

Karin Fischer

Carlo 102
5464 Rümikon
079 399 44 94
karin_fischesr@yahoo.com

Julia Weber

Sagenmattstrasse 22
6003 Luzern
079 484 87 79
weber_julchen@yahoo.com

Nina Wiesmann

Kanzlerstrasse 29
8500 Frauenfeld
052 720 91 61
wiesmann_nina@bluewin.ch

Das Zürcher Ressourcen Modell für Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen

Seminararbeit

Fachbereich Pädagogische Psychologie 1
Pädagogisches Institut
Universität Zürich
Sommersemester 2006

Betreuung:

Dr. Maja Storch

Inhalt

Abstract von Julia Weber – 1

1 Einleitung von Julia Weber – 2

2 Essstörungen von Karin Fischer – 3

- 2.1 Einleitung – 3
- 2.2 Was sind Essstörungen? – 4
- 2.3 Statistische Zahlen zum Verlauf der Krankheit – 4
- 2.4 Unterscheiden und Erkennen verschiedener Essstörungen – 6
 - 2.4.1 Kleine Entdeckungsgeschichte der Magersucht – 6
 - 2.4.2 Anorexie – 7
 - 2.4.3 Bulimie – 9
 - 2.4.4 Eating disorder not otherwise specified (EDNOS) und Binge-Eating-Störung (BED) – 11
 - 2.4.5 Adipositas und Fettsucht – 12
 - 2.4.6 Transdiagnostische Perspektive – 13
- 2.5 Erklärungsansätze – Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Esssucht – 15
 - 2.5.1 Gesellschaftskritischer Ansatz – 15
 - 2.5.2 Frühstörungen bei Anorexia nervosa – 16
 - 2.5.3 Familien – 18
 - 2.5.4 Besonderheiten der Bulimia nervosa und Esssucht – 19
- 2.6 Zusammenfassung Essstörung – 20

3 Alexithymie – Denken ohne Gefühlsworte von Julia Weber – 22

- 3.1 Was ist Alexithymie? – 22
 - 3.1.1 Strukturen alexithymer Patienten – 23
 - 3.1.2 Fehlende Affektregulation – 24
- 3.2 Erklärungsversuche – 25
 - 3.2.1 Neurobiologie – 25
 - 3.2.2 Neuropsychologie – 25
 - 3.2.3 Soziodemographie – 26
 - 3.2.4 Eltern-Kind-Beziehung – 26
- 3.3 Persönlichkeitsmerkmale – 27
- 3.4 Kopplung an andere Krankheiten – 28
 - 3.4.1 Alexithymie und Depression – 28
 - 3.4.2 Alexithymie und Essstörung – 29
- 3.5 Zusammenfassung Alexithymie – 30

4 ZRM-ED (Eating Disorders) – 31

- 4.1 Warum ZRM? von Julia Weber – 31
- 4.2 Projektverlauf und auftretende Schwierigkeiten von Nina Wiesmann – 33
- 4.3 Flyer-Entwicklung – 34
- 4.4 Trainingsmanual: Theorie – 36
 - 4.4.1 Raum- und Materialbedarf – 36
 - 4.4.2 Informationen zum Training – 36
- 4.5 Trainingsmanual: Kursablauf – 41
 - 4.5.1 Kurstag I – 41
 - 4.5.2 Kurstag II – 48
 - 4.5.3 Kurstag III – 52
- 4.6 Methodik von Julia Weber – 55
 - 4.6.1 TAS-26 – 55
 - 4.6.2 HAKEMP 90 – 55
 - 4.6.3 SSI-K3 – 56
 - 4.6.4 VEV – 56

5 Ausblick von Karin Fischer – 57

6 Literaturverzeichnis – 58

7 Anhang – Verzeichnis – 60

Abstract

In der vorliegenden Arbeit geht es um die Erstellung des Manuals für ein Selbstmanagementtraining für Patienten mit Essstörungen (ZRM-ED), welches eine thematisierende und somit unterstützende Funktion haben soll. Der Theorieteil behandelt zuerst das Thema der Essstörungen. Hierbei wird auf die verschiedenen Unterscheidungen wie Anorexie, Bulimie und EDNOS und deren Besonderheiten eingegangen. Ein besonderes Augenmerk ist hierbei auf die transdiagnostische Perspektive von Fairburn gerichtet, welche darauf hinweist, dass Essstörungen von sich selbst erhaltenden Mechanismen angetrieben werden, die einen Kreislauf bilden. Diese Perspektive hat eine transdiagnostische Behandlung zur Folge, der Ausweg aus diesen Kreisläufen führt über das Entdecken der eigenen Gefühlswelt. Einen zweiten Teil stellt das Kapitel der Alexithymie dar. Alexithyme Personen haben Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen und diese zu benennen. Ein Grossteil der Patienten mit Essstörungen leidet an dieser «Gefühlsblindheit». An diesem Punkt setzt das ZRM-ED an. Das Selbstmanagementtraining soll die Wahrnehmung der Gefühle und somit den Bezug zum eigenen Körper verbessern. Nach dem Theorieteil folgt das Manual, welchem drei Pilotprojekte zugrunde liegen. Die Besonderheit des ZRM-ED-Trainings liegt in der Betonung der Wahrnehmung der eigenen Gefühle. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich in der Rekrutierung der Probanden, da sich viele Patienten mit Essstörung gar nicht krank fühlen oder sich zumindest nicht helfen lassen wollen. In diesem Sinne bildet das Grundlagenwissen über Essstörungen den Ausgangspunkt für die ZRM-Arbeit mit an einer Essstörung erkrankten Personen.

1 Einleitung

Die vorliegende Seminararbeit behandelt die Themen Essstörung, Alexithymie und ZRM-ED (Zürcher Ressourcen Modell-Eating Disorders). Das Ziel dieser Arbeit ist die Erstellung eines Manuals für ein Selbstmanagementtraining für Patienten mit Essstörungen. Die Verfasser dieser Seminararbeit haben eine Ausbildung zum Selbstmanagementtrainer bei Dr. Maja Storch im Sinne des Zürcher Ressourcen Modells absolviert. Aktuell wird das Training in verschiedenen Bereichen angewandt und eingesetzt. Hierbei müssen die spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Themengruppen (beispielsweise für Asthmatiker, Führungskräfte) beachtet und dem Training entsprechend angepasst werden. Um die Besonderheiten des ZRM-ED verstehen zu können, gehen dem Manual Kapitel 2 und 3 voraus, welche mit den Themen Essstörung und Alexithymie den Theorieteil der Seminararbeit bilden. Anorexie, Bulimie und EDNOS bilden die Grobeinteilungen der Essstörungen, wobei es in Form der transdiagnostischen Perspektive die Tendenz gibt, diese drei als einen Kreislauf der Essstörung zu betrachten, welcher von sich selbst erhaltenden Mechanismen angetrieben wird. Ein Grossteil der Patienten mit Essstörungen leidet an Alexithymie («Gefühlsblindheit»). Alexithyme Personen haben Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen und diese zu benennen. An diesem Punkt setzt das ZRM-ED an. Das Selbstmanagementtraining soll das Wahrnehmen der Gefühle und somit den Bezug zum eigenen Körper verbessern. Es ist wichtig, bereits in der Einleitung zu erwähnen, dass das ZRM-Training nicht einer Therapie für Essstörung gleichzusetzen ist, es wirkt vielmehr motivierend, den eigenen Weg im Leben zu finden und zu gehen, und ist somit therapieunterstützend. Nach dem Theorieteil folgt in Kapitel 4 das Manual, welchem drei Pilotprojekte zugrunde liegen. Die Besonderheit des ZRM-ED-Trainings liegt in der Betonung und Schulung der Wahrnehmung der eigenen Gefühle, da hier viele Patienten mit Essstörungen ein grosses Defizit aufweisen.

2 Essstörungen

2.1 Einleitung

Die Gefahren des Abmagerns sind bekannt. Ebenso, dass der Trend zum mager sein übertrieben ist, dass die Models nicht selten hungern müssen, dass die Fotos retouchiert sind und dass eine knabenhafte Figur keineswegs als «normal» gelten sollte. Und trotzdem unterwerfen sich viele Frauen diesem sonderbaren Druck. Sie wollen abnehmen, sich beim Essen zurück halten, eine Diät anfangen, endlich mehr Sport treiben. Das klingt nach einer guten Absicht. Doch was, wenn solche Absichten von Menschen gehegt werden, die gar kein Übergewicht haben? Oder wenn sich solche Ziele bereits normalgewichtige elfjährige Mädchen setzen? Oder wenn dieses Bedürfnis in eine Krankheit mündet? Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, das möglichst lange jugendlich Erhalten des Körpers und das «Sich nicht wohl fühlen in der eigenen Haut» sind Themen, die uns – Frauen und Männer – Psychologen, Ärzte, Eltern, Lehrer und Esoteriker und die Medien täglich beschäftigen. Die weiblichen Schönheitstrends wechseln, Frauen zeigen aber Beständigkeit darin, ihnen zu folgen. Die Worte Bulimie und Magersucht sind heute in aller Munde. Immer öfter sind auch Männer betroffen, wenn auch den weitaus grössten Anteil Frauen bilden. Es stimmt traurig zu sehen, wie viele Frauen täglich mit ihrem Körper und ihrem Selbstbewusstsein kämpfen, ihr Leben und Glücklichein auf später verschieben, wenn sie endlich dünn sind. Einige werden dünn und bleiben unzufrieden, weil sich ihre Körperwahrnehmung verschoben hat und manche bleiben unzufrieden, weil sie ihr Ziel abzunehmen nicht erreichen. Nur wenige gewinnen irgendwann den Kampf gegen die Zweifel am Körper und den Unmut über den Körper ganz. Wir behaupten ganz einfach, dass wir es hier mit einem Alltagsproblem zu tun haben, welches die Frauen immer noch viel stärker betrifft als die Männer. Wie viele Frauen in der Schweiz an verschieden stark ausgeprägten Auffälligkeiten in Essverhalten oder Essstörungen leiden oder von der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper betroffen sind, wissen wir nicht. Die Zahl muss gross sein. Schliesslich titelt beinahe jede Frauenzeitschrift mit einer Diät oder mit einem Fitnessprogramm, welches einem innert kürzester Zeit die Bikinifigur zurück verspricht. Ganz zu schweigen von all den andern Schönheitstipps. Die Schönheitsindustrie gaukelt den Frauen vor, dass sie Falten und andere Unebenheiten heute nicht mehr akzeptieren sollen und müssen. All diese Entwicklungen und Beobachtungen veranlassen uns zu dieser trendgesellschaftlichen Einleitung. Im Folgenden werden wir jedoch klar aufzeigen, wo die Grenze liegt zwischen dem Alltagsproblem «Essen» und einer medizinisch definierten Essstörung. Zur Vollständigkeit ist auch ein Kapitel über Adipositas und Fettsucht angehängt, es sei allerdings bereits hier vermerkt, dass das

Manual nicht für diese Zielgruppe konstruiert ist. Es wird aufgezeigt, was eine Essstörung ist, welche Ursachen sein können und wie sie unterschieden werden.

2.2 Was sind Essstörungen?

Unter Essstörungen versteht man allgemein sämtliche «abnorme» Umgänge mit Essen: Zuviel essen oder zuwenig oder eben manchmal zuviel und dann wieder fast gar nichts. Seine Mahlzeit verschlingen, ohne wirklich zu bemerken, wie sie eigentlich riecht und das Sättigungsgefühl nicht erkennen, essen ohne Hunger zu haben, aus reinem Appetit oder um irgend ein Gefühl zu besänftigen oder zu unterdrücken. Fast gar nichts mehr zu essen und dazu übermässig Sport treiben und dabei untergewichtig zu werden. Gegessenes oder Verschlungenes gleich wieder von sich zu geben. Plötzlich nicht mehr anders können, als Unmengen in sich hinein zu schlucken. Sich ekeln vor dem eigenen Körper. Ihn ständig zu dick zu finden, auch wenn er normalgewichtig ist. Probleme, die sich stellen, werden mit zuviel essen oder gar nicht mehr essen «gelöst».

All das sind Kennzeichen verschiedener Essstörungen, die in den folgenden Kapiteln genauer definiert werden. Einheitliche Erklärungen und Erscheinungsbilder gibt es allerdings nicht, was auch die therapeutische Behandlung kompliziert. Eine grosse und wichtige Gemeinsamkeit besteht darin, dass Ernährung lebensnotwendig ist. Es ist folglich unmöglich, der Auseinandersetzung mit Essen aus dem Wege zu gehen. Wer esssüchtig ist, kann nicht, wie beispielsweise ein Alkoholiker, zum völligen Abstinenzler werden. Die Ursachen sind vielfältig und die Erklärungsansätze kommen aus verschiedensten Ecken der Psychologie und Soziologie. Im Folgenden wird versucht, eine Übersicht zu geben, ohne allerdings den Anspruch auf Vollständigkeit zu hegen. Eine solche würde eindeutig den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

2.3 Statistische Zahlen zum Verlauf der Krankheit

Steinhausen (2002) hat verschiedene Studien des 20. Jahrhunderts verglichen und versucht, einen Trend festzustellen. Der Krankheitsverlauf hat sich in dieser Zeit nicht wesentlich verändert. Schwierig gestaltete sich der Vergleich durch die unterschiedlich ausgeprägten Erfassungen der Daten in den einzelnen Studien. Eine nicht unerhebliche Schwierigkeit besteht darin, Daten zu Essstörungen zu erheben. Nur wer in einem Programm mitmacht, kann erhoben werden und oftmals sind es gerade die, denen es am schlechtesten geht, welche das Programm verlassen. Diese Aussteigerinnen nennt man «Dropouts». In Steinhausens Untersuchung haben von 5590 Patienten nur knapp 50% zu einem normalen Essverhalten zurück gefunden.

Durchschnittlich 5% starben und einem Drittel geht es besser, aber nicht gut. «The mean crude mortality rate was 5.0%. In the surviving patients, on average, full recovery was found in only 46.9% of the patients, while 33.5% improved, and 20.8% developed a chronic course of the disorder» (Steinhausen, 2002, S. 1284-1293). Bei Nachuntersuchungen weist ein Viertel affektive Störungen auf. Ungefähr ein Viertel ist drogenabhängig, oft tritt auch das Borderline Syndrom auf. Die Heilungschancen sind deutlich besser bei einer Behandlung. Es ist nicht möglich aufgrund statistischer Daten Prognosen zu stellen. Steinhausen (2005, S.3) nennt einige Inzidenzstudien mit unterschiedlichen Ergebnissen, die aber ungenügend kontrolliert sind «hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität der Diagnosen, der Veränderungen im Gesundheitsvorsorgesystem, demographischer Veränderungen sowie hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz». «Eine Analyse der 60 Inzidenzstudien zur Anorexia nervosa, die zwischen 1970 und 1992 publiziert wurden (Fombonne, 1995), zeigt einen Gipfel des Erkrankungsbeginns zwischen 15 und 19 Jahren und ein Abfall im Alter von 20 bis 24 Jahren. ... Eine weitere neue Übersichtsarbeit stellte für 12 kumulative Inzidenzstudien über 40 Jahre keinen Anstieg der Anorexia nervosa im Teenage-Alter, wohl aber für Frauen im Alter von 20 bis 39 Jahren fest (Pawluck & Gorey, 1998). Schliesslich liegen Hinweise vor, dass sich die Inzidenzraten seit den 70er Jahren eher stabilisiert haben» (Hoek & van Hoeken, 2003; Milos et al., 2004), (Steinhausen, 2005, S. 3). Zum Geschlechterverhältnis in der Anorexia nervosa äussert sich Steinhausen folgendermassen: «Sämtliche Daten bestärken die klinische Erfahrung, dass die Anorexia nervosa 8- bis 40-mal häufiger beim weiblichen Geschlecht als beim männlichen Geschlecht auftritt» (Steinhausen, 2005, S. 4).

In einer aktuellen Langzeitstudie (2006) von Fichter, Quadflieg und Hedlund über Verlauf und Vorhersage der Anorexia Nervosa wurden 13 Patienten über zwölf Jahre beobachtet. Die Patienten wurden nach den Kriterien der DSM-IV (siehe Kap. 2.4) ausgewählt. Die Erhebungen fanden jeweils vor Beginn der Therapie, bei Ende der Therapie und in je einem Follow-up nach zwei, sechs und zwölf Jahren statt. Die Partizipationsrate beim 12-Jahres Follow-up betrug immerhin 88% der Lebenden. Fünf Patienten waren bis zum 2-Jahres Follow-up gestorben und je eine Person bis zum nächsten Follow-up (vgl. Fichter, Quadflieg, Hedlund, 2006, S. 89). Nach dem 12-Jahres Follow-up hatten 27.5% ein gutes Outcome, 25.3% ein mittleres Outcome, 39.6% ein schlechtes Outcome und 7.7% waren gestorben. Als gutes Outcome wurde betrachtet, wer total genesen war. Ein mittleres Outcome bedeutet eine Verbesserung und ein schlechtes Outcome eine Chronifizierung der Krankheit. Die Patienten zeigten in ihren Krankheitsverläufen häufig ein Switchen zwischen Anorexie und Bulimie. Die Autoren der Studie fassen zum Zeitpunkt des 12-Jahres Follow-up folgende Ergebnisse zusammen: «At the 12-year follow-up 19% had AN,

9.5% had bulimia nervosa-purging type (BN-P), 19% were classified as eating disorder not otherwise specified (EDNOS). A total of 52.4% showed no major DSM-IV eating disorder and 0% had binge eating disorder (BED)» (ebd., S. 87). Diese Zahlen sind ernüchternd. Etwas enttäuschend muten auch die Ergebnisse für die Vorhersagefaktoren an. In der 12-Jahres-Langzeitstudie konnten vier Prädiktoren für ein schlechteres Outcome als signifikant bezeichnet werden: Sexuelle Probleme, Impulsivität, längere Dauer der Essstörung und längere Dauer der Behandlungsabwehrung (vgl. ebd. S. 94). Im Jahre 2002 fand Steinhausen in seiner Analyse über den Verlauf der Anorexie im 20. Jahrhundert unterschiedliche Ergebnisse, was die Prädiktoren anbelangt. Längere Dauer der Follow-ups und etwas weniger stark jüngeres Alter bei Beginn der Krankheit gingen einher mit einem besseren Outcome (Steinhausen, 2002, S. 1284-1293). «Most clearly, vomiting, bulimia, and purgative abuse, chronicity of illness, and obsessive-compulsive personality symptoms are unfavourable prognostic features» (ebd. S. 1284). Wir stellen eine Fülle von Kennzeichen fest, die uns das Einordnen einer Essstörung ermöglichen. Mehr dazu im folgenden Kapitel.

2.4 Unterscheiden und Erkennen verschiedener Essstörungen

Schon bald nach dem Erkennen von Essstörungen als eigene Krankheit wurde festgestellt, dass diese nicht immer klar unterscheidbar, ihre Grenzen fließend sind. So wurden beispielsweise von Feiereis (1989, S. 15-17) Untergruppen benannt, die Mischformen von Anorexie und Bulimie beschreiben. Es gibt zu viele Unterscheidungskriterien und -möglichkeiten, sowie Ursachenbenennungen, als dass wir sie hier erschöpfend benennen könnten. Vollständigkeit kann demnach nicht unser Ziel sein, sondern ein Einblick und das Aufzeigen einiger wichtiger Erkennungsmerkmale. Diesen Kapiteln soll jedoch ein kleiner geschichtlicher Exkurs vorangehen, der die Entdeckungsgeschichte der Magersucht aufgreift. Darin werden der Begriff «Anorexia» und die historisch-medizinische Erklärung von «Appetitlosigkeit» geklärt.

2.4.1 Kleine Entdeckungsgeschichte der Magersucht

Wer der Geschichte des Begriffs «Anorexie» nachgeht, findet ihn über die Jahrhunderte weg immer wieder. Anorexie stammt aus dem Griechischen und bedeutet Appetitmangel. Obwohl dieser Begriff heute allgemein als nicht zutreffend gilt, so hält sich diese Bezeichnung doch hartnäckig. Der Appetitmangel wird bis ins 19. Jahrhundert als Begleiterscheinung oder Folge diverser Krankheiten aufgeführt. So zum Beispiel bei der Hysterie, der Melancholie, der Liebeskrankheit und der Bleichsucht. So wurde der Melancholie, die mit der heutigen Depression verwandt ist, als

Merkmal Gewichtsverlust oder Abneigung gegen Nahrung zugeschrieben (vgl. Vandereycken, van Deth, Meermann, 2003, S. 148-182). Der Ursprung des Appetitmangels wurde in den allermeisten Fällen organischen Leiden zugeschrieben. Bei der Hysterie beispielsweise, wurde als Ursache lange eine im Körper umherwandernde Gebärmutter gesehen, die durch Samenentzug angetrieben wurde. Deshalb auch der Begriff «Hysterie», im Griechischen bedeutet «hysteria» Gebärmutter (vgl. ebd, S. 162-170). Gerade mit dem Aufkommen des Begriffes der Melancholie, wurden auch immer mehr psychische Ursachen als Auslöser des Appetitmangels in Betracht gezogen. Im 19. Jahrhundert schliesslich wurde auf die wichtige Position des Gehirns aufmerksam gemacht und Ursachen wurden dort gesucht. Manche Ärzte haben daraufhin angeregt, nicht länger nur den Magen als Ursprung der Appetitlosigkeit zu betrachten und behandeln (vgl. ebd. S.184-194). In der Mitte des 19. Jahrhundert beschreiben einige Mediziner das Vorkommen einer Störung des Appetits hauptsächlich im Pubertätsalter und bei Mädchen (vgl. ebd., S.184-194). Schliesslich tauchte der Name «Anorexia nervosa» erstmals 1873 in der Literatur auf. Zwischen Frankreich und England entbrannte ein Kampf um die Erstbenennung und Entdeckung der heutigen Anorexia nervosa. Der Engländer Gull und der Franzose Lasègue schienen sich im selben Zeitraum mit diesem Thema zu beschäftigen. Unabhängig voneinander beschrieben sie eindeutig die Nahrungsverweigerung, den Widerstand gegen die Behandlung, die Bewegungssucht und die Menstruationsstörung (vgl. ebd. S. 194-203). Geschichtlich werden erste eindeutige Fälle der Anorexia Nervosa ins 19. Jahrhundert eingeordnet. Bis heute ist die Beschreibung der Krankheit noch um Vieles genauer geworden. Im folgenden Kapitel werden nun wichtige Kennzeichen dargelegt und ein Ausschnitt aus den aktuellen medizinischen Krankheits-Bestimmungsbüchern wiedergegeben.

2.4.2 Anorexie

Anorexia nervosa wird häufig bei jungen Frauen in der Pubertät beobachtet. Wie bereits erwähnt wurde ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Krankheit bei etwas älteren Frauen zu verzeichnen. Seltener sind auch Männer betroffen. Noch lange nicht jeder Mensch, der Diät hält, ist anorektisch, allerdings bilden Diätverhalten und übermässige Beschäftigung mit Figur und Gewicht Risikofaktoren für Essstörungen.

Zur klinischen Klassifikation: *ICD-10 definiert Anorexia nervosa (F50.0)* folgendermassen:

- Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme: dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergrösse erwarteten Gewicht.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von «fettmachenden» Speisen. Selbstwahrnehmung als «zu fett», verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, dick zu werden; die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö, bei Männern als Interesseverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).
- Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.

Zwei Subtypen:

Restriktive Form (F50.00): Anorexie ohne aktive Massnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Ausführen etc.)

Bulimische Form (F50.01): Anorexie mit aktiven Massnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Ausführen etc. in Verbindung mit Heisshungerattacken)

Gemäss *DSM-IV* wird *Anorexia nervosa (307.1)* so beschrieben:

- Weigerung, das Körpergewicht über eine für Alter und Grösse minimalen Schwelle zu halten (Gewicht unter 85% des extrapolierten normalen Gewichts).
- Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, obgleich Untergewicht besteht.
- Vorliegen von Körperschemastörungen; Selbstwertgefühl wird übermässig durch subjektive Wahrnehmung der eigenen Figur und des eigenen Körpergewichts beeinflusst oder Leugnung der Ernsthaftigkeit eines bestehenden Untergewichts.
- Amenorrhö bei Frauen nach Eintreten der Menarche, d.h. Aussetzen von mindestens drei konsekutiven Menstruationszyklen.

Subtypen nach DSM-IV:

Asketischer Anorexietyp («restricting Type»): Hier liegen keine «Fressattacken» oder «purging behaviour» (selbstinduziertes Erbrechen oder Laxanzienmissbrauch, Diuretikaeneinnahme) vor.

Bulimische Anorexie («purging Type»): Hier liegen zusätzlich zu den Magersuchtssymptomen «Fressattacken» und «purging behaviour» (selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien oder Missbrauch von Diuretika) vor.

Abb. 1: ICD-10 und DSM-IV Klassifikation inhaltlich aus Steinhausen (2005, S. 2) übernommen, Gestaltung: K. Fischer.

Betroffene meiden kalorienreiche Nahrungsmittel oder reduzieren gar die gesamte Nahrungsaufnahme. Obwohl sie bereits untergewichtig sind, setzen sie ihr Gewichtsziel noch tiefer. Daraus entsteht vielfach ein streng ritualisiertes Essverhalten,

dass von der Umwelt hauptsächlich als Essensverweigerung wahrgenommen wird. Häufig wird nur noch zu bestimmten Tageszeiten und allein gegessen. Anorektikerinnen sind stolz auf ihre Entsagenskünste und lieben es, andere zu bekochen, ohne selbst jedoch mit zu essen. Oftmals wird exzessiv Sport betrieben, zum Beispiel über Mittag, wenn die anderen essen. Mit zunehmendem Untergewicht stellen sich verschiedene körperliche Beschwerden ein, so zum Beispiel Konzentrationsstörungen, Energieverlust oder Magenschmerzen bei vermehrter Nahrungsaufnahme. Das Ausbleiben der Menstruation wird beobachtet, wie auch im späteren Verlauf das Wiederkommen der Lanugobehaarung, diese flaumartige Behaarung, die den Körper vor Kälte schützen soll. Schliesslich fällt auch auf, dass gar in warmen Jahreszeiten Betroffene oft frieren und sich auffällig warm anziehen um weniger kalt zu haben und ihren Körper zu verstecken, der ihnen nach wie vor zu dick erscheint. Mischformen von Bulimie und Anorexie treten sehr häufig auf. Als Grundlage zur Bestimmung gilt allerdings: «Die Diagnose einer Bulimia nervosa darf nach DSM-IV bei gleichzeitig bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden» (Jacobi et al., 2004, S.5). Ein nicht unerhebliches Kennzeichen ist auch, dass Anorektikerinnen zu Beginn und oft sehr lange, über keine Krankheitseinsicht verfügen. Da ihr Ziel das extreme Dünnssein ist, sind sie häufig schwer davon zu überzeugen, dass etwas mit ihnen nicht stimmt, dass der von ihnen gewählte Weg gefährlich ist. Daraus ergibt sich das wohl oft schwierigste Therapieziel, mit dem Abnehmen aufhören zu wollen. Anorexie kann in zwei Gruppen aufgeteilt werden; die eine spürt kein Hungergefühl und verringert deshalb die Nahrungsaufnahme und die zweite fastet asketisch trotz Hunger.

2.4.3 Bulimie

Bulimikerinnen sind weniger klar zu erkennen als Magersüchtige. Sie führen nicht selten eine Art Doppelleben. In Beruf und Freundeskreis kann die geheim gehaltene Aktivität des Erbrechens oder Abführens lange nicht auffallen. Ausserdem sind Bulimikerinnen oft normalgewichtig, scheinen nach aussen oft sehr selbständig und alles im Griff habend. Doch genau dort liegt ihr Problem. Kontrolle ist für sie etwas sehr wichtiges, Spontaneität stellt eine Schwierigkeit dar, da sie unkontrollierbar ist. So ernähren sich Bulimikerinnen oft sehr gewählt und planen nicht nur ihre Mahlzeiten genau. Umso grösser ist das Gefühl des Versagens bei einem Fressanfall, der oftmals erst abends auftritt. «Häufig beginnt ein Anfall auch damit, dass die Bulimikerin die abendliche Mahlzeit wie gewohnt zu sich nimmt und in diesem Stadium das Essen noch geniessen kann. Dann «gönnt» sie sich einige Bissen mehr, oft heimlich, ohne dass sie einer dabei beobachten kann. Ein Bissen kann in einem solchen Moment schon als «einer zu viel» erlebt werden, einer mehr, als sie es geplant hatte» (Kepler, 2000, S.16-17). Danach erscheint ihr sowieso alles zu spät, die Zu-

rückhaltung ist aufgegeben und nun wird wahllos alles in sich hinein geschlungen, denn die Grenze ist ja bereits überschritten, nun kommt es auch nicht mehr drauf an. Der Entscheid sich später zu übergeben ist bereits gefallen. Die Gedanken der Bulimikerin kreisen ständig um Essen, ihre Figur und die Kontrolle derselben. Manche treiben auch übermässig Sport und halten tagsüber Diät. In schlimmen Phasen der Bulimie, die nicht immer gleich stark ausgeprägt ist, kann sich das Essen und Erbrechen über den ganzen Tag hinweg ziehen. «Aus den Beschreibungen geht hervor, dass sich die Kranke während des Fressanfalls innerlich zuschaut, aber zu schwach ist, um den Anfall abubrechen. So wird sie Zeugin des schmachvollen Prozesses» (ebd., S. 21). Jeder Essanfall wird als Versagen empfunden und das darauf folgende Erbrechen erst als unumgängliche Befreiung und in der Selbstbeobachtung aber auch als Verlust jeder Würde. Die Entleerung muss sofort nach dem Essen geschehen, denn die aufgenommene Nahrung darf sich nicht zu lange im Körper aufhalten, sie soll nicht verinnerlicht werden. «Das Entleeren wird vordergründig damit begründet, man wolle ein Wunschgewicht erreichen oder halten. Doch kommt dem Erleben nach dem Erbrechen eine eigene Gefühlsqualität zu. So beschreiben die Bulimikerinnen es einerseits als beschämend, zum anderen aber auch als Reinigungs- oder Sühneritual. «Wie neugeboren» fühlen sie sich, die vor dem Anfall bestehende Unruhe ist verschwunden, sie sind wieder «bei sich»» (ebd. S. 22-23). Was es mit diesem Reinigungsgefühl genauer auf sich hat, werden wir im Kapitel 4.2 näher beleuchten.

Nach *ICD-10* wird *Bulimia nervosa* (F50.2) folgendermassen definiert:

- Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen grosse Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.
- Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegen zu steuern: mit selbstinduziertem Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.
- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder «gesunden» Gewicht liegt.
- Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa.

DSM-IV beschreibt folgende Kriterien für *Bulimia nervosa* (307.51)

- Wiederholte Episoden von «Fressanfällen» gekennzeichnet durch folgende Merkmale:
 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich grösser ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 2. Das Gefühl während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Massnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermässige körperliche Betätigung.
- Die «Fressattacken» und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- Figur und Gewicht haben einen übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
- Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Zwei Typen:

«Purging»-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der *Bulimia nervosa* regelmässig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

«Nicht-Purging»-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der *Bulimia nervosa* andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Massnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermässige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmässig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Abb. 2 Definitionen aus ICD-10 und DSM-IV inhaltlich aus Jacobi et al., 2004, S. 6 übernommen. Gestaltung: K. Fischer.

2.4.4 Eating disorder not otherwise specified (EDNOS) und Binge-Eating-Störung (BED)

Die EDNOS beinhalten Essstörungen, die nicht alle Kriterien des DSM-IV erfüllen: beispielsweise ein erheblicher Gewichtsverlust, der aber noch nicht zum Untergewicht führt oder bulimische Anfälle, die weniger als zweimal wöchentlich auftreten. Diese Störungen kommen besonders häufig bei Adoleszenten vor. Dass die EDNOS allerdings nicht alle Kriterien einer vollumfänglichen Essstörung aufweisen, bedeutet nicht, dass keine Behandlungsnotwendigkeit besteht. Die Binge-Eating-Störung gehört ebenfalls zu den EDNOS. Um sie näher zu untersuchen wurden in DSM-IV Forschungskriterien für sie bestimmt:

- Wiederholte Episoden von «Fressattacken», gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
 1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. 2 Stunden), die definitiv grösser ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 2. Das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
- Die Episoden von «Fressanfällen» treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - Wesentlich schneller essen als normal
 - Essen grosser Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 - Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder grosse Schuldgefühle nach dem übermässigen Essen.
- Es besteht deutliches Leiden wegen der «Fressanfalle».
- Die «Fressanfalle» treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
- Die «Fressanfalle» gehen nicht mit dem regelmässigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. «Purging-Verhalten», Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Abb. 3 *Forschungskriterien für EDNOS nach DSM-IV entnommen aus Jacobi et al., 2004, S. 9.*

Wie oben sehen gesehen werden kann, gleicht die Binge-Eating-Störung der Bulimia nervosa. Der Unterschied besteht darin, dass nicht erbrochen wird oder Medikamente gegen die Gewichtszunahme eingenommen werden. Aus diesem Grund sind die meisten BED-Patienten übergewichtig. Hier sind deutlich mehr Männer betroffen als bei Anorexie oder Bulimie, etwa einen Drittel aller Patienten machen Männer aus.

2.4.5 Adipositas und Fettsucht

Ist Adipositas überhaupt Resultat einer Essstörung? Das wird im folgenden Abschnitt diskutiert. Voraus genommen sei jedenfalls, dass das Manual (Kapitel 4) nicht auf dieses Kapitel bezogen ist. «Fettsucht», «Fresssucht», «Obesitas» und «Adipositas» sind besonders negativ besetzte Bezeichnungen, teilweise sogar hässliche. Dahinter stehen Leidensgeschichten, die im Kindesalter mit Hänseleien und Ausschluss beginnen und sich mit vielen Vorurteilen ins Erwachsenenalter durchziehen. Diese Vorurteile sind bekannt: Dicke sind faul, gefrässig, selber schuld, ohne Selbstkontrolle dafür mit Willensschwäche. All diese Attribute werden dicken Menschen umgehängt und es wird ihnen nicht geglaubt, wenn sie sagen, dass sie gar nicht viel essen. Schneider-Henn beschreibt eine spezielle Funktion der Dicken in unserer

Gesellschaft: «Wir assoziieren mit ihnen die an uns nicht sonderlich geschätzten Eigenschaften und lehnen sie bei ihnen vehement ab. Vor allem runde Frauen unterliegen negativen Zuschreibungen, bei Männern sind wir etwas toleranter – wie manch ein Politiker beweist. Dicke Frauen seien an ihrem Umfang selber schuld ...» (Schneider-Henn, 1988, S. 79). Fachleute sind sich noch immer nicht in allen Punkten einig, woher das Übergewicht stammt, dass es jedoch von Betroffenen als psychische Belastung wahrgenommen werden kann, scheint unbestritten.

Wie ist Überernährung aber nun definiert? Entgegen der allgemeinen Annahme, sind nur manche Übergewichtigen fresssüchtig. «Bei dicken Menschen besteht ein Ungleichgewicht zwischen Nahrungsaufnahme und der Verwertung solcher Energie», und «der Kalorienüberschuss ist aber nicht unbedingt, wie häufig angenommen, ein Ergebnis von Völlerei, sondern Konsequenz aus mangelndem Energieabbau bei normaler Ernährung» (ebd. S.76). Das Problem der Bewegungsarmut ist in unserer Gesellschaft bekannt und wird aktuell – vor allem bezüglich übergewichtigen Kindern – fast täglich in den Medien behandelt. Diesem Problem gegenüber steht das sich ständig wandelnde Idealbild der Frau, dem die wenigsten Frauen entsprechen. Schneider-Henn erwähnt den daraus folgenden Diät-Wahn, dem dicke Frauen unweigerlich ausgeliefert sind. «Denn selbst wenn sie ihre Figur so lässt wie gehabt, stösst sie doch ständig auf offene oder unterschwellige Kritik anderer, die kollektiv einer einzigen Idealfigurvorstellung nachjagen und sogar bereit sind, dafür ihre Gesundheit schwer zu schädigen» (ebd. S. 78). Pudels Untersuchungen zufolge überspringt zwar jeder dritte Bundesbürger die Normalgewichtsgrenze, aber nur jeder achte um mehr als 25 Prozent. Schneider-Henn ist mit ihm einig, dass die Forderung nach Idealgewicht (dessen Massstab aus dem vorletzten Jahrhundert stammt) überholt und unrealistisch ist. Sie konstatiert: «Wäre es hier nicht angebracht, die Gewichtstabelle zu ändern statt den Bürger?» (ebd. S. 79).

2.4.6 Transdiagnostische Perspektive

Nachdem nun die medizinischen Kennzeichen für die bereits aufgeführten Essstörungen bekannt sind, muss erwähnt werden, dass neuere Bestrebungen zur Vereinheitlichung des Bildes im Gange sind. Fairburn (2003, S. 519) begründet eine «transdiagnostic perspective» hauptsächlich in den beibehaltenden Mechanismen von Essstörungen. So erklärt er andernorts (Fairburn, 1998, S. 1-11) bereits die Wichtigkeit dieser Mechanismen. Er schlägt eine Kognitive Verhaltenstheorie der Beibehaltung der Anorexia Nervosa vor. Darin legt er dar, dass der Selbsterhaltung der Störung mehr Aufmerksamkeit entgegen gebracht werden muss. «It is proposed that once attempts to restrict eating begin, they are reinforced through three main feedback mechanisms with the result that the disorder becomes selfperpetuating» (Fairburn, 1998, S. 4). Die drei von ihm genannten Mechanismen sind erstens ein

durch die Selbstkontrolle bei Essen, Figur und Gewicht erhöhtes Selbstwertgefühl, zweitens körperliche und psychische Veränderungen – vom Hungern und Untergewicht herrührend, die wiederum Einstellung und Verhalten beeinflussen, und drittens die vor allem in der westlichen Gesellschaft geltende Ansicht, dass Gewicht und Figur als Indizien für die Selbstkontrolle zu halten sind. Diese Mechanismen füttern sich selbst.

Fairburn (2003, S. 509-519) führt aus, dass auch die Bulimia Nervosa den sich selbsterhaltenden Mechanismen unterliegt, die die Essstörung am Leben erhält. Er kritisiert an der ursprünglichen Kognitiven Verhaltenstheorie der Bulimie ihre Unvollständigkeit (ebd., S. 514f) und nennt vier zusätzliche beibehaltende Prozesse: Ein klinischer Perfektionismus, eine durchdringend tiefe Selbstachtung, die Schwierigkeit mit intensiven Launen fertig zu werden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten (ebd., S. 515). Schliesslich folgt er einer Argumentationslinie, in welcher er die Gemeinsamkeiten in eben diesen Mechanismen für Anorexie, Bulimie und EDNOS darlegt und somit zeigt, dass es sinnvoll ist, die eben benannten Krankheiten nicht mehr klar zu trennen, sondern sie vielmehr als Phasen in einem Ablauf zu sehen: «Anorexia nervosa and bulimia nervosa have much in common. They share essentially the same core psychopathology with both groups of patients over-evaluating eating, shape and weight and their control, and this psychopathology is expressed in similar attitudes and behaviour» (Fairburn, 2003, S. 519) und zu deren Ähnlichkeit mit EDNOS schreibt Fairburn: «In our clinical experience rigid and extreme dietary restraint is prominent in most atypical eating disorders and sometimes it is accompanied by self-induced vomiting, over-exercising or laxative misuse. Binge eating (objective or subjective) is also a common feature, and in the majority of cases there is the over-evaluation of eating, shape and weight and their control that is the hallmark of the two prototypic eating disorders» (ebd., S. 520). Fairburn stellt fest, dass einer Anorexie im Krankheitsverlauf häufig eine Bulimie folgt und etwa ein Viertel der an Bulimie Erkrankten hatten zuerst eine Anorexie (ebd., S. 519). Auch endet die Bulimie häufig in einer atypischen Essstörung (EDNOS), wenn keine vollständige Genesung eintritt (ebd., S. 520). In der Perspektive eines Längsschnitts zeigt sich auch, dass es einen Zusammenhang des Alters mit der Art der Essstörung gibt. «The eating disorders of midadolescence typically take the form of anorexia nervosa or an anorexia nervosa-like state, whereas a bulimia nervosa-like picture is more typical of those of late adolescence or early adulthood» (ebd., S. 520). Da die Patienten die wesentlichen Krankheitsmerkmale und insbesondere die Erhaltungsmechanismen teilen und häufig von einer Essstörung in die andere gleiten, schlägt Fairburn die genannten Essstörungen als Fortsetzung voneinander vor (ebd., S. 520). Eine klare Trennung erscheint nicht mehr sinnvoll und so schlägt Fairburn (ebd., S. 522ff) eine entsprechende diagnosenübergreifende Behandlung vor.

2.5 Erklärungsansätze – Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Esssucht

Entstehungsgeschichten von Essstörungen gibt es viele. Um eines vorweg zu nehmen: Es gibt keine einzig richtige Erklärung für die Entstehung einer Anorexie oder Bulimie. Werden die individuellen Krankheitsverläufe und die Vorgeschichten verglichen, so tauchen Gemeinsamkeiten auf, aber es gibt keine einzig schlüssige Erklärung. Wenn eine Krankheit verschiedenste mögliche Ursachen hat, dann werden auch verschiedene Therapiemassnahmen nötig. Die Behandlungserfolge sind unterschiedlich und allgemein eher enttäuschend (vgl. Kapitel 2.3). Je nach Gesinnung des behandelnden Arztes, Psychiaters oder Psychologen ändert sich der Erklärungsansatz. Eine genetische Disposition zur Erkrankung konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Auch wenn in Familien mit vorkommender Essstörung oft weitere Essstörungen vorhanden sind, ist das doch eher auf die gemeinsame Familien und Sozialgeschichte zurück zu führen.

Im Folgenden wird versucht einige Erklärungsmuster aufzuzeigen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, mit dem Ziel einen Überblick zu schaffen und als Verständnisgrundlage unseres Manuals.

2.5.1 Gesellschaftskritischer Ansatz

Zahlreiche Autoren und vor allem Autorinnen haben sich mit diesem Thema auseinander gesetzt. Die Beziehung der Frau zu ihrem Körper, ihrer Sexualität und ihrem Selbstverständnis im soziokulturellen Umfeld wurde und wird ständig von allen Seiten beleuchtet. Die neueren Möglichkeiten der Frau unabhängig zu sein und erfolgreich im Berufsleben zu agieren und daneben noch Mutter zu sein, zeigen auch ihre Schattenseiten. All diese Möglichkeiten wahrzunehmen, bedeutet ein zu hoher Anspruch und wird zur Überforderung. Schliesslich soll die Frau weiterhin eine Augenweide sein. Und wie soll sie das alles bewältigen? Dafür gibt es kein Rezept und sie ist hin und her gerissen zwischen starkem, männlichen und dem sanften, weiblichen Auftreten. Für welchen Weg sie sich auch entscheidet, sie wird immer irgendwo anecken. Fursland schlägt den Bogen zwischen Essen, Sexualität und weiblicher Scham ganz unverblümt: «Dieses Bild des weiblichen Mundes, der aufnimmt, was anrühlich und verboten ist, wird unterstützt von der Werbung, die Frauen und die weibliche Sexualität benutzt, um Produkte zu verkaufen. Unser Mund gehört nicht uns» (Fursland, 1989, S. 27). «Während das männliche Idealbild erwachsen ist (behaart, muskulös) und heranwachsende Jungen danach streben, diese Qualitäten zu erwerben, arbeiten heranwachsende Mädchen und Frauen verzweifelt daran, den Körper halbwüchsig aussehen zu lassen» (ebd., S. 30). «Wie der Sexualtrieb wird auch unser Appetit auf Nahrung häufig im geheimen befriedigt» (ebd.,

S. 35). «... Essen ist kein Luxus, sondern eine Lebensnotwendigkeit. Trotzdem wird Mädchen beigebracht, es sei «damenhaft» (das heisst erwünscht, aber für wen?), nur kleine Portionen zu sich zu nehmen, ... selbst wenn sie davon nicht satt werden» (ebd., S. 36).

Auch Feiereis lässt die soziokulturelle Seite nicht ausser Acht. Er argumentiert mit dem hauptsächlichen Auftreten von Bulimie und Magersucht in hochzivilisierten Ländern, die man als übersättigte Welten in Bezug auf materiellen Wohlstand und Konsum aller Art bezeichnen kann. «Pathogenetisch prägend wirken wohl über Illustrierte, Reise-, Modejournale, Film und Fernsehen propagierte, ja diktierte und von den meisten akzeptierte Schlankheitsideale, die die Selbsteinschätzung beeinflussen und somit die Unzufriedenheit mit dem realen eigenen Körperbild» (Feiereis, 1989, S. 91). Die Liste mit Anschuldigungen an die Gesellschaft ist lang, würde eigene Bücher füllen und besteht garantiert nicht grundlos. Dennoch ist das gängige Schönheitsideal nicht der einzige Grund für eine Essstörung. Vielmehr bilden psychosoziale Problematiken die Grundlage und sind gerade bei Anorexia nervosa tiefbedeutend.

2.5.2 Frühstörungen bei Anorexia nervosa

Nicht wenige und unter ihnen namhafte Therapeuten und Psychoanalytiker erkennen als Ursache für Essstörungen eine Frühstörung. Dies betrifft insbesondere die Patienten mit Anorexia nervosa. Da eine Frühstörung während der Dyade (Mutter-Kind-Beziehung im Säuglings und Kleinkindalter) entsteht, besteht das hauptsächliche Problem für ein anorektisches Mädchen in ihrer Beziehung zur Mutter. In der ersten Zeit, wo das Kind noch ganz auf die Mutter fixiert ist, ist es darauf angewiesen, dass die Mutter mit ihm interagiert, es hält und tröstet und liebevoll für das Kind da ist. Ist die Mutter aus irgendeinem Grund (meist hatte sie selbst eine traumatische Erfahrung gemacht) nicht fähig, dem Kind Wärme und Sicherheit und somit das Urvertrauen zu vermitteln, versucht das Kind mit allen Mitteln die Liebe der Mutter zu erkämpfen. Ausserdem ist es in seinem Selbstbewusstsein tief gestört. Es empfindet sich als nicht würdig, nicht genügend und versucht ständig, alles perfekt zu machen, ohne wirklich Zufriedenheit zu erlangen. Da die Magersucht, besonders wenn sie im Pubertätsalter ausbricht, eine Verzögerung der Geschlechtsreife zur Folge hat, könnte man daraus schliessen, dass Angst vor Weiblichkeit und Sexualität Ursache sind. Begründet wurde dies schon mit einer abschreckenden Mutter als Vorbild, das Mädchen wolle keinesfalls so werden wie sie. Jedoch, führt Ruppert an, «Welche Kinder aber wollen – gerade in der Pubertät – genauso werden wie ihre Eltern? Glauben Kinder nicht eher, sie würden später als Erwachsene alles anders und viel besser machen als ihre Eltern? Ein negatives Vorbild könnte ebenso gut Ansporn für eine selbständige Entwicklung sein» (Ruppert, 2004, S. 21). Ebenso

widerlegt er die Idee der Anorexie als Kampf um Autonomie. Dem widersprechen die Aussagen zahlreicher Magersüchtigen, die stets versuchten, ihren Eltern alles recht zu machen und sich davor scheuten, das Elternhaus zu verlassen. Ruppert sieht die Nahrungsverweigerung vielmehr als den extremen Versuch, «auf sich aufmerksam zu machen und sich die Zuwendung der Mutter zu erretzen» (ebd., S. 21). Ihm scheint es «naheliegend, dass ein magersüchtiges Mädchen sich seelisch nicht aus seiner Kinderrolle lösen kann. Die seelische Aufgabe, die Mutter emotional zu erreichen, wenn schon nicht ihre Liebe, so doch zumindest ihre Anerkennung zu bekommen, bleibt das dominierende Entwicklungsziel. Erwachsenwerden käme erst danach» (ebd., S. 21). Auch Feiereis sieht die Ursache in einer Frühstörung: «Geschlechts- und Altersgebundenheit als die kennzeichnenden Merkmale für Magersucht und Bulimie sprachen von jeher für die ätiopathogenetische Bedeutung einer gestörten Entwicklung in der frühen Kindheit und Adoleszenz» (Feiereis, 1989, S. 91). Hingegen interpretiert er die Nahrungsverweigerung als Versuch, den Stillstand in der Entwicklung zur Weiblichkeit hervorzurufen. Die Begründung gleicht derer von Ruppert: «... auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse nach Zuwendung und Geborgenheit allmählich verzichten zu müssen, wird abgewehrt, so dass sich eine negative Identifizierung mit einer durch die Mutter repräsentierten Weiblichkeit verfestigt» (ebd., S. 91).

Feiereis erwähnt aber auch, dass der Vater oft als selbstunsicher und entscheidungs-schwach beschrieben wird. Er fügt an, dass deswegen oft die Mutter seine Rolle zu übernehmen versucht und sich die Tochter dabei zur Verbündeten macht. Diese Verbindung überfordert die Tochter und bietet einen weiteren pathogenetischen Grund zur Krankheit. Ein gestörtes Urvertrauen und daraus folgender Mangel an Selbstwertgefühl und Unzufriedenheit mit sich begleiten die weitere Entwicklung. Feiereis betont schliesslich auch den stärkeren Leidensdruck von Bulimiepatientinnen, die im Ambivalenzkonflikt hängen bleiben. Sie streben einerseits nach Autonomie, während sie andererseits die starke Regression praktizieren, zurück in die Kindheit. Die Selbstwertkrisen manifestieren sich bei Bulimiepatienten im Erbrechen, Anorexiepatienten hingegen versuchen ihr Selbstwertgefühl durch asketische Hungerkunst wieder herzustellen (vgl. Feiereis, 1989, S. 93f.).

Aus einer Frühstörung resultiert auch die Alexithymie, welche im zweiten Teil der Arbeit ausführlich behandelt wird. Es ist Bulimie- und Anorexie-Kranken nicht möglich, Gefühle, die ihnen der Körper signalisiert, als solche wahrzunehmen und zu deuten. Bruch sieht diese Unfähigkeit, Empfindungen zu erkennen: «Zur Entfaltung eines sicheren Bewusstseins der eigenen Identität und der Fähigkeit zum effektiven Selbstausdruck ist es von grosser Wichtigkeit, dass die vom Kind stammenden Hinweise, sei es im biologischen Bereich, sei es auf intellektuellem, sozialem und emotionalem Bereich, richtig erkannt und angemessen beantwortet werden. Ohne

solche Bestätigung und Verstärkung dieser anfangs ziemlich undifferenzierten Bedürfnisäusserungen besteht die Gefahr, dass das Kind in Verwirrung aufwächst und zwischen den verschiedenen Körperempfindungen und emotionalen oder interpersonalen Erfahrungen nicht richtig unterscheiden kann» (Bruch, 1980, S. 59). Zum Aspekt der Emotionswahrnehmung mehr in Kapitel 3.

2.5.3 Familien

Familien mit einem Fall von Bulimia nervosa weisen Ähnlichkeiten auf, währenddessen Hilde Bruch ausführlich das Gefühl anorektischer Mädchen beschreibt, in einem goldenen Käfig aufgewachsen zu sein. «Sie hatte die bildliche Vorstellung, ein Spatz in einem goldenen Käfig zu sein, viel zu gewöhnlich und unbedeutend für das luxuriöse Haus ihrer Eltern, aber auch der Freiheit beraubt zu tun, was sie wirklich wünschte» (Bruch, 1980, S. 41f.). Bruch beschreibt häufig vorkommende Merkmale betroffener Familien wie folgt: Auffallend wenig Söhne, Familien der Mittel- und Oberschicht, gutwillig und hingebungsvolle Eltern, mindestens ein Elternteil ist sehr auf sein Äusseres bedacht, Eltern beschreiben Familienleben als glücklich und harmonisch (vgl. ebd., S. 42-47). Über ihre Patientinnen berichtet sie, dass sie meist besonders bemüht waren, ihren Eltern zu gefallen, deren Erwartungen zu erfüllen oder zu übertreffen. «Das allen gemeinsame Merkmal ist, dass sie glauben, gegenüber ihren Eltern etwas beweisen zu müssen, dass es ihre Aufgabe sei, den Eltern das Gefühl zu verschaffen, es gehe ihnen gut, sie seien erfolgreich und überlegen» (ebd., S. 44). Es erscheint deshalb wenig verwunderlich, dass die Eltern kaum etwas von den Problemen ihres Kindes ahnen, da dieses ständig bemüht ist zufrieden zu erscheinen und Erwartungen zu erfüllen. Umso mehr fühlen sich Eltern vor den Kopf gestossen, wenn sie sich mit der Krankheit ihres Kindes konfrontiert sehen. Sie können nicht glauben, dass sie irgendwelche Schuld tragen könnten und überlassen diese ihrem Kind, welches ihnen nun so grosse Sorgen bereitet. Bruch ist der Ansicht, dass ihre Patientinnen «zu gute» Mütter hatten, die ihnen Bedürfnisse vorwegnahmen und nicht warteten, bis das Kind Anspruch erhob oder die zuwenig genau prüften, was genau das Bedürfnis ihres Kindes war. Ebenfalls bestehen oft innerhalb der Familie zu wenig Grenzen, die Mädchen fühlen sich eins mit der Familie, erleben sich nicht als Individuum. Der Grenzstrich wird vielmehr um die Familie herum gezogen, nach aussen hin scheint die Familie perfekt. Edwards schreibt: «Insbesondere Mädchen werden davon abgebracht, ärgerlich, wütend oder aggressiv zu reagieren, was aber gerade dann zum Vorschein kommen könnte, wenn ein offener Konflikt zugelassen würde. Die Vermeidung von Konflikten hingegen trägt zu Passivität bei, erschwert die Ausbildung einer klaren persönlichen Identität und führt so in der Adoleszenz zu einer Krise, die scheinbar nur «gelöst» werden kann, wenn sie sich gegen das Selbst wendet» (Edwards, 1989, S. 90).

2.5.4 Besonderheiten der Bulimia nervosa und Esssucht

Essen oder nicht essen. Oder essen und dann das Gegessene möglichst schnell wieder loswerden. Die Ursachen für diese verschiedenen und doch so ähnlich gelagerten Symptome sind nicht vollkommen übereinstimmend oder zeigen verschiedenen Umgang mit ähnlichem Problem. Bei der Bulimie steht das Schönheitsideal als Auslöser oftmals mehr im Zentrum als bei der Anorexie. Auch bei der Bulimia nervosa und bei einer Esssucht bestehen problematische Beziehungen in der Familie, hier wird das Problem, das auftauchende Unbehagen aber mit dem hineinschlingen von Essbarem zu lösen versucht. Deshalb ist Kennzeichen dieser Essstörungen auch nicht Stolz wie bei der Anorexia nervosa über das asketische Essverhalten, sondern Scham. Aufkeimende, unangenehme Gefühle werden mit Nahrung bedeckt, bis das Gefühl des gefüllten Magens das Unbehagen überdeckt. So kann ein Zulassen, Hinterfragen oder Erkennen des Gefühls verhindert werden.

Bei der Bulimia nervosa wurde viel über den Sinn des Erbrechens geschrieben. Keppler beschrieb die Ursache der Krankheit im negativen Mutterkomplex und das Essen und Erbrechen als Verinnerlichung und anschließende Veräusserung der Mutter. Auch sie beschreibt die Mutter als unzureichend liebevoll, unzuverlässig und verlassend im Kleinstkindesalter, wodurch die Mutter vom Kind negativ besetzt wird (vgl. Keppler, 1995, S. 51). «Der eigentliche Inhalt des Negativen Mutterkomplexes besteht darin, dass sich die Tochter nicht auf die Suche nach ihrem eigenen Weg machen kann, dass er ihr nicht gestattet, Fehler zu machen oder Risiken einzugehen» (ebd., S. 86). Keppler bezieht sich auf C.G. Jung und seine Schattentheorie um zu erklären, dass die Töchter ihre Mütter als sich selbst abwertend empfinden und dadurch die Identifikation mit der Mutter ablehnen. «Mit der Abwendung von der Mutter wendet sie sich von der eigenen Zukunft als Frau in einem weiblichen Körper ab. Das Leben der Mutter erscheint ihr zu unattraktiv» (ebd., S. 129). Unbewusst unterstützen die Töchter aber die Klischeevorstellungen ihrer Mütter, auch wenn sie sich dagegen wehren. Die Mutter ist somit der Schatten der Tochter. Dieser Schatten steht gleichsam verdunkelnd über ihr und beeinflusst das Selbstwertgefühl negativ. Keppler führt Persona und Persönlichkeit ein und zeigt den Unterschied zwischen Person im gesellschaftlichen Blickwinkel und dem Ich. Ist das Ich mit der Persona identisch hört der Betreffende nur auf die Stimme der Gesellschaft und deren Erwartungen, ist aber unfähig die innere Stimme zu erkennen. «Worauf es hier ankommt, ist die Parallelität zwischen dem bulimischen Anfall und dem Geschehen in der Beziehung. Eine Bulimikerin verhält sich gegenüber dem ihr nahestehenden Menschen quasi «bulimisch». Sie nimmt ihn hinein (er wird Teil ihrer selbst) und muss ihn erbrechen (wenn er sich nicht als Teil von ihr erweist» (ebd., S. 142). Der Fressanfall bedeutet, den Ärger zu schlucken, das Erbrechen, ihn loswerden zu wollen, ihn auszukotzen. Keppler geht sogar soweit, im Fress-/Breachanfall

«neben der Verschmelzung mit der ambivalent erlebten Mutter auch deren Vernichtung» (ebd., S. 144) zu sehen.

Esssucht wird wiederum von Renate Göckel bezeichnenderweise als «Scheu vor dem Leben» bezeichnet, dies der Titel eines ihrer Bücher. Sie beschreibt die Ursache der Essattacken unter anderem im häufigen Still- oder Aushalten von überaus unangenehmen Situationen. Fairburn (2004) ist mit ihr einig, dass Essattacken manifestierte Reflexe auf Situationen des Stresses, der Leere, des Ärgers, der Einsamkeit u.s.w. sind. Beide bieten sie Anleitung zur Selbsthilfe in ihren Büchern, wobei zentrale Elemente Diätverbot und Erarbeitung von alternativen Handlungen zum Essen sind. Die grundlegende Ursache sehen auch sie in mangelndem Selbstwertgefühl.

2.6 Zusammenfassung Essstörung

Essstörungen sind ein aktuelles Problem. Im letzten Jahrhundert steigerte sich die Zahl der Fälle ständig und noch immer sind Ursachen und wirkungsvolle Therapie nicht vollständig geklärt. Ärzte und Psychologen forschen in alle Richtungen, um genauer Aufschluss zu erhalten. Besonders auffällig ist die Unfähigkeit der Patienten, ihre eigenen Gefühle zu erkennen und zu benennen (siehe Kap. 2.5.2). Sie fühlen sich schlecht, ohne zu wissen wieso, sie erkennen nicht die eigene Wut und schon gar nicht ihr «Bauchgefühl». Diese Eigenschaft gründet aus einer Frühstörung. Sie wird fortgeführt, wenn im Pubertätsalter junge Mädchen immer noch alles tun, um ihre Eltern zufrieden zu stellen. Statt der Pubertätsrevolution, findet sich das starke Bestreben, zufrieden auszusehen und die Eltern zufrieden zu machen, wie es im Kapitel über die Familien Magersüchtiger beschrieben wurde. Auch Bulimie-Kranken ist es unmöglich, ihre eigenen Gefühle zu ergründen. Schliesslich werden gerade die Gefühle mit grossen Mengen Nahrungsmitteln zugedeckt. Die Bulimikerin spürt ein Unwohlsein, das aus verschiedensten Ursachen wie Stress, sich ausgeliefert fühlen, Einsamkeit, Langeweile oder innere Leere gründen kann. Immer wieder löst ein solches Unwohlsein einen Fressanfall aus, ohne dass die Ursache des Gefühls bewusst gemacht wird. Im Gegenteil, das Essen dient dazu, einen Deckel über das eigentliche Gefühl zu legen. Magersüchtige höhlen die Gefühle in diesem Sinne aus. Indem sie nicht essen, setzen sie ein einziges oberstes Ziel. Die wahren Probleme werden alle auf das Scheinproblem «zu dick sein» geschoben und die Lösung für alles heisst plötzlich «abnehmen».

Die Essstörungen werden von sich selbst erhaltenden Mechanismen angetrieben, die einen Kreislauf bilden. Fairburn (2003) weist auf diese den verschiedenen Essstörungen gemeinsamen Mechanismen hin und propagiert eine transdiagnostische Perspektive, welche auch eine transdiagnostische Behandlung zur Folge hat. Auf-

grund der vielen Ähnlichkeiten und dem häufigen Hin- und Hergleiten zwischen den Essstörungen ist eine klare Unterscheidung nicht mehr angezeigt. Es gibt keinen Ausweg aus diesen Kreisläufen, der nicht über das Entdecken der eigenen Gefühlswelt führt. In diesem Sinne bildet das Grundlagenwissen über Essstörungen den Ausgangspunkt für die ZRM-Arbeit mit an einer Essstörung erkrankten Personen.

3 Alexithymie – Denken ohne Gefühlsworte

Im folgenden Teil der Arbeit soll der Begriff der Alexithymie und ihr Zusammenhang zu Essstörungen erklärt werden. Nach der Begriffserklärung des Wortes Alexithymie und einigen kurzen Definitionen sowie der Betrachtung dreier Strukturen von Alexithymie folgen Erklärungsversuche aus der Neurobiologie, der Neuropsychologie, der Soziodemographie und der Eltern-Kind-Beziehung. Im anschließenden Abschnitt dieses Kapitels wird auf die Alexithymie und ihre Persönlichkeitsmerkmale eingegangen und untersucht, ob die Alexithymie in der Forschung als Trait oder State behandelt wird. Alexithymie ist eine Krankheit, welche immer an andere Krankheiten gekoppelt ist. Es folgt das Thema Alexithymie und Depression, welches sogleich einen Übergang zu dem Thema Alexithymie und Essstörung herstellt. In diesem Teil der Arbeit werden Ähnlichkeiten und Unterschiede beschrieben. Obwohl die Alexithymie schon vor über fünfzig Jahren von Ruesch entdeckt und 1970 von Nemiah und Sifneos benannt wurde, hat sie doch erst in den letzten Jahren ihre Aktualität bekommen, was sich unter anderem an der Häufigkeit der Literatur belegen lässt. Dennoch war es nicht einfach Literatur zu finden, da die Forschung zum Thema der Alexithymie immer noch in den Kinderschuhen steckt.

3.1 Was ist Alexithymie?

Die folgenden drei Rückblicke in die ersten Entdeckungen der Alexithymie lassen erkennen, dass ihr Konzept aus klinischen Beobachtungen von Patienten mit klassischen psychosomatischen Störungen entwickelt wurde. 1948 beobachtete Ruesch eine Störung der verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise bei psychosomatischen Patienten, welche er als «unreife Persönlichkeiten» bezeichnete. McLean entdeckte im Jahre 1949 an vielen psychosomatischen Patienten die Unfähigkeit, Gefühle zu verbalisieren. 1963 beobachteten die französischen Psychoanalytiker Marty und de M'Uzan einen ähnlichen Denk- und Lebensstil körperlich kranker Patienten und nannten sie «la pensée opératoire» und «la vie opératoire». In Abwesenheit eines inneren Gefühls- und Phantasielebens waren diese Patienten stark mit ihren körperlichen Symptomen beschäftigt (Vgl. Furrer, 2002, S. 6).

Der Begriff der Alexithymie stammt aus dem Griechischen (a: Fehlen, lexis: Wort, thymos: Gefühl) und wurde 1970 von Nemiah und Sifneos vorgeschlagen, um folgende Symptome zusammenzufassen: 1. *Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben*, 2. *Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Begleitsymptomen emotionaler Erregung zu unterscheiden*, 3. *durch Armut an Phantasien charakterisierte Einschränkung imaginativer Prozesse* und 4. *ein nach aussen orientierter kognitiver Stil*. Auf den ersten Blick widersprechen einige alexithyme Pati-

enten dieser Definition, da sie unter chronischen Angstatacken leiden und Anfälle von Trauer, Ärger und Wut haben. Intensives Nachfragen ergibt, dass diese Menschen sehr wenig über ihre eigenen Gefühle wissen und meistens auch nicht dazu fähig sind, diese mit Erinnerungen, Phantasien oder spezifischen Situationen zu verbinden (vgl. Taylor et al, 1997, S. 29). Alexithymie beschreibt eine spezifische Störung des Individuums, die sich in erster Linie in der Art der Kommunikation ausdrückt, welche von einer reduzierten oder gar fehlenden Symbolik der Sprache geprägt ist. «Alexithymic individuals are distinguished from high anxious individuals, however, by their difficulties in accurately identifying and communicating subjective feelings, diminished fantasy life, and externally oriented cognitive style» (Taylor, 2004, S. 140). Geprägt durch ein vermindertes emotionales Bewusstsein sind die Gedanken eindimensional; Gefühle, Wünsche und Phantasien können nicht wahrgenommen werden. «..., the deficit underlying alexithymia is manifest not only as a difficulty in describing feelings in words, but also as an impoverished fantasy life, an associated utilitarian thought style, and an dissociation of the (sub symbolic) representations of sensory experiences and patterns of autonomic arousal from (symbolic) images and words» (ebd., S. 141f.). Das Konstrukt der Alexithymie hat viele Facetten. Neben den oben genannten, charakterisiert die Qualität der Träume das Konstrukt der Alexithymie am besten. «Clinical experience suggests it is the quality of dreams more than the ability to recall them that best characterises alexithymia» (ebd., S. 30).

Im Kapitel 3.1.1 werden drei Strukturen alexithymer Patienten kurz vorgestellt: die affektive, die kognitive und die Beziehungsstruktur. In Kapitel 3.1.2 wird auf die fehlende Affektregulation bei alexithymen Personen eingegangen.

3.1.1 Strukturen alexithymer Patienten

Bei der affektiven Struktur geht es um die Unmöglichkeit der Patienten ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen. Wissenschaftlich ist es jedoch noch nicht definitiv geklärt, woher diese Unfähigkeit kommt. Sind alexithyme Patienten eigentlich grundsätzlich dazu fähig, ihre Emotionen wahrzunehmen und zu erleben oder handelt es sich bei dieser Unmöglichkeit Gefühle wahrzunehmen um ein Defizit an Wahrnehmung. Erleben alexithyme Patienten ihre Emotionen oder handelt es sich um ein Defizit an Wahrnehmung. Zweiteres würde bedeuten, dass die Emotionen zwar da sind, jedoch vom Patienten nicht wahrgenommen werden. Meistens kommen bei den Patienten nur undifferenzierte Emotionen zum Ausdruck; spezifische Gefühlsqualitäten können nicht wahrgenommen werden (vgl. Krystal 1979). Als «pensée opératoire» bezeichneten Marty und M'Uzan die kognitive Struktur alexithymer Patienten. Dieses operative Denken beinhaltet eine Armut an Phantasie und Kreativität sowie eine handlungsorientierte Einstellung mit geringem Bezug zu Ge-

fühlen. Operativ denkende Menschen benutzen ihre Sprache, um zwischen ihnen und ihren Mitmenschen eine Barriere der Gefühle aufzubauen. Sie sind beruflich meist sehr erfolgreich und auch in ihrer Intelligenz nicht eingeschränkt. Die Alexithymie verunmöglicht ein Wahrnehmen der eigenen Gefühle. Die Beziehungsstruktur alexithymer Patienten ist folglich durch eine verminderte Fähigkeit für Empathie gekennzeichnet. Alexithyme Patienten weisen ein hohes Mass an sozialer Konformität auf, welches sich durch ein schwaches Selbstwertgefühl und fehlende innere Unabhängigkeit entwickelt. Aufgrund des Mangels von affektiver Beteiligung und an Phantasien und Assoziationen erweist sich die Therapie dieser Patienten, insbesondere die psychoanalytisch orientierte, als äusserst schwierig. Das Phänomen, dass die Patienten im Therapeuten ein Gefühl von Unzufriedenheit, von Leere und Langeweile hinterlassen, wurde von Nemiah et al. 1970 als «relation blanche» bezeichnet (vgl. Furrer, 2002, S. 7).

3.1.2 Fehlende Affektregulation

Alexithyme Patienten haben sowohl im Bereich der Wahrnehmung und Beschreibung ihrer Gefühle als auch im Bereich der Regulation ihrer Gefühle Defizite. Im Kapitel 3.1 wurde erwähnt, dass alexithyme Personen ihre Emotionen sehr wortkarg und fantasielos beschreiben. Diese Fantasielosigkeit begrenzt auch die Möglichkeit im positiven Umgang mit Angst oder anderen Emotionen. Durch Träume, Spiel, Interesse und Fantasie ist der Mensch in der Lage, mit seinen Emotionen umzugehen und diese zu bewältigen. Dazu kommt, dass alexithyme Personen nicht in der Lage sind, sich in die Situation anderer Menschen hineinzusetzen. Sie sind nicht empathisch. Betrachtet man diese Unfähigkeiten, so überrascht es nicht, dass die Alexithymie ein möglicher Risikofaktor für eine Menge von medizinischen und psychischen Störungen ist. Dies schliesst auch Probleme bei der Regulation von Gefühlen mit ein. Die Unfähigkeit Gefühle durch kognitive Prozesse zu regulieren erklärt vielleicht auch das Verhalten alexithymer Personen bei unangenehmen, stressigen Emotionen impulsive Handlungen zu begehen. Diese Handlungen werden begangen, um innere Spannungen abzubauen und können sich durch Essstörungen, Drogenmissbrauch oder abnormales sexuelles Verhalten manifestieren. «An inability to modulate emotions through cognitive processing might explain also the tendency of alexithymic individuals to discharge tension arising from unpleasant emotional states through impulsive acts (Keltikangas-Järvinen, 1982) or compulsive behaviours such as binge eating, substance abuse, perverse sexual behaviour or the self-starvation of anorexia nervosa; ...» (Taylor, 1997, S. 31).

Im oberen Abschnitt wurde vor allem über negative Gefühle gesprochen. Wie sieht die Emotionsregulation alexithymer Personen in Bezug auf positive Gefühle aus? Die Aufnahmefähigkeit von positiven Emotionen wie Freude, Glück und Liebe ist

beschränkt. Krystal (1988) und Sifneos (1987) haben diese Menschen als «anhedonic» (a = nicht/abwesend, Hedonismus = philosophische Lehre von der Lust als Sinn und Ziel sittlichen Handelns) bezeichnet. Obwohl schizophrene und depressive Patienten auch ahedonistisch sind, sind nicht alle schizophrenen oder depressiven Patienten gleichzeitig auch alexithym. Untersuchungen mit der «Normalbevölkerung» haben ergeben, dass Alexithymie mit sozialem Ahedonismus assoziiert wird. Alexithyme Personen haben also Probleme negative wie auch positive Gefühle wahrzunehmen.

3.2 Erklärungsversuche

In den verschiedensten Gebieten wird eine Erklärung für die Ursache der Alexithymie gesucht. Im folgenden Teil sollen kurz die Erklärungsversuche der Neurobiologie, der Neuropsychologie, der Soziodemographie und der Eltern-Kind-Beziehung vorgestellt werden.

3.2.1 Neurobiologie

Die Vorstellung eines defizitären oder unterbrochenen Transfers zwischen der rechten und der linken Hirnhemisphäre dient als neurologisches Modell für die Alexithymie. Die rechte Hemisphäre ist verantwortlich für Wahrnehmung, Ausdruck und Kommunikation von Emotionen, die linke steht im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien. Nemiah postulierte 1975 eine neurophysiologisch gestörte Affektmodulation im Striatum bei einem Input vom limbischen System zum Neocortex. Sifneos (1986) geht davon aus, dass bei der Alexithymie das limbische System und der Neocortex unabhängig voneinander funktionieren. Auch ein grösseres Vorkommen der Alexithymie bei Männern könnte anhand des männlichen Gehirns mit der grösseren Spezialisierung und damit auch strikteren Trennung der Hirnhemisphären erklärt werden (vgl. Blanchard, 1981).

3.2.2 Neuropsychologie

Von neuropsychologischer Seite betrachtet, betrifft die Alexithymie den Kern psychosomatischer Annahmen, nämlich die Wechselwirkung zwischen Emotionen und körperlichen Symptomen. Ein alexithymer Sprachstil kommt nicht nur bei den klassischen psychosomatischen Patienten vor, sondern auch bei Patienten mit posttraumatischen Störungen und somatisch Erkrankten. Krystal beobachtete 1988 bei Konzentrationslager-Überlebenden alexithyme Züge und folgerte daraus die Hypothese einer psychologischen, traumatischen Ursache der Alexithymie. McDougall (1982) leitet Alexithymie von einem Stillstand in der affektiven Entwicklung aufgrund eines psychischen Traumas während der Kindheit ab oder von einer Regres-

sion der affektiv-kognitiven Funktion nach einem als katastrophal erlebtem Trauma in Erwachsenenalter.

3.2.3 Soziodemographie

Leff entdeckte 1973, dass die Bewohner der Industriestaaten eine grössere Spannweite von emotionalen Zuständen zeigen als die Bewohner von Entwicklungsländern. Es gibt sogar Sprachen, die Emotionen ganz ausklammern. Zum Thema Alexithymie und Soziodemographie wurden mehrere Untersuchungen gemacht, welche sich einerseits stützten, andererseits aber auch widersprachen. Lane et al. fanden 1998 in einer Arbeit eine Assoziation von Alexithymie mit höherem Alter, männlichen Geschlecht, tieferem sozioökonomischen Status und schlechterer Schulbildung. Die Validität dieser Resultate wurde zusätzlich mit der Verwendung eines zweiten Fragebogens belegt, der die positiven Korrelationen stützte.

3.2.4 Eltern-Kind-Beziehung

«Waren in der Familie expressive Äusserungen verpönt, hatten die Probanden später Schwierigkeiten, emotional zu kommunizieren, und der Drang, sich emotional zu äussern, wurde konflikthaft erlebt. Wenn wenig positiv auf kindliches Verhalten eingegangen wurde, dann waren die Betroffenen später nur beschränkt in der Lage, Gefühle zu erkennen und sie zu kommunizieren» (Traue, 1998, S. 155). Aus dieser Beschreibung wird die Wichtigkeit der frühkindlichen Beziehung zu den Eltern ersichtlich. Wie in Kapitel 2.5.2 erwähnt, kann Alexithymie auch anhand der Bindungstheorie erklärt werden. Emotionaler Austausch ergibt eine enge Bindung zwischen dem Kleinkind und der Bezugsperson. Dieser Austausch emotionaler Informationen ist für die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen und Gefühle wichtig. An dieser Stelle interessiert jedoch ein weiterer positiver Affekt dieses Austausches. Er ermöglicht die Ausdifferenzierung der Interpretation von körperlichen Empfindungen und emotionalen Reaktionen. Kraemer und Loader sehen in der Zeit der Bindung den Anfang einer späteren Gefährdung zu gehemmter und fehlregulierter Emotionalität: «Trotz körperlicher Unversehrtheit kann das Kleinkind wegen der unsicheren Bindung seine intensiven Emotionen nicht regulieren. Um sich selbst gegen die Emotionsflut zu schützen, wird es die subjektiv emotionalen Anteile von den physiologischen Reaktionen abtrennen, die als unangenehme körperliche Zustände präsent bleiben. Ein solches Kind lernt nicht zu fühlen und wird eine alexithyme Persönlichkeit entwickeln, in der Gefühle nicht wahrgenommen und ohne Worte bleiben. Dies ist eine Form der Anpassung, mit dem subjektives Leiden vermindert werden kann, allerdings auf Kosten der Verfügbarkeit emotionaler Reaktionen, die dann zur Steuerung des Verhaltens nicht mehr verfügbar sind» (Kraemer & Loader, 1995, S. 938 In: Traue, 1998, S. 168). Ähnlich wie Kraemer und

Loader bezog McDougall (1982) Alexithymie zu Störungen der Mutter-Kind-Beziehung und schlug eine sehr frühe, «präneurotische» Pathologie als Basis der Alexithymie vor.

3.3 Persönlichkeitsmerkmale

Im folgenden Abschnitt wird der Zusammenhang Alexithymie und Persönlichkeit betrachtet und es wird diskutiert, ob Alexithymie ein Trait oder State der Persönlichkeit ist. Unter Trait versteht man Alexithymie als Persönlichkeitseigenschaft, von einem State der Alexithymie wird hingegen als ein Zustand der Person über einen gewissen Zeitraum gesprochen. 1998 schlugen Chinet et al. vor, die Alexithymie als ein State zu behandeln, da die meisten Untersuchungen in der Bevölkerung keinen Zusammenhang zwischen der Alexithymie und dem Alter vorweisen konnten. Die Alexithymie kann sich vom Jugend- zum Erwachsenenalter verändern. Bei der Bestimmung als State oder Trait ist allerdings die Unterscheidung zