

Diplomarbeit für den Abschluss in Körperzentrierter Psychotherapie IKP
(Typ A)

Der Zwangsaspekt in der Anorexia nervosa und wie er mit dem IKP – Ansatz behandelt werden kann

Eingereicht am IKP
Kanzleistr. 17
8004 Zürich

Zürich, 25. März 2020

Olivia Reich
Rebbergstrasse 45
8049 Zürich

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Persönlicher Bezug zum Thema.....	3
1.2	Fragestellung	4
1.3	Vorgehen	4
2	Theorieteil	5
2.1	Das Störungsbild der Anorexie	5
2.1.1	Diagnostik und Erscheinungsbild.....	6
2.1.2	Komorbidität.....	8
2.1.3	Epidemiologie und Verlauf.....	8
2.1.4	Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung	9
2.2	Das Störungsbild der Zwangsstörung.....	14
2.2.1	Diagnostik und Erscheinungsbild.....	14
2.2.2	Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung	16
2.3	Das Anthropologische Würfelmodell IKP	18
2.3.1	Drei-Phasen-Theorie zur Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.....	18
2.3.2	Salutogramm und Pathogramm.....	19
2.3.3	Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zur Zwangsstörung	21
2.4	Schwierigkeiten bei der Diagnostik.....	22
2.5	Das Krankheitsbild der Anorexie aus der IKP - Perspektive	23
3	Behandlung.....	24
3.1	Die vier Prinzipien der Psychotherapie IKP	24
3.1.1	Das Prinzip des Hier und Jetzt	24
3.1.2	Das Prinzip Awareness	25
3.1.3	Das Prinzip von Nähe und Distanz	25
3.1.4	Das Prinzip der Bedürfniszentriertheit	26
3.2	Die vier psychologischen Funktionen wahrnehmen, denken, fühlen, handeln	26
3.3	Interventionen	27
3.3.1	Körperzentrierte Erfahrungsübungen	27
3.3.2	Gestaltarbeit mit der Stuhltechnik.....	29
3.3.3	Körperübungen zur Entspannung.....	29
3.3.4	Wahrnehmung der eigenen Körpergrenze und des eigenen Raumes	30
3.3.5	Arbeit am Perfektionismus.....	30
4	Fazit	31
5	Literaturverzeichnis	33
6	Zusammenfassung.....	36

1 Einleitung

Die Krankheit der Anorexie bewegt viele Menschen. Sie ist in den Medien präsent und fast jeder kann etwas darüber erzählen oder seine Meinung zu diesem Krankheitsbild äussern. Auch erhitzt es die Gemüter in Diskussionen darüber, was da passiert und wer schuld daran sein soll. Eindrücklich ist die hoch emotionale Komponente, wenn man sich vor Augen führt, dass die Betroffenen am verhungern und teilweise dem Tode nahe sind. Die hohe Sterblichkeit und der Ruf als hartnäckige Krankheit machen diese Diagnose bei Therapeuten¹ nicht sonderlich beliebt. Im nächsten Kapitel möchte ich über meinen persönlichen Bezug zu diesem Thema schreiben.

1.1 Persönlicher Bezug zum Thema

Bei meiner Arbeit als delegierte Psychotherapeutin in einer auf Essstörungen spezialisierten Praxis konnte ich einen vertieften Einblick in das Feld der Essstörungen erhalten. Ich begleite viele Menschen mit verschiedenen Essstörungen wie Anorexie, Bulimie, Binge-Eating, Adipositas und verschiedenen unspezifischen Essstörungen. Diese Krankheitsbilder unterscheiden sich in Erscheinungsform und Behandlung erheblich voneinander. Auch wenn sie unter dem Oberbegriff Essstörungen zusammengefasst werden, stellen sie doch einzelne, für sich stehende Krankheitsbilder dar. In der von mir gesichteten Fachliteratur werden die Krankheitsbilder ebenfalls meistens separat behandelt. Was ich doch relativ häufig fand, war die Kombination von Anorexie und Bulimie. Teilweise gibt es sogar gemeinsame Entstehungsmodelle für beide Krankheiten, da sie in der Symptomatik recht ähnlich seien (Legenbauer & Vocks, 2014). Es wird aber dennoch auf Unterschiede hingewiesen. Andere Bücher behandeln die Krankheitsbilder gänzlich separat oder in abgegrenzten Kapiteln. In meiner persönlichen therapeutischen Erfahrung erlebe ich die Krankheitsbilder meist recht unterschiedlich. So erlebe ich die Anorektikerinnen häufig um ein Vielfaches rigider (nicht nur im Essverhalten) als Bulimikerinnen. Günter Reich (2010) beschreibt ebenfalls eine unterschiedliche Psychodynamik von Bulimie und Anorexie. Er sieht bei der Bulimie häufig Identitätskonflikte zwischen idealen Selbstanteilen und als makelbehaftet und defekt erlebten Selbstanteilen. Bei der Anorexie sieht er eher Konflikte um Selbstgrenzen und Kontrolle. Auch in der Beziehungsgestaltung erlebe ich sie anders. Bulimikerinnen sind zu Beginn häufig viel offener, während Anorektikerinnen zurückhaltender und verletzlicher auftreten. Haben diese aber einmal Vertrauen gefasst, öffnen sie sich und ich erlebe sie sehr verlässlich in der Beziehung, während Bulimikerinnen häufig eher luftig und unverbindlich bleiben. Dies eine persönliche Erfahrung, die von meinen Arbeitskolleginnen geteilt wird. Neben den vielen Unterschieden gibt es auch Frauen, die für mich schwierig einzuordnen sind oder Patientinnen, die in unterschiedlichen Phasen ihres Lebens

¹ Hier sind natürlich auch Therapeutinnen gemeint. Ich werde zwischen der weiblichen und männlichen Form abwechseln.

das eine und das andere Krankheitsbild aufgewiesen haben. Dabei erlebe ich häufiger, dass aus einer Anorexie eine Bulimie entsteht. Dies nicht selten aus dem Grund, dass sich eine Bulimie besser verstecken lässt und so familiären Problemen (familiären Fürsorge, familiäre Kontrolle, Streitereien) aus dem Weg gegangen werden kann.

In der folgenden Arbeit werde ich mich ausschliesslich mit dem Krankheitsbild der Anorexie befassen. Dies weil ich dafür plädiere, die Krankheitsbilder getrennt voneinander zu betrachten, aber auch weil es sonst den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Innerhalb dieses Krankheitsbildes möchte ich mich auf den zwanghaften Aspekt der Anorexie fokussieren. Anorektikerinnen weisen zwanghafte Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung, Essen, Gewicht und Sport auf (Reich & Cierpka, Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe - Grundzüge der Therapie, 2010). Dies ist ein Symptom der Krankheit. Gleichzeitig ist aber auch die Komorbidität mit einer Zwangsstörung oder einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung sehr hoch (Blinder, Cumella, & Sanathar, 2006). Das kann diagnostisch herausfordern sein. (Mehr dazu in Kapitel 2.4.) Ich habe den zwanghaften Aspekt ausgewählt, weil er in Bezug auf die Diagnostik interessant ist, aber auch weil ich gerade in diesem Aspekt einen sehr hohen Leidensdruck bei den Betroffenen sehe. Somit ist die Behandlung dieses Aspekts zentral für ihre Lebensqualität.

Über Zwangsstörungen (inklusive zwanghafte Persönlichkeitsstörung) verfüge ich über vertieftes theoretisches Wissen, da ich dazu im Rahmen der Diplomabschlussgruppe einen ein- einhalb-tägigen Kurs vorbereitet und geleitet habe. So führe ich in dieser Arbeit Wissen aus Theorie und Praxis zusammen.

1.2 Fragestellung

In dieser Arbeit geht es um Gemeinsamkeiten der Anorexie, der Zwangsstörung und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, mit einem klaren Fokus auf die Anorexie, sowie um die Behandlung der Anorexie. Als Leitlinie dienen folgende zwei Fragen:

- Wie können Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa auf der Basis des IKP- Verständnisses, der IKP-Methoden und IKP-Interventionen begleitet werden?
- Wie gelingt es dabei, die zwanghaften Symptome zu reduzieren und das Wohlbefinden zu steigern?

1.3 Vorgehen

Die Arbeit gliedert sich in vier grosse Kapitel. Im einleitenden Kapitel wird das Thema eingeführt und eingegrenzt, sowie der persönliche Bezug geschildert, was dann zu der Fragestellung der Arbeit führt.

Darauf aufbauend folgt das Kapitel mit den theoretischen Grundlagen. In diesem beginne ich mit meiner Erfahrung aus dem Berufsalltag, um verständlich zu machen, weshalb ich den

Zwangaspekt in der Anorexie beleuchten möchte und was wichtige Punkte dabei sind. Danach werden die beiden Störungsbilder Anorexie und Zwangsstörung, sowie auch kurz die zwanghafte Persönlichkeitsstörung vorgestellt. In einem weiteren Unterkapitel gehe ich auf die Schwierigkeiten in der Diagnostik ein. Diese resultieren daraus, dass das Zwanghafte in beiden Störungsbildern vorkommt und die Differentialdiagnostik somit erschwert wird. Teilweise kann die Diagnose einer Zwangsstörung oder einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung erst nach Abklingen der anorektischen Symptome abschliessend gestellt werden.

Im Kapitel Behandlung erläutere ich zuerst wichtige Grundsätze und Prinzipien der IKP-Therapie und setze sie in Bezug auf das Krankheitsbild der Anorexie. Danach stelle ich konkrete Interventionsmöglichkeiten vor und schliesse mit Erfahrungen aus meinem Berufsalltag ab.

Im letzten Kapitel soll nochmals explizit auf die Forschungsfragen eingegangen und ein Fazit gezogen werden.

An dieser Stelle möchte ich noch kurz auf die Begrifflichkeiten und die Genderfrage eingehen. Der Einfachheit halber nenne ich die Krankheit Anorexie, der korrekte Begriff der Diagnose wäre Anorexia nervosa. Ich spreche von Patientinnen oder Anorektikerinnen explizit in der weiblichen Form. Dies, weil von den Betroffenen rund 75% weiblich sind (APA, 2013) und ich wenig Erfahrung mit männlichen Patienten habe. Grundsätzlich sind Männer aber auch betroffen und miteingeschlossen. Bei anderen Begriffen wechsele ich zwischen der weiblichen und männlichen Form ab, wobei immer alle Geschlechter gemeint sind.

2 Theorieteil

Im Theorieteil wird zuerst auf das Störungsbild der Anorexie und danach etwas weniger detailliert auf die Störungsbilder der Zwangsstörung und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung eingegangen. Danach werden Gemeinsamkeiten dieser Störungsbilder und damit Schwierigkeiten in der Diagnostik aufgezeigt. Am Schluss wird das Krankheitsbild der Anorexie aus Perspektive des IKP geschildert.

2.1 Das Störungsbild der Anorexie

Zum Störungsbild der Anorexie wird zuerst die Diagnostik und etwas ausführlicher das Erscheinungsbild vorgestellt. Danach folgen Fakten zu Komorbidität, Epidemiologie und Verlauf. Der letzte Teil befasst sich mit Modellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexie.

2.1.1 Diagnostik und Erscheinungsbild

Im ICD-10 wird die Anorexia Nervosa nach folgenden Kriterien diagnostiziert (DIMDI, 2018):

- Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht oder Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger (bei Erwachsenen)
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von energiereicher Nahrung und zusätzlich mindestens eine der folgenden Möglichkeiten:
 - selbstinduziertes Erbrechen
 - selbstinduziertes Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivität
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung
- Endokrine Störungen, bei Frauen manifestiert als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklung gestört (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung)

Wie bereits erwähnt orientieren sich die Kriterien eher an somatischen, bzw. psychosomatischen Markern. Der Gewichtsverlust steht dabei im Zentrum.

Das DSM-5 nennt zusätzlich zur Körperschemastörung die Angst vor einer Gewichtszunahme wie folgt:

- Durch zu geringe Energiezufuhr ist das Körpergewicht unter dem für das jeweilige Geschlecht, Alter, Entwicklung und Gesundheitszustand zu erwartenden Gewicht.
- Hinter dem niedrigen Körpergewicht steht die Angst vor einer Gewichtszunahme und der Vorstellung dick zu werden.
- Die Betroffenen haben eine Körperschemastörung sowie eine Störung in der Wahrnehmung ihres geringen Körpergewichts.

Zur Beurteilung des niedrigen Körpergewichts wird der Body-Mass-Index herangezogen und das Ausmaß der Anorexia nervosa eingeteilt in:

- mild BMI ≥ 17
- gemäßigt BMI 16-16.99
- schwer BMI 15-15.99
- extrem BMI <15

Das heisst, eine Anorektikerin ist eine Frau mit Untergewicht, inkl. körperlichen Veränderungen vom Untergewicht (endokrine Veränderungen, Wachstumsstopp), die absichtlich wenig isst und oder gewichtsregulierende Massnahmen trifft, eine Körperschemastörung aufweist und laut DSM-V Angst vor einer Gewichtszunahme hat. Dieses Bild zeigt wenig über die

psychologischen Vorgänge einer Anorexie, die im Praxisalltag oft zentraler sind als das Gewicht und die reine Nahrungsaufnahme.

