

**Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht;  
Jochen Eckert (korrespondierender Autor)**

# Essstörungen und ihre Psychotherapie aus Klientenzentrierter Perspektive

**Zusammenfassung:** Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklungen innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie wird eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Arbeiten zur Ätiologie, Phänomenologie und Therapie von Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) aus Klientenzentrierter Perspektive gegeben. Es werden sowohl Klientenzentrierte Konzepte von Essstörungen als auch Falldarstellungen und Wirksamkeitsstudien vorgestellt. Insgesamt zeigen die Publikationen, dass Anorexie und Bulimie von je her zu den Störungsbildern gehören, die von klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten mit Erfolg behandelt werden. Es gibt eine Reihe von Klientenzentrierten Konzepten zur Ätiologie und Therapie dieser Störungsbilder. Anhand der Falldarstellungen wird erkennbar, wie sich Entwicklungsprozesse in Klientenzentrierten Psychotherapien etablieren können, die mit einer Minderung der Symptomatik und Heilung der jeweiligen Essstörung einhergehen. Deutlich wird jedoch auch, dass es bisher an kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei Essstörungen mangelt.

**Schlüsselwörter:** Gesprächspsychotherapie, Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ätiologie

**Abstract: Eating disorders and their psychotherapy – The client-centered perspective.** Referring to recent developments within client-centered psychotherapy, the present article provides an overview of the published work on etiology, phenomenology, and therapy of eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) from the client-centered perspective. Client-centered concepts on eating disorders as well as case- and efficacy-studies are discussed. In general, the published work indicates that anorexia and bulimia nervosa have always belonged to the group of disorders being successfully treated by client-centered therapists. There are various client-centered concepts on etiology and therapy of these disorders. The discussed cases show how personality change develops in client-centered therapy, accompanied by symptom reduction and healing in both disorders. However, it also becomes evident that there is still a lack of controlled studies on the efficacy of client-centered therapy of eating disorders.

**Keywords:** Client-centered psychotherapy, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, etiology

Die Klientenzentrierte Psychotherapie (auch als Personenzentrierte Psychotherapie und in Deutschland als Gesprächspsychotherapie bezeichnet) hat seit ihrer Begründung durch Carl Rogers hinsichtlich ihrer Theorie und Anwendung eine Reihe von Weiterentwicklungen erfahren. Dieser Entwicklungsprozess findet seinen Ausdruck in einer Differenzierung des Konzepts mit zum Teil unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen hinsichtlich theoretischer Auffassungen und praktischer Methoden.

Die Zugehörigkeit einer Entwicklung zum Klientenzentrierten Konzept zeigt sich in der Beibehaltung bestimmter Grundannahmen (vgl. Stumm & Keil, 2002, S. 2 und S. 8), die es eindeutig von anderen psychotherapeutischen Schulen unterscheidbar machen. Dazu gehören vor allem die Annahme einer Aktualisierungstendenz und das damit verbundene Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeiten des Klienten sowie ein Beziehungsangebot durch einen Therapeuten, das sich durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung

und Kongruenz/Echtheit auszeichnet.

Die im Folgenden dargestellten Konzepte und Forschungsbefunde zu Essstörungen aus klientenzentrierter Perspektive sind vor dem Hintergrund dieser Differenzierungen zu verstehen. Auf die Besonderheiten und Schwerpunkte der einzelnen Ansätze wird während ihrer Darstellung eingegangen.

Zunächst werden konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen, danach Erfahrungsberichte und Fallanalysen von Gesprächspsychotherapeuten und abschließend Befunde zum Verlauf und zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei Essstörungen vorgestellt wie diskutiert. Aufgrund der extremen Heterogenität der Beiträge wird auf eine weiterführende, nach inhaltlichen Kriterien ausgerichtete Anordnung der Arbeiten verzichtet. Die Beiträge werden – innerhalb der jeweiligen Abschnitte – in der Reihenfolge ihrer Veröffentlichung referiert.

## Konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen aus Klientenzentrierter Perspektive

### Konzeptionelle Beiträge zu Essstörungen (allgemein)

Grimm (1989) stellt, ausgehend von einer Klientenzentrierten Betrachtung des Erlebens von Patientinnen mit Essstörungen, ein Konzept zu ihrer stationären Behandlung vor. Den spezifischen Beitrag, den die Klientenzentrierte Therapie zur Behandlung von Essstörungen einbringen könne, sieht der Autor in der „Art der Beziehung zwischen klientenzentrierten Therapeuten und essgestörten Patienten“ und in der „Betonung einer phänomenologischen Sichtweise, die sich am Erleben der essgestörten Klientin orientiert und nicht an theoretischen Vorannahmen“ (S. 427).

Der Autor beschreibt folgende Charakteristiken, die bei allen Essstörungen in der klinischen Praxis beobachtbar und für die Erlebnisstruktur der Patientinnen grundlegend seien:

#### (1) Störungen des „Selbstkonzepts“:

Die Patientinnen haben ein gestörtes oder verzerrtes Bild von sich selbst. Ihr Selbsterleben ist auf den Bereich Essen, Figur und Gewicht beschränkt. Sie berichten alle von Selbstwertproblemen. Sie fühlen sich minderwertig, inkompetent, langweilig und in sozialen Beziehungen hilflos. Sie leben nach den Erwartungen und Ansprüchen anderer. Gleichzeitig suchen sie Anerkennung, Beachtung und Zuwendung durch besondere Leistungen. Zum gestörten Selbstbild gehören auch Körperschemastörungen und konflikthafte Einstellungen zu Sexualität und Weiblichkeit.

#### (2) Störungen der Symbolisierung und Selbstexploration:

Körpereigene Signale, Empfindungen und Gefühle werden nicht oder nicht adäquat wahrgenommen bzw. verarbeitet (z. B. Hunger- und Sättigungsgefühle). Es besteht Angst, den eigenen Bedürfnissen, Impulsen und Gefühlen zu vertrauen. Die Patientinnen sind deshalb auf externale Reize und Bewertungsmaßstäbe angewiesen. Sie versuchen, sich so vor dem Erleben intensiver Gefühle, die mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind, zu schützen. Insbesondere negative Gefühle wie Wut und Hass werden häufig „geschluckt“.

#### (3) Hunger und das Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung:

Alle Essgestörten befinden sich in einem permanenten Hungerzustand, der durch ihr Essverhalten nicht beseitigt werden kann. Der „Hunger hinter dem Hunger“ ist Sehnsucht nach Beachtung, Anerkennung, Verständnis, Zuwendung und danach, um seiner Selbst willen geliebt zu werden.

#### (4) Aktualisierungstendenz und das Streben nach Autonomie:

Die wahrgenommenen Bedürfnisse sind weitgehend auf den Nahrungsbereich beschränkt. Das Bedürfnis nach Autonomie wird auf den Körper umgelenkt, der oft das einzige Feld darstellt,

auf dem selbstbestimmte und kontrollierbare Veränderungen möglich zu sein scheinen.

Grimm leitet aus diesen Phänomenen Vorschläge für ein konkretes Vorgehen des Klientenzentrierten Psychotherapeuten bei der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen im Rahmen eines Klinikaufenthaltes ab. Es sei vor allem für eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens sowie der gegenseitigen Wertschätzung – anstelle von Kontrolle und Bevormundung – zu sorgen. Ziel der Behandlung sei die Förderung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Patientinnen. Zur Erreichung dieses Ziels soll die Klientin „das bekommen, was sie für ihre Entwicklung braucht“ (S. 428). Ob die Patientin das therapeutische Angebot annimmt, obliege ihrer eigenen Verantwortung. Zum Beispiel sei die Teilnahme an den Mahlzeiten und am Therapieprogramm zwar verpflichtend, das Essverhalten werde aber nicht kontrolliert und es werde kein Druck zur Mitarbeit in der Therapie ausgeübt. Bei mangelnder Mitarbeit gehe es darum, zu verstehen, warum die Patientin nicht essen mag oder sich nicht an der Therapie beteiligt.

Das Therapiekonzept basiert im Übrigen auf Grimms Verständnis der „drei Säulen der Klientenzentrierten Psychotherapie“:

#### (1) Einführendes Verstehen/Empathie:

Es wird kein (allgemeines) Thema vorgegeben. Vorschläge, Deutungen und Interpretationen werden vermieden. Es wird versucht, nicht zu bewerten und nicht zu urteilen. Die Patientinnen sollen sich verstanden fühlen und Vertrauen entwickeln.

#### (2) Wertschätzung:

Wertschätzung könne von den Patientinnen aufgrund ihres negativen Selbstkonzeptes zunächst nicht gut angenommen werden. Die Akzeptanz durch den Therapeuten mache es den Patientinnen dann aber möglich, ihre eigene Einstellung zu sich selbst zu reflektieren und in der Folge mit sich selbst empathischer und liebevoller umzugehen. Im Gegensatz zu ihren bisherigen Erfahrungen müssten sie in der therapeutischen Beziehung gar nichts tun, um Beachtung und Wertschätzung zu erfahren. Das bedeute auch, dass sie sich selbst nicht untreu werden und Dinge tun, die sie eigentlich nicht wollen. Auch ihr Bedürfnis nach Ruhe und Distanz sei zu respektieren. Dadurch werde die Angst, bedrängt oder verletzt zu werden, abgebaut und die Patientinnen könnten lernen, ihre Grenzen zu beachten.

#### (3) Echtheit und Kongruenz:

Der Therapeut werde dadurch zum Modell für die Patientin, dass er sich bemüht, seine eigenen Impulse und Gefühle wahr- und ernst zu nehmen. Der Therapeut versuche, seine Gefühle, seine Betroffenheit und Anteilnahme auszudrücken. Dadurch werde er als Person greifbar. Die Patientinnen seien äußerst sensibel für Fassadenhaftigkeit. Je weniger der Therapeut in den Prozess eingreife und je mehr er sich als Person in den Prozess einbringe, desto besser seien die Behandlungsaussichten.

Im Rahmen seines Konzepts der *Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie* ordnet Swildens (1991) die Essstörungen den von ihm so genannten „Drangstörungen“ (S. 144) zu. Das Gemeinsame dieser Störungen sei auch das, was die besonderen Anforderungen an ihre Behandlung stelle: Ihr „pathologischer Kern“ sei der „... Drang ..., eine mit dem ‚Selbst‘ und mit dem Organismus syntone Tendenz, welcher nach mehr oder weniger Motivkonflikt nachgegeben wird ...“ (S. 144). Aus einem zunächst bestehenden Spannungszustand entstehe ein Bedürfnis. Wenn dem Bedürfnis nachgegeben werde, stelle sich Entspannung ein und danach ein Bedauern, dem Bedürfnis nachgegeben zu haben. Dieses Bedauern beziehe sich zum einen auf die sozialen Folgen des Verhaltens, zum anderen aber vor allem auf die Unvereinbarkeit mit dem Selbstbild, insbesondere mit den Aspekten des Selbstbildes, in denen gerade die Selbstbeherrschung zentral ist. Erschwerend sei zusätzlich, dass die Betroffenen dazu neigten, alles zu verheimlichen, was mit dem Nachgeben gegenüber dem Drang zu tun hat. Trotz vorhandenen Leidensdruckes fehle den Klienten oft eine echte Motivation. Es scheine so zu sein, als würden sie um Hilfe bitten und gleichzeitig den Wunsch ausdrücken, ihnen ihr Symptom zu lassen.

Bezüglich des therapeutischen Verhaltens betont Swildens, dass die verschiedenen Settings – ambulant, tagesklinisch, stationär-medizinisch und psychotherapeutisch sehr unterschiedliche Behandlungen ermöglichten bzw. ihre Durchführbarkeit an bestimmte Bedingungen geknüpft sei: Essgestörte Patientinnen unterschieden sich in hohem Maße darin, wie sehr sie – auch im Verlauf ihrer Psychotherapie – auf medizinische Rettungsaktionen angewiesen sind.

Während des gesamten Therapieverlaufs seien Empathie und Kongruenz von zentraler Bedeutung. Das „Akzeptieren“ sollte vor allem in der Therapieeingangsphase nicht als ein bedingungsloses Hinnehmen des Verhaltens der Klienten aufgefasst werden, sondern als Respekt vor der Person.

Um den stockenden Entwicklungsprozess der Klienten wieder in Fluss zu bringen, sei es notwendig, dass das Drangverhalten ein Ende findet. Denn das für die Therapie zentrale Symptom zeige sich erst, wenn dem Drang nicht nachgegeben werde. Dann nämlich würden sich Spannungen, Depressivität und eine allgemein negative Stimmungslage zeigen. Die Therapie könne dann als eine Suche nach dem Warum dieser negativen Gestimmtheit und als eine Suche nach Lösungsmöglichkeiten angesehen werden, die eben nicht das Drangverhalten beinhalten.

Der prozessorientierte Gesprächspsychotherapeut wird dem Baby erst den Schnuller nehmen müssen; das daraufhin heulende Baby wird nunmehr erfahren müssen, wie unbequem es ohne Lutscher ist (Symptomphase), um schließlich zu entdecken, wie es mit dieser unangenehmen Situation auf andere Weise umgehen kann, so dass es sich zu einem erkundungsfrohen Kind entwickeln kann. (S. 186–187)

Speierer (1994) hat ein *Differentielles Inkongruenzmodell (DIM)* entwickelt. Es beinhaltet die Möglichkeit, umschriebene Störungsbilder auch aus klientenzentrierter Sicht so zu charakterisieren, dass sich eine differenzierte Herangehensweise an ihre Behandlung ergibt. Wie Carl Rogers gehe er davon aus, dass die Ursachen für psychische Störungen Inkongruenzen zwischen dem Selbstkonzept und den organismischen Erfahrungen sind. Die Perspektive auf die Entstehungsbedingungen solcher Inkongruenzen sei jedoch zu erweitern. Neben *sozial-kommunikativen* Quellen, die Rogers in den Mittelpunkt seiner ätiologischen Überlegungen stellt, geht Speierer auch von *dispositionellen* und *lebensereignisbedingten* Quellen der Inkongruenz aus. Aber nur sozial-kommunikativ erworbene Inkongruenz könne durch ein Beziehungsangebot, das durch die Verwirklichung der drei Basisvariablen (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) gekennzeichnet ist, behoben werden. Zur Behandlung von Inkongruenz, die aus anderen Quellen erwächst, müsse über das Basisangebot hinausgegangen werden.

Speierer stellt die Essstörungen in die Nähe der psychosomatischen Erkrankungen und entwickelt auf der Grundlage eigener Forschungen Hypothesen über „die spezifische Inkongruenzdynamik“ solcher Störungen (vgl. S. 356).

Vor diesem Hintergrund hat Voigt (1996) anorektische und bulimische Patientinnen mit dem Ziel untersucht, Informationen zur Inkongruenzdynamik Essgestörter zu bekommen und diese Dynamiken mit denen anderer Störungen zu vergleichen. Sie analysierte die Transskripte von ca. einstündigen Interviews mit jeweils vier Frauen mit Anorexia nervosa und mit Bulimia nervosa und ermittelte so überindividuelle Aspekte der Inkongruenzdynamik von Patientinnen mit unterschiedlichen Essstörungen, von denen an dieser Stelle nur einige beispielhaft aufgeführt werden können:

Als *sozial-kommunikative Basis der Inkongruenz* identifiziert die Autorin bei Frauen mit Essstörungen die Erfahrungen von u. a. Abwertung, Nichtbeachtung, Übergehen und Nichternstnehmen ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle durch die soziale Umwelt, insbesondere durch die Eltern. Die Betroffenen werden in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit verunsichert und entmutigt. Gleiches gilt für ihre Selbstständigkeitsbestrebungen.

Als *lebensereignisbedingte Basis* der Inkongruenz hat die Autorin bei diesen Patientinnen Versagen in Leistungssituationen und Beziehungsabbrüche (reale oder befürchtete) beobachtet.

Die *gegenwärtigen Erfahrungen* der betroffenen Frauen würden durch eine tiefe Unsicherheit gegenüber ihren eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen beherrscht.

Das *gegenwärtige Selbstkonzept* der Frauen sei dadurch gekennzeichnet, dass sie einen „objektiven“ (externen) Maßstab für die Einschätzung ihrer inneren Befindlichkeit benötigten. Als ihr Handlungsregulativ gelte die Anpassung an die Erwartungen der Umwelt. Versagen der Selbstdisziplin und der Selbstkontrolle,

Insuffizienz in der Kontrolle des Körpers sowie Leistungsversagen seien Erfahrungen, die das Selbst der betroffenen Frauen in extremer Weise bedrohten.

Im Rahmen einer 2002 in Hamburg begonnenen empirischen Untersuchung von ambulanter Gesprächspsychotherapie mit bulimischen Klientinnen sind Leitlinien (siehe Abschnitt zur Bulimia nervosa in dieser Arbeit sowie in Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006) auf der Grundlage von Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen formuliert worden. Diese aus eigenen und fremden Beobachtungen – wie den hier referierten – abgeleiteten auch entwicklungspsychologischen Vorstellungen sollen im Folgenden kurz wiedergegeben werden:

In den ersten Lebensjahren kann es zur Entwicklung einer so genannten *primären Inkongruenz* (vgl. Biermann-Ratjen & Swildens, 1993) als Folge mangelnder Empathie, Kongruenz und nicht unbedingter Wertschätzung durch die primären Bezugspersonen kommen. Das Kind kann nur Erfahrungen in sein Selbstkonzept integrieren, die von wichtigen kongruenten Bezugspersonen empathisch verstanden und bedingungslos wertgeschätzt (an-erkannt) werden. Es kann sich also eine Diskrepanz zwischen der Gesamtheit der organismischen Erfahrungen, die das Kind gemacht hat, und denen, die in seinem Selbstkonzept repräsentiert werden, entwickeln. Es kann so ein Selbstkonzept entstehen, das verletzlich ist, denn Erfahrungen, die bei ihrem ersten Auftreten nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, stellen, wenn sie sich wiederholen, eine Bedrohung des Selbstkonzepts dar. Diese primäre Inkongruenz – es gibt Erfahrungen, die nicht in das Selbstbild integriert werden können – kann in Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen erlebt werden und zu Einschränkungen im Verhalten sowie in der bewussten Erfahrung führen; bis zur Stagnation der Selbstentwicklung.

Von einer *sekundären Inkongruenz* wird gesprochen, wenn sich früher nicht „anerkannte“ (auch Inkongruenz-)Erfahrungen wiederholen, nicht erfolgreich abgewehrt werden, aber auch nicht oder nicht vollständig bewusst bzw. in die Selbsterfahrung integriert werden können, sich also Symptome bilden: Die Person macht dann Selbsterfahrungen bzw. werden ihr Einschränkungen im Verhalten und in der bewussten Wahrnehmung bewusst, die sie nicht kontrollieren und nicht mit ihrem Selbstverständnis vereinbaren kann. Sie kann sich in ihnen z. B. nicht verstehen und akzeptieren.

Es ist sinnvoll (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003; Biermann-Ratjen, 2002; Biermann-Ratjen, 2002a) zwischen mehr oder weniger „frühen“ Störungen zu unterscheiden und, dieser Differenzierung entsprechend, zwischen mehr oder weniger frühen Phasen der Selbstkonzeptentwicklung. Biermann-Ratjen (z. B. 2006, S. 88–91) unterscheidet drei Entwicklungsphasen:

*Phase 1:* Wenn die Bedingungen für die Selbstentwicklung (Kontakte mit Bezugspersonen, die das Kind empathisch verstehen und ohne Bedingungen annehmen und dabei kongruent bleiben) in hinreichendem Maße gegeben sind, werden in einer ersten

Phase Erfahrungen des Angenommenwerdens als erfahrendes und fühlendes Wesen in das Selbstkonzept integriert. Wenn das nicht in hinreichendem Maße der Fall ist, wird die primäre Inkongruenz darin sichtbar, dass jede affektive Erfahrung eine Bedrohung des Selbstkonzepts darstellt bzw. jede affektive Erfahrung, die nicht abgewehrt werden kann, sekundäre Inkongruenz auslösen kann.

*Phase 2:* In einer zweiten Phase wird der Prozess des Teilens von Erfahrung mit wichtigen Bezugspersonen wesentlich – ebenso bedeutsam wird die Überprüfung von Erfahrungen als das Selbstbild und die Selbstachtung bestätigend oder bedrohend. Das Kind kann nun auch in seiner Erfahrung der Bedrohung seines Selbstkonzepts oder in der Stagnation der Entwicklung, z. B. in der Form von Angst oder Protest oder Depression, empathisch verstanden werden. Auch diese Erfahrungen können „anerkannt“ werden, bzw. auch die Erfahrung von Inkongruenz kann in das Selbstkonzept integriert werden: „So geht es mir bei Erfahrungen, die mich in meinem Selbstverständnis erschüttern.“

*Phase 3:* Wenn die Phase 2 erfolgreich durchlaufen worden ist, kann sich das Kind seinen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten zuwenden, entdecken, was es sein und werden kann, bzw. nicht sein und werden kann, z. B. und vor allem als männlicher oder weiblicher Mensch. Auch die Integration dieser Selbsterfahrungen ist abhängig davon, dass das Kind in ihnen und in den mit ihnen verbundenen Affekten verstanden und ohne Bedingungen akzeptiert wird.

Die Essstörung als eine spezifische Form der sekundären Inkongruenz, erlebt vor allem als Angst in Beziehungen und im Umgang mit sich selbst, die sich in Vorstellungen über den eigenen Körper ausdrückt, wird in ihrer Genese der dritten Entwicklungsphase zugeordnet. D. h. die *primäre Inkongruenz* entsteht in der dritten (und letzten) Entwicklungsphase, wenn die wichtigen Bezugspersonen die Erfahrungen der eigenen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten z. B. als Junge oder Mädchen und die mit ihnen verbundenen Affekte nicht verstehen und/oder bewerten.

Die *sekundäre Inkongruenz* entwickelt sich in Beziehungen, in denen sich diese nicht anerkannten Erfahrungen bzw. die zu ihnen gehörenden Inkongruenzerfahrungen (bzw. deren Symptomatik) wiederholen, sobald sie dem Bewusstsein nicht mehr vollständig vorenthalten werden können. Das Essstörungs-Syndrom kann als spezifischer Versuch verstanden werden, das Bewusstwerden solcher Erfahrungen (und der damit verbundenen Angst) zu verhindern oder zu begrenzen.

### Konzeptionelle Beiträge zur Anorexia nervosa

Zu den ersten klientenzentrierten konzeptionellen Beiträgen bezüglich Anorexia nervosa gehören die Ausführungen von Binder & Binder (1979). Am Beispiel der Anorexia nervosa verdeutlichen sie in ihrem Buch zur Klientenzentrierten Psychotherapie bei schweren

psychischen Störungen einen Begriff, der für ihre Theorie der Person und ihre Therapietheorie von besonderer Wichtigkeit ist: den Begriff der „Intensität“ und deren Störung. Sie liefern damit aber einen wichtigen Beitrag zum Verstehen der bei Anorexia nervosa zu beobachtenden Phänomene.

Die Autoren stellen ein von ihnen entwickeltes „Modell der veränderungsorientierten Person“ den „klassischen“ Personenmodellen gegenüber:

Das Modell besagt, dass jeder Mensch simultan mehr als nur eine Möglichkeit der Selbstverwirklichung besitzt, und dass die motivierende Kraft des Idealbildes der reifen Persönlichkeit [der „klassischen“ Personenmodelle, d. A.] diesen Prozess der Selbstaktualisierung behindert, erschwert oder ganz unmöglich macht. (S. 47)

Entsprechend sind bei einem entwicklungsorientierten Personenmodell nicht „Endziele“ vorzugeben (wie bei klassischen Modellen), sondern die Bedingungen für eine mehrdimensionale Selbstaktualisierung zu beschreiben und zu sichern.

Zu diesen gehört die Intensität von Erleben. Intensitätsstörungen, -verschiebungen, -mängel und -überhöhungen spielen bei psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle. Intensives Erleben (vgl. S. 62) hat Gegenwartscharakter und ist nicht verwaschen und verwischt durch relativierende vergangenheitsbezogene oder zukunftsbezogene Qualitäten. Intensität des Erlebens bedeutet, sich nicht vom eigenen Erleben und den zu ihm gehörenden anderen Personen zu distanzieren oder sich dem eigenen Erleben zu entziehen. Es ist verbunden mit Lebendigkeit, Erregung und Bereitschaft. Und es ist vergleichsweise wenig störrisch. Intensives Erleben ist ausschließlich, nicht begleitet von gleichzeitigen Nebenerfahrungen oder -empfindungen. Intensives Erleben hat eine quasi-biologische Ablaufdynamik und ist verbunden mit einer Kompetenzerfahrung. Die Person erlebt sich selbst als die Urheberin ihrer Erfahrung.

Kompetenz-Erfahrung, die verbunden ist mit quasi-biologischer Ablaufdynamik, ist wesentlich für die durch Intensität gegebenen Veränderungsmöglichkeiten. Kompetenz schafft Distanz von externalen wie internal-normorientierten Bezugssystemen. Bio-Abläufe sind mit Motivationsstärken verbunden, die für Veränderung notwendige Personenfreiräume temporär herstellen können (S. 69).

Intensität strukturiert ferner durch die Markierung von Erlebnissen das Erleben und die Erfahrungen u. a. mit der Folge, dass sie die persönliche Vergangenheit lebendig, prozesshaft erfahrbar machen (S. 72).

Zum Verständnis der Anorexia nervosa – mit Hilfe der beobachtbaren Intensität ihres Erlebens – erscheinen den Autoren folgende Gesichtspunkte wesentlich (S. 92–98):

#### *Extreme Selbstkontrolle:*

Mit dieser reduzieren die Betroffenen ihren Erlebnisbereich. Der Kampf um Kontrolle bedeutet zwar intensives Erleben, andere

Bereiche oder Gefühlsmöglichkeiten bleiben jedoch unterdrückt, indem nicht gewagt wird, „drauflos zu fühlen oder zu erleben“. Im Hungern wird ebenfalls Intensität erlebt. Gleichzeitig verarmt das Erleben, bleibt undynamisch, einseitig und starr.

#### *Der Ist-Zustand wird als ungültige Vorbereitungsphase erlebt:*

Anorektische Personen leben auf einen Zeitpunkt hin, zu dem sie eine bestimmte Veränderungsarbeit geleistet haben werden, an dem das Leben beginnen soll, bestimmte Zielvorstellungen verwirklicht sind, ein anderes Selbstwertgefühl erreicht ist. Das alles ist mit Nahrungsaufnahme und Körpergewicht verknüpft: z. B. „Das Leben beginnt, wenn ich noch 5 kg leichter bin, wenn ich wieder normal essen kann, etc.“

#### *Erlebniskanalisierung auf den Bereich Nahrungsaufnahme und Körpergewicht:*

Dieser Bereich dient als Strukturierung, als Orientierung und als Stimmungsbarometer. Dadurch bleibt das Erleben für andere Eindrücke weitgehend blockiert. Dieses überwertige Beschäftigtsein mit Essen ist im Allgemeinen weder mittelbar noch einfühlbar, so dass Personen mit Anorexie mit den für sie wesentlichsten Gefühlen nur schwer erreichbar sind und damit meist beziehungslos bleiben.

#### *Selbstverwirklichung durch Verweigerung:*

Ein Gefühl von Urheberschaft bei Gefühlen und Verhalten wird nur in der Verweigerung erlebt. Das Funktionieren im Leistungsbereich ermöglicht nicht die Erfahrung, Urheberin der eigenen Erfahrungen zu sein, sondern ist lediglich der Versuch, mangelndes Selbstwertgefühl zu kompensieren. Essensverweigerung kann stellvertretend für Beziehungsverweigerung stehen, wenn Beziehung überwiegend so erlebt wird, dass Erwartungen erfüllt werden müssen.

#### *Störungen der Selbstwahrnehmung:*

Personen mit Anorexie können ihre Gefühle, ihre Bedürfnisse, ihren Körper nicht adäquat wahrnehmen. Sich nicht empfinden zu können, bedeutet einen Mangel an Intensität, der sich als diffuse Angst, Leere, Entfremdung, Ruhelosigkeit äußert.

#### *Selbstwertprobleme:*

Das Selbstbewusstsein ist oberflächlich intakt (Anorektiker funktionieren, organisieren, sind immer für andere da). Sie erleben sich jedoch in hohem Maße als die Erwartungen anderer erfüllend, moralischen Forderungen entsprechend, etc. Das eigentliche Grundgefühl ist Hilflosigkeit, Schwäche und mangelnder Selbstwert.

#### *Hungern und Dünnsein als Kompetenz-Erfahrung:*

Im Hungern und Dünnsein kann eine Kompetenz-Erfahrung liegen, die mit Intensität und Hochgefühlen des Durchhaltenkönnens und der Unabhängigkeit verbunden ist. Gleichzeitig werden jedoch Einengung, Unfreiheit und Abhängigkeit vom Durchhaltenkönnen,

Scham- und Schuldgefühle, Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühle erlebt.

Franke (1981) zeigt anhand theoretischer Überlegungen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie eine zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa geeignete Methode sein kann. Sie überprüft zunächst die theoretischen Grundannahmen und dann deren praktische Umsetzung.

Die typischen Defizite der Patientinnen, die abgesehen vom Essverhalten beobachtet werden können, seien: eine gestörte Körperwahrnehmung; die Unfähigkeit, Körpersensationen und Emotionen adäquat wahrzunehmen und zu interpretieren; ein gestörtes Selbstkonzept. Aus Klientenzentrierter Sicht bedeute das einen Mangel an Selbstexploration: Unklarheit im Erleben und Fühlen; Mangel an neuen Erfahrungen, ein starres und eingeengtes Selbstkonzept; Angst, das starre, rigide Konzept könnte ins Wanken geraten. Damit entsprächen die Patientinnen genau der Person, wie sie von Rogers für den Beginn einer Therapie beschrieben wird, dem Gegenteil einer „fully functioning person“.

Darüber hinaus findet die Autorin eine hohe Übereinstimmung zwischen den Forschungsergebnissen zur Genese der Anorexie (das Kind erhält keine Möglichkeit, seine eigenen Gefühle kennenzulernen, sich selbst als eigenständige Person zu erfahren) und den allgemeinen Annahmen Rogers' über die Entwicklung psychischer Störungen.

Entsprechendes gelte für das Ziel der Anorexie-Behandlung: Rogers definiere das Therapieziel, dass der Patient lernen müsse, sein eigenes Fühlen, Empfinden und Erleben kennenzulernen und zu akzeptieren, und dadurch ein Selbstkonzept aufzubauen, das es ihm ermöglicht, sein Leben eigenständig zu gestalten. Wenn dieses Ziel erreicht sei, werde der Patient von sich aus die angemessenen Verhaltensweisen zeigen. Auf die Anorexie bezogen, würde das bedeuten: Wenn die Patientin gelernt hat, sich mit ihren Gefühlen als eigenständige Person anzuerkennen, ist der entscheidende Schritt getan, und sie wird ihr Essverhalten von sich aus ändern.

Schwierigkeiten in der Therapie von Patientinnen mit Anorexie ergeben sich nach Franke auch aus folgenden Besonderheiten: Sie empfinden sich nicht als krank und therapiebedürftig; weisen das Beziehungsangebot des Therapeuten zurück; perseverieren auf einem Thema; weisen konkrete therapeutische Vorschläge ab. Der Klientenzentrierte Therapeut sei in der Lage, mit diesen problematischen Verhaltensweisen umzugehen und trage gerade durch sein spezifisches Beziehungsangebot dazu bei, dass die Patientin ihre Defizite überwinden kann:

Dadurch, dass der Therapeut den Inneren Bezugsrahmen der Patientin einzunehmen versucht, könne sich die Patientin als eigene Person erleben, könne ihr deutlich werden, dass sie überhaupt eigene Einstellungen und Ansichten hat. Dadurch, dass der Therapeut auch das Erleben der Patientin akzeptiert, nicht krank zu sein, erhalte die Klientin die Möglichkeit, diese eigene Einschätzung zu

reflektieren und ihre Verteidigungshaltung aufzugeben. Das Festhalten der Patientin am Thema Essen könne vom Therapeuten reflektiert werden, sobald die Schilderungen einen Bezug zum Erleben der Patientin bekommen. Dadurch, dass der Therapeut keine konkreten Verhaltensvorschläge macht, kommt er nicht in die Gefahr, dass seine Vorschläge zurückgewiesen werden. Die Verweigerung des Kontaktes stelle kein wesentliches Hindernis dar, da die Klientenzentrierte Therapie keine offene Beziehung zwischen Patient und Therapeut voraussetze, sondern diese zum Ziel habe. Die Klientenzentrierte Therapie biete die Möglichkeit, dass ungünstige soziale Lernerfahrungen der Patientinnen revidiert werden können, da sie den bisherigen Erfahrungen der Patientinnen zuwiderläuft und damit neue, alternative Verhaltensweisen eher herausfordert, als alte aufrecht erhält. Zum Beispiel werde die Patientin in ihrer Erwartung, dass auch der Therapeut sie zum Essen bringen will, enttäuscht. Hierin sieht die Autorin die Quelle für eine neue, entscheidende Lernerfahrung. Gleiches gilt für Erwartungen bezüglich Fragen und Kontrollen über Essensgewohnheiten und Gegenmaßnahmen.

Trotz dieser optimistischen Einschätzung und offenbar eigener guter Erfahrungen bei der ambulanten Behandlung von Patientinnen mit Anorexie empfiehlt Franke dringend, Anorexia nervosa niemals „als Einzelkämpfer zu behandeln, sondern sich vor Beginn einer solchen Behandlung der Mitarbeit eines Teams oder zumindest einer Supervisionsgruppe zu versichern, die in kritischen Situationen jederzeit konsultierbar ist. Die Kooperation mit einem Arzt ist – wie bei der Behandlung aller psychosomatischen Störungen – eine Selbstverständlichkeit“ (S. 156). Es sei gerade für einen klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten manchmal schwer zu entscheiden, wie lange er das Vertrauen in die positiven Kräfte der Patientin zur Selbstfindung und Heilung aufrechterhalten kann.

Im Anschluss an seinen oben bereits dargestellten Beitrag zu Essstörungen allgemein, in dem er die Nähe der Anorexie zu anderen Essstörungen, wie der Bulimia nervosa, und zu den Abhängigkeitserkrankungen betont, geht Swildens (1991) auch auf Aspekte der Therapie der Anorexia nervosa ein, die er anhand von Fallvignetten und Auszügen von Therapieprotokollen illustriert und diskutiert.

Zunächst äußert er sich zur Phänomenologie: Das Dasein von Patientinnen mit Anorexie sei auf eine ganz besondere Weise verändert und begrenzt. Er habe einerseits Patientinnen erlebt, die zurückgezogen und scheu sind, zunehmend aber auch Frauen mit Anorexie, die Beziehungen eingehen und verheiratet sind. In der bisherigen Literatur würden die Mütter der Patientinnen stereotyp angeklagt. Swildens bezweifelt ihre herausragende Rolle bei der Entstehung der Anorexie, hebt mehr den aktiven Anteil der Patientinnen an der Entwicklung und Gestaltung ihrer Beziehungen hervor.

Die Patientin manipulierte ihren Körper, „reduziert ihn zu einem Körperding“, auf eine kaum durchbrechbare Art und Weise mit dem Ziel, sich aus ihrer depressiven Gestimmtheit zu befreien. Sie blo-

ckiere ihren existenziellen und biologischen Prozess und mache damit die Zukunft unmöglich (S. 171). Gleichzeitig mache sie sich unschuldig. Um das zu erreichen, sei ihre Mythe notwendig.

Die Mythe schließt die Symptome ein, und die Symptome fügen sich um die Mythe. Die Symptome sind als Körper ein lebendes Mahnmal für die Schuld der anderen ... Der Anklagecharakter der Magerkeit kann nur aufrecht erhalten bleiben, wenn auch ein Angeklagter da ist, und so schließt sich die Mythe um das Symptom.

... nicht die Vergangenheit bestimmt das Auftreten des Symptoms, sondern das Symptom nötigt zu einer bestimmten Interpretation der Vergangenheit, wobei einige Aspekte – Mängel in den Beziehungen – überbelichtet werden, während andere abgeschirmt sind. Das Resultat dieser zum Symptom passenden Interpretation der Vergangenheit ist die individuelle Mythe des Klienten. (S. 172)

Im Zentrum der Mythe der anorektischen Patientin stehe die Geschichte vom „Nicht-gehört-Werden“, „Überflügelt-Werden“, „keinen Raum für sich selbst erhalten“, „beherrscht werden“ durch die dominante Sorge der Mutter. Als Antwort auf das „Selbst-nicht-dasein-Dürfen“ wird mit einem Protest reagiert, der die Bezugspersonen machtlos macht und der die Patientin selbst in ihrer Autonomie bestätigt.

Für Swildens ergeben sich aus der Mythe die Anforderungen an den Therapeuten vor allem in der Prämotivationsphase der Therapie: Er dürfe nicht zur mahnenden Bezugsperson werden und den Kampf mit der Patientin um das Essen fortsetzen. Er müsse die Autonomie der Patientin respektieren, eine wirksame Beziehung schaffen, einen Kontrakt mit der Patientin schließen. In diesem werde das Körpergewicht ein wichtiger Punkt sein. Gerade das Ansprechen des Körpergewichts lasse die Motivation der Patientin wieder sinken. Dieses Problem sei nicht dadurch zu lösen, dass es an ärztliche Kollegen übergeben wird. Und es sei ein „Denkfehler“ anzunehmen, dass die Patientinnen wieder zu essen beginnen, wenn ihre Probleme gelöst sind. Die eigentliche Problematik werde erst dann wahrnehmbar und fühlbar, wenn die anorektische Patientin das Fasten und das Magersein aufgibt. Swildens empfiehlt für die ambulante Therapie: Bei mindestens 25 % Untergewicht ist auf eine stationäre Behandlung zu verweisen. Gespräche werden erst möglich, wenn ein akzeptables Gewicht erreicht ist (z. B. 10 % Untergewicht) und es kein Erbrechen und keinen Gebrauch von Abführmitteln mehr gibt. Unter stationären Bedingungen empfiehlt er, dass der Therapeut zwar Kontakte mit der Patientin haben sollte, aber die eigentlichen Therapiegespräche erst dann stattfinden, wenn die Minimalbedingungen erfüllt sind.

In der Symptomphase könne das therapeutische Vorgehen dann weitgehend rein klientenzentriert sein. Allerdings habe der Therapeut auch in dieser Phase immer noch die Aufgabe, den Verlauf der Therapie zu überwachen und gegebenenfalls zu lenken. In

der Symptomphase gehe es um das „Durcharbeiten des Alibis, das Aufzeigen neurotischer Mechanismen, welche Wahl und Entscheidung verhindern, und auch das Feststellen und Bearbeiten von Widerständen“ (S. 183).

In der Konflikt-/Problempphase sollte der Therapeut überwiegend klientenzentriert auch im Sinne von „nachfolgend“ vorgehen, da eine Verstärkung der Spannung oder eine Erhöhung des Widerstandes ein Wiederkehren des „Dranges“ zur Folge haben könnte.

In der existenziellen Phase kann die Patientin die Bedeutung des Alleinseins erkennen, Verantwortung tragen und Autonomie bewahren voneinander unterscheiden, die „Last der Freiheit“ anerkennen (S. 184).

In der Abschiedsphase sei mit der „Angst vor echter Selbstständigkeit“ (S. 184) zu rechnen. Die früheren Strategien der Patientin könnten wieder auftauchen. Es empfehle sich, beizeiten ein vorläufiges Datum für das Behandlungsende zu verabreden, ein „Abbauschema“ mit abnehmender Gesprächsfrequenz aufzustellen und dem Thema Abschied so ausreichend Raum zu geben.

Wie bereits bei Franke (1981) und Swildens (1991) anklingt, geht es bei der Anorexiebehandlung immer wieder um das Problem der Gewichtskontrolle. Schützler, Bischof und Wolff (2006) diskutieren unter der bezeichnenden Überschrift „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“ anhand der Literatur zur Gesprächspsychotherapie der Anorexie Möglichkeiten des klientenzentrierten Umgangs mit diesem Problem. Der körperliche Zustand von Personen mit Anorexie mache symptombezogene Strategien notwendig, vornehmlich Gewichtskontrolle und Kontrolle der Nahrungsmengen wie -mittel. Kontrolle – Überprüfung des Verhaltens einer Person – stehe aber im Widerspruch zum klientenzentrierten Selbstverständnis. Die Notwendigkeit eines Behandlungsvertrages, der die Bedingung Gewichtszunahme stelle, lasse „auf den ersten Blick“ eine Klientenzentrierte Therapie als nicht indiziert erscheinen, denn so ein Vertrag widerspreche dem Prinzip der bedingungslosen Wertschätzung. Rogers gehe davon aus, dass sich Veränderungen im Verhalten fast von selbst einstellen, wenn eine Reorganisation der Wahrnehmungsstruktur erlebt wird. Angesichts der zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen der Anorexia nervosa „scheint jedoch keine Zeit, darauf zu warten und zu vertrauen“ (S. 21). Das spreche eigentlich gegen die Indikation einer Klientenzentrierten Psychotherapie bei einer Anorexie, auch wenn diese die von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003) formulierten Indikationskriterien erfülle. Die Autoren zeigen dann anhand der Literatur, wie unterschiedlich klientenzentriert arbeitende Psychotherapeuten mit diesem Problem umgehen. Sie stellen zwei Vorgehensweisen dar, die Gewichtskontrolle und bedingungslose Wertschätzung für miteinander vereinbar halten: Uhde (1986, siehe unten in dieser Arbeit) und Swildens (1991, siehe oben). Für die Gegenposition gehen sie auf die Arbeiten von Petersen (1997, siehe unten) und Grimm (1989, siehe oben) ein. Zusammenfassend stellen sie fest, dass es

innerhalb der Klientenzentrierten Therapie eine große Bandbreite von Argumenten und Erfahrungen sowohl für als auch gegen gewichtskontrollierendes Vorgehen gibt. Für die einen sei es Voraussetzung für eine Therapie, andere würden es als sekundär betrachten. Die Autorinnen verweisen abschließend auf das Prinzip der Kongruenz des Therapeuten. Sie beinhalte, dass der Behandelnde sich über seine Motive – für welches Vorgehen in der Therapie auch immer – im Klaren ist, und schließe die Bereitschaft ein, für das eigene Handeln Verantwortung zu übernehmen, die eigenen Motive zu reflektieren und gegebenenfalls dem Klienten gegenüber transparent zu machen. Kongruenz ist eng verbunden mit bedingungsloser Wertschätzung. Die Autorinnen fassen zusammen: „Wenn jedoch klientenzentriertes Handeln als Beziehungshandeln zu verstehen ist, dann sind auch gewichtskontrollierende Strategien und ihre Indikation – stärker als bislang – im Kontext der Therapeut-Klient-Beziehung zu diskutieren“ (S. 24).

### Konzeptionelle Beiträge zur Bulimia nervosa

Hölzle (1986) betrachtet die Bulimie als eine psychische Erkrankung, in der das Erleben u. a. durch Aspekte gekennzeichnet sei, die mit denen anderer Suchterkrankungen vergleichbar sind. In ihrem Behandlungskonzept beschreibt sie drei Phasen der Therapie:

- (1) In der ersten Phase (Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und Entwicklung der Selbstexploration) gehe es darum, das Ausmaß der Essstörung und den Einfluss der „Sucht“ auf Beziehungen, Befinden, Körpererleben und Selbstkonzept mit der Patientin gemeinsam zu durchleuchten. Besondere Schwierigkeiten ergäben sich in dieser Phase daraus, dass in der Klientin zwar Einsichten erwachsen können, die jedoch nicht mit Verhaltensänderungen verbunden sind („Die Therapie bringt ja gar nichts.“).
- (2) In der zweiten Phase (Aufbau der Abstinenz) gehe es darum, das süchtige Essen nach und nach aufzugeben. Wie bei allen Süchten löse die Vorstellung, nie mehr Suchtverhalten zeigen zu dürfen, große Angst aus. Die Autorin empfiehlt eine intensive therapeutische Begleitung in dieser Phase.
- (3) In der dritten Phase (Konsolidierung) mache die Klientin die Erfahrung, dass sie durch die Abstinenz an Lebensqualität gewinnt. Lebendigkeit, Kontaktfähigkeit und Selbstbewusstsein nähmen zu. Der neu erschlossene Gefühlsreichtum solle bestärkt werden. Wichtig sei in dieser Phase, den Umgang mit Rückfällen zu thematisieren.

Die Autorin beschreibt die folgenden besonderen Schwierigkeiten in der Therapie:

*Motivation und Krankheitseinsicht:* Oft kämen die Betroffenen erst in einer finanziellen und sozialen Drucksituation. Viele seien der Überzeugung, dass sich „etwas“ ändern muss. Der Schritt zur eigenen Motivation und Krankheitseinsicht sei häufig sehr schwer.

*Direktivität bzw. Verlassen der Sichtweise der Patientin:* Mit der Strategie: „Wenn ich keine Arbeits-, Beziehungs-, Selbstwertprobleme hätte, hätte ich auch keine Essattacken mehr!“ werde die Einsicht abgewehrt, dass erst mit der Aufgabe des Suchtverhaltens gesehen werden kann und muss, welche Probleme wirklich vorhanden sind. Eine Umdeutung der Überzeugungen der Klientinnen sei nach allen Erfahrungen sehr wichtig, bedeute aber auch, dass ihre Sichtweise verlassen werden muss.

*Geduld:* Die Therapien seien zäh und langwierig. Es sei nicht einfach, in Rückfallphasen die länger anhaltende resignierte und lähmende Atmosphäre auszuhalten und nicht stellvertretend Motivations- und Handlungsimpulse zu geben.

Abschließend gibt die Autorin Hinweise, was sich als hilfreich für den Therapeuten erwiesen habe: Das Therapiekonzept sollte für die Klientin transparent gemacht werden, was eine Konfrontation der Patientin mit dem Suchtmodell und das Herstellen von Konsens über die einzelnen Veränderungsschritte einschließe. Die Patientinnen sollten in Gruppen behandelt werden, da die gemeinsame Betroffenheit offenes Sprechen erleichtere und gegenseitiges Unterstützen fördere. Eigene Omnipotenzwünsche der Behandelnden müssten immer wieder reflektiert werden. Die Angst davor, in den Therapien direktiv vorzugehen, was die Autorin für notwendig hält, wird als Ausdruck einer Omnipotenzphantasie angesehen, die irrtümlicherweise davon ausgehe, Menschen tatsächlich therapeutisch manipulieren zu können.

Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) stellen ein Konzept zur stationären Gesprächspsychotherapie bei Bulimie vor. Das auf 10 bis 12 Wochen Dauer angelegte Behandlungsprogramm sieht Gesprächspsychotherapie mit einer Einzelsitzung und vier Gruppensitzungen pro Woche vor. Weitere Programme ergänzen die Behandlung: Gestaltungstherapie; Konzentrierte Bewegungstherapie; verhaltenstherapeutisch orientierte, soziotherapeutische sowie die Kreativität fördernde Programme. Primäres Ziel der Behandlung sei die affektive Stabilisierung als Voraussetzung für nachgeordnete spezifische Behandlungen der Bulimie. Anhand einer kurzen Fallvignette wird das therapeutische Vorgehen dargestellt. Die gesprächspsychotherapeutische Arbeit wird als eine „einsichtsorientierte, konflikt-aufdeckende und erlebnisaktivierende Arbeit“ (S. 87) bezeichnet.

In der Beschreibung des Therapiekonzepts werden die Bulimie kennzeichnenden Themenkomplexe benannt, und es wird ausgeführt, wie der Therapeut klientenzentriert mit diesen Themen umgehen könnte:

#### (1) Themenkomplex: *Symptomatik*

Zunächst habe das Symptom thematisch ganz im Mittelpunkt zu stehen. Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung seitens des Therapeuten ermöglichten es der Patientin, über ihr maßloses Essbedürfnis, das anschließende Erbrechen und die mit beidem einhergehenden Gefühle zu sprechen.

(2) Themenkomplex: *Bedürfnis nach Geborgenheit, Abhängigkeit und Getragensein*

Der Therapeut sollte durch sein Einfühlerndes Verstehen die Patientin dazu stimulieren, „die verschiedenen Aspekte ihrer Sehnsüchte auszuphantasieren“ (S.92). Auch die in der therapeutischen Beziehung aktualisierten Bedürfnisse und Sehnsüchte der Patientin seien anzusprechen.

(3) Themenkomplex: *Autonomie*

Autonomietendenzen spielten – als die Kehrseite der Wünsche nach Geborgenheit – im Erleben der Patientinnen mit Bulimie eine besondere Rolle, meistens offen und manifest, seltener versteckt. Der Therapeut sollte die Widersprüchlichkeit dieses Erlebens zwar verdeutlichen, sie aber zunächst gelten lassen und die Patientin nicht zu einem konsequenten Handeln auffordern. Diesbezügliches Konfrontieren sollte allenfalls vor dem Hintergrund einer akzeptierenden und nicht-direktiven Haltung geschehen.

(4) Themenkomplex: *Diskrepanzen zwischen einem von der Patientin selbst formulierten Therapieziel und ihrem tatsächlichen Essverhalten*  
Auf eine solche Diskrepanz sollte in einer Form hingewiesen werden, „die der Patientin auch hier eine verstehende Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Verhalten ermöglicht“ (S. 92). Widersprüchliches Verhalten sollte nicht negativ bewertet oder geahndet, sondern verstanden werden.

Abschließend betonen die Autoren, dass „die akzeptierende und gewährende Haltung in der stationären Gesprächspsychotherapie nie absolute Gültigkeit haben kann“. Dem stünden die Regeln des Zusammenlebens auf einer Station, die Notwendigkeit, Regelverstößen auch disziplinarisch zu begegnen, und die Gefahr, dass das Problemverhalten andernfalls verstärkt würde, entgegen. Im Einzelfall könne es auch erforderlich sein, bestimmte Verpflichtungen, die eine Patientin hinsichtlich ihres Essverhaltens eingegangen sei, zu kontrollieren.

Hummel und Doerr (1996) beschreiben anhand von drei Falldarstellungen ihre Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von Klientinnen mit Essstörungen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht und ausgebeutet wurden. Für sie stehen bei der Behandlung der Essstörungen die Hintergründe des beobachtbaren gestörten Essverhaltens im Mittelpunkt. Der Sinn und die Funktion der Essstörung für die Betroffenen sei von Bedeutung. Das Verstehen dieser Hintergründe eröffne den Weg zur Auflösung der Störung, die hier als Aspekte von Überlebensstrategien bzw. als Teil eines Versuches angesehen werden, mit traumatisierenden Erfahrungen weiterleben und überleben zu können.

Die folgenden Funktionen der Essstörungen als Folge von Traumatisierungen werden beschrieben:

- *Reinszenierungsaspekte*: Ein Teil der Reinszenierung des Traumas kann auch dadurch stattfinden, dass wichtige Lebensäußerungen (z. B. Nahrungsaufnahme) mit Heimlichkeit verbunden werden. Besonders bei der Bulimia nervosa fällt diese Heimlichkeit auf.
- *Entschärfung von Hilflosigkeit* durch Schuldgefühle: Im Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten werden starke Scham- und Schuldgefühle erlebt, als habe die Patientin Schuld an diesem Problem und sei nicht sein Opfer.
- *Umgang mit Macht und Ohnmacht*: Essstörungen imponieren sehr häufig als eine Form der Machtausübung am eigenen Körper. Während früher andere Macht über ihren Körper ausübten, tut die Patientin es jetzt selbst.
- *Reinigungsritual*: Massives Erbrechen oder Abführen kann die Funktion eines Reinigungsrituals haben. Der Körper wird von etwas gereinigt, das zuvor in den Körper aufgenommen wurde.
- *Trostfunktion*: Sich mit Nahrungsmitteln voll zu stopfen kann eine betäubende und/oder tröstende Funktion haben.

In den Therapien müssen die Funktionen, welche Essstörungen im Zusammenhang mit Traumatisierungen erfüllen, mit der Lebenssituation und -geschichte in Verbindung gebracht werden. Nach Erfahrung der Autoren verschwindet nach einer Bearbeitung der Traumatisierung die Essstörung ohne weitere Maßnahmen weitestgehend. Zumindest aber kann die Essstörung von der Klientin als Reaktion auf Belastungen reflektiert werden.

Petersen (1996) verknüpft die Darstellung einer Fallgeschichte von Bulimia nervosa mit Überlegungen zur Ätiologie der Störung (vgl. auch Petersen, 1997). Sie stützt sich bei ihren Überlegungen vor allem auf Arbeiten zur Krankheitslehre des Klientenzentrierten Konzepts von Biermann-Ratjen und Swildens (1993), deren Grundannahmen zur Entstehung primärer und sekundärer Inkongruenz wir oben bereits ausgeführt haben.

Im dem von Petersen vorgestellten Fall kam es zur Entwicklung einer primären Inkongruenz, als die Reaktionen des Kindes auf das Verlassenwerden durch die wichtige Bindungsperson (Mutter) ignoriert und negativ bewertet wurden. Das hatte zur Folge, dass das Kind später, anstatt z. B. traurig oder wütend auf ein Verlassenwerden oder die Antizipation eines solchen zu reagieren, mit massiven Ängsten, verlassen oder verstoßen zu werden, reagiert, deren es sich gar nicht bewusst wird.

Die bulimische Symptomatik tritt auf, als die betroffene Frau in Zusammenhang mit einer neuen Beziehung in einen Zustand sekundärer Inkongruenz gerät. In dieser Beziehung und durch diese Beziehung wiederholen sich Erfahrungen der Gefahr des Verlassenwerdens, die die Patientin bereits mit ihrer Mutter gemacht hat. Diese Wiederholung stellt eine massive Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung dar, die mit Hilfe der Bulimie zugleich ausgedrückt und im Bewusstsein verzerrt oder diesem vorenthalten

wird. „So stellt die Bulimie ein aufsehenerregendes (wenn auch heimlich praktiziertes) Ablenkmanöver von den eigentlichen Gefühlen dar. Es ist der – unvollkommene – Versuch, bestimmter Gefühle nicht gewahr zu werden“ (S. 38).

Wie der von der Autorin vorgestellte Fall verdeutlicht, wird in der Regel die Bulimie im Laufe der Jahre zunehmend selbst zu einer Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung. Scham- und Ekelgefühle sowie das Gefühl, den Essanfällen ausgeliefert zu sein, führen wiederum zu starken Insuffizienzgefühlen.

Die Autorin beschreibt den Prozess einer fast dreijährigen Therapie (87 Stunden)<sup>1</sup>. Abschließend bewertet die Autorin den Therapieverlauf wie folgt:

Da die Therapeutin den Wunsch und die Bereitschaft zur Veränderung habe spüren können, sei es ihr möglich gewesen, ihr Vertrauen in die „Selbstheilungskräfte“ der Patientin aufrechtzuerhalten. Das problematische Essverhalten sei niemals auf Initiative der Therapeutin thematisiert worden. Die Therapeutin vermutet, dass eine Konzentration auf das hinter der Symptomatik stehende Leid verhinderte, dass die Klientin mit ihr „kämpfte“. Die Klientin habe sich schnell ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden können. Das Erleben der bulimischen Symptome sei (zunächst zögernd) von der Klientin selbst angesprochen worden. Die Therapeutin hätte nie den Impuls gehabt, regulierend einzugreifen. Mit Interesse und Offenheit sei die Dynamik der Bulimie durch Klientin und Therapeutin betrachtet worden. Da auch diese Erfahrungen nicht korrigiert, sondern bedingungslos wertgeschätzt worden seien, hätte sich die Klientin immer weiter für ihre tiefer liegende seelische Not öffnen können.

In seiner Darstellung der Praxis der Gesprächspsychotherapie geht Finke (2004) in einem eigenen Kapitel auf die Behandlung von Essstörungen ein, wobei er sich auf die Behandlung der Bulimia nervosa beschränkt. Nach einer kurzen Darstellung der diagnostischen Kriterien geht der Autor auf Aspekte der Indikation ein. Die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie sei insbesondere bei den Patientinnen gegeben, die ein hohes spontanes Bedürfnis nach Selbstexploration hätten.

Finke empfiehlt ein multimodales Vorgehen, das neben der klärungsorientierten Therapie auch verhaltenstherapeutische, lösungsorientierte, auf das Essverhalten fokussierende und körpertherapeutische Maßnahmen enthalte. Es sei auch bei ambulanter Behandlung anzustreben. Zumindest sollten die Patientinnen zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie symptomorientiert arbeitende Selbsthilfegruppen aufsuchen. Der Therapeut hätte dann die Möglichkeit, weitgehend konzeptkonform vorzugehen, sich auf die innere Welt der Patientin zu konzentrieren und müsse sich nicht

ständig um das Essverhalten der Patientin Sorgen machen. Gerade das könne bei der Patientin die Bereitschaft zur Selbstexploration erhöhen. Der Therapeut sollte allerdings nachdenklich werden, wenn trotz scheinbar guter Selbstexploration keine Symptombesserung eintritt.

Anschließend charakterisiert Finke die Inkongruenz bei Patienten mit Bulimie: Sie „besteht in dem Widerspruch zwischen einem auf das Ideal von körperlicher Schlankheit, Attraktivität und absoluter Selbstkontrolle festgelegten Selbstkonzept und dem organismischen Erleben, das von einem Bedürfnis nach rauschhafter Hingabe und Selbstauflösung bestimmt ist“ (S. 142). Die Essgier wird als verzerrte Symbolisierung dieses Bedürfnisses verstanden. Die Essanfälle hätten so auch die Funktion, Gefühle von Einsamkeit, innerer Leere oder Langeweile zu vermeiden. Aufgrund des zwangsläufigen Scheiterns am Ideal der Selbstkontrolle setzten unerträgliche Schamgefühle ein, die das Hungern motivierten, in dem sich der Organismus mit Essattacken wehre. In der Entwicklungsgeschichte dieser Patientinnen finde sich häufig eine Mutter, die in ihrer Wertschätzung und Zuwendung sehr ambivalent war, die Tochter durch Induzieren von Schuldgefühlen an sich zu binden suchte und zugleich auf der Ebene der physischen Attraktivität subtil mit der Tochter rivalisierte. Dadurch hätten das negative Selbstbild, die Neigung zur Selbstentwertung und Schuldgefühle im Selbstkonzept verankert werden können. Die Beziehungserwartungen der Patientinnen mit Bulimie seien einerseits von dem Wunsch nach Anerkennung, Zuneigung und Geborgenheit geprägt, andererseits befürchteten sie, wieder kritisiert und entwertet zu werden. In ihrem Beziehungsangebot seien sie deshalb selbst oft sehr zwiespältig.

Als Schlüsselthemen der Bulimie identifiziert der Autor dementsprechend: Scham und Schuld; Essgier; negatives Körperkonzept; Bedürfnis nach Zuneigung und Geborgenheit; Angst vor Einsamkeit und vor Nähe; „Abstinenz“-Motivation. Anhand von Beispielen für Interventionen des Therapeuten, die sich auf den Umgang mit den Schlüsselthemen in der Therapie beziehen, erläutert der Autor seine Vorschläge zur Behandlungspraxis (S. 145):

*Einfühlen und Verstehen:* Das Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen rege zur Klärung und Korrektur des Selbstkonzeptes an, die Verdeutlichung der die Essattacken begleitenden Gefühle zur positiven Beachtung und exakten Symbolisierung des Esserlebens. Die Verdeutlichung der Selbstentwertung (Ekel und Selbsthass) leite eine Umbewertung des organismischen Erlebens ein.

*Beziehungsklären:* Das Aufgreifen der enttäuschten Beziehungserwartungen an den Therapeuten könne das „Unersättliche“ der Zuwendungswünsche und ggf. auch das Widersprüchliche dieser Wünsche klären.

*Reales Zugegensein und Selbsteinbringen:* Das Mitteilen von Anteilnahme und Sorge helfe die „Abstinenz“-Motivation zu klären und zu stärken. Durch Mitteilen von Beurteilen und Ratschlägen könne der Aufbau eines normalen Essverhaltens gefördert werden.

<sup>1</sup> Inzwischen ist bekannt, dass für *erfolgreiche* gesprächspsychotherapeutische Behandlungen von Essstörungen in der Praxis durchschnittlich 86,5 Therapiesitzungen aufgewendet werden (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 159).

Der Autor schlägt Gesprächsregeln vor (S. 146):

- Schamgefühle durch Verweisen auf das Übliche bzw. die Häufigkeit von Essstörungen vermindern
- Auseinandersetzung mit dem von bestimmten Idealen geprägten Selbstkonzept anregen
- Zum offenen Sprechen über die Symptomatik mit der nächsten Bezugsperson ermutigen
- Positive Beachtung und Wahrnehmung des Ess-Erlebens vermitteln und zur Auseinandersetzung mit dem Körperkonzept anregen
- Zu Einsichten in den Zusammenhang von Essgier und der Sehnsucht nach Geborgenheit und partnerschaftlicher Nähe anregen und die Näheambivalenz klären

Im Lehrbuch für die Praxis der Gesprächspsychotherapie von Eckert, Biermann-Ratjen und Höger (2006), legen Schützmann, Laleik, Biermann-Ratjen und Eckert einen Leitfaden zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa vor, der im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie bei Bulimie entwickelt wurde und im Rahmen dieser Studie derzeit evaluiert wird. Nach diagnostischen Leitlinien, Charakteristiken, ätiologischen Modellen anderer therapeutischer Schulen werden Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen und speziell der Bulimia nervosa dargelegt. (Wir verweisen an dieser Stelle auf die Ausführungen im ersten Abschnitt dieser Arbeit und auf die oben dargestellte Arbeit von Petersen, 1997.)

Unter besonderer Berücksichtigung der störungsspezifischen Aspekte der Behandlung werden auf der Grundlage des klientenzentrierten ätiologischen Modells und der Literatur zur klientenzentrierten Therapie der Bulimia nervosa Leitlinien für die Therapie formuliert und Handlungsempfehlungen gegeben. Sie sollen die aus dem allgemeinen klientenzentrierten Therapiemodell resultierenden Therapieelemente nicht ersetzen, sondern ergänzen. Der Therapieprozess wird in drei Phasen eingeteilt, die sich aus einem erwarteten Wechsel der Bedeutsamkeit von Aufgaben und entsprechenden Zielen in der Therapie ergeben: Therapieeingangsphase, mittlere Therapiephase, Therapieausgangsphase.

Das Ziel und die Aufgabe der Therapieeingangsphase werden wie folgt formuliert: „In der Therapieeingangsphase wird es darum gehen, dass die Klientinnen zunächst in ihrer mehr oder weniger bewussten bzw. mehr oder weniger vollständig abgewehrten Angst verstanden werden“ (S. 470). Es wird ein stärker symptomzentriertes Vorgehen als allgemein im Rahmen der klientenzentrierten Therapie üblich vorgeschlagen, bis hin zu Interventionen, die ziemlich direktiv sind. Das wird zum einen mit der Gefahr begründet, dass die für einen Heilerfolg unumgängliche Auseinandersetzung mit der Symptomatik selbst und damit, wie sie erlebt wird, zu lange vermieden werden könnte. Zum anderen wird auf die multifaktorielle Genese der Essstörung verwiesen, die eine Auseinandersetzung mit weiteren Risikofaktoren, immer auch in Bezug zum psychischen

Geschehen, erforderlich mache. Zu den störungsspezifischen Handlungsempfehlungen der Therapieeingangsphase gehören:

- Ansprechen des subjektiven Erlebens der Entstehung der Essstörung und des gegenwärtigen Erlebens der Symptomatik
- Vermittlung von Informationen über Bulimie und damit zusammenhängende Themen
- Einsatz von Tagebuchtechniken
- Vereinbaren von Therapiezielen
- Verständigung über Umfang und zeitlichen Rahmen der Therapie.

Ziel und Aufgabe für die mittlere Therapiephase werden so definiert: „In der mittleren Therapiephase kann und muss es darum gehen, die Klientinnen in den Erfahrungen zu verstehen, die eine Wiederholung von früheren sind“ (S. 476). Es werden die zu erwartenden Themenkomplexe dieser Therapiephase beschrieben und wiederum störungsspezifische Handlungsempfehlungen gegeben:

- Ansprechen des gegenwärtigen Erlebens und des gegenwärtigen Ausprägungsgrades der Symptomatik
- Vorbereitung des Umgangs mit Rückfällen
- Zusammenhänge zwischen thematisierten Erfahrungen und der Symptomatik herstellen.

Ziel und Aufgabe der Therapieausgangsphase werden wie folgt formuliert: „... die bisher in der Therapie frei gesetzten Selbstheilungskräfte der Klientin dazu zu nutzen, angestoßene Entwicklungsprozesse so zu stabilisieren, dass sie durch die Klientin auch nach Abschluss der Therapie selbstständig aufrecht erhalten und fortgesetzt werden können“ (S. 480). Zu den Handlungsempfehlungen dieser Therapiephase gehören:

- Den Abschluss der Therapie mit der Klientin gemeinsam vorbereiten
- Mögliche Rückfälle während der Trennungsphase und nach Abschluss der Therapie vorbereiten
- Bilanz bezüglich des in der Therapie Erreichten ziehen.

## **Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Essstörungen**

### **Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Anorexia nervosa**

Schmitt (1980) (vgl. auch Schmitt, Wendt & Jochmus, 1981; Schmitt & Wendt, 1982) berichtet über Erfahrungen in klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen mit Anorexie in stationärem Setting. Sie geht den Fragen nach, wie sich die Selbstexploration im gruppentherapeutischen Setting entwickelt, wie sich das Gruppenklima gestaltet und ob sich antitherapeutische Gruppen-

prozesse zeigen. Es wurden die Tonbandprotokolle von ca. 30 Gruppensitzungen ausgewertet. Die Gruppen fanden 2 × pro Woche mit einer Dauer von 1 bis 1,5 Stunden statt. Die Gruppengröße lag bei 4 bis 5 Teilnehmerinnen. Die Ergebnisse werden unter den Aspekten: Gesprächsinhalte, Gruppeninteraktion, interpersonale Wahrnehmung des Körpers und individueller Gesundungsprozess dargestellt. Die Autorin stellt fest, dass Jugendliche mit Anorexie in der Gruppe über ihre Probleme sprechen können. Der Widerstand, über angstbesetzte Inhalte zu sprechen, war bei der Mehrzahl der beteiligten Patientinnen wenig ausgeprägt.

Einerseits kann die Gruppensituation die Gesprächsbereitschaft erheblich aktivieren. Andererseits kann das Ausweichen einzelner Gruppenmitglieder vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und den Problemen mit anderen durch die Gruppensituation aber auch begünstigt werden. Auffallend war, dass der Mut und die Kompetenz fehlten, persönliche Konflikte untereinander anzusprechen. Es wurde vermieden, Aggressionen, Ärger und Enttäuschung offen auszudrücken. Als bedeutsames Ergebnis wird hervorgehoben, dass die Jugendlichen ein starkes Vertrauen zueinander entwickeln konnten, was im Gegensatz zum übersteigerten Misstrauen gegenüber Erwachsenen und Therapeuten steht.

Einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa in stationärem Rahmen stellt Könnig (1984) vor. Neben medizinischen Maßnahmen, Verhaltenstherapie, körperorientierten Verfahren, Familientherapie und Soziotherapie sind auch gesprächspsychotherapeutisch orientierte Einzelkontakte fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Im Rahmen dieser Klientenzentrierten Einzelgespräche ist Raum für individuelle Probleme und Themen aus der Biographie der Patienten. Immer wieder geht es dabei um Ängste, Unsicherheiten, fehlende Rollenidentität, Konflikte, Abgrenzung von den Eltern und Schuldgefühle. Als ein Ergebnis der katamnestischen Befragungen der Patienten zeigt sich, dass die Essproblematik mit Hilfe der verhaltenstherapeutischen Elemente zuverlässig positiv beeinflusst werden kann, „daß aber zumindest aus der subjektiven Einschätzung der Patienten der Therapieerfolg im wesentlichen von den gesprächstherapeutischen, körpertherapeutischen, sozialtherapeutischen Therapiebausteinen abhängt“ (S. 9).

Uhde (1986) schildert Erfahrungen als Psychotherapeutin in der stationären Psychotherapie von anorektischen Patientinnen, die sie vor dem Hintergrund verschiedener Erklärungsmodelle einordnet. Dabei geht sie auf die Probleme ein, die insbesondere für die Arbeit jener Therapeuten von Bedeutung sind, die klientenzentriert mit Anorektikerinnen arbeiten. Sie zeigt ein für die Arbeit mit diesen Frauen typisches Dilemma auf: Die Behandelnden müssen immer wieder auch stellvertretend für die Patientinnen handeln, Entscheidungen für diese treffen und sie kontrollieren. Damit laufen die Behandler Gefahr, Teil der „Suchtstruktur“ der Patientinnen zu werden.

Zudem widerspreche es der klientenzentrierten Einstellung, und es sei gerade für die anorektischen Patientinnen sehr gefährlich und bedrohlich, wenn jemand anderer für sie handelt. Die Autorin benennt Voraussetzungen auf Seiten der Behandelnden, die trotz dieses Dilemmas eine gemeinsame Arbeit ermöglichen: Geduld, Erwartungslosigkeit, Ehrlichkeit, die „Bereitschaft, immer wieder zwischen der Patientin und der Sucht zu trennen und, ganz wichtig, zu bestimmten Zeiten sehr konsequent zu sein“ (S. 470–471).

Petersen (1998) stellt in einer Fallanalyse den Verlauf der Klientenzentrierten Behandlung einer anorektischen Patientin dar. Dabei werden psychologische Aspekte der Genese ihrer Essstörung rekonstruiert, als deren Ausgangspunkt ein Mangel an einfühlendem und wertschätzendem Verstehen früher Bindungspersonen benannt wird. Die Patientin erlebte bereits in den ersten Lebensmonaten, dass das Grundbedürfnis nach einer zuverlässigen Bindungsperson immer wieder unzureichend erfüllt wurde. Die damit verbundenen frühen Ängste und das Bedürfnis nach Trost und Geborgenheit wurden von der Mutter nicht anerkannt, abgewiesen und teilweise entwertet. Dadurch scheiterte die Integration sehr belastender Erfahrungen in das Selbstkonzept der Patientin. Hinzu kam, dass auch weitere Selbstgefühle wie die Freude an oder Überraschung über sich selbst von den Eltern nicht anerkannt und wertgeschätzt, sondern entwertet wurden. In Schule und Vorschule setzte sich dieser Prozess fort. In einen Zustand sekundärer Inkongruenz geriet die Patientin, als sie nach ungewollter Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen ließ, die Eltern sich trennten, die Partnerschaft der Patientin beendet wurde und sie das Studium abbrach. Die Patientin hatte zwar ein mehr oder weniger konsolidiertes Selbstkonzept entwickelt. Ihre primäre Inkongruenz war nicht besonders groß. Nach dieser Folge von belastenden Lebensereignissen kam es aber zu einer massiven und zusätzlichen Beeinträchtigung der Übereinstimmung zwischen ihrer inneren und äußeren Erfahrung und ihrem Selbstkonzept. Von diesem Zeitpunkt an begann die Patientin anorektische Symptome zu zeigen. Die Autorin berichtet über Inhalt, Verlauf und Ergebnis der insgesamt sechs Jahre andauernden Behandlung (über 170 Stunden). Unter anderem sind folgende Aspekte hier bemerkenswert: Die Patientin war extrem untergewichtig. Trotzdem hat sich die Therapeutin dazu entschieden, eine ambulante Therapie zu versuchen. Das Kriterium „Vertrauen in die Selbstheilungskräfte der Patientin“, das Spüren ihrer „Offenheit und Bereitschaft, sich zu verändern“ (S. 48) war bedeutsamer als der allgemeine Grundsatz, bei einem Körpergewicht unter einer definierten Grenze nicht mehr ambulant zu behandeln. Die Themen Essen und Nahrungskontrolle wurden nicht von der Therapeutin angesprochen. Sie vermutet: „Gerade weil mich eine Gewichtszunahme nicht interessierte, sondern vielmehr das seelische Leid, das hinter all den Essensritualen und -vermeidungen stand, brauchte Lilian [die Patientin, d. A.] auf diesem Gebiet nie mit mir zu „kämpfen“, sondern konnte sich ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden“ (S. 48). Und an anderer

Stelle: „Daß ich auch in diesem Bereich keine Angst um Lilian hatte, ihre anorektischen Verhaltensweisen nie korrigierte, sondern bedingungslos wertschätzend annehmen konnte, öffnete Lilian immer weiter für die tieferliegende seelische Not“ (S. 49).

### **Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Bulimia nervosa**

Gerlinghoff und Ploog (1987) beschreiben ein mehrdimensionales stationäres Psychotherapiekonzept zur Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa, bei dem neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine Gesprächspsychotherapie in Form von Einzel-, Gruppen- und Familiengruppentherapie zur Analyse und Aufarbeitung der zugrunde liegenden psychischen Probleme angewandt wird. Parallel zur Verhaltensanalyse, dem anschließenden verhaltenstherapeutischen Essprogramm u. a. Maßnahmen werden klientenzentrierte Einzel- und Gruppengespräche durchgeführt. Wenn es möglich und sinnvoll ist, werden Familiengruppengespräche organisiert. Im Anschluss an die stationäre Therapie wird den Frauen die Teilnahme an einer ambulanten Gruppentherapie von 1 bis 2 Jahren Dauer vorgeschlagen.

Zum Grundsatz des vorgestellten Konzeptes gehört die Annahme, dass weder die einseitige Behandlung der Essstörung (Sondenernährung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen) noch die alleinige Aufarbeitung zugrunde liegender Probleme zur Überwindung der Essstörungen führt. In dem Artikel werden die diagnostischen, verhaltenstherapeutischen, psychoedukativen u. a. Behandlungselemente vorgestellt. Auf das Vorgehen und die Erfahrungen in den klientenzentriert orientierten Einzel-, Gruppen- und Angehörigen-gesprächen wird (leider) nicht eingegangen.

Auf die ausführliche Falldarstellung einer ambulanten Psychotherapie bei Bulimia nervosa von Petersen (1996) ist oben bereits eingegangen worden.

Hassler (1996) stellt die Analyse des Prozesses einer Klientenzentrierten Psychotherapie einer bulimischen Patientin vor. Die Autorin beschreibt den Prozess anhand der sich in fünf Phasen vollziehenden Veränderungen.

Interessanter- und zunächst einmal ungewöhnlicherweise erscheint in der Therapieanfangsphase die Mutter der Patientin mit zur Therapie. Die Therapeutin entschließt sich, mit der Therapie der Tochter in Anwesenheit der Mutter zu beginnen. Für diese Entscheidung gab den Ausschlag, dass die Patientin so nicht zu einem für die Therapie zu frühen Zeitpunkt in einen Konflikt mit der Mutter eintreten musste, sich nicht zwischen Mutter und Therapeutin entscheiden musste. Nach fünf Sitzungen hatte die Patientin soviel Vertrauen gewonnen, dass die Mutter sie nicht mehr begleiten musste.

In diesem Beitrag werden die Inhalte der Therapiestunden, innere und äußere Veränderungen der Patientin und die Entwicklung der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin dargestellt. Zusammenfassend stellt die Autorin fest: Die Klientin war anfangs kaum bereit, außer ihrer Bulimie ein Problem zu erkennen. Im Zentrum der Anfangsphase stand ein starker Konflikt mit der Mutter. Das Selbstkonzept der Patientin beinhaltete: „Ich muss tüchtig sein, damit ich die Mutter erfreue und ihr nicht mit meinen Sorgen zur Last falle“ (S. 27). Erst langsam gewinnen eigene Bedürfnisse an Bedeutung. Die Patientin kann sich erst im Verlauf der Therapie gestatten, ein Mensch zu sein, der eigenen Bedürfnissen nachgeht und der Bedürfnisse wichtiger anderer Personen (zunächst der Mutter, später auch anderer Bezugspersonen) zurückweisen kann. Sie muss im Verlauf der Therapie auch immer weniger für die Therapeutin sorgen, kann durch die bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung der Therapeutin Kontakt mit ihren eigenen Bedürfnissen aufnehmen und sich um deren Erfüllung kümmern. Sehr wichtig für den Verlauf war, dass die Klientin früh lernte, mit Rückfällen umzugehen, diese als Signale zu nutzen. Im Verlauf der Therapie mussten alle wichtigen Lebensentscheidungen auf den Prüfstand (Beziehungen zum Partner und zu den Eltern, Studium etc.). Erst langsam konnten auch Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden, die früher nicht zum Selbstkonzept der Klientin passten. Das persönliche Therapieziel (Überwindung der Bulimie) wird erreicht. Der weitere Lebensweg wird realistischer betrachtet.

### **Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen**

Insgesamt liegen nur wenige Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen vor, die über den Verlaufsbericht bei Einzelfallstudien, in denen durchgehend positive Veränderungen dokumentiert werden, hinausgehen.

Seifert (1988) berichtet über die Ergebnisse einer Verlaufsstudie ambulanter Therapien anorektischer Patientinnen, die am Psychologischen Institut der Universität Kiel durchgeführt wurde. Neben der Erfassung von Symptomvariablen wurden die Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz bei der Klientin (jeweils durch Klientin und Therapeut) sowie Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten in der Therapie (jeweils von der Klientin und vom Therapeuten) eingeschätzt.

Über Verlauf und Ergebnisse lässt sich Folgendes zusammenfassend feststellen: Von neun Patientinnen beenden sechs die Therapie nach 13 bzw. 14 Sitzungen, drei Patientinnen brechen nach 3 Sitzungen die Behandlung ab. Die therapeutische Beziehung wird von den Therapeuten und den Klientinnen anfangs sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Klientinnen nehmen die Beziehung oft nicht als empathisch und wertschätzend kongruent wahr, während die

Therapeuten ihr Verhalten jedoch als empathisch und wertschätzend beurteilen. Die Einschätzungen der Klientinnen hinsichtlich ihrer Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz zeigen gegen Ende der Therapie höhere Werte als am Anfang. Im Verlauf der Therapie schwanken die Werte sehr stark. Der Therapieverlauf hängt nicht mit bestimmten, in den Therapiestunden besprochenen Themen zusammen. Die Gesprächsinhalte sind sehr unterschiedlich, wenn auch soziale Beziehungen als Thema dominieren. Am Ende der Therapien ist die Symptomatik nicht vollständig verschwunden, die Symptombelastung jedoch deutlich gesunken. Viele Probleme im Leben der Klientinnen werden erst nach der Therapie angegangen. Der Autor vermutet eine „Wegweiserfunktion“ der Klientenzentrierten Therapie, d. h. die Hauptarbeit der Veränderung beginne meist erst nach der Therapie. Positive Prognosefaktoren ließen sich aus den erhobenen Daten nicht ableiten (weder aus dem Leidensdruck, noch aus dem körperlichen Befinden, noch aus den angesprochenen Themen, noch aus den Gesprächstherapie-Variablen). Die Abbruchgefahr scheint besonders in den ersten Kontakten hoch zu sein. Der Autor illustriert den Verlauf anhand zweier Fallvignetten aus den Therapien.

Eine für die Klientenzentrierte Behandlung von Anorexia nervosa wichtige Untersuchung stellt Franke (1990) vor, obwohl in dieser Studie Therapieverlauf und Ergebnisse von Gesprächspsychotherapien nicht direkt Gegenstand sind. Die Autorin befragt retrospektiv Frauen mit Anorexia nervosa im Hinblick auf die von ihnen subjektiv erlebten psychotherapeutischen Wirkfaktoren. Dazu untersucht sie mittels Fragebögen 130 Frauen einer nichtklinischen Stichprobe, die an Anorexie erkrankt waren, sich aber zum Zeitpunkt der Befragung als geheilt betrachteten.

Interessant aus Sicht der Klientenzentrierten Psychotherapie sind zunächst die Angaben der Frauen mit Anorexia nervosa über die Behandlungen, die sie in Anspruch genommen haben: 21% der Frauen haben ihre Essstörung ohne die Hilfe einer Therapie überwunden. Zwei Drittel der Stichprobe wurden ambulant behandelt. 52% der befragten Frauen gaben an, dass sie eine Gesprächspsychotherapie erhalten haben.

Die Ergebnisse hinsichtlich der subjektiv erlebten Wirkfaktoren weisen den Variablen, die als Wirkfaktoren der Klientenzentrierten Psychotherapie beschrieben werden, einen hohen Stellenwert zu: Von mindestens der Hälfte der Frauen wurden jene Variablen als *bedeutsam* für die eigene Genesung gekennzeichnet, die sich darauf beziehen, dass sie in der Therapie lernen konnten, *sich in ihren Bedürfnissen und Gefühlen besser zu verstehen* (Zum Beispiel: Der/Die Therapeut/in hat mir genau zugehört. Der/Die Therapeut/in hat mich und meine Gedanken und Gefühle ernst genommen und respektiert. Ich konnte in der Therapie bestimmen, worüber ich sprechen wollte. Die Zuwendung des/der Therapeuten/in war nicht an Bedingungen geknüpft.). Fast alle Frauen (94–100%), die diese Variablen für *bedeutsam* halten, beurteilen sie auch im Nachhinein als

*hilfreich*. Am häufigsten (von 74% der Frauen) wurde folgendes Item als *bedeutsam* eingeschätzt: „Ich habe selbst entschieden, wann ich wieder gegessen habe.“ 99% der Frauen, die diese Variable als für sich *bedeutsam* markiert hatten, erlebten diese Entscheidungsfreiheit als *hilfreich* für ihren Genesungsprozess. Die Autorin fasst die Ergebnisse ihrer Untersuchung wie folgt zusammen:

Hinsichtlich der Wirkfaktoren zeigen die Ergebnisse überdeutlich, was Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen: Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss. In der Terminologie der Psychotherapieforschung weisen die Ergebnisse die sog. unspezifischen Variablen als die für eine positive Veränderung entscheidenden aus. (S. 414–415)

Zwangsmaßnahmen und solche, die kontrollmindernd sind, werden von der Mehrzahl der befragten Frauen auch im Nachhinein als schädlich für den Heilungsprozess bewertet – von Frauen, die sich als heute gesund betrachten, obwohl ihnen therapeutisch Schaden zugefügt worden ist (S. 415).

Arnold (1993) stellt die bisher einzige kontrollierte Studie zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Kurzzeit-Psychotherapie bei Anorexia nervosa vor. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse der ansonsten methodisch qualitativ hochwertigen Studie wird leider durch die relativ kleine Fallzahl (jeweils 10 Patientinnen pro Behandlungsgruppe) eingeschränkt.

Insgesamt nahmen 30 Frauen mit Anorexie an der Studie teil. Jeweils zehn Frauen wurden zufällig einer Klientenzentrierten oder einer Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Behandlung zugewiesen. Zehn Frauen blieben unbehandelt, da sie zum Zeitpunkt der Studie eine Therapie nicht antreten konnten oder diese nicht wollten. Die Behandlung fand ambulant statt. Jede der Klientinnen in den Therapiegruppen erhielt 20 Einzelsitzungen in wöchentlichem Abstand. Mit einer umfangreichen Testbatterie wurden Essverhalten und darauf bezogene Variablen vor und nach Abschluss der Therapie, sowie zu drei weiteren Zeitpunkten während der Behandlung erhoben. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In beiden Behandlungsgruppen war im Behandlungszeitraum eine deutliche kontinuierliche Gewichtszunahme zu beobachten. Die Gruppen (Kognitive Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) unterschieden sich im Grad der Gewichtszunahme nicht.

Die Einstellungen zum Essverhalten (gemessen mit dem EAT-26) verbesserten sich im Therapieverlauf in beiden Behandlungsgruppen, wobei sich die Gruppen im Grad der Verbesserung nicht unterschieden.

Das Diätverhalten und das Figurbewusstsein verbesserten sich in beiden Behandlungsgruppen, wobei der Grad der Verbesserung in der Gruppe mit Kognitiver Verhaltenstherapie bedeutsamer war als in der Gruppe mit Gesprächspsychotherapie.

Hinsichtlich der Variablen Angst und Depressivität verbesserten sich beide Behandlungsgruppen. Der Verlauf dieser Verbesserungen war in den beiden Gruppen unterschiedlich.

Das oben vorgestellte stationäre Behandlungskonzept für Frauen mit Bulimia nervosa von Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) wurde durch die Autoren auch hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüft. In diese Untersuchung wurden 14 Frauen mit Bulimia nervosa einbezogen. Es zeigten sich zum Therapieende signifikante Verbesserungen der Depressionswerte. Diese Tendenz wurde in einer durchgeführten Untersuchung zur Ein-Jahres-Katamnese bestätigt. Die Symptome der Essstörung waren zum Zeitpunkt der Entlassung nur bei einer der Frauen ganz zurückgegangen.

## Zusammenfassung

Ohne eine erneute Erwähnung der einzelnen Autoren und eine gewissenhafte Unterscheidung der Krankheitsbilder Bulimia und Anorexia nervosa können die hier referierten Konzepte und Erfahrungen der Klientenzentrierten Therapie bei Essstörungen wie folgt zusammengefasst werden.

Die vorgestellten Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie von – in der Regel – Patientinnen mit Essstörungen imponieren nur auf den ersten Blick als heterogen. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich erhebliche Gemeinsamkeiten. Und je mehr von diesen Arbeiten man gelesen hat, umso deutlicher werden diese Gemeinsamkeiten.

Die meisten Autoren haben, meistens auf der Grundlage höchstpersönlicher Erfahrungen in der Behandlung dieser Patientinnen in den unterschiedlichsten Settings – eigentlich allen, die es gibt – und in einem Rahmen, in dem gleichzeitig Behandlungen auf der Grundlage anderer Therapiekonzepte als dem Klientenzentrierten durchgeführt werden, ein eigenes Behandlungskonzept entwickelt. Dieses stellen sie zusammen mit der Phänomenologie der Störung – so wie sie diese erlebt haben, und das ist sehr ähnlich – dar und vergleichen es mit ihrem Verständnis des Klientenzentrierten Therapiekonzepts.

Andere Autoren demonstrieren auf der Grundlage eigener Erfahrungen am Beispiel des Erscheinungsbildes der Essstörungen ihre Explikation des Klientenzentrierten Konzepts, der in ihm enthaltenen ätiologischen Vorstellungen oder einzelne Begriffe. Oder sie diskutieren das Klientenzentrierte Therapiekonzept als in ihren Augen mehr oder weniger angemessen oder hinreichend für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen. Besonders diese

Arbeiten lesen sich wie Variationen auf ein Thema: Die Vereinbarkeit des Prinzips der Bedingungslosen Positiven Beachtung der Klientin mit den z.T. lebensgefährlichen Ausformungen des Krankheits-symptoms Essstörung bzw. der Verantwortung für die Patientin. Es entsteht der Eindruck, dass in die Variationen auch eingeht, mit wem die Therapeuten zusammenarbeiten, aber auch für wen sie schreiben. Die Ausführungen unterscheiden sich aber vor allem nicht unwesentlich in der Berücksichtigung der Komplexität sowohl des Krankheitsbildes als auch des Klientenzentrierten Therapiekonzepts. In der neuesten theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Thema wird – wie sich aber auch in früheren Arbeiten immer wieder finden lässt – nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der sogenannten Therapeutenvariable Unbedingte Wertschätzung nicht sinnvoll erfolgen kann, wenn ihr enger Zusammenhang mit der Kongruenz bzw. der Reflektion der eigenen Motive des Therapeuten übersehen wird. Es geht also auch in der Behandlung der Essstörungen nicht so sehr um die „Akzeptanz“ des Therapeuten, sondern um seine Fähigkeit, die *Abweichungen* seines Erlebens des Verhaltens der Klientin von seiner Unbedingten Wertschätzung gegenüber der Klientin reflektieren zu können.

Die Entwicklung des Prozesses der Therapie der Patientin mit essgestörtem Verhalten wird von den meisten Autoren, die sich dazu äußern, ähnlich dargestellt: Einer Symptomphase folgt eine Problemphase, in der durch die Abstinenz vom symptomatischen Verhalten – viele vergleichen es mit Suchtverhalten – die eigentlichen Probleme sichtbar werden, die in einer weiteren Phase auch in der Beziehung zum Therapeuten erlebt werden, von dem sich die Patientin dann möglichst reflektiert trennen muss.

Aus den wenigen empirischen Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie mit anorektischen Patientinnen erhellt sich vor allem zweierlei:

Zum einen, warum diese so selten sind. Es scheint ungeheuer schwer zu sein, die Patientinnen überhaupt in einen therapeutischen Prozess zu bringen. Die Quote der Therapieverweigerer und der Abbrecher scheint enorm hoch zu sein.

Zum anderen: Wenn die Patientinnen zu einer Psychotherapie bewegt werden konnten und selbst gefragt werden, was ihnen an dieser gut getan hat bzw. wie sie sich deren Wirkung erklären, dann schildern sie einen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprozess und betonen vor allem: Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss, also Bedingungslose Anerkennung im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts.

**Literatur:**

- Arnold, J. (1993). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung*. Wuppertal: Universität Gesamthochschule Fachbereich 3 – Psychologie.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–93). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–145). Wien: Springer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002a). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Böck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 11–34). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (2003). *Gesprächspsychotherapie* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Binder, U. & Binder, H. J. (1979). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen: Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung*. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Finke, J. (2004). Essstörungen. In J. Finke, *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. Aufl. (S. 141–146). Stuttgart: Thieme.
- Franke, A. (1981). Überlegungen zur Anwendung klientenzentrierter Psychotherapie bei Anorexia nervosa. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung* (S. 150–157). Stuttgart: Enke.
- Franke, A. (1990). Hilfreiche Faktoren bei der Bewältigung von Anorexia nervosa aus der Sicht ehemals betroffener Frauen. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.), *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation. Band 1.* (S. 399–416). Berlin: Springer.
- Gerlinghoff, M. & Ploog, D. (1987). Anorexia nervosa und Bulimie. Eine mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37(9–10), 312–316.
- Grimm, K. H. (1989). Klientenzentrierte, stationäre Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. *GwG Zeitschrift*, 77, 426–430.
- Hassler, B. (1996). Prozessanalyse Monika. *Brennpunkt*, 66, 24–42.
- Hölzle, C. (1986). Bulimie – und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 457–463.
- Hummel, H. & Dörr, R. (1996). Eßstörungen bei traumatisierten Menschen. *Brennpunkt*, 66, 16–23.
- Könning, J. (1984). Pubertätsmagersucht: Ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz im stationären Rahmen – Erfahrungsbericht. *Report-Psychologie*, 9(11–12), 6–9.
- Petersen, H. (1996). Überlegungen zur Ätiologie der Bulimia nervosa – dargestellt an einer exemplarischen Fallgeschichte und gesprächspsychotherapeutischen Behandlung einer bulimischen Patientin. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 63–83). Köln: GwG-Verlag.
- Petersen, H. (1997). Bulimia nervosa. In J. Eckert & D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 73–90). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petersen, H. (1998). Die Anorexia nervosa im Lichte des klientenzentrierten Krankheitskonzeptes – ein Fallbeispiel Anorexia. *Psychotherapeuten-FORUM*, 5(2), 19–20.
- Schmitt, G. M. (1980). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 29(7), 247–251.
- Schmitt, G. M., Wendt, R. & Jochmus, I. (1981). Stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher mit vorwiegend klientenzentrierter Einzel- und Gruppentherapie. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursache und Behandlung* (S. 158–169). Stuttgart: Enke.
- Schmitt, G. M. & Wendt, R. (1982). Die stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher unter dem Gesichtspunkt der sozialen Reintegration. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10(1), 67–73
- Schützler, L., Bischof, J. & Wolff, S. (2006). „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“: Bedingungslose Wertschätzung und Gewichtskontrolle bei der klientenzentrierten Behandlung von Anorexie-Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 20–24.
- Schützmann, K., Laleik, S., Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2006). Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 464–482). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Seifert, F. (1988). Klientenzentrierte ambulante Behandlung bei Anorexia nervosa. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1(3), 165–174.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM): Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- Swildens, H. & de Haas, O. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Uhde, A. (1986). Anorexia nervosa und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 465–471.
- Voigt, A. (1996). Zur Inkongruenzdynamik bei Personen mit Essstörungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 37–61). Köln: GwG-Verlag.

**AutorInnen:**

**Dr. phil. Jochen Eckert**, geb. 1940, ord. Univ.-Prof. für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg. Gesprächspsychotherapeut. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG e.V.).

**Eva-Maria Biermann-Ratjen**, Dipl.Psych., geb. 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

**Dr. phil. Karsten Schützmann**, geb. 1963, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll in Hamburg.

**Melanie Schacht**, Dipl.-Psych., geb. 1979, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Harburg in Hamburg.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Jochen Eckert  
Universität Hamburg  
Institut für Psychotherapie  
Von-Melle-Park 5  
20146 Hamburg