mehr zu sich nehmen kann als der Körper benötigt, ohne zuzunehmen. [...] Da zwanghaftes Essen jedoch eine psychische Sucht nach Nahrungszufuhr und dem Kreislauf von maßlosem Essen und Fasten darstellt, lässt sich da Essverhalten durch derartige Verfahren kaum je tief greifend verändern. [...] Es geht darum, die Bedeutung des Essens für die einzelne Frau zu untersuchen. Was wir zu uns nehmen, wie wir es tun und wie wir innerlich dazu stehen, spiegelt wider, wer wir sind. [...] Unser Essen ist mit den vielschichtigsten Bedeutungen befrachtet.<<

Das Ziel von Susie Orbach (2003, S28f) ist folgendes: >>Diese Methode zielt darauf ab, den Suchtcharakter des zwanghaften Essens aufzuheben – den Vorgang des Essens und die Mahlzeiten in lustvolle Erfahrungen zu verwandeln, auf die man sich freuen kann. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn der quälende und verwinkelte Kreislauf von Diäthalten, Aufbegehren gegen die Diät, Fressanfällen, phasenweisem Überessen, Ohnmachtsgefühlen im Zusammenhang mit Essen und anschließendem erneuten Zusammenreißen und Befolgen des asketischen Diätplans bis zum nächsten Ausbruch unterbrochen wird.

Unser Vorgehen gründet sich auf folgende Prämissen:

1. Esssucht beruht auf emotionalen Faktoren.
2. Zum Überessen kommt es, wenn die Betreffende kein Recht auf Nahrung zu haben glaubt und sich daher stets vom Essen abzuhalten versucht. Die Selbstverleugnung geht mit ihrer Kehrseite, den Fressanfällen, Hand in Hand.
3. Zwanghaftes Essen und zwanghaftes Diäthalten sind zwei Seiten derselben Medaille. Der Verzicht auf eine davon führt zur explosionsartigen, scheinbar

chaotischen Verselbständigung der anderen. Diäthalten ist nicht gleich Selbstkontrolle: es ist die Unterwerfung unter einen äußeren Zwang. Die Kontrolle wird dabei veräußerlicht. Esssucht erscheint gefühlsmäßig als Kontrollverlust, während sie faktisch aus uns selbst erwächst. Aus diesem Grunde kann das Verstehen unbewusster Abläufe zu einem harmonischeren Umgang mit den eigenen emotionalen Bedürfnissen führen.

4. Zwanghaftes Essen und zwanghaftes Diäthalten haben Suchtcharakter. Sie sind schwerwiegende Probleme, die bedachtsames therapeutisches Eingreifen erfordern.
5. Die psychischen Faktoren, die zur Esssucht führen, stehen in engem Zusammenhang mit bewussten und unbewussten Körperkonzepten, z. B. mit Fragen wie „Wer bin ich, wenn ich schlank bin?“ und „Wer bin ich, wenn ich dick bin?“
6. Esssüchtige sind ihren eigenen Körpersignalen für Hunger bzw. Sattsein entfremdet.
7. Frauen haben aufgrund der gesellschaftlichen Implikationen des Essens, Nährens, Dickseins, Dünnsseins und Diäthaltens sowie der Weiblichkeit ein besonders problematisches Verhältnis zum Essen.
8. Zwanghaftes Essen und zwanghaftes Diäthalten sind keine Behinderungen auf Lebenszeit. Sie sind keine chronischen, unheilbaren Leiden. Sie sind verständliche Reaktionen auf psychische und soziale Drucksituationen.<<

Wie es zu Fressanfällen kommt, sieht Susie Orbach (2003, S64ff) folgendermaßen: >>Das Syndrom des zwanghaften Essens und der ständigen gedanklichen Fixierung darauf hat eine bestimmte Funktion. Es enthebt dich der unmittelbaren Konfrontation mit dem, was so schmerzlich für dich ist. Wenn diese zwanghafte Beschäftigung auch das Problem nicht löst, sondern lediglich fürs erste der Wahrnehmung entzieht, kann sie doch kurzfristig Entlastung bringen, da sie die Ursachen des Leidens weiter wegrückt. Ein Fressanfall ist ein berechenbarer Vorgang. Sein Ablauf ist dir vertraut. Er beinhaltet eine Abfolge von emotionalen Reaktionen, die du bereits kennst, und ermöglicht es dir, dich vorübergehend von dem Geschehen in deiner Umgebung zurückzuziehen, da dein Leiden verursacht. Problematische Gefühle lassen sich auf diese Weise vorläufig vermeiden und in etwas umwandeln, was dir vertraut ist – einen Fressanfall. Dieser bringt kaum Überraschungen mit sich, da er nahezu immer nach einem spezifischen individuellen Muster abläuft. [...]

Als Individuen können wir die Welt nicht dazu bringen, so zu funktionieren, wie wir sie gern hätten. [...]

Die Tragik liegt dabei darin, dass die zwanghafte Beschäftigung meist die Energien absorbiert, die dazu erforderlich wären, die Realität in dem Rahmen zu beeinflussen, in dem dies tatsächlich möglich ist.

Das Essen ahnt nicht, ob es Wut oder Verletzungen, Enttäuschung, Trauer, Konflikte, Angst, Unsicherheit, Schuldgefühle oder irgendetwas anderes abstellen soll. Im Akt des zwanghaften Essens spricht die Esssüchtige dem Essen die Macht zu, unangenehme Gefühle niederzuhalten, die sie in Wirklichkeit selbst ausübt. [...]<<

Wie frau aus dem Teufelskreis der Fressanfälle ausbrechen kann beschreibt Susie Orbach (2003, S42f) wie folgt: >>Mit der gefürchtetste Aspekt der Fressanfälle ist ihre zyklische Natur. Der Ablauf beginnt mit deinem – so wahrgenommenen – gedankenlosen, zwanghaften Hinunterstopfen von Essen. Daraus resultiert ein weggetretenes, betäubtes Gefühl. Am nächsten Morgen oder ein paar Stunden

später, wenn man wieder bei Bewusstsein ist und sich möglicherweise körperlich aufgebläht fühlt, folgen Selbstvorwürfe und die Hoffnung auf einen Neuanfang. [...] Das Diäthalten aufzugeben, bedeutet nicht, dass die Fressanfälle automatisch aufhören. Sie werden vielleicht seltener oder treten nur noch sporadisch auf, wobei der sei auslösende hartnäckige Drang aus dem Nichts zu erwachsen scheint. [...] [...] ein paar handfeste Instruktionen, wie du den Zyklus der Fressanfälle unterbrechen kannst.

1. [...] nimm dir einen Augenblick Zeit, um bewusst wahrzunehmen, dass du auf einem Fressstrip bist. Akzeptiere diese Tatsache [...].
2. Mache das Gefühl dingfest, das dich zum Essen veranlasst. Was wäre so schlimm daran, dieses Gefühl einfach zu haben? [...] Warum wäre es so schwer für dich, dich diesen Gefühlen stellen zu müssen, [...]?
3. Was passiert, wenn du deine Gefühle aushältst? Was gibst du von dir preis? [...]
4. Probiere, ob du deine Gefühle direkt erleben kannst, auch wenn es nur für eine Minute oder zwei ist.

Wenn du dich auf deine Gefühle konzentrierst, dir den Raum nimmst, herauszufinden, was du wirklich willst, kommst du mit deiner eigenen Kraft in Berührung. Du wirst daran erinnert, dass du selbst dir helfen kannst, nicht irgendeine äußere oder vorgeschobene Autorität. Der einzige Weg aus der Esssucht führt darüber, ganz in dich hineinzugehen – darauf zu vertrauen, dass da eine innere Stimme ist, ein Teil deiner selbst, der dir sagt, was du emotional willst und was du vom Essen erwartest. Diese Stimme wird dir sagen, wie du auf eine Art essen kannst, die deine ureigenste ist. Sie wird in manchen Aspekten den Essgewohnheiten anderer Leute gleichen, im Kern jedoch einzig und allein aus deinen körperlichen Bedürfnissen erwachsen. Halte dir vor Augen, dass niemand anders fühlen oder dir sagen kann, was für dich richtig ist. [...]

Manchmal ist es nicht möglich, in einen Fressanfall einzugreifen – du kannst dich einfach nicht losreißen, du musst weiter in dich hineinstopfen und bist gleichzeitig über dein eigenes Verhalten bestürzt. Es kann dich jedoch entlasten zu wissen, dass du entweder diesen Fressanfall oder aber einen zukünftigen unterbrechen kannst. [...]<<

Susie Orbach (2003, S54ff) >>Sobald du dich entschließt, dir deine Probleme im Zusammenhang mit Essen und Selbstbild genau anzusehen, öffnest du dich dafür, ein neues Verhältnis zu deinem eigenen Gefühlsleben einzugehen. Du wirst Probleme eingehend erforschen, die du bisher am liebsten umgangen hast – vielleicht hat sogar deine ganze Esssucht nur den Zweck gehabt, diese Probleme zu maskieren oder tiefer liegende Leiden zu verschleiern. Du wirst vielleicht entdecken, dass du oft dann zwanghaft isst, wenn du vor einer schwierigen Entscheidung stehst, die Konflikte mit sich bringt. Allein oder in der Gruppe wirst du in diesem Fall darauf hinarbeiten, verstehen zu lernen, warum Entscheidungs- und Konfliktsituationen dir so große Probleme bereiten. [...]<<

Wie arbeite ich aus diesen Überlegungen heraus?

Diese Arbeit sollte zeigen, dass es keine Technik für die Arbeit mit Esssüchtigen braucht, aber dem in Beziehungen entstandene „Frau sein“ muss Beachtung geschenkt werden. Diesen Satz aus der Einleitung möchte ich wiederholen. Denn obwohl ich so viel speziell von Susie Orbach und anderen AutorInnen gebracht habe, nehme ich mein Wissen in der Psychotherapie zurück und begegne den Frauen mit ihren Problemen. Ich setze keine Technik ein. Mein Wissen setze ich nur dann ein, wenn es Frauen mit denen ich arbeite, hilft, sich selbst besser zu verstehen.

(Peter Frenzel in Frenzel/Schmid/Winkler 1992, S225ff) >>Nur allzu selten wird erkannt, dass das Fehlen entwickelter Techniken [...] nicht ein Manko darstellt und als eine mangelhafte Entwicklung dieses Ansatzes zu verstehen ist, sondern durchaus exakt reflektierte Absicht [...].<<

Mit Klientinnen arbeite ich nicht speziell anders als bei einem Encounter oder auch wie in der personenzentrierten Einzeltherapie. Das Hintergrundwissen habe ich aber im „Hinterkopf“. Es entlastet Frauen oft, wenn sie ihre Umwelt und sich selbst besser zu verstehen beginnen und mit anderen Augen sehen. Sie erleben dabei oft erstmals, dass nicht sie „krank“ oder „verrückt“ sind sondern ihre Umwelt sie „ver-rückt“ machen würde und sie sich nur (auf die im Moment für sie beste Möglichkeit) „angepasst“ haben. Die Essproblematik rückt dabei meistens in den Hintergrund. Wichtige (prägende) Beziehungen im Leben werden erkundet und Frauen kommen selber auf Zusammenhänge mit dem Essen (z.B. „Wutwegessen“), wenn ich „nur“ personenzentrierte Bedingungen biete.

Dabei ist mir die Förderung der Selbstbestimmtheit (Hinterfragen von z.B. Diäten, Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen) besonders wichtig.

Viele Frauen suchen zu Beginn eine Diät ohne Auseinandersetzung mit sich selbst. Beim Hinterfragen warum sie „so“ essen, kommt frau schnell auf biographische Hintergründe, auf das „Frau-sein“ und ihre Stellung als Frau. Sie kommen darauf was es bedeuten würde „nein“ zu sagen (z.B. zu Männern, zum Essen) Besonders die personenzentrierte Psychotherapie führt weg von Machtstrukturen (sie steht nicht über den KlientInnen). Das selbstbestimmte Sein kann dadurch besonders gut aus sich heraus entwickelt werden (und führt dann auch zu einem selbstbestimmten Essen).

Besonders schätze ich gerade bei Susie Orbach ihr Bemühen, die Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Individualität, etc. jeder einzelnen Frau zu stärken. Ein hohes Maß an **Selbstbestimmung** zu erreichen ist sowohl bei Susie Orbach als auch bei Carl Rogers zu finden.

(Carl Rogers in Schmid 1991, S216)

>> Theorie der Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen

Die Bedingungen der Therapie und der Therapieprozess führen zu bestimmten Veränderungen, die weitgehend im Prozess impliziert sind.

1. Wenn der Klient kongruenter ist, weniger zu verteidigen hat, ist er dem Erleben gegenüber offener, nimmt mehr Daten genauer auf.
2. In der Folge ist der Klient effizienter bei der Begegnung und Bewältigung von Lebensproblemen und im Umgang mit Beziehungen.

3. Spannung jeder Art ist vermindert – Angst, physiologische und psychische Spannungen.
4. Indem er den Ort der Wahl in seinem Inneren trägt, entwickelt er mehr Vertrauen und Selbstbestimmung.
5. Werte werden durch einen organismischen Wertungsprozess bestimmt, der zwischen der befriedigenden und erweiterten Erfahrung und dem, was unbefriedigend ist, unterscheidet. Erleben wird als eine positive, konstruktive und nützliche Richtschnur betrachtet.
6. Das Verhalten steht mehr unter der eigenen Kontrolle des Klienten, ist reifer und besser auf andere bezogen.<<

Das unter Punkt 6 besprochene Verhalten bezieht sich auch aufs Essen, nicht „nur“ auf alle anderen Beziehungen.

Aber ein hohes Maß an Selbstbestimmung (besonders von selbständigen Frauen) wird natürlich auf Widerstand stoßen.

(Carl Rogers in Schmid 1991, S225) >>Die Zunahme an Entscheidungsvermögen, innerer Stärke und Selbstbestimmung auf Seiten des Klienten oder Studenten löst beim Experten die Angst aus, seine Macht über Menschen, und damit Status und Prestige zu verlieren.<<

Ebenso lösen die Veränderungen durch die Selbstbestimmung Angst bei Menschen aus, die eine patriarchale Struktur gewöhnt sind. Das betrifft Männer, die Macht haben genauso wie Frauen, die die Macht der Männer unterstützen.

Eine bedauerliche Strömung der Zeit und Beispiel wie weit man das fremdbestimmte Essen treiben kann ist das Magenband als Modetrend.

Aus einer personenzentrierten und frauenspezifischen Sicht ist es bedenklich künstliche „Hilfsmittel“ zu verwenden, da sie meistens auf die Aufrechterhaltung von starren Denkmustern, die von außen aufgezwungen sind, abzielen. Angefangen von Appetitzüglern bis zum Verdrahten der Kiefer und dem Magenband, das immer mehr in Mode kommt, kann man Frauen aber trotzdem therapeutisch bei ihrer Entscheidung, diese Methoden für sich anzuwenden, personenzentriert begleiten. Ich würde besonders die Massivität der Methode zu bedenken geben, und die Frauen dazu anhalten, sich diesen massiven Eingriff nochmals gründlich zu überlegen.

Das Magenband wird leider immer häufiger von Chirurgen angeboten. Nach einem Telefonat mit der Leiterin einer Magenband-Selbsthilfegruppe in Wien, wies sie mich auf die Gefahr hin, dass immer mehr Frauen mit Magenband zu selbst induziertem Erbrechen neigen. Mit dem Magenband funktioniert das Übergeben angeblich auch viel leichter.

Damit ein Prozess zur Selbstbestimmung in Einzelpsychotherapie Sinn macht, sollte bei der Auseinandersetzung mit sich selbst meiner Meinung nach mindestens die Dritte Prozessstufe, wie es Carl Rogers (in Schmid 1991, S206) beschreibt, erreicht sein. Sonst besteht die Gefahr, dass die KlientInnen die Therapie abbrechen. Sie sind, dann in Gruppentherapie besser aufgehoben. Dort ist es nicht so bedrohlich zu sprechen oder am Anfang nur durch das Zuhören bei den anderen Teilnehmerinnen zu sich zu finden. >>Sie beginnt hingegen, Konstrukte als solche und nicht mehr als Fakten zu erkennen.<< Carl Rogers hielt auch fest, dass viele Klienten in diesem

Stadium in Therapie kommen. Solange Frauen Konstrukte als Fakten sehen versuchen sie Diäten zu halten ohne zu überlegen, warum sie Gefühle weg essen.

Ich konnte aber auch beobachten wie Frauen, die schon lange in Therapie waren, in Fressanfälle rutschten, weil sie etwas Bedrohliches nicht sofort wahr haben wollten. Das spricht für die Aufrechterhaltung der Selbstaktualisierungstendenz, die Verzerrung, die „Neurose“.

Ich glaube, dass frau erst ab einem gewissen Umgang mit sich selbst, sich überhaupt traut, auf eine „Verzerrung“ hinzusehen. Mit einem gewissen Umgang meine ich eine „personzentrierte Haltung“ zu sich selbst, die vielleicht zuerst mit einer TherapeutIn und dann erst sich selbst gegenüber er-/ge-lebt werden kann.

Das Wichtigste dabei ist die Möglichkeit zu haben, es (das, warum man einen Fressanfall hat) der Gewährwerdung zugänglich werden zu lassen (unter „guten Bedingungen“).

Erfahrungen mit der „Kurven“-Gruppe

Ein Beleg für die Technikfreiheit und das Spezifische meiner Arbeit ist die Erfahrung mit der „Kurven“-Gruppe, die ich gemeinsam mit einer Kollegin gegründet habe. Der korrekte Titel lautet „echte Frauen haben Kurven – oder“ (dem gleichnamigen Filmtitel „Echte Frauen haben Kurven“ fehlt das „- oder“). In dem Folder, der die Gruppe ankündigt und beschreibt, steht das Wichtigste für mich, das ich den Frauen dieser Gruppe, aber auch mit denen ich einzeln arbeite, anbieten will. Die exakte Formulierung war mir besonders wichtig und nahm viel Zeit in Anspruch.

>> Diese Selbsterfahrungsgruppe bietet dicken und dünnen Frauen, die unter ihrem Dicksein leiden, die Möglichkeit, gemeinsam die Bedeutung der eigenen Essgewohnheiten und der eigenen Kurven zu erkunden.

Wir bieten Ihnen einen geschützten Rahmen, um heraus zu finden, was in dem Wunsch, dick zu sein, in der Angst vor dem Schlanksein und dem Drang, sich voll zu stopfen und zu hungern wirklich zum Ausdruck kommt.

Dick zu sein, kann Ausdruck von Schutz, Sexualität, Substanz, aufgezwungenen Rollenbildern, Gesellschaftsidealen und anderen verdeckten Problemen sein.

Die Personzentrierte Selbsterfahrung mit frauenspezifischem Ansatz in der psychotherapeutischen Gruppe schafft Bedingungen, um das eigene Verhalten und Einstellungen neu zu betrachten, und birgt dadurch die Chance für Veränderung in sich.

Das eigene Maß zu finden ist Ziel dieser Gruppe.<<

In dieser Gruppe und auch in der Einzelarbeit differenziere ich dabei die „üblichen“ Essstörungen nicht weiter (bis auf die Anorexie, wie im Abschnitt Diagnose erläutert), sondern sehe sie alle als „Spielarten“ der Esssucht. Die Esssucht, als spezielle Beziehung zum Essen und zum Körper verstanden, sehe ich als das Gemeinsame bei allen Essstörungen. Vielleicht hat sie mich deshalb von Anfang an so besonders interessiert.

Eine bedeutende Erkenntnis aus meiner Arbeit mit Esssüchtigen war, dass auch in Phasen in denen sie sich nicht von Essen beherrscht fühlen, sondern einfach nur „viel“ essen möchten, es ein wichtiger Schritt ist, den emotionalen Hunger zu identifizieren.

Es war für einige Frauen extrem wichtig zu erkennen, dass sie sich aus falsch verstandener Liebe überfütterten (weil sie sich selber nichts verwehren wollen), aber

aus Liebe zu sich aufhören sollten mit dem Überfüttern. Denn der emotionale Hunger, auch wenn er noch nicht identifiziert ist, ist nicht mit Lebensmitteln zu befriedigen. Es stecken immer andere Bedürfnisse dahinter.

Mit Frauen an einem Esssuchtproblem zu arbeiten, ohne frauenspezifische Aspekte mit zu berücksichtigen, ist nicht nur ineffizient sondern unverantwortlich. Beispielsweise könnte sich, die dem Essen zugeschriebene Macht, kaum verändern, wenn ihre Macht-/Ohnmacht-Beziehungen in ihrem (patriarchalem) Umfeld nicht hinterfragt werden würden. Wenn ausgeblendet bleibt, dass das Umfeld am Zustand der Frauen mitbeteiligt ist, kann nicht adäquat geholfen werden. Die TherapeutInnen würden dieses Umfeld unterstützen, in dem sie die Leistungsfähigkeit aufrechterhalten und die Frauen angepasster machen würden. Die Frauen würden sich dabei weiterhin als die „gestörten“ sehen, die nicht die geforderte Leistung erbringen können.

Zum Abschluss bleibt nur noch zu sagen:

Esssucht ist in Beziehungen entstanden und auch in Beziehungen zu heilen!

Literaturverzeichnis

Bartuska Christian und Gabreiele (Hrsg.), Das „Bauchhirn“ – Bestätigung der Neurobiologie für die Psychoperistaltik – Arbeit der Biodynamischen Körperpsychotherapie, Keynote, verkürzt, gehalten am 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien, in Zeitschrift für Körperpsychotherapie Heft 32, 2002, Wien

Becker Anne E., Television, social change and eating disorders: the view from Fiji, 3. Wiener Essstörungenquerte, 2003, fond soziales wien

Binder Ute, Binder Johannes, Studien zu einer Störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie, 1999, Dietmar Klotz, Eschborn bei Frankfurt am Main

Büchele Agnes, Geschlechtsrolle / Geschlechtsspezifität in der Psychotherapie, in Stumm/Pritz, Wörterbuch der Psychotherapie, 2000, Springer, Wien/NewYork

Ehrmann Wilfried, Aggression, in Frenzel/Schmid/Winkler (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, 1992, Edition Humanistische Psychologie, Köln

Frenzel Peter, Die Technik, in Frenzel/Schmid/Winkler (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, 1992, Edition Humanistische Psychologie, Köln

ICD-10 1999

Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 1999 (3. Auflage), Hans Huber, Bern/Göttinger/Toronto/Seattle

Kinzl Josef, Kiefer Ingrid, Kunze Michael (Hrsg.), Besessen vom Essen, 2004, Kneippverlag, Leoben - Wien

Mitterhuber Beatrix, Wolschlagler Hans, Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie; Sehnen nach dem Paradies - Sucht- und Drang-Krankheiten in Frenzl/Keil/Schmid/Stölzl (Hrsg.), Klienten- /Personzentrierte Psychotherapie, 2001, facultas, Wien

Orbach Susie, Anti Diät Buch, 2001 (18. Auflage, 1. Auflage 1978), Frauenoffensive München

Orbach Susie, Anti Diät Buch II, 2003 (10. Auflage, 1. Auflage 1984), Frauenoffensive München

Payk Theo, Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie, 1998 (3. Auflage), Thieme, Stuttgart

Petersen Henriette, in Eckert/Höger/Linster (Hrsg.), Anorexia nervosa, Praxis der Gesprächspsychotherapie, 1997, Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln

Petersen Henriette, in Eckert/Höger/Linster (Hrsg.), Bulimia nervosa, Praxis der Gesprächspsychotherapie, 1997, Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln

Pschyrembel Willibald (Hrsg.), Klinisches Wörterbuch, 1998, (258. Auflage), de Gruyter, Berlin

Reisel Barbara, Die Diagnose, in Frenzel/Schmid/Winkler (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, 1992, Edition Humanistische Psychologie, Köln

Rogers Carl, Schmid Peter, Person-zentriert, 1991, Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz

Rogers Carl, Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung, 1998(Nachdruck) (3. Auflage1991), GwG, Köln

Sachse Rainer, in Schmidtchen/Speierer/Linster (Hrsg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 2, 1993, GwG-Verlag, Köln

Scheffler Sabine, Feministische Therapie, in Stumm/Pritz, Wörterbuch der Psychotherapie, 2000, Springer, Wien/New York

Schmid Peter, Die Person im Zentrum der Therapie in Person, 1/2002, facultas, Wien

Schmid Peter, Neue Manns-Bilder?, Personzentrierte Herausforderungen zu einem Dialog der Geschlechter, in Iseli, Keil, Korbei, Nemeskeri, Rasch-Owald, Schmid, Wacker (Hrsg.), Identität, Begegnung, Kooperation, 2002, GwG-Verlag, Köln

Swildens Hans, Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, 1991, GwG-Verlag, Köln

Winkler Marietta, Du Tarzan Ich Jane, Geschlechterdifferenz in der therapeutischen Interaktion in Frenzel/Schmid/Winkler (Hrsg.), Handbuch der personzentrierten Psychotherapie, 1992, Edition Humanistische Psychologie, Köln

Winkler Marietta, Das Private ist politisch, Aspekte Personzentrierter Feministischer Therapie in Iseli, Keil, Korbei, Nemeskeri, Rasch-Owald, Schmid, Wacker (Hrsg.), Identität, Begegnung, Kooperation, 2002, GwG-Verlag, Köln

Zwaan Martina de, Essstörungen, in Stumm/Pritz, Wörterbuch der Psychotherapie, 2000, Springer, Wien/NewYork