

Kunst- und Gestaltungstherapie mit eßgestörten Frauen

Eßstörungen sind ein gesellschaftlich relevantes Thema

Ungefähr 15 – 20 % aller deutschen BundesbürgerInnen sind stark übergewichtig. Mindestens 2 – 4,5 % der 18 – 35 jährigen Frauen leiden an einer Bulimie (hohe Dunkelziffer!). Die Anzahl der magersüchtigen Mädchen und Frauen nimmt ständig zu – derzeit beträgt sie ca. 1% der 15 – 25 Jährigen.

Bezogen auf Berlin gehen Schätzungen von Forschern von 2.000 Magersüchtigen, 15.000 Bulimikerinnen und 20.000 Eßsüchtigen aus, die der Behandlung bedürfen.

Früherkennung und Psychotherapie

Eßstörungen sind Frauenkrankheiten. Den Hintergrund von Eßstörungen bilden mehrheitlich Fragen des eigenen Selbstwertes und der weiblichen Identität sowie das Ringen um Autonomie. Das Essen bzw. der Körper ist der Schauplatz, an dem die seelischen Konflikte ausgetragen werden. Dies ist wichtig, möglichst früh zu erkennen und adäquat mit Psychotherapie zu behandeln, anstatt mit diversen Diätversuchen einer Chronifizierung Vorschub zu leisten.

Kunst- und Gestaltungstherapie

Frauen mit Eßstörungen definieren sich meist negativ. Das kreative Gestalten dagegen setzt bei den Ressourcen an, führt zu positivem Selbsterleben und einem neuen Körperbewusstsein. Als tiefenpsychologische Therapieform ermöglicht die Kunst- und Gestaltungstherapie durch die Verbindung von materialhaft-körperlichem Tun mit der Bild- und Symbolsprache der Seele einen Ausdruck jenseits der körperlichen Symptomatik und schafft einen eigenen Zugang zum Unbewußten. Sie ist mit ihrem ganzheitlichen Ansatz ein Medium für Integrations- und Heilungsprozesse.

Malen und Gestalten von Selbst- und Körperbildern

Das Malen und Gestalten von Selbst- und Körperbildern setzt in doppelter Hinsicht auf der Körperebene an: Zum einen als Handlungsebene im materialhaft-körperlichen Umgang mit Farbe und Pinsel, Stiften, Papieren, Pappe, Sand, Watte, Schaumstoff, Textilien, Holz u.a., insbesondere bei lebensgroßen Bildern. Die zweite Ebene ist das Thema. Mögliche thematische Vorgaben können die Darstellung des Körperschemas bzw. Körperbildes (das bei Eßgestörten oft gestört/verzerrt ist), das Selbstbild als Frau oder das Selbstideal („nicht wie meine Mutter“, Vorbilder aus der Medienwelt) sein. Die Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdbild, sowie die Selbstbetrachtung im Spiegel sind weitere Ansatzpunkte zur Konflikt- und Integrationsarbeit.

Das Einbeziehen des Mediums **Fotografie** bietet ein eigenes zusätzliches Spektrum, das von der Selbstvergewisserung („das bin ich“) bis zur Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit durch Aktionen des Sich-zeigens und –vertrautmachens, Verfremdens, Versteckens,.. reicht.

Mit Bewegung, Musik und Tanz können Freude und Lust an der eigenen Körperlichkeit erlebt und das Selbstbild als Frau erweitert werden.

Gesichtsbemalung und Maskenbau

Die Arbeit mit Gesichtsbemalungen und Masken knüpft an das Gestalten von Selbst- und Körperbildern an. Auch hierbei geht es um die Beschäftigung mit der eigenen Identität. Doch während das Gestalten von Selbst- und Körperbildern – besonders wenn sie lebensgroß an der Wand gefertigt werden – einen Akt des Sich-selbst-gegenüberstellens darstellt, handelt es sich bei Gesichtsbemalungen und Masken quasi um eine zweite Haut. Es können spielerisch verschiedene Persönlichkeitsaspekte ausgedrückt und Identitäten probeweise angenommen werden.

Rollenspiele können sich daran anschließen und die gewählten Rollen in der Aktion verlebendigen.

Gestalten mit Ton

Die Tonerde ist gewissermaßen die *materia mater* par excellence. Als weiche amorphe Masse bietet sie eine große Bandbreite an Erfahrungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Im Gestalten mit Ton kommt es zum direkten Körperkontakt und über die Stimulierung der Reflexzonen der Hände häufig zu einer körperlichen Entspannung. Außerdem bilden sich Beziehungs- und Reaktionsmuster ab, wie ein Kontakt – zum Material, zur Mutter, zur Welt – eingegangen wird. „Ich berühre und ich werde berührt“, wie Heinz Deuser sagt, formuliert die gegenseitige Bedingtheit von Eindruck und Ausdruck. Orale und anale Assoziationen werden im Verlaufe des regressiven Gestaltungsprozesses geäußert und bearbeitet. Auch Themen wie Gebären und Geborenwerden können auftauchen und zu einem vertieften Kontakt zu sich selbst führen.