Zur Beschreibung der Symptomatik gehört auf der affektiven Ebene die massive Angst vor einer Gewichtszunahme, die mit einer verzerrten Körperwahrnehmung (Körperschemastörung) in Richtung von starker Überschätzung der Körperdimensionen einhergeht. Das bedeutet, die Betroffenen nehmen sich trotz Untergewicht als normal bis übergewichtig wahr. Der Gewichtsverlust wird als Zeichen der eigenen Disziplin und somit als grosser Erfolg angesehen. (Legenbauer & Vocks, 2014) Sowohl die Angst vor der Zunahme als auch die Körperschemastörung nehmen mit zunehmendem Untergewicht nicht ab, sondern zu (Reich & Cierpka, Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe - Grundzüge der Therapie, 2010).

Auf der kognitiven Ebene ist die Anorexie meist mit einer geringen Krankheitseinsicht verbunden. Die Gefährlichkeit des Untergewichts wird negiert und von der eigenen Person distanziert. (Legenbauer & Vocks, 2014) Dies äussert sich in meiner Praxis z.B. in Aussagen wie «aber ich fühle mich ja sehr fit, also ist alles in Ordnung» oder «ich bin ja nicht so dünn wie die Anorektikerinnen, die man auf Bildern sieht». Ein anderer wichtiger Punkt ist die gedankliche Fixierung auf die Nahrung. Es wird also fast zwanghaft ständig an Essen gedacht (Legenbauer & Vocks, 2014). Dies wird als Folge von der Mangelernährung betrachtet. Hier möchte ich kurz auf die viel zitierte Minnesota-Studie hinweisen (Keys, Brožek, Henschel, Mickelsen, & Taylor, 1950). In diesem Experiment wurde gezeigt, dass bei gesunden Männern eine Mangelernährung psychische Veränderungen wie Gereiztheit, übermässige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und Rückzugsverhalten zur Folge hat. Daraus schloss man später, dass ein Teil der Symptomatik bei Anorektikerinnen nicht primär psychische Veränderungen sind, sondern eher als Folge der Mangelernährung anzusehen sind.

Auf der Verhaltensebene kommt es neben dem Gewichtsverlust oft zu bizarren Verhaltensweisen im Umgang mit dem Essen. So werden z.B. Nahrungsmittel in ganz kleine Stücke geschnitten und langsam verzehrt, oder sehr lange auf Esswaren gekaut und dann wieder ausgespuckt. Mit der gedanklichen Überbeschäftigung mit dem Essen geht teilweise stundenlanges Studieren von Kochbüchern, Food-Blogs, Kochsendungen etc. einher oder es werden Rezepte auswendig gelernt. Nicht selten kochen Anorektikerinnen auch gerne für andere. Ein häufiges Symptom ist das übertriebene sich Wägen (mehrmals täglich) oder auch Vermessen des Körpers. Weiter ist die Hyperaktivität zu nennen, die sich in Sportsucht, langen Spaziergängen und teils zwanghafter Verzicht auf die öffentlichen Verkehrsmittel oder nervösen Körperbewegungen wie ständigem wippen mit dem Bein ausdrücken. (Legenbauer & Vocks, 2014) Ein Beispiel aus meiner Praxis sind Patientinnen, die sich im Warteraum kaum setzen können, hin und her laufen oder zum hundertsten Mal stehend die an der Wand aufgehängten Artikel lesen.

Auf der physiologischen Ebene ist neben dem niedrigen Körpergewicht die Veränderung der Interozeptionsfähigkeit zu nennen. Reize wie Hunger werden verändert wahrgenommen bzw. durch das anhaltende Verleugnen wird die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Hunger und Sättigung verlernt. Oft wird auch bei der Aufnahme von kleinen Nahrungsmengen über Völlegefühl, Blähbauch und Übelkeit geklagt. Ebenso kommt es zu einer verminderten Schmerzempfindlichkeit. (Legenbauer & Vocks, 2014) Auf die körperlichen Folgeerscheinungen wie Osteoporose, Hirnatropie, Kaliummangel, endokrine Veränderung etc. möchte ich hier nicht näher eingehen, da sie für den weiteren Verlauf der Arbeit wenig relevant sind und aufgrund ihres Ausmasses den Rahmen sprengen würden.

2.1.2 Komorbidität

Die Komorbidität für mindestens eine weitere psychische Störung liegt bei 56% (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Die häufigste Komorbidität besteht mit affektiven Störungen. Bei behandelten jugendlichen Anorektikerinnen haben 60% eine affektive Störung (Salbach-Andrae, et al., 2008). Durch Hungern, Fasten und Fehlernährung kann es zu kognitiven, affektiven und sozialen Veränderungen kommen, die einer Depression ähneln (Reich & Cierpka, 2010). Da nach Abklingen der anorektischen Symptomatik häufig auch die depressive Symptomatik verschwindet, wird die Depression nun eher als Folgeerkrankung der Anorexie angesehen. Dennoch können depressive Störungen vor, zeitgleich mit, oder nach dem Beginn einer Essstörung auftreten (Reich & Cierpka, 2010). Eine andere häufige Komorbidität liegt mit der Zwangsstörung vor, wobei diese mit 29% für restriktive Anorexie und mit 28% für bulimische Anorexie angegeben wird (Blinder et al., 2006). Angststörungen haben mit 26% ebenfalls eine hohe Komorbidität (Salbach-Andrae et al. 2008). Beim Substanzmissbrauch werden für eine Alkoholabhängigkeit 12% und für eine Drogenabhängigkeit 5% genannt (Hudson et al., 2007). Weiter werden Persönlichkeitsstörungen, dabei am häufigsten Cluster C Persönlichkeitsstörungen (abhängig, ängstlich-vermeidend, zwanghaft), PTSD, sowie Störungen der Impulskontrolle wie z.B. zwanghaftes Kaufen, Kleptomanie oder ADHS als häufige komorbide Störungen genannt (Reich & Cierpka, 2010).

2.1.3 Epidemiologie und Verlauf

Prävalenz

Die Lebenszeitprävalenz für eine Anorexie liegt im deutschsprachigen Raum bei 1.3% (Jacobi, Paul, & Thiel, 2004). Im Vergleich dazu wird in einer anderen Studie für die USA eine Lebenszeitprävalenz von 0.9% bei Frauen und von 0.3% bei Männern, mit einer Gesamtprävalenz von 0.6% angegeben (Hudson et al., 2017). Die Jahresprävalenz wird mit 0.4% angegeben (APA, 2013). Für die Risikogruppe der jungen Mädchen liegt die Jahresprävalenz erhöht bei 1% (Nagl, et al., 2016).

Demografisch ist die Krankheit nicht zufällig verteilt. Frauen sind viel häufiger betroffen als Männer. Früher ging man von einem Verhältnis von Frauen zu Männern von 11:1 aus (Hock, et al., 1995). Heute geht man eher davon aus, dass der Anteil an Männern bei ca. 25% liegt (APA, 2013). Die Krankheit tritt vorwiegend in der frühen Jugend auf. Das Erstmanifestationsalter liegt je nach Studie zwischen 10 und 19 Jahren (Reich & Cierpka, 2010). Eine weitere Studie findet eine Zunahme der Erkrankungsfälle bereits vor dem 10. Lebensjahr (Herpertz-Dahlmann, et al., 2008). Ebenfalls eine erhöhte Prävalenzrate findet sich bei Berufsgruppen, in denen das Aussehen wichtig ist, wie z.B. bei Models oder Profisportlern (Legenbauer & Vocks, 2014).

Mortalität

Anorektikerinnen haben im Vergleich zu gesunden Personen gleichen Alters und Geschlechts ein 4 Mal höheres Risiko zu sterben. Das heisst, 0.56% der Erkrankten sterben durchschnittlich pro Jahr an der Anorexie und ihren Folgen (van Hoeken, Seidell, & Hoek, 2003). Nur Alkoholabhängige haben eine ähnlich hohe Sterblichkeitsrate (Roth & Petermann, 2006).

Als häufigste Todesursache gelten mit 54% medizinische Komplikationen infolge der Essstörung (Elektrolytentgleisung, Infektionen), gefolgt von Suizid mit 27% (Sullivan, 1995). Mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate assoziiert sind niedriger BMI bei Behandlungsaufnahme und im Verlauf, Zwangssymptome, Drogenmissbrauch und komorbide depressive Erkrankungen (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2004).

Prognose

Nach 4 Jahren sind 44% der Patientinnen genesen, 15% weisen einen medizinisch unbedenklichen BMI auf und 25% gelten als chronisch krank. Die chronisch Kranken weisen ein Muster von Gewichtszunahme und Rückfällen auf. Der Verlauf bleibt über viele Jahre chronisch, meist sich weiter verschlechternd. (Le Grange & Lock, 2005)

Somatische Krankheitssymptome wie niedriges Gewicht, Amenorrhoe und essstörungsspezifische Verhaltensweisen bessern während der Therapie zuerst. Die gedankliche Überbeschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht nimmt erst im späteren Verlauf ab. Nach der Genesung können andere Störungen wie affektive Beeinträchtigungen oder Angststörungen auftreten (Legenbauer & Vocks, 2014).

2.1.4 Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung

Es gibt diverse verschiedene Modelle zur Ätiologie der Anorexie. Viele Ansätze bestehen nicht aus fixen Modellen, sondern eher aus einer Auflistung aus prädisponierenden und aufrechterhaltenden Faktoren. Im Folgenden werde ich solche Faktoren erläutern, sowie ein Zwei-

Faktoren-Modell (Jacobi, Thiel, & Paul, 2008) und ein Multifaktorielles Modell (Legenbauer & Vocks, 2014) vorstellen.

Prädisponierende Faktoren

Biologische Faktoren

Es wird davon ausgegangen, dass biologische Faktoren eine Vulnerabilität darstellen, die unter Einwirkung zusätzlicher Faktoren die Entwicklung einer Anorexie begünstigen. Dabei werden genetische Faktoren diskutiert, die eine gewisse Erblichkeit der Krankheit nahelegen. Wie stark dieser Einfluss ist, ist noch nicht gänzlich klar und die Zahlen variieren über die verschiedenen Studien stark (28%-83% Varianzaufklärung durch genetische Faktoren). Weiter werden erbliche Dysfunktionen der Neurotransmitter Serotonin und Dopamin sowie der Hormone, die mit der Appetit- und Energieregulation assoziiert sind, vermutet. Gut bestätigt sind neurobiologische nicht erbliche Veränderungen wie die Dysfunktion des Hypothalamus, die hormonelle Störungen mit sich zieht, sowie Störungen des Neurotransmitters Serotonin, der an der Sättigungsreaktion beteiligt ist. Als weiterer Risikofaktor gilt ein biologisch höheres Gewicht bei normaler Nahrungsaufnahme. Das bedeutet, dass die Betroffene eher ein höheres natürliches Gewicht hat und restriktiv essen müsste, um schlank zu sein. Weiter wird eine frühe Menarche erwähnt, wobei hier wahrscheinlich der dadurch assoziierte früher höhere Körperfettanteil (weiblicher Körper) und somit potentiell mehr körperliche Unzufriedenheit dafür verantwortlich sind. (Legenbauer & Vocks, 2014) Ich habe einige Patientinnen, die durch die Veränderung des Körpers in der Pubertät verängstigt waren und in der Folge den weiblichen Rundungen durch eine Diät entgegenwirken wollten. Dies beobachte ich verstärkt, wenn sie in der Entwicklung weiter als ihre Kolleginnen waren oder wenn sie sehr grosse Brüste entwickelten.

Soziokulturelle Faktoren

Unter den soziokulturellen Faktoren werden unter anderem das Schlankheitsideal und der Einfluss von Familie und Peers diskutiert. Das Schlankheitsideal bzw. der sogenannte Schlankheitswahn ist der Faktor, der in den Medien und in populärwissenschaftlichen Texten am meisten Beachtung findet. Ebenso wird die veränderte Rolle der Frau und die ambivalente Haltung der westlichen Gesellschaft bezüglich des relativen Wertes von Askese gegenüber Besitz und Konsum diskutiert. Diese Hypothesen sind führend in populärwissenschaftlicher Literatur, ihr wissenschaftlicher Status hingegen ist ungewiss. (Schweiger, Peters, & Sipos, 2003) Das Schönheitsideal scheint einen indirekten Einfluss zu haben. Eine Studie zeigt, dass das Gewicht und die Exposition mit dem westlichen Schönheitsideal das Ausmass körperlicher Unzufriedenheit voraussagen (Swami, et al., 2010). Körperliche Unzufriedenheit gilt als gut gesicherter Faktor. Dieser wirkt mit anderen Faktoren wie Depression, geringem Selbstwertgefühl, hohem Körpergewicht, Schwierigkeiten mit der eigenen Identität sowie Tendenzen, seinen

Körper mit anderen zu vergleichen als Mediator. Dieser begünstigt die Verinnerlichung des Schlankheitsideals. (Legenbauer & Vocks, 2014)

Die Familie vermittelt ebenfalls ein Schönheitsideal und fungiert als soziales Modell. Kritische Bemerkungen von Eltern über Figur und Gewicht gelten als Risikofaktoren, ebenso wie Mütter, die selbst eine Essstörung haben. (Legenbauer & Vocks, 2014) Hier hat das, was von den Eltern vorgelebt wird, einen grösseren Einfluss als das, was sie sagen und somit rein verbal weitergeben (Liechti, 2008). Bei den Peers funktioniert der Einfluss ähnlich wie bei der Familie über Normen und Ideale in der Peergroup, sowie auch über Kommentare. Figur bezogene Hänseleien gelten als gut abgesicherter Faktor, der sich sowohl auf die körperliche Zufriedenheit, wie auch direkt auf das Essverhalten auswirkt. (Legenbauer & Vocks, 2014)

Familiäre Interaktionsmuster

Es gibt zahlreiche Studien und Modelle zu familiären Interaktionsmustern. Gerade als der systemische Ansatz populär wurde, entstanden viele Modelle zum familiären Einfluss und zu der «anorektischen Familie». Diese Modelle konnten empirisch nicht oder nur teilweise bestätigt werden. Neuere Modelle sind offener und zeigen Faktoren auf, die gehäuft vorkommen. So scheinen Familien von Anorektikerinnen gekennzeichnet durch einen starken Zusammenhalt, hohe Norm- und Leistungsorientierung, stärkere Überbehütung des Kindes, sowie Konfliktvermeidung bei absolutem Harmoniegebot und einem Mangel an Konfliktbewältigungsfähigkeiten. Des Weiteren werden Verstrickungen, Grenzstörungen und Bündnisprobleme diskutiert. (Legenbauer & Vocks, 2014) Psychodynamische Autoren legen den Fokus auf die dadurch erschwerte Entwicklung der Identität und den vorherrschenden Autonomiekonflikt (Reich & von Boetticher, 2017).

Individuelle Faktoren

Der Faktor niedriger Selbstwert ist zwar kein spezifischer, dafür aber ein gut abgesicherter Prädiktor und trägt unumstritten zu der Entwicklung einer Anorexie bei (Jacobi et al., 2004). Einige Untersuchungen weisen auch auf die damit eng verknüpfte Selbstwirksamkeit hin, die ebenfalls einen Einfluss auf das Essverhalten hat. Ein weiterer gut belegter prädisponierender wie auch aufrechterhaltender Faktor ist der Perfektionismus. Die perfektionistische Erwartungshaltung an sich selbst macht auch vor dem Essverhalten und der Figur nicht Halt oder findet genau dort einen Bereich, in welchem er sich ausweiten kann. Bei follow-up Untersuchungen stellte man fest, dass der Perfektionismus auch nach deutlicher Reduktion der Essstörungssymptomatik auf einem höheren Niveau als bei gesunden Kontrollen blieb. Dies deutet darauf hin, dass der Perfektionismus ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, das nicht nur während der Erkrankungszeitspanne auftritt. (Jacobi, Thiel, & Beintner, 2016) Weiter zeigen Anorektikerinnen ein hohes Mass an Persistenz, eine Eigenschaft, die mit Fleiss,

Ausdauer, Perfektionismus, Rigidität und Zwanghaftigkeit verbunden ist (Reich & Cierpka, 2010). Ein weiterer gut untersuchter Bereich sind kognitive Faktoren. Hier werden kognitive Schemata und dysfunktionale Grundannahmen diskutiert. Diese haben häufig Themen wie wahrgenommene Unzulänglichkeit, Scham, unzureichende Selbstkontrolle oder Leistungsversagen. Eine beispielhafte Grundannahme wäre «Ich muss alle meine Handlungen kontrollieren, um mich sicher zu fühlen». Weiter geht man ähnlich wie bei einer Depression von fehlerhaften Informationsverarbeitungsprozessen aus, die sich in selektiver Aufmerksamkeit und in veränderten Erinnerungsprozessen äussern. (Legenbauer & Vocks, 2014)

Auslösende Faktoren

Zu den auslösenden Faktoren zählen kritische Lebensereignisse wie der Eintritt in einen neuen Lebensabschnitt, eine Trennung, ein Umzug oder Ähnliches. Weiter steht zu Beginn einer Anorexie nicht selten eine Diät. Der Gewichtsverlust ist ein Erfolgserlebnis, das häufig von Familie und Peers gelobt und somit verstärkt wird. Es wird eine Verbindung zwischen Gewichtsreduktion und Selbstwertgefühlherhöhung hergestellt. Später kommt dann die Angst vor einer erneuten Gewichtszunahme hinzu und das restriktive Essverhalten wird aufrechterhalten oder sogar noch verstärkt. (Jacobi et al. 2004)

Aufrechterhaltende Faktoren

Viele von den prädisponierenden Faktoren wirken ebenfalls aufrechterhaltend. Spezifisch als aufrechterhaltende Faktoren genannt werden restriktives Essverhalten, hohes Ausmass an Stress gepaart mit geringen Copingstrategien und eine dysfunktionale Informationsverarbeitung. Das restriktive Essverhalten führt zu dem sogenannten anorektischen Zirkel. Die extreme Nahrungseinschränkung führt zu einem Gewichtsverlust und somit zu einem Erfolg. Er vermittelt Körperbeherrschung und Autonomie und stärkt dadurch das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit. Durch Ausschüttung von Endorphinen kann die Gewichtsabnahme sogar euphorische Gefühle auslösen. So wird das restriktive Essverhalten aufrechterhalten. (Legenbauer & Vocks, 2014) Zusätzlich kommt es auf der biologischen Ebene durch die Mangelernährung zu einer kognitiven Überbeschäftigung mit dem Essen (siehe auch Minnesota Studie), was der Essstörung einen Nährboden gibt (Schweiger et al., 2003).

Anorektikerinnen erleben Alltagssituationen stressreicher als Gesunde und erleben somit mehr Stress. Zusätzlich bestehen häufig Defizite in der Bewältigung von Belastungssituationen. (Legenbauer & Vocks, 2014) Die Essstörung bietet hier eine Copingstrategie: Durch die permanente gedankliche Beschäftigung mit dem Essen kann die Auseinandersetzung mit eigenen Schwierigkeiten vermieden werden und durch die Körperbeherrschung weicht das Gefühl der Unzulänglichkeit oder Hilflosigkeit einem Kontrollgefühl. (Jacobi et al., 2008)

Als dritter Faktor werden dysfunktionale Informationsverarbeitungsprozesse genannt. Die dysfunktionalen Kognitionen führen zu einer schemakonformen Informationsverarbeitung. Dies äussert sich in dichotomer Kategorisierung von Lebensmitteln in gut/schlecht, in massiver Selbstabwertung nach dem Essen verbotener Lebensmittel und in überhöhten Ansprüchen an das Diätverhalten. Weiter kommt es zu einer selektiven Aufmerksamkeitszuwendung hinsichtlich nahrungs-, figur- und gewichtsbezogener Inhalte. (Legenbauer & Vocks, 2014)

Es gibt verschiedene multifaktorielle Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexie, die auf den oben genannten Faktoren basieren. Im Folgenden ein Beispiel davon aus Legenbauer und Vocks (2014). Dieses Modell fasst die oben genannten Faktoren in einem Modell zusammen und setzt sie in Beziehung zueinander. Es versucht der Komplexität und Vielfältigkeit Rechnung zu tragen.

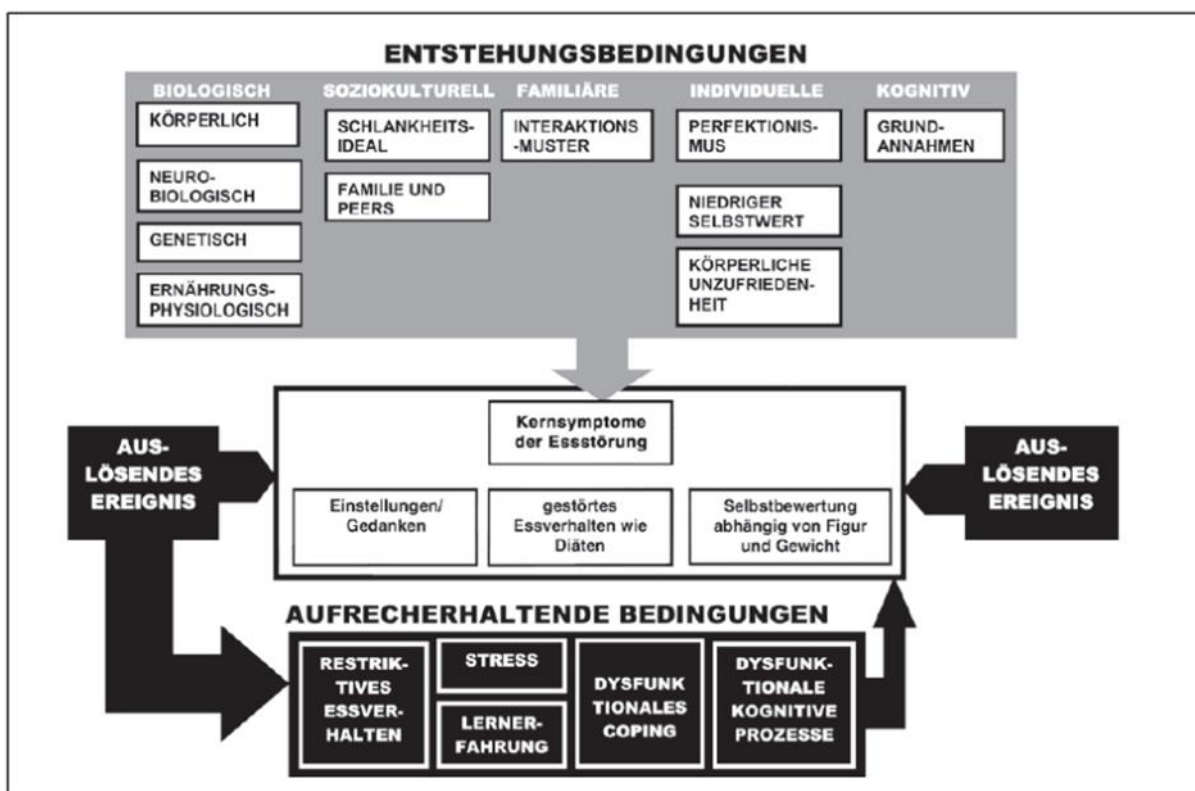


Abbildung 1: Multifaktorielles Modell der Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa (Legenbauer & Vocks, 2014)

Ein weiteres häufig genanntes Modell ist das Zwei-Faktoren-Modell nach Connors (1996). Dieses Modell erklärt die Entstehung einer Essstörung. Es zeigt schön, dass die beiden Faktoren vorliegen müssen, damit sich eine Essstörung und nicht eine andere psychische Störung oder ein «gesundes» Diätverhalten entwickelt.

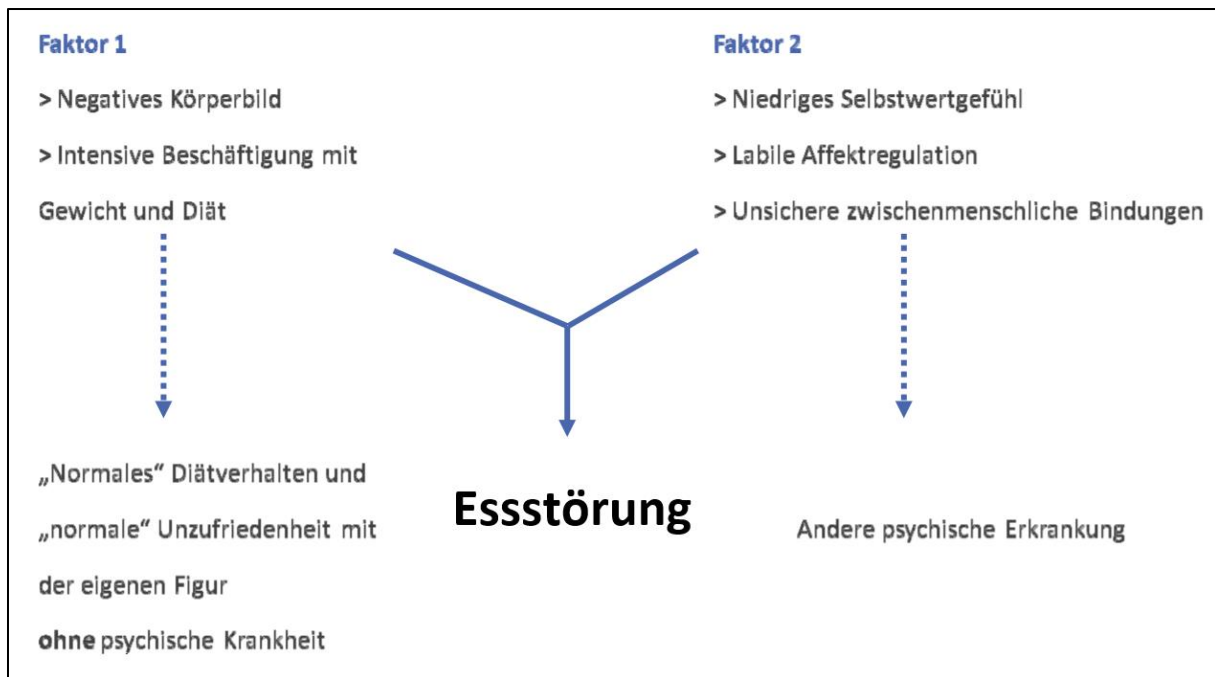


Abbildung 2: Das Zwei-Faktoren-Modell nach Connors, 1996 (Jacobi et al., 2008, S.25)

2.2 Das Störungsbild der Zwangsstörung

Im Folgenden wird das Störungsbild der Zwangsstörung vorgestellt. Der Fokus liegt auf dem Erscheinungsbild und wird durch Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung ergänzt. Anschliessend wird die zwanghafte Persönlichkeitsstörung kurz vorgestellt.

2.2.1 Diagnostik und Erscheinungsbild

Die Klassifikation der Zwangsstörungen hat sich mit den neuen Klassifikationssystemen stark verändert. Während die Zwangsstörungen im ICD-10 und im DSM-IV unter den Angststörungen diagnostiziert wurden, bekamen sie in den neuen Systemen ein eigenes Kapitel mit dem Namen Zwangsstörungen und verwandte Störungen. Zu den verwandten Störungen zählen dabei die Körperdysmorphie Störung, Zwanghaftes Horten, Trichotillomanie, Dermatillomanie sowie analoge Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Medikamenten und anderen medizinischen Bedingungen. (WHO, 2018) Im Folgenden werden die aktuell noch gültigen Kriterien des ICD-10 vorgestellt (DIMDI, 2018):

- A Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.
- B Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgende Merkmale:
1. Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.

2. Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung wird als übertrieben und unsinnig anerkannt.
 3. Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
 4. Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).
- C Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen oder werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.
- D Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht bedingt durch eine andere psychische Störung, wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2) oder affektive Störungen (F3).

Menschen mit einer Zwangsstörung leiden also an Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder häufiger an einer Kombination von beiden. Die Zwänge beziehen sich häufig auf bestimmte Themengebiete, wobei gewisse Themen häufiger vorkommen als andere. (Dazu später mehr.) Wichtig ist, die Zwangsgedanken und die Zwangshandlungen in ihrer Funktion zu unterscheiden. Zwangsgedanken verursachen Anspannung und treten als «Aufputscher» auf. Zwangshandlungen sollen diese Gedanken durch Handlungen neutralisieren, sie treten also als «Beruhiger» auf. (Oelkers, Hautzinger, & Bleibel, 2007)

Zwangsgedanken

Zwangsgedanken werden als beunruhigend und persistierend erlebt, der Betroffene kann sich also kaum davon distanzieren. Sie lösen Gefühle wie Unsicherheit, Angst oder auch Ekel aus und führen zu einer körperlichen Anspannung. Inhaltlich können die Gedanken beliebig sein, es gibt aber Kategorien die häufiger auftreten. Diese wären: a) Krankheit, Ansteckung, Infektion oder b) eigene Vergehen, sich selbst oder andere verletzen, oder c) sexuelle Gedanken oder auch d) religiöse oder blasphemische Inhalte. (Oelkers et al., 2007) Zwangsgedanken beziehen sich oft auf die Konsequenzen der eigenen Handlung oder auf deren Unterlassung. Die Betroffenen wollen diese Konsequenzen unter allen Umständen abwenden. Die Inhalte von Zwangsgedanken sind vor dem biografischen Hintergrund zu interpretieren und stellen oft das dar, was auf keinen Fall geschehen darf. (Althaus, Niedermeier, & Niescken, 2013)

Unter Zwangsgedanken versteht man nicht nur reine Gedanken, sondern auch Bilder, Imaginationen oder sich aufdrängende Impulse. Ein Beispiel für einen Zwangsgedanken wäre, ob der Herd wirklich aus ist, da sonst das Haus abbrennen könnte. Ein Beispiel für einen Impuls wäre es, wenn eine Person beim Fenster schliessen das Fenster nicht loslassen kann, aus

dem Gefühl heraus, dass die Handlung noch nicht abgeschlossen sei. Deshalb wiederholt sie die Handlung des Öffnens und Schliessens. Ein Beispiel für ein Bild wäre die sich aufdrängende Szene, wie die eigene Tochter verblutet. (Oelkers et al., 2007)

Auch Gesunde haben von Zeit zu Zeit solche Gedanken oder Bilder. Sie messen ihnen aber keine grosse Bedeutung zu und vergessen sie rasch wieder. Menschen mit einer Zwangsstörung können das nicht. Sie erleben diese Gedanken intensiver und messen ihnen eine höhere Wichtigkeit bei. Hinzu kommt, dass die Gedanken als sehr unangenehm erlebt werden und eine derartige Anspannung auslösen, dass die Betroffenen kaum in der Lage sind, deren Realitätsgehalt abzuschätzen oder deren Relevanz für das eigene Handeln zu überprüfen. (Oelkers et al., 2007)

Zwangshandlungen

Wie oben beschrieben, lösen Zwangsgedanken Anspannung oder Angst aus. Um diese Anspannung zu reduzieren, werden Zwangshandlungen, also ritualisierte Verhaltensweisen oder Gedanken, vollzogen. Dies nennt man Neutralisieren, weil der Patient dadurch eine neutrale Stimmungslage erreichen bzw. den Zwangsgedanken oder seinen Inhalt ungeschehen machen möchte. Dieses Neutralisieren geschieht lediglich in der Vorstellung der Betroffenen, die Handlung an sich ist also sinnlos. Viele Betroffene merken das auch, vor allem dann, wenn sie in einer ruhigen und neutralen Verfassung sind. Sie führen diese Handlungen trotzdem immer wieder und teils bis zur Erschöpfung aus und beharren auf der magischen Vorstellung, dass sie mit ihren Ritualen die Inhalte der Zwangsgedanken verhindern können. Zwangshandlungen können mehrere Stunden täglich in Anspruch nehmen. Die Inhalte der Handlungen richten sich oft nach den Zwangsgedanken. Wenn sich die Zwangsgedanken z.B. um Schmutz und Bakterien drehen, besteht die Zwangshandlung darin, dagegen zu kämpfen und zu putzen. Es gibt auch Zwangshandlungen ohne vorgängige Zwangsgedanken. Häufige Zwangsinhalte sind Wasch- und Putzzwang, Kontrollzwang, Ordnungszwang, Wiederholungszwang, Zählzwang, Zwanghaftes Grübeln oder Berührungszwang. (Oelkers et al., 2007)

2.2.2 Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung

Es gibt viele verschiedene Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung. Die Bandbreite reicht von reinen Konditionierungsmodellen (Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer, 1947) über psychoanalytische, biologische und neurobiologische oder Ansätze bis zu kognitiven oder daraus entwickelt metakognitiven Modellen, die die Art und Weise, wie Betroffene denken, betonen. Alle Ansätze zu erläutern würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Der Fokus liegt an dieser Stelle auf den Charakteristika, die Personen mit Zwangsstörungen ausmachen. Diese Charakteristika haben einerseits eine motivierende (also auch auslösende) Komponente für die Zwangshandlungen, andererseits werden sie als aufrechterhaltende

Faktoren diskutiert (Althaus et al., 2013). Dieser Ansatz scheint im Rahmen dieser Arbeit am zielführendsten, weil er den Fokus auf die Dynamik der Zwangsstörung legt und weniger auf dessen Auslöser fixiert ist.

Die spezielle Beurteilung von Risiken

Personen mit einer Zwangsstörung überschätzen das Risiko, dass ihr befürchtetes Szenario eintritt, extrem. So überschätzen sie z.B. das Risiko, mit einer Krankheit angesteckt zu werden um das Hundertfache. Dadurch werden diese Ereignisse viel gefährlicher, die Welt erscheint unsicherer und die Personen versuchen, die Kontrolle wiederzuerlangen. Menschen mit einem Kontrollzwang ertragen Fehler und Risiken nur schlecht, sie geraten dermassen in Unruhe, dass sie sich nur durch ausgiebige Kontrolle wieder beruhigen können. Die Kontrolle erhöht die objektive Sicherheit für das Ereignis, z.B. dass die Herdplatte ausgeschaltet ist. Diese Menschen erreichen objektiv also eine erhöhte Sicherheit. Subjektiv stellt sich diese Sicherheit aber nicht wirklich ein und fällt einiges tiefer aus als bei Gesunden. (Althaus et al., 2013)

Magisches Denken und Aberglaube

Magisches Denken ist bei Kindern weit verbreitet und wird später durch andere, logischere Denkweisen ersetzt. Doch auch Erwachsene verfallen teilweise in magisches Denken, wie z.B. Glücksbringer zeigen. Nimmt das magische Denken zu viel Raum ein, kann es pathologisch werden. (Althaus et al., 2013) Magisches Denken wird definiert als die irrtümliche Annahme einer Person, «dass ihre Gedanken, Worte oder Handlungen Einfluss auf ursächlich nicht verbundene Ereignisse nehmen, oder ein bestimmtes Ereignis hervorrufen können, beziehungsweise dieses verhindern» (Stangl, 2020). Bei einem Zählzwang wird dies deutlich. Der Betroffene glaubt nämlich, dass er, wenn er Dinge zählt oder die richtige Zahlenkombination in seiner Umwelt erblickt, Unheil abwenden kann. Viele Zwangshandlungen basieren auf magischem Denken. Je länger jemand dieses magische Denken pflegt, desto ausgeprägter wird es und der Zwang weitet sich aus. (Althaus et al., 2013)

Das Misstrauen in die eigene Wahrnehmung

Wie bereits beschrieben, vertrauen Menschen mit einer Zwangsstörung der eigenen Wahrnehmung weniger, sie kontrollieren mehr und behalten trotzdem ein Gefühl der Unsicherheit oder der Unvollständigkeit. Diese gefühlte Unsicherheit entsteht nicht durch eine Fehlerhaftigkeit der Sinneseindrücke. Studien belegen klar, dass keine Wahrnehmungsstörung vorliegt. Es ist auch nicht so, dass den Menschen mit einer Zwangsstörung mehr Fehler unterlaufen und sie deshalb mehr kontrollieren. Es liegt an der Bewertung, dass die eigene Wahrnehmung nicht verlässlich sei. Gesunde Menschen akzeptieren es, dass ihre Wahrnehmung teilweise nicht ganz verlässlich ist und sie können seelenruhig sagen, «ich glaube das Auto, das ich

sah, war grün, es könnte aber auch blau gewesen sein». Bei Menschen mit einer Zwangsstörung löst diese Unsicherheit eine extreme Unruhe und Anspannung aus und sie zweifeln dann an ihrer Wahrnehmungsfähigkeit. (Althaus et al., 2013)

2.3 Das Anthropologische Würfelmodell IKP

Yvonne Maurer veröffentlichte in den 1980er Jahren das Anthropologische Würfelmodell IKP, das ein neues Menschenverständnis abbildet. Dieses Modell, das als Würfel mit sechs Seiten dargestellt werden kann, zeigt ein ganzheitliches Verständnis vom Menschsein. Der Mensch ist nicht nur Körper oder nur Geist, wie das lange Zeit diskutiert wurde, sondern kann in sechs Lebensdimensionen betrachtet werden. Diese sind die körperliche, die psychische, die räumliche, die zeitliche und die wesensmässig-sinnstiftende Lebensdimension. (Künzler, Böttcher, Hartmann, & Nussbaum, 2010)

Dieses Modell, bzw. diese Betrachtungsweise, ermöglicht eine Ganzheitsdiagnostik, bei der nicht nur die Krankheitssymptome diagnostiziert werden, sondern der ganze Mensch in seiner Lebensrealität angeschaut wird. Es wird davon ausgegangen, dass Krankheit entsteht, wenn diese Lebensdimensionen in einem Ungleichgewicht sind. Im Umkehrschluss ist Genesung möglich, wenn das Gleichgewicht zwischen den Lebensdimensionen wiederhergestellt wird. So wird das Anthropologische Würfelmodell IKP zum Leitfaden für die Behandlung. (Maurer, 2006)

2.3.1 Drei-Phasen-Theorie zur Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen

Die Drei-Phasen-Theorie erklärt, wie Krankheit durch ein entstehendes Ungleichgewicht in den Lebensdimensionen entsteht. Die Entstehung einer Erkrankung wird nicht monokausal, im Sinne eines Auslösers der direkt die Krankheit herbeiführt, betrachtet, sondern als multidimensionaler Prozess. Es gibt verschiedene Auslöser, die zu Veränderungen führen, welche wiederum selbst andere Veränderungen nach sich ziehen. So kann ein Problem auf einer Lebensdimension, oder auch auf mehreren gleichzeitig, beginnen und sich dann auf die anderen Lebensdimensionen ausweiten. Dies wird in drei Phasen beschrieben. (Maurer, 2006)

In der ersten Phase, genannt die *Energetische Prädisposition*, kommt es zu einer Abnahme der gesundheitsfördernden Aktivitäten, was anfällig macht für psychische Störungen (Maurer, 2006). Das könnte beispielsweise so aussehen, dass sich jemand unwohl fühlt in seinem Körper und sich dadurch viel mit dem Körper beschäftigt. Vielleicht beginnt er mit einer Diät und einem Fitnessprogramm, das viel Zeit in Anspruch nimmt und hat so weniger Zeit, seine Freunde zu treffen. Diese Person konzentriert sich immer mehr auf ihren Körper und verliert so kompensatorische Ressourcen. Nach dem «Je-weniger-desto-weniger-Energieprinzip» hat diese Person dann immer weniger Energie und lässt daraufhin immer mehr Aktivitäten weg,

die ihm eigentlich wieder Energie bringen würden. In dieser Phase ist eine Prävention noch möglich. (Maurer, 2006)

In der zweiten Phase, genannt die *Störende Reaktionsbildung*, kommt es zu einer Symptombildung (Maurer, 2006). Dies könnte zum Beispiel so aussehen, dass sich diese Person immer unwohler fühlt in ihrem Körper, sich in der Nahrungsaufnahme immer mehr einschränkt und grosse Angst bekommt, wieder zuzunehmen. In dieser Phase ist eine rasche Besserung durch Therapie oder Selbsthilfe noch möglich (Maurer, 2006).

In der dritten Phase, genannt die *Erfolgte Umstrukturierung in den verschiedenen Lebensdimensionen*, kommt es zu einer Ausweitung auf verschiedene Lebensdimensionen (Maurer, 2006). Das heisst, das Problemverhalten führt auch in anderen Bereichen zu Einschränkungen. Im geschilderten Beispiel könnte das bedeuten, dass diese Person durch die gedankliche Überbeschäftigung mit dem Essen im Lösen und Bewältigen sonstiger Probleme beeinträchtigt wird (Einfluss auf die psychologische Lebensdimension) und sich nicht mehr getraut, mit anderen Menschen zusammen zu essen (Einfluss auf die soziale Lebensdimension). So wird das Ungleichgewicht sowohl innerhalb, als auch zwischen den Lebensdimensionen immer grösser. Wenn diese Phase erreicht wird, ist eine ganzheitliche Therapie notwendig (Maurer, 2006).

2.3.2 Salutogramm und Pathogramm

In der Ganzheitsdiagnostik IKP wird der Patient auf allen sechs Lebensdimensionen erfasst. In einem Salutogramm wird pro Lebensdimension aufgeführt, wie diese bei demjenigen Patienten aussehen. Zum Beispiel wird in der sozialen Lebensdimension aufgeführt wie das soziale Netz des Patienten ist, wie er Beziehungen lebt und wie er altersentsprechend Verantwortung übernimmt. Dies wird für alle Lebensdimensionen erhoben und führt zu einem ganzheitlichen Bild des Patienten. Wenn daraus hervorgeht, dass die Lebensdimensionen unausgeglichener sind, wird aus dem Salutogramm ein sogenanntes Pathogramm. Auch je nach Betrachtungsweise und Fokus auf Ressourcen oder Probleme, kann zwischen einem Saluto- und einem Pathogramm unterschieden werden. (Maurer, 2006)

In Bezug auf die Anorexie kann festgehalten werden, dass diese Krankheit eine Dysbalance in allen Lebensdimensionen nach sich zieht. Diese ist natürlich individuell ausgestaltet, im Folgenden gebe ich ein Beispiel, wie es typischerweise aussehen könnte.

Es besteht eine Fixierung auf die körperliche Lebensdimension. Die Patientin strebt den perfekten Körper an, wägt und misst sich, kontrolliert die Nahrungsaufnahme etc. Auch Konflikte werden über den Körper ausgetragen. So z.B. familiäre Konflikte, die ob der Omnipräsenz des Essens in den Hintergrund treten, bzw. nur noch über das Essen ausgetragen werden oder soziale Unsicherheiten, die mit Kontrollgefühlen aus der Nahrungsrestriktion kompensiert werden. Gleichzeitig herrscht oft eine ausgeprägte Blockade zum Zugang des Körpers und es wird

viel unternommen, den Körper (und somit auch den Hunger) nicht zu spüren. Dem Körper wird auch nichts gegönnt und er wird auf ein Instrument reduziert, das funktionieren muss. Das Untergewicht führt zu körperlichen Folgeschäden wie Osteoporose, Hirnatropie, Elektrolytstörungen etc.

In der sozialen Lebensdimension kommt es mit zunehmender Dauer der Anorexie meist zu einem Rückzugsverhalten. Die Patientin fühlt sich in Gesellschaft nicht mehr wohl, was bis hin zu einer sozialen Phobie führen kann. Oder sie ist so mit sich selbst beschäftigt, dass sie für soziale Kontakte keine Kapazität mehr hat. Auch läuft sie da in Gefahr, auf die Realität ihrer Mitmenschen zu stossen, die sonst nach Möglichkeit ausgeschlossen wird, um das anorektische Prinzip (anorektisches Denken, Fühlen und Handeln) aufrechtzuerhalten. Im Kontaktverhalten zeigen sich Anorektikerinnen häufig sehr distanziert. Sie werten sich selbst ab und andere werden je nachdem idealisiert oder ebenfalls abgewertet.

In der psychischen Lebensdimension ist eine gedankliche Einengung auf das Thema essen beobachtbar. Damit wird die Wahrnehmung eingeschränkt. Ebenso werden andere psychische Konflikte dadurch beiseitegeschoben. Mit steigendem Untergewicht nimmt die Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse ab (Legenbauer & Vocks, 2014). Gefühle werden oft aversiv und gefährlich erlebt und mit dessen Abnahme erleben die Patientinnen oft eine vermeintliche Sicherheit. Viele leiden aufgrund des Untergewichts und der damit einhergehenden Hirnatropie an Konzentrationsschwierigkeiten, was einen Einfluss auf das Denken und die Wahrnehmung hat (Jacobi et al. 2004).

Die gedankliche Überbeschäftigung mit dem Essen hat auch einen Einfluss auf die zeitliche Lebensdimension. Das Rekapitulieren der Essensmenge und Grübeln, z.B. über ein Essen das Fett enthielt, spielt sich in der Vergangenheit ab. Die daraus folgenden Pläne zur Kompensation oder auch grundsätzlich die Essensplanung betrifft die Zukunft. Die Gegenwart wird eher gemieden. Viele Anorektikerinnen halten sich sehr beschäftigt und vermeiden so, dass sie Zeit mit sich alleine verbringen müssten, weil das als höchst unangenehm empfunden würde.

In der räumlichen Lebensdimension ist alles in Bezug auf den Körper eingeschränkt. Der Körperraum wird nicht richtig wahrgenommen. Rein physisch nehmen die Patientinnen weniger Raum ein. Die Krankheit hingegen nimmt dafür umso mehr Raum ein, einerseits bei der Betroffenen selbst, andererseits auch in ihrem Umfeld. Viele Familien klagen darüber, dass die Krankheit im Familienleben zu viel Raum einnimmt und nichts anderes mehr Platz hat. Abgrenzung ist für die meisten Anorektikerinnen ein grosses Thema. Ich erlebe bei vielen, dass sie grosse Angst haben, dass ihre Grenzen nicht eingehalten werden und dass sie ständig darum bemüht sind, ihre Grenzen aufrechtzuerhalten und zu verteidigen.

Die wesensmässig-spirituelle Lebensdimension ist ebenfalls stark eingeschränkt. Den meisten Anorektikerinnen fehlt das Urvertrauen, dies zum Teil von Grund auf, zum Teil ist es quasi

verloren gegangen. Dieses fehlende Urvertrauen ist wie ein Kontrollverlust, den sie durch die Kontrolle beim Essen zu kompensieren versuchen. Die grosse Nahrungsrestriktion oder anders gesagt das «Verhungern» kann als Form vom Sterben betrachtet werden. Einige Anorektikerinnen, meiner Erfahrung nach vor allem chronisch Kranke, hegen einen mehr oder weniger deutlichen Sterbenswunsch. Dies oft aufgrund der verspürten Leere in ihrem Leben und der Hoffnungslosigkeit der Krankheit gegenüber. Bei anderen erlebe ich es eher so, dass eine Gewichtszunahme derart schlimm wäre und/oder dass sie unbedingt weiter abnehmen möchten, so dass sie den Tod dafür in Kauf nehmen.

Wie nochmals verdeutlicht, führt die Krankheit der Anorexie zu einer Unausgewogenheit in allen Lebensdimensionen. Für die Therapie heisst das, dass die Patientin in allen Lebensdimensionen Hilfe erhalten sollte, um so das Gleichgewicht langsam wieder herzustellen. Wichtig hierbei ist auch das Lösen der Fixierung auf die körperliche Lebensdimension. Dies geschieht unter anderem durch aktives Shiften von der körperlichen in andere Lebensdimensionen.

2.3.3 Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zur Zwangsstörung

Ein wichtiger Unterschied zwischen einer Zwangsstörung und einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung liegt in der eigenen Bewertung der zwanghaften Gedanken und Handlungen. Menschen mit einer Zwangsstörung erkennen zumindest teilweise die Unsinnigkeit ihrer Gedanken und Handlungen und können so zeitweise einen gewissen Abstand dazu nehmen. Personen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung erleben diese Gedanken und Handlungen als unumstössliche Regeln und Strukturen, die eigentlich alle Menschen befolgen sollten. Das heisst, sie werden als ich-synton erlebt und auch vehement gegen aussen verteidigt. Ihre Zwangshandlungen dienen nicht der Neutralisation von Zwangsgedanken, da diese falls vorhanden keine Angst auslösen. Es sind vielmehr gewollte Rituale. Das heisst, die Person kann die Handlung leichter beenden und vertraut ihrer Wahrnehmung besser. Es kommt also nicht so ausgeprägt zu dieser Dynamik von Angst, Neutralisieren, Kontrolle und Verunsicherung.

Wie die Diagnose Persönlichkeitsstörung schon sagt, liegt die Störung in der Persönlichkeit. Vereinfacht ausgedrückt könnte man sagen, diese Menschen sind einfach so. Es liegt in ihrem Charakter und sie vertreten das auch so gegen aussen. Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung können oft gut, im Sinne von akribisch, planen. Sie sind Sicherheitsfanatiker, die allfällige Probleme voraussehen und bei der Planung berücksichtigen. Sie möchten allfällige Fehler vermeiden und Risiken minimieren. Oft sind sie rigide, regelfixiert und stellen überhöhte Ansprüche an sich selbst. (Althaus et al., 2013) In der S3 Leitlinie zur Zwangsstörung (DGPPN, 2013) wird als Gemeinsamkeit die Beschäftigung mit Sauberkeit, Ordnung und Genauigkeit angegeben. Die Unterscheidungsmerkmale liegen bei der Ich-Syntonie, der

fehlenden Intrusion, den stabilen Mustern und dem fehlenden Widerstand. Die Grenzen zwischen den Störungen können aber fließend sein und es liegen Komorbiditäten vor.

2.4 Schwierigkeiten bei der Diagnostik

Aus der Beschreibung der Anorexie, der Zwangsstörung und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung wird deutlich, dass alle drei Störungen gewisse Parallelen aufweisen. Dies macht die Differentialdiagnostik teilweise nicht ganz leicht. Im vorigen Text wurde die Differentialdiagnostik innerhalb des Zwangsspektrums bereits beschrieben. In Bezug auf die Differentialdiagnostik zwischen einer Zwangsstörung und einer Anorexie gibt die S3 Leitlinie zur Zwangsstörung (DGPPN, 2013) als Gemeinsamkeit überwertige Ideen und rigides Kontrollieren an. Der Unterschied bestehe darin, dass sich diese Ideen auf Körpergewicht und Körperbild beschränken. Es wird darauf hingewiesen, dass beide Störungen oft komorbide auftreten.

In meinem Berufsalltag erlebe ich die Grenzen oft nicht so deutlich. Im Folgenden beschreibe ich, wie ich das wahrnehme. Anorektikerinnen weisen zwanghafte Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung, Essen, Gewicht und Sport auf (Reich & Cierpka, 2010). Die meisten Anorektikerinnen haben ein striktes Kontingent an Nahrung, das sie pro Tag aufnehmen dürfen, häufig in Form von einer Kalorienobergrenze. Diese Grenze wird zwanghaft überwacht und bereits ein kleiner Überschuss bedeutet eine emotionale Achterbahnfahrt mit Selbsthass und Versagensgefühlen und endet in einer Wiedergutmachung. Das heisst, der Überschuss wird am nächsten Tag kompensiert, nicht selten gepaart mit einem zusätzlichen Kaloriendefizit zur Bestrafung. Kompensiert werden kann natürlich auch durch Sport, Erbrechen, Laxantien, Diuretika und Ähnlichem. Auch das Gewicht und teilweise die Körpermasse werden streng, teils mehrmals täglich, kontrolliert. In diesem sehr rigiden System hat es keinen nennenswerten Spielraum. Ebenso bei der Wahl der Lebensmittel gibt es keine Entscheidungsfreiheit. Es gibt gute und schlechte und somit verbotene Lebensmittel. Auch diese Grenzen müssen zwanghaft eingehalten werden. Verstösse dagegen werden geahndet und bestraft. Ohne hier noch mehr ins Detail zu gehen wird klar, dass die rigide, zwanghafte Nahrungsaufnahme ein Symptom der Anorexie ist. Es gehört zu dieser Krankheit.

Häufig ist aber nicht nur die Nahrungsaufnahme sehr rigide und zwanghaft, sondern viele Patientinnen verhalten sich auch in anderen Lebensbereichen sehr rigide, kontrolliert und zwanghaft. Ebenso weisen viele Anorektikerinnen die zwanghaften Symptome Ordnung und Perfektionismus auf (Reich & Cierpka, 2010). Heisst das dann, dass die Betroffenen zusätzlich eine Zwangsstörung oder eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung haben oder kann das noch im Rahmen der Anorexie erklärt werden? Einige Autoren führen die zwanghaften Symptome auf die Mangelernährung zurück (Pallister & Waller, 2008). Andere stellen fest, dass die Zwangssymptome oft auch bei Erreichen des Normalgewichts bestehen bleiben (Reich & Cierpka, 2010). In der Anamnese, auch in der Fremdanamnese durch die Familie, stelle ich oft fest,

dass die Patientinnen schon bevor sie an der Anorexie erkrankt sind, gewisse Zwangssymptome aufzeigten. Diese äussern sich in festgelegten Ritualen, ausgeprägtem Ordnungssinn, Perfektionismus, Rigidität oder konkreten Verhaltensweisen wie häufigem Händewaschen. Es können also sowohl Symptome einer Zwangsstörung, als auch Symptome einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung, oder beide miteinander, auftreten. Meist erfüllen die Symptome nicht das Vollbild einer Diagnose, sofern das in der Retroperspektive beurteilbar ist. Häufig ist nicht klar beurteilbar, ob die zwanghaften Symptome nur im Rahmen der Essstörung auftreten und demnach nach abklingen der Essstörung verschwinden müssten, oder ob zusätzlich eine Zwangsstörung vorliegt, die inhaltlich gerade vom Essensthema überschattet wird. Vor allem in Bezug auf die zwanghafte Persönlichkeitsstörung finde ich es schwierig zu beurteilen, ob sich diese Person nur temporär, aufgrund der Anorexie, so verhält wie jemand mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung, oder ob diese ausgeprägten Charakterzüge auch darüber hinaus bestehen. Meiner Meinung nach kann eine sorgfältige Diagnostik in vielen Fällen erst nach Abklingen der Symptomatik der Anorexie abschliessend gestellt werden. Ausser natürlich, die zwanghaften Symptome sind derart ausgeprägt und auch thematisch unterschiedlich, dass von Beginn an beide Diagnosen gestellt werden können. Für mich in der Praxis heisst das, dass ich mit der Anorexie immer auch in gewisser Weise den Zwang mitbehandle.

2.5 Das Krankheitsbild der Anorexie aus der IKP - Perspektive

Das IKP baut auf einem phänomenologischen Verständnis auf. In der philosophischen Strömung der Phänomenologie geht man davon aus, dass der Erkenntnisgewinn in der unmittelbaren Erscheinung (Phänomen) liegt. Das heisst wir erkennen, indem wir unsere Sinne nutzen und sehen, hören, fühlen und schmecken. Unsere Wahrheit bildet sich durch unsere Sinneseindrücke. In der Therapie heisst das, wir arbeiten mit dem, was der Patient uns verbal und nonverbal mitteilt und gehen davon aus, dass dies wichtig und auch richtig (im subjektiven Verständnis des Patienten) ist. Da die Sinneseindrücke individuell verschieden sind, anerkennen wir, dass es unterschiedliche subjektive Wirklichkeiten gibt. Wir achten darauf, wie es der Patientin gerade geht und wo ihre Kompetenzen und Einschränkungen liegen. Diese Haltung wird begleitet durch den Ansatz der Ganzheitlichkeit. Wir versuchen, den Menschen in seinem ganzen Wesen zu erfassen. (Künzler et al., 2010) Mehr dazu findet sich auch in Kapitel 2.3 Das Anthropologische Würfelmodell IKP.

Konkret heisst das, dass wir die aktuelle und möglichst vorurteilsfreie Wahrnehmung ins Zentrum stellen. Das heisst, wir legen den Fokus nicht auf die oben beschriebenen Diagnosen oder eng umrissenen Symptome der Anorexie oder der Zwangsstörung, sondern auf die aktuelle subjektive Wirklichkeit des Patienten. Wir gehen mit dem was der Patient erzählt und erlebt mit. So wie Maurer (2006) schreibt, gibt es keine Depression oder eine Therapie der Depression, sondern einen Menschen mit depressiven Symptomen, der eingebettet ist in einen

Kontext, in seine Lebensgeschichte und in seine subjektive Wahrnehmung. Dementsprechend individuell und ganzheitlich sollte auch die Betrachtung und die Therapie dieses Menschen sein. Also ist für uns wichtig, wie die Patientin aktuell das zwanghafte Essen erlebt oder wie es für sie ist, dass sie etwas nicht essen kann, wenn sie nicht alle Inhaltsstoffe kennt und kontrollieren kann. Insofern ist es in dem Moment sekundär, diagnostisch genau festzulegen ob dieses Verhalten von der Anorexie, von einer Zwangsstörung oder einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung herrührt.

3 Behandlung

In diesem Kapitel wird zuerst auf die vier Prinzipien der Psychotherapie IKP und die vier psychologischen Funktionen eingegangen. Danach folgen konkrete Interventionen zur Behandlung der Anorexie und insbesondere des Zwangsaspekts in der Anorexie.

3.1 Die vier Prinzipien der Psychotherapie IKP

Der IKP-Ansatz beruht auf vier Prinzipien, die in den folgenden Abschnitten vorgestellt werden.

3.1.1 Das Prinzip des Hier und Jetzt

Das Gestalttherapeutische Prinzip vom Hier und Jetzt besagt, dass sich alles im Hier und Jetzt zeigt. Das heisst, die Schwierigkeiten des Patienten, auch diese, welche ihre Wurzeln in der Vergangenheit haben, zeigen sich in der Therapiesitzung im Hier und Jetzt. (Maurer, 2006) Da eine Veränderung weder in der Vergangenheit noch in der Zukunft, sondern nur in der Gegenwart und somit auch in der Vergegenwärtigung der Vergangenheit geschehen kann, versucht die Therapeutin, aus der Vergangenheit immer wieder ins Hier und Jetzt zu kommen (Künzler et al. 2010).

Bei Patientinnen mit Anorexie ist dies besonders wichtig, da diese sich oft in der Vergangenheit oder in der Zukunft befinden. Sie grübeln über zu viel Gegessenes (Vergangenheit) und planen, wie sie diese zusätzlichen Kalorien wieder einsparen können (Zukunft). Mindestens einen Teil von ihnen ist gedanklich nicht anwesend. Viele Anorektikerinnen vermeiden explizit das Erleben in der Gegenwart, weil dann unangenehme Gefühle aufkommen könnten oder sie mit Konflikten konfrontiert würden, die sie lieber verdrängen möchten. Ich erlebe das in der Therapie als ständiges Ausbalancieren und Regulieren von beiden Seiten her. Ich führe also die Patientin, soweit ihr das möglich ist, ins Hier und Jetzt, dann flieht sie, ich hole sie wieder zurück usw. Bei starkem Untergewicht gelingt es vielen Anorektikerinnen kaum, sich wirklich ins Hier und Jetzt zu begeben. Da gilt es, dies in kleinen Schrittschen wieder zu erlernen.

3.1.2 Das Prinzip Awareness

Awareness bedeutet den Zustand oder die Fähigkeit des Wahrnehmens und Fühlens. Menschen können auf allen Sinneskanälen wahrnehmen, deshalb sprechen wir von VAKOG-Wahrnehmung. VAKOG ist ein Akronym für visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch. Auch betrifft die Wahrnehmung alle sechs Lebensdimensionen. Der Therapeut fördert die Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten durch Wahrnehmungsübungen und gezieltem Erfragen der aktuellen Sinneseindrücke. Dies hilft der Patientin, in Kontakt mit sich selbst zu kommen und ihre Gefühle und Bedürfnisse besser zu spüren. (Künzler et al. 2010)

Auch hier haben Anorektikerinnen erhöhten Übungsbedarf. Sie vermeiden die Wahrnehmung oft aktiv. Dies beginnt bei der Unterdrückung des Hungergefühls und dem Ignorieren von Schwächezuständen, Kälte, Konzentrationsschwächen etc. Um ihre Krankheit weiterführen zu können, müssen sie die Wahrnehmung einschränken. Ich vergleiche das jeweils mit einem Marathonläufer, der gut beraten ist, seine Schmerzen zu ignorieren, wenn er ans Ziel kommen möchte. In der Therapie geht es darum, die Wahrnehmung wieder zu erlernen und die damit verbundenen Widerstände und Ängste abzubauen. Anorektikerinnen mit starkem Untergewicht erleben durch die Gewichtszunahme eine Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit und die Gefühle kehren zurück. Dies ist für die meisten sehr verängstigend und viele haben Angst, von ihren Gefühlen überschwemmt zu werden. Wenn sie gelernt haben damit umzugehen, beginnen viele ihre Wahrnehmungsfähigkeit zu schätzen, denn sie bedeutet, wieder am Leben teilzunehmen.

3.1.3 Das Prinzip von Nähe und Distanz

Menschen mit psychischen Krankheiten haben oft Mühe, Nähe und Distanz zu anderen Menschen zu regulieren. Teilweise haben sie gar keinen Zugang mehr dazu, was eigentlich ihre Nähe- und Distanzbedürfnisse wären oder sie merken es, können sie aber nicht kommunizieren. Insbesondere Menschen, die Übergriffe erlebt haben, verfügen oftmals über keine klaren Körpergrenzen. In der Therapie geht es darum, an der Kontaktgrenze zu arbeiten und die Patienten dazu zu führen, dass sie ihre Bedürfnisse erkennen und ihre Beziehungen in Einklang damit gestalten können. Die Therapeutin achtet die Bedürfnisse des Patienten und bietet einen Raum, die Nähe-Distanz-Regulierung zu üben und deren Flexibilität zu erhöhen. (Maurer, 2002)

Anorektikerinnen haben unterschiedliche Schwierigkeiten in der Regulierung von Nähe und Distanz. Viele wirken sehr distanziert, lassen niemanden an sich heran und verteidigen bereits an weit aussen gezogenen Grenzen. Gleichzeitig lassen sie aber vieles zu nah an sich herankommen. So kann z.B. ein scheinbar unbedeutender Kommentar von einem Mitschüler über eine Fernsehserie zu tiefer Verunsicherung führen. Ich persönlich habe oft den Eindruck, dass Anorektikerinnen gegen aussen distanziert wirken, dies innerlich aber gegenteilig erleben und

ihnen alles zu Nahe kommt, weshalb sie dann gegen aussen wieder Distanz aufbauen. Wenn sie sich ihrer Grenzen bewusster werden, führt das meiner Erfahrung nach zu einer Beruhigung dieser Dynamik. Thematisch könnte man auch sagen, dass Anorektikerinnen zu viel Distanz zu einem ausgewogenen Leben und zu viel Nähe und Fokus zum Essen haben.

3.1.4 Das Prinzip der Bedürfniszentriertheit

Wie generell in der Humanistischen Psychologie betont wird, ist es wichtig, dass ein Mensch seine Grundbedürfnisse befriedigen kann. Wenn dies nicht gelingt, reagiert der Mensch mit Wut, Trauer oder Enttäuschung. Kann er diese Gefühle ausdrücken, kann die offene Gestalt geschlossen werden und es geht ihm wieder gut. Wird er am Ausdrücken dieser sekundären Gefühle gehindert, können Krankheiten entstehen. (Maurer, 2015)

Anorektikerinnen verlieren, wie bereits oben beschrieben, den Zugang zu ihren Bedürfnissen. Sie richten alles auf die Essstörung aus, also essen wenig, nehmen ab, machen Sport etc. Sie richten also alles auf die vordergründigen Bedürfnisse ihres kranken, essgestörten Persönlichkeitsanteils aus. Sich runterzuhungern ist aber keinesfalls ein primäres Bedürfnis. In der Therapie geht es darum, das dahinterliegende primäre Bedürfnis zum Vorschein zu bringen und Möglichkeiten zu suchen, dieses zu befriedigen. Anorektikerinnen bedienen sich oft dysfunktionalen Strategien, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen. In der Therapie lernen sie dazu geeignete Strategien.

3.2 Die vier psychologischen Funktionen wahrnehmen, denken, fühlen, handeln

Gesunde Menschen verfügen über die vier psychologischen Funktionen: wahrnehmen, denken, fühlen und handeln. Der Mensch nimmt sich selbst und seine Umgebung wahr, was normalerweise Gefühle auslöst. Daraufhin wird über die Gefühle und die Situation nachgedacht, was wiederum meistens eine Handlung nach sich zieht. Bei vielen Patienten herrscht ein Ungleichgewicht in diesen Funktionen. So kann eine der Funktionen stark vernachlässigt werden, z.B. bei sehr impulsiven Menschen die Handeln ohne vorher nachzudenken. Umgekehrt kann eine Funktion auch überbetont werden, wie bei Menschen die so viel nachdenken, dass sie nicht mehr zu einer Handlung kommen. Kulturell bedingt ist die Funktion des Fühlens bei vielen etwas eingeschränkt. In der Therapie geht es darum, diese Funktionen zu fördern und wieder in ein Gleichgewicht zu bringen. (Nussbaum, 2019)

Anorektikerinnen haben eine verschobene Wahrnehmung, weil sie alles durch den Filter der Essstörung wahrnehmen. So wird z.B. ein Kompliment über eine gesunde Gesichtsfarbe als versteckte Botschaft, dass man zugenommen habe, wahrgenommen. Auch die Essensmenge wird bei sich selbst massiv überschätzt, bei anderen hingegen unterschätzt. Mit der Körperschemastörung leiden Anorektikerinnen an einer klinisch signifikanten Wahrnehmungsstörung. Die Körperschemastörung verbessert sich normalerweise, wenn kein Untergewicht mehr

besteht. Ein Rest davon hält sich aber meist hartnäckig, weil die Betroffenen das Vertrauen in ihre Wahrnehmung verloren haben.

Das Denken von Anorektikerinnen nimmt viel Raum ein und die Meisten sind den ganzen Tag damit beschäftigt, über das Essen und ihre Figur nachzudenken. Oft können sie diese Gedanken nicht unterbrechen und leiden dann unter Schlafstörungen. Dies ist vergleichbar mit einem Grübelzwang. Ausserhalb vom Essensthema ist die gedankliche Leistung eher eingeschränkt, viele leiden unter Konzentrationsproblemen.

Die Gefühlswahrnehmung ist stark eingeschränkt und die Betroffenen versuchen aktiv, Gefühle zu vermeiden. Starke Gefühle erleben sie in Bezug auf ihren Körper und das Essen. So bekommen sie Panik, wenn sie eine Gewichtszunahme feststellen oder auch nur daran denken. Auch bestimmt die Zahl auf der Waage ihre Stimmung und Gefühle für den ganzen Tag. Das heisst, die Gefühle sind oft abgekapselt von der realen Aussenwelt und werden vom Thema Essen und Körper bestimmt.

In der Handlung sind Anorektikerinnen ebenfalls eingeschränkt. Essen können sie nur wenig und nur nach strengen Regeln. Durch den Energieverlust werden sie zunehmend auch in ihrem Aktivitätsradius bzw. in der Anzahl Aktivitäten eingeschränkt. Hiervon ausgenommen ist der Sport, der oft zwanghaft bis zur Erschöpfung weitergeführt wird. Das Handeln geschieht in geregelten Bahnen und sehr kontrolliert. Alles ausserhalb wirkt gefährlich und birgt die Gefahr eines Kontrollverlustes. Hier weisen Anorektikerinnen grosse Parallelen zu Menschen mit einer Zwangsstörung auf. Es kann auch insgesamt festgestellt werden, dass das Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln zwanghaft und auf das Essensthema eingeeengt ist.

3.3 Interventionen

Im Folgenden werden einige Interventionen vorgestellt, mit denen die Anorexie und speziell der zwanghafte Aspekt der Anorexie nach IKP behandelt werden kann. Dabei habe ich mich an die Empfehlungen vom IKP gehalten, bringe aber auch meine Erfahrung mit ein. Das heisst, die Auswahl der Interventionen ist nicht objektiv, sondern von meiner subjektiven Erfahrung und Perspektive gefärbt.

3.3.1 Körperzentrierte Erfahrungsübungen

Im Folgenden werden Körperzentrierte Erfahrungsübungen vorgestellt, die vom IKP explizit für Essstörungen und/oder Zwangsstörungen empfohlen werden.

Sensory Awareness

Wie bereits in den obigen Kapiteln an verschiedenen Stellen beschrieben, haben Anorektikerinnen eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit. Übungen zur Sensory Awareness sollen das bewusste Erleben auf allen fünf Sinneskanälen (VAKOG) fördern. Dies führt zu einer

verbesserten Selbstwahrnehmung und lässt den Patienten ins Hier und Jetzt kommen. Das bewusste Spüren und Erleben des eigenen Körpers und der Gegenwart soll den Geist befreien und die Emotionen beruhigen. Diese Übungen werden speziell für Zwangsstörungen, Zwangsgedanken und Gedankenkreisen, wie auch bei Angststörungen und Stresserscheinungen empfohlen. Beispiele für Übungen zur Sensory Awareness sind bewusstes Stehen, bei der die Aufmerksamkeit in die Füße gelenkt und diese auf verschiedene Weise erkundet werden oder die Arbeit mit Gegenständen, bei der ein Gegenstand beschrieben (visuell) und ertastet wird. Eine weitere Form wäre eine Partnerübung, bei der im Stehen oder im Sitzen, Rücken an Rücken, diese Körperpartie erkundet wird. (Zimmerli, 2010)

Regressionsübungen

Regressionsübungen, also eine Form der Arbeit mit Inhalten aus der Vergangenheit, wird allgemein für Diagnosen aus dem Kapitel Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, also auch für Zwangsstörungen, empfohlen. Bei dieser Arbeit geht es darum, Erinnerungen und Gefühle aus der Vergangenheit erlebbar zu machen und durch deren Bearbeitung Geborgenheit und Stärke wiederzuerlangen. Besonders erwähnt sei hier die Methode des IKP-Recall-Change. (Zimmerli, 2010)

Übungen der Ganzheit

Übungen der Ganzheit sollen das Bewusstsein für die Gesamtheit der Existenz und die Beziehung zu allen sechs Lebensdimensionen fördern. Dies führt zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins und macht ein sich ganzheitliches Spüren, von Kopf bis Fuss, möglich. Dies wird explizit für Essstörungen empfohlen. Beispiele sind «sich am ganzen Körper selber beklopfen», Atemübungen, alle Gelenke bewegen, eine Somatografie (zeichnen des eigenen Körpers und des Körpererlebens) oder eine Thymografie (abstrakte Zeichnung eines bestimmten Gefühlszustandes) erstellen. (Zimmerli, 2010)

Vertrauensübungen – Loslassübungen

Anorektikerinnen haben wenig Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt und oft halten sie an lebensbehindernden Denkmustern und Glaubenssätzen fest. Vertrauens- und Loslassübungen sollen helfen, die Kontrolle abzugeben und sich selbst und anderen mehr zu vertrauen. Dies führt zu einem Abbau von sozialen Ängsten, sowie einem Aufbau von Vertrauen, Mut zur persönlichen Lebensgestaltung und dem Gefühl von Lebensfreude. Diese Übungen werden speziell für Zwangsstörungen, Perfektionismus und Kontrollzwang, sowie für Angststörungen und Stresssymptomatik empfohlen. (Zimmerli, 2010)

Nähe-Distanz-Übungen

Mit Nähe-Distanz-Übungen soll die Patientin lernen, ihre eigenen Bedürfnisse bezüglich Nähe und Distanz besser wahrzunehmen, merken dass sie diese in sozialen Situationen regulieren kann und dies dann auch tun. Dies führt zu einer Verbesserung des Körper-Ich-Gefühls und somit zu besseren Möglichkeiten, in sich selbst zu ruhen oder sich abzugrenzen und zu distanzieren. Diese Übungen werden speziell für Zwangsstörungen, Angststörungen, Partnerschaftskonflikte, narzisstische Störungen, Anpassungsstörungen und in der Trauerbegleitung empfohlen. Ein Beispiel für eine solche Übung wäre eine Partnerarbeit, bei der die zwei Personen aufeinander zugehen und die gewünschte Distanz herstellen. (Zimmerli, 2010)

3.3.2 Gestaltarbeit mit der Stuhltechnik

Viele Anorektikerinnen erleben ihre Essstörung als eigene Persönlichkeit mit einer eigenen Logik und eigenen Regeln, die ihnen ständig Dinge ins Ohr flüstert. Je nach Krankheitsstadium verschmilzt die Patientin mit dieser Person, oder sie kann es als etwas Fremdes wahrnehmen. In Persönlichkeitsanteilen gesprochen könnte man sagen, es gibt einen gesunden und einen essgestörten Persönlichkeitsanteil. Viele Therapeuten verwenden dafür die Analogie mit einem Engelchen und einem Teufelchen, das jeweils auf einer Schulter sitzt. Ich nutze hier die Gestaltarbeit mit dem Stuhl, indem ich den essgestörten Persönlichkeitsanteil auf den Stuhl setze und die Patientin zu einem Dialog mit diesem Anteil anleite. Die Patientinnen erleben es als sehr hilfreich, wenn dieser Anteil eine Gestalt bekommt, teilweise mit Gesicht und Namen. Es hilft dabei, den essgestörten Anteil als ich-dyston zu erleben und ermöglicht somit eine Auseinandersetzung mit diesem Teil. Viele erleben diese Auseinandersetzung als ständigen Kampf, bei dem es hilft, seinen Gegner zu kennen und wie als eine externe Person wahrzunehmen. Diese Intervention wiederhole ich bei Bedarf auch mehrmals. Es erleichtert auch Rollenspiele oder imaginierte Diskussionen mit dem essgestörten Persönlichkeitsanteil.

3.3.3 Körperübungen zur Entspannung

Die meisten Anorektikerinnen sind ständig angespannt und können praktisch keine Pausen machen. Wenn sie zur Ruhe kommen würden, müssten sie sich mit dem Hier und Jetzt auseinandersetzen, was sie ja vermeiden möchten. Auch untersagt ihnen ihr Perfektionismus und ihr Leistungsdenken, sich auszuruhen. Hier wird das Zwanghafte und Rigide sehr sichtbar. Durch dieses angespannt und beschäftigt sein erleben viele ein Gefühl der Kontrolle. In der Therapie geht es oft darum, diese Anspannung langsam zu reduzieren. Wichtig ist dabei, nicht zu schnell vorzugehen, weil das zu viel Angst auslösen würde oder erst gar nicht möglich wäre. In der richtigen Portion hilft es letztlich, diese Ängste abzubauen. Neben den oben beschriebenen Loslassübungen, die vor allem das Vertrauen fördern, mache ich im späteren Verlauf der Therapie auch Achtsamkeitsübungen wie den Body Scan. Dies bringt die

Patientin ins Hier und Jetzt, ermöglicht es ihr bei gewisser Übung, sich neutral oder wohlwollend mit ihrem Körper zu beschäftigen und wirkt entspannend auf den Körpertonus wie auch auf die Gedanken.

3.3.4 Wahrnehmung der eigenen Körpergrenze und des eigenen Raumes

Meiner Erfahrung nach haben die meisten Anorektikerinnen Schwierigkeiten in der Wahrnehmung der eigenen Körpergrenze. Dies alleine schon durch die Körperschemastörung. Das wird deutlich in Somatografien oder wenn Patientinnen mit Schnürchen ihren Körper oder einzelne Körperumfänge (Kreis für Armumfang, für Hüftumfang, Bauch etc.) auslegen und diese Seillängen mit den tatsächlich gemessenen verglichen werden. Es wird eine grosse Diskrepanz von echtem Volumen zu geschätztem Körpervolumen deutlich, die Patientinnen nehmen weniger Raum ein, als sie denken. Dies zeigt sich auch im sozialen Bereich. Viele halten ihre Mitmenschen auf Abstand und wirken sehr distanziert. Wie bereits in Kapitel 3.1.3 Das Prinzip von Nähe und Distanz beschrieben, vermute ich, dass sie ihre Grenzen weit aussen zu verteidigen scheinen, ihnen aber gefühlt alles zu nahe geht. Ich mache mit vielen eine Seilübung, bei der sie ein Seil um sich herum so auslegen, wie es ihrem gefühlten Raum entspricht. Dabei gibt es viele, die einen ganz engen Raum legen, in dem sie gar nicht mehr atmen können und in dem sich die Patientinnen sehr unsicher und schutzlos fühlen. Bei Vergrößerung des Raumes können sie mehr Sicherheit erlangen, sich selbst besser wahrnehmen und sich auch gegen aussen adäquater abgrenzen. Auf der anderen Seite gibt es auch solche, die den Raum fast unendlich gross haben möchten und ihn dadurch auch nicht mehr wahrnehmen können. Bei Verkleinerung und teilweise Verstärkung der Grenzen stellt sich auch da ein Sicherheitsgefühl ein. Zimmerli (2010) empfiehlt diese Abgrenzungsübung bei zwanghaften Persönlichkeiten nicht. Ich mache die Erfahrung, dass es mit dem Ziel der Klärung der Grenzen und weniger mit dem Fokus auf die Abgrenzung sehr hilfreich sein kann. Es hilft diese oben beschriebene Diskrepanz zu verringern und zu Sicherheit zu gelangen, was wiederum ermöglicht, die Grenzen weniger rigide zu verteidigen.

3.3.5 Arbeit am Perfektionismus

Der Perfektionismus ist eine Schnittstelle zwischen der Anorexie und der Zwangsstörung und nimmt in der Behandlung einen grossen Stellenwert ein. Ich beginne normalerweise mit Psychoedukation zu der Auswirkung von erhöhten, nicht erreichbaren Zielen auf den Selbstwert und arbeite dann konkret an diesen Zielen. Später komme ich auf den Persönlichkeitsanteil des inneren Kritikers zu sprechen. Die meisten Patientinnen haben einen solchen Persönlichkeitsanteil, der sie unablässig kritisiert und/oder beschimpft. Zu Beginn der Therapie kommt der manchmal weniger zum Vorschein, weil er deckungsgleich mit dem essgestörten Persönlichkeitsanteil wirkt. Später ist er meist zusätzlich als separater Anteil sichtbar. Mit diesem

Anteil führe ich einen Stuhldialog durch, mit dem Ziel, dass der Anteil ruhiger und netter wird. Oft gestalte ich dies, in Anlehnung an das IKP Seminar zum Selbstwert von Susann Falck, so wie eine Jobsituation, bei der es darum geht, den ursprünglichen Job des Persönlichkeitsanteils herauszufinden und auf dieser Basis einen neuen Job zu formulieren. Dies könnte z.B. sein, liebevoll auf gewisse Probleme hinweisen statt kritisieren. Danach geht es darum, diesen Anteil immer wieder an seinen neuen Job zu erinnern. Diese Arbeit hat teilweise erstaunliche Konsequenzen und Patientinnen werden in der gesamten Lebensgestaltung lockerer und entspannter. Auch steigert sich dadurch ihr Selbstwertgefühl markant.

4 Fazit

In dieser Arbeit wurden die Störungsbilder der Anorexie, der Zwangsstörung wie auch der zwanghaften Persönlichkeitsstörung vorgestellt. Es wurden Gemeinsamkeiten in diesen Störungsbildern und damit verbundene diagnostische Schwierigkeiten aufgezeigt. Der Schwerpunkt wurde auf die Anorexie und den zwanghaften Aspekt in der Anorexie gelegt. Darauf aufbauend wurde das IKP - Verständnis dieses Störungsbildes und daraus abgeleitet Behandlungsprinzipien, wie auch spezifische Interventionen, vorgestellt. Daraus geht hervor, wie der Zwangaspekt bei der Anorexie mit IKP - Methoden behandelt werden kann.