Arbeit am Stein

In der Arbeit am Stein (Speckstein) kann man sich mit Aufwand von Kraft und Werkzeug abarbeiten. Der Stein setzt der Klientin materialhaft Widerstand entgegen. Die Gestaltungsarbeit ist ein Reduktionsprozeß, d.h. sie ist bestimmt durch den Abbau von Material. Anders als beim Ton kann hier nichts hinzu- oder wieder zusammengefügt werden. Der Stein fordert Entschiedenheit und bringt Klarheit. Gerade für Eßgestörte, die sich oft in einem ambivalenten Raum des ‚Weder-noch‘ bzw. ‚Sowohl-als auch‘ aufhalten, kann die Arbeit am Stein sehr klärend sein.

Imagination, Entspannung und Körperarbeit

Das Einbeziehen von Imagination, Entspannung und Körperarbeit erleichtert die Konzentration nach innen und das Wahrnehmen innerer Prozesse wie Körperempfindungen, Gefühle und auftauchende Gedanken. Innere Bilder und Phantasien sowie assoziative Verknüpfungen mit prägenden Erinnerungen aus der Vergangenheit, zu denen die eßgestörten Klientinnen sonst nur schwer Zugang finden, können dann konkret bildnerisch gestaltet werden. Ein weiterer Aspekt ist, daß so der Körper und das In-Beziehung-sein und Sich-begleiten-lassen als angenehm und wohltuend empfunden werden kann.

Die drei wesentlichen Krankheitsbilder der Eßstörungen

I. Anorexia nervosa

Diagnostische Kriterien:

- BMI < 17,5 (BMI = Körpergewicht in kg : Körpergröße in m²)
- Furcht, die Kontrolle über das Essen zu verlieren und zu dick zu werden
- selbst verursachter Gewichtsverlust / im fortgeschrittenen Stadium Entkräftung
- fehlendes Hungergefühl
- hyperaktives Verhalten und Leistungsorientiertheit
- ständiges Ausbleiben der Menstruation / endokrine Störung
- Körperschema- / Körperbildstörung, z.B.: fühlt sich zu dick trotz Abmagerung
- Verleugnung des Krankheitswertes / der Lebensbedrohung
- Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse fehlt, „Wunschlosigkeit“
- Unfähigkeit, die Konflikte als Beziehungs- u. psychisches Problem zu artikulieren bzw. zu symbolisieren (Konflikt wird auf der Körperebene ausgetragen) und Lösungen zu erarbeiten
- Rigidität, starre Außengrenzen

Familiendynamik

- gestörte Mutter-Tochter-Beziehung: Mutter ist überbehütend, Tochter will nicht erwachsen werden bzw. keine Frau werden, große Ambivalenz, Ringen um Autonomie bei gleichzeitiger Überangepasstheit
- Magersüchtige ist als „Identifizierter Patient“ (IP) wichtig für das Gleichgewicht der Familie, welche unter großen Spannungen steht
- „Verfilzung“ der Beziehungen / Loyalitätskonflikte der Eltern auf Mehrgenerationenebene

Psychodynamik

Die Anorexie kann verstanden werden als narzißtischer Lösungsversuch für frühe Abhängigkeitskonflikte oral-symbiotischer Art mit ausgeprägten Objekt- u. Selbstverlustängsten. Die charakteristische „Wunschlosigkeit“ stellt einen reaktiven Identitätsentwurf auf eine primäre Ohnmachts- u. Mangelsituation dar. Aggressive Impulse der Mutter sind überlagert durch ‚overprotection‘ und überfüttern. Mit verzweifelter Bemühen und asketischer Verweigerung hält die Magersüchtige triebhafte Bedürfnisse und den Wunsch nach Beziehung unter Kontrolle. Vor allem wird die weibliche Sexualität mit ihren Inkorporationsaspekten abgewehrt. Die Persönlichkeitsstruktur ist geprägt durch ein ‚falsches Selbst‘ mit tiefgreifender Selbstunsicherheit und dem Gefühl von Schutzlosigkeit.

Auslösesituationen sind Trennungen und Reifekrisen der Pubertät und Adoleszenz.

Therapiebereitschaft und Prognose

Die Anorexia nervosa ist eine Erkrankung mit hohem Chronifizierungs- und Mortalitätsrisiko. Es besteht bei den Betroffenen wenig Therapiebereitschaft und auch bei den Eltern oft nur scheinbare Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

Besonderheiten in der Kunst- und Gestaltungstherapie

In der Kunst- und Gestaltungstherapie hat die anorektische Klientin die Möglichkeit, über ‚das Dritte‘ – das kreative Medium – eine duale therapeutische Beziehung einzugehen. Die angebotenen Materialien und Methoden können eher im Sinne einer neutralen, nicht ‚vergifteten Nahrung‘ angenommen werden als eine direkte ‚Bemutterung‘ durch die Therapeutin. Im Verhalten der Klientin dem Material gegenüber spiegelt sich, wie sie mit sich und ihrem Körper umgeht – daran kann sie das Scheitern durch ihre Destruktivität erleben und einen neuen konstruktiven Umgang entwickeln. Die Klientin kann sich in der Gestaltungsarbeit ausdrücken und schöpferisch unabhängig machen. Gleichzeitig ist die Gestaltung ein Bindeglied in der Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin. Die Haltung der Therapeutin ist unterstützend und raumgebend.

II. Bulimia nervosa

Diagnostische Kriterien

- teils große Gewichtsschwankungen (ca. 10 kg), die Hälfte der Betroffenen hat jedoch ihr Idealgewicht
- anfallsartige heimliche Aufnahme großer Nahrungsmengen, Kontrollverlust
- danach selbstinduziertes Erbrechen, teilweise Laxanzienmißbrauch, Fasten, Einnahme von Appetitzüglern und Diuretika
- Angst vor Gewichtszunahme, teils magersüchtige Zeiten in der Vergangenheit
- selbstaufgelegte diätische Restriktionen
- Zyklusschwankungen, Amenorrhoe
- Körperschema-/Körperbildstörung (fragmentiert)
- Depressionen, Suizidalität
- Scham, Schuldgefühle, Verzweiflung nach den ‚Freißanfällen‘
- diverse Folgeschäden an Magen, Ösophagus, Zähnen,... / Vitalstoffmangel

Psychodynamik

Die Psychodynamik der Bulimie kann als eine frühe Störung der Selbstentwicklung verbunden mit einer Verletzung des labilen Selbstwertgefühls angesehen werden. Die Verletzung steht meistens im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der Symptomatik.

Diese stellt eine orale Fixierung bzw. Regression dar bei einer Persönlichkeitsstruktur auf narzißtischem oder neurotisch-hysterischem Entwicklungsniveau. Dementsprechend handelt es sich bei den bulimischen Attacken eher um eine Abwehr von innerer Leere und Depressivität oder von sexuellen Triebimpulsen. Die Konflikthaftigkeit der bulimischen Dynamik basiert auf einer mangelnden Differenzierung und Neutralisierung guter und böser Objektanteile sowie auf ersehnten und gleichzeitig schmerzlich erlebten Verschmelzungswünschen. In jedem Fall besteht ein höchst widersprüchliches Verhältnis zur eigenen Weiblichkeit, welches durch das gesellschaftlich propagierte Rollen- und Schönheitsideal, sexuellen Mißbrauch und spannungsreiche Ablösungskonflikte von der Familie zum täglichen Kampf gegen sich selbst wird.

Therapiebereitschaft und Prognose

Die Diagnose einer Bulimie wird oft erst nach jahrelangem Bestehen der Erkrankung gestellt, da die Patientinnen diese lange geheimhalten. Dann besteht jedoch aufgrund des großen Leidensdrucks oft eine hohe Therapiebereitschaft. Dabei muß der Teufelskreis des süchtigen, sich selbstverstärkenden Verhaltens erst unter Kontrolle sein, bevor eine tiefenpsychologische Therapie sinnvoll einsetzen kann. Die Prognose ist abhängig von der Dauer und Ausprägung der Erkrankung, dem Vorliegen belastender Faktoren und eventueller Komorbidität sowie der sozialen Integration der Betroffenen.

Besonderheiten in der Kunst- und Gestaltungstherapie

In der Kunst- und Gestaltungstherapie hat die bulimische Klientin die Möglichkeit, ihren Konflikt, den sie bisher in ihrem Körper ausgetragen hat, erstmals außerhalb ihres Körpers auszudrücken, anzuschauen und zu bearbeiten. Dabei fungiert das angebotene Gestaltungsmaterial als Äquivalent zur Nahrung. Im Umgang mit dem Material wird deutlich, was eigentlich Beziehungsverhalten ist. In der Gestaltung können die widersprüchlichen Aspekte wie Begierde, Fülle, Abscheu, Aggression und der Wunsch nach Struktur sichtbar werden. Durch eine klare, positive therapeutische Beziehung kann die Klientin herausfinden, was „gute Nahrung“ und das „richtige Maß“ ist. Im vertieften Prozeß wird es möglich, der Sehnsucht, im eigenen ‚So-sein‘ angenommen zu werden, auf die Spur zu kommen.

III. Adipositas

Diagnostische Kriterien

- BMI > 30 (BMI = Körpergewicht in kg : Körpergröße in m²)
- es werden größere Mengen Nahrung konsumiert, als der Körper braucht
- Versuch, durch essen andere Bedürfnisse zu kompensieren, z.B. essen, wenn man seelisch beunruhigt ist / Unbehagen wird als Hunger gedeutet
- nicht aufhören können, zu essen
- leicht verführbar
- kein inneres Gefühl, wenn eine Sättigung erreicht ist – brauchen Grenzen / Maß von außen
- Störung des Körperschemas – leiden unter ihrer Fettleibigkeit, Verachtung gegen sich selbst, gestörtes soziales Verhalten
- spezielle Formen von Hyperphagie / overeating:
 - essen großer Mengen am Abend und nachts - bei Schlaflosigkeit aufgrund von Streß und Unruhe (night-eating-syndrome)
 - ‚anfallsartige Freßorgien‘ in Situationen von Streß, Angst, Spannungen, Verlust- und Trennungserfahrungen, innerer Leere, Langeweile (binge eating)

Psychodynamik

Die Adipositas ist überdurchschnittlich häufig mit Depressionen verbunden. Psychische Hintergründe unterscheidet man in reaktive und entwicklungspsychologische Faktoren. Bei der reaktiven Adipositas lassen sich in der Regel auslösende Situationen nachweisen, wie Schwellensituationen oder traumatische Erlebnisse, die eher im Erwachsenenalter liegen. Die entwicklungspsychologisch bedingte Adipositas geht dagegen auf frühe Einflüsse in der Kindheit zurück: Störungen der innerfamiliären Kommunikation, mangelhaft differenzierende Beantwortung der Bedürfnisse des Kindes – einseitig mit Zufuhr von Nahrung und Süßigkeiten als Zuwendung und Belohnung, mangelnde Förderung von Frustrationstoleranz, Fixierung auf oraler Stufe, weitere psycho-emotionale Reifungsschritte können nur ungenügend vollzogen werden. Das Beziehungsverhalten ist fast symbiotisch, Trennungen und Verluste können nur schwer verkraftet werden. Teilweise besteht eine ernsthafte Störung des Selbstwertes und der Identität. Die Adipositas kann depressive oder auch psychotische Tendenzen überlagern (dies sollte bei einer Behandlung mit Gewichtsreduktion beachtet werden).

Therapiebereitschaft und Prognose

Die Behandlung der Adipositas im Sinne einer Gewichtsreduktion hat bisher eher wenig Erfolg zu verzeichnen, obwohl diese bei den Betroffenen oft im Fokus ihrer Motivation steht. Eine Therapiebereitschaft in Hinsicht auf die psychischen Hintergründe muß mit Adipösen nicht selten erst erarbeitet werden.

Besonderheiten in der Kunst- und Gestaltungstherapie

In der Kunst- und Gestaltungstherapie hat die adipöse Klientin die Möglichkeit, ihrem Bedürfnis nach Fülle und Zuwendung nachzukommen, ohne daß sie weiter an Gewicht zunimmt. Sie kann von dem angebotenen Material „ganz viel nehmen!“ und im regressiven therapeutischen Prozeß durch die haltgebende und nährnde Therapeutin den Bedürfnissen auf die Spur kommen, die den eigentlichen ‚Seelenhunger‘ ausmachen. Gleichzeitig ist mit dem gestalterischen Akt der erste Schritt zur Entwicklung einer Symbolisierungsfähigkeit getan. Es muß nicht real gegessen werden, um sich etwas Gutes zu tun. Man kann auch an symbolischer Nahrung ‚satt‘ werden. So kann die adipöse Klientin die Bedürfnisse ‚hinter dem Essen‘ wahrnehmen, z.B. Geborgenheit und Nähe, Kinderwunsch, sexuelle Bedürfnisse oder geistige Interessen. Gefühle können in der Beziehung differenzierter wahrgenommen und ausgedrückt werden. Die Freude am gestalterischen Tun und am eigenen Produkt wirkt Ich-stärkend und fördert das Selbstwert- und Identitätsgefühl.

Die tiefenpsychologisch fundierte Kunst- und Gestaltungstherapie mit eßgestörten Frauen in der ambulanten Privatpraxis

Eßstörungen sind in ihrem klinischen Vollbild schwere psychische Störungen und körperliche Erkrankungen, die einer medizinischen Behandlung und einer Psychotherapie gemäß der Kassenrichtlinien bedürfen und nicht selten eine stationäre Einweisung erfordern.

Die Kunst- und Gestaltungstherapie in der ambulanten Praxis empfiehlt sich besonders im Anfangsstadium oder nach erfolgter medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung zur weiterführenden Therapie und Stabilisierung.

Hierfür sollte eine psychiatrische Erkrankung (Persönlichkeitsstörung/Borderline) und eine Suchterkrankung ausgeschlossen sein.