Aus meiner Arbeitserfahrung kann ich bestätigen, dass der IKP - Ansatz geeignet ist, um Menschen mit einer Anorexie zu behandeln. Ich sehe, wie meine Patientinnen gesund oder gesünder und somit auch weniger zwanghaft werden. Als etwas objektiveres Mass kann ich die bei meiner Arbeitsstelle standardmässig durchgeführten Verlaufsfragebögen hinzuziehen. Wir arbeiten mit dem EDI-2 (Paul & Thiel, 2004), einem anerkannten essstörungsspezifischen Fragebogen zur Selbstbeurteilung. Dort zeigt sich im Verlauf meiner Therapie nach IKP eine Verbesserung der erhobenen Werte. In diesem Fragebogen werden unter anderem auch die Dimensionen Perfektionismus und Askese erhoben, die nach der Therapie meistens deutlich geringer ausfallen.

An dieser Stelle möchte ich die zeitliche Dimension des Therapieverlaufs einbeziehen. Die somatischen Krankheitssymptome wie niedriges Gewicht, Amenorrhoe und essstörungsspezifische Verhaltensweisen bessern in der Therapie zuerst. Die gedankliche Überbeschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht wird erst im späteren Verlauf besser (Clausen, 2004). In Bezug auf den Zwang heisst das, dass sich beim zwanghaften Verhalten schneller eine Besserung zeigt, als beim zwanghaften Denken. Dieses zwanghafte Denken erlebe ich in der Therapie als sehr hartnäckig. Viele Patientinnen wirken sichtlich gebessert und erfüllen die Symptome für die Diagnose einer Anorexie nicht mehr. Wenn man aber genauer hinschaut, sind sie in ihrem Denken noch sehr anorektisch und zwanghaft. Das hat weiterhin negative Auswirkungen auf ihre Lebensqualität. Da das Zwanghafte oft das Hartnäckigste ist, das am längsten

bestehen bleibt und auch einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität hat, messe ich den Therapieerfolg unter anderem am noch bestehenden Ausmass der Zwanghaftigkeit. Hier zeigt sich auch nochmals explizit, dass die Behandlung des Zwangsaspekts zentral für den Therapieerfolg ist.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Behandlung des Zwangsaspekts in der Behandlung von Menschen mit einer Anorexie sehr wichtig ist. Auch im Hinblick auf das Gesundheitsverständnis vom IKP, das Gesundheit als Ausgewogenheit in allen sechs Lebensdimensionen versteht, ist die Reduktion der zwanghaften Gedanken essentiell. Das phänomenologische Verständnis des IKP hilft bei den diagnostischen Schwierigkeiten, indem der Fokus auf das explizite Erleben der Patientin gelegt wird. Weiter erweist sich das IKP - Verständnis und die IKP - Methodik als hilfreich für das Verständnis und die Behandlung der Krankheit. Somit erweist sich insgesamt der IKP - Ansatz als hilfreich in der Behandlung der Anorexie, wie auch spezifisch in der Behandlung des Zwangsaspektes der Anorexie.

5 Literaturverzeichnis

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.). (2018). *ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 21. September 2018*. Köln.
- Althaus, D., Niedermeier, N., & Niescken, S. (2013). *Zwangsstörungen. Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird*. München: C.H. Beck.
- APA - American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th. ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Blinder, B., Cumella, E., & Sanathar, V. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68, 454-462.
- Clausen, L. (2004). The time course of symptom remission in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 296-306.
- DGPPN (2013). S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Zugriff am 20.2.2019 unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-017.html>
- Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T., Ravens-Sieberer, U., & The BELLA study group. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 82-91.
- Hock, H., Bartelds, A., Bosveld, J., Limpens, V., van der Graaf, Y., et al. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, C., Thiel, A., & Beintner, I. (2016). *Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm* (4. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim Basel: Beltz.
- Jacobi, C., Thiel, A., & Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa*. Stuttgart: Beltz.
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. (2 Aufl.). Univ. of Minnesota Press.
- Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R., & Nussbaum, M.-H. (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen Anwendungen Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Le Grange, D., & Lock, J. (2005). The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 79-91.
- Legenbauer, T., & Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Liechti, J. (2008). *Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Maurer, Y. (2002). *Körperzentrierte Psychotherapie IKP. Ganzheitlich orientierte Behandlungskonzepte und Therapiebeispiele* (3. überarbeitete Aufl.). Zürich: IKP Verlag.
- Maurer, Y. (2006). *Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Maurer, Y. (2015). *Zu innerer Kraft und Energie durch Körperzentrierte Psychotherapie* (3. überarbeitete Aufl.). Zürich: IKP Verlag.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 903-918.
- Nussbaum, M.-H. (2019). Theoretische Ansätze und Anwendung in der Praxis. Arbeitsunterlagen zum Seminar Nr. 38. Zürich: Institut für Körperzentrierte Psychotherapie.
- Oelkers, C., Hautzinger, M., & Bleibel, M. (2007). *Zwangsstörungen Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366-386.
- Paul, T., & Thiel, A. (2004). EDI-2: Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (1), 99-103.
- Reich, G., & Cierpka, M. (2010). Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie - Diagnostik - Verläufe - Grundzüge der Therapie. In G. Reich, & M. Cierpka, *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 27-61). Stuttgart New York: Georg Thieme.
- Reich, G., & Cierpka, M. (2010). *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart New York: Georg Thieme.
- Reich, G., & von Boetticher, A. (2017). *Hungern, um zu leben - die Paradoxie der Magersucht. Psychodynamische und familientherapeutische Konzepte*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Roth, M., & Petermann, H. (2006). Tabak, Alkohol und illegale Drogen: Gebrauch und Prävention. In B. Renneberg, & P. Hammelstein, *Gesundheitspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., & Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 261-271.
- Schweiger, U., Peters, A., & Sipos, V. (2003). *Essstörungen*. Stuttgart New York: Thieme.
- Stangl, W. (2020). Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Zugriff am 15.02.2020 unter <https://lexikon.stangl.eu/2786/magisches-denken/>

- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Swami, V., Frederick, D., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., & et. al. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309-325.
- van Hoeken, D., Seidell, J., & Hoek, H. (2003). Epidemiology. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van den Furth, *Handbook of eating disorders* (2. Aufl.), (S. 11-35). Chichester UK: Wiley.
- WHO (2018). ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics. Zugriff am 15.3.2019 unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f254139238>
- Zimmerli, R. (2010). Körperzentrierte Erfahrungsübungen im Überblick. In A. Künzler, C. Böttcher, R. Hartmann, & M.-H. Nussbaum, *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen Anwendungen Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (S. 77-88). Heidelberg: Springer.

6 Zusammenfassung

Diese Arbeit hat das Ziel, den Zwangsaspekt in der Anorexie zu beleuchten und Behandlungsmöglichkeiten mit der IKP-Therapie aufzuzeigen. Die Arbeit gliedert sich in die vier Hauptkapitel Einleitung, Theorieteil, Behandlung und Fazit. In der Einleitung wird das Thema erläutert und eingegrenzt. Mein persönlicher Bezug zum Thema findet sich in meiner psychotherapeutischen Arbeit in einer auf Essstörungen spezialisierten ambulanten Praxis. Deshalb lasse ich viel von meinem Wissen aus der täglichen Arbeit mit einfließen und verbinde das fließend mit dem theoretischen Wissen.

Im Theorieteil stelle ich die Störungsbilder der Anorexie, der Zwangsstörungen und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung vor. Daraus wird ersichtlich, dass diese Störungsbilder viele Gemeinsamkeiten und teilweise Überlappungen aufweisen. Daraus entstehen diagnostische Schwierigkeiten. Teilweise ist nicht klar, ob die zwanghaften Symptome ausschliesslich im Rahmen der Anorexie auftreten oder darüber hinaus die Diagnose der Zwangsstörung oder der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann. Aus der IKP-Perspektive, also mit einem phänomenologischen und ganzheitlichen Zugang, wird der Fokus auf die individuelle, aktuelle Symptomatik gelegt und neben der ICD-Diagnose auch eine IKP-Ganzheitsdiagnose gestellt.

Im darauffolgenden Kapitel Behandlung wird zuerst das Anthropologische Würfelmodell IKP mit seinen sechs Lebensdimensionen und darauf aufbauend die IKP-Krankheitstheorie und die IKP-Ganzheitsdiagnostik vorgestellt. Dann werden die vier Prinzipien der Psychotherapie IKP vorgestellt. Bezüglich des Prinzips Hier und Jetzt wird gezeigt, dass Anorektikerinnen durch die gedankliche Überbeschäftigung mit dem Essen selten in der Gegenwart sind. Darüber hinaus meiden sie das Hier und Jetzt bewusst, um so Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen. Zum Prinzip der Awareness wird festgestellt, dass Anorektikerinnen in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt sind und zum Beispiel Hungergefühle bewusst unterdrücken. Je stärker das Untergewicht ist, desto eingeschränkter ist die Wahrnehmung, auch die Gefühlswahrnehmung. Ebenfalls Schwierigkeiten bestehen bei der Regulierung von Nähe und Distanz. Viele wirken distanziert, grenzen sich einerseits stark ab, lassen aber andererseits vieles zu nahe an sich heran. Zum vierten Prinzip der Bedürfniszentriertheit kann festgestellt werden, dass Anorektikerinnen grosse Mühe haben, ihre Bedürfnisse zu erkennen und daraus zu handeln. Sie folgen nur den Bedürfnissen des anorektischen Persönlichkeitsanteils, also den Regeln der Anorexie, welche aber keine primären Bedürfnisse darstellen. Die vier psychologischen Funktionen wahrnehmen, denken, fühlen und handeln sind allesamt eingeschränkt und durch die Essstörung verzerrt.

Es werden verschiedene körperzentrierte Erfahrungsübungen vorgestellt die das Ziel haben, den eben genannten Schwierigkeiten entgegenzuwirken. So werden Übungen zur Steigerung der Wahrnehmungsfähigkeit, zur Bearbeitung der Vergangenheit, zum Loslassen und

Vertrauen gewinnen, zum Spüren seiner Ganzheit und zur verbesserten Regulierung von Nähe und Distanz vorgestellt. Aus meiner persönlichen Erfahrung stelle ich die Gestaltarbeit mit der Stuhltechnik, in der ein Dialog mit dem essgestörten Persönlichkeitsanteil geführt wird, vor. Weiter gehe ich auf die Wichtigkeit und die Tücken von Entspannungsübungen ein. Da die Anspannung bei Anorektikerinnen unter anderem auch eine Kontrollfunktion übernimmt, ist es für sie wichtig, die Anspannung schrittweise loszulassen und gleichzeitig alternative Strategien aufzubauen, um so einen Kontrollverlust zu vermeiden. Zu der Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen, die bei Anorektikerinnen im Normalfall gestört ist, zeige ich auf, wie ich in der Praxis neben Somatografien eine störungsspezifische Übung durchführe, bei der die Patientinnen mit Schnürchen die geschätzten Körperumrisse und den Arm- Bein- Hüft- und Bauchumfang auslegen und dies dann mit den abgemessenen Schnürchen vergleichen. Zur Wahrnehmung des eigenen Raumes mache ich zudem oft eine Übung, bei der meine Patientinnen ein Seil um sich herum so auslegen, wie es ihrem gefühlten Raum entspricht. Die Klärung des eigenen Raums und der eigenen Körpergrenzen führt meistens zu einem Gefühl von Sicherheit. Zuletzt betone ich die Wichtigkeit der Arbeit am Perfektionismus. Neben Psychoedukation führe ich oft einen Gestaltdialog mit dem Persönlichkeitsanteil des inneren Kritikers, der den Perfektionismus verkörpert, durch. So gelingt es den Patientinnen, ihre Ziele realistischer zu setzen und wohlwollender mit sich selbst zu sprechen. Dies hat einen positiven Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Lebensqualität.

Im letzten Kapitel schlussfolgere ich, dass die Anorexie und insbesondere der zwanghafte Aspekt bei der Anorexie mit IKP-Methoden und IKP-Interventionen gut behandelt werden können. Dies zeigt sich auch bei meiner täglichen Arbeit mit Anorektikerinnen. Das IKP-Verständnis hilft bei den erwähnten diagnostischen Schwierigkeiten, indem der Fokus auf das individuelle Erscheinungsbild und das Hier und Jetzt gelegt wird.

Im Therapieverlauf nehmen zuerst die zwanghaften Verhaltensweisen ab und das Essen beginnt sich zu Normalisieren. Die zwanghaften Gedanken nehmen erst später ab. So kann eine Patientin sichtbar schon relativ symptomfrei, in Gedanken aber noch sehr anorektisch und zwanghaft sein. Dadurch ist sie auch in der Lebensqualität noch massiv eingeschränkt. Deshalb messe ich den Therapieerfolg unter anderem am Ausmass der noch bestehenden zwanghaften und anorektischen Gedanken.

Insgesamt kann gezeigt werden, dass der Zwangsaspekt in der Anorexie ein wichtiger Faktor mit grossem Einfluss auf die Lebensqualität ist und dass dessen Behandlung demnach eine zentrale Bedeutung zukommt. Der IKP-Ansatz erweist sich als hilfreich in der Behandlung der Anorexie, sowie auch spezifisch in der Behandlung des Zwangsaspekts in der Anorexie.

Diese Arbeit umfasst 10'954 Worte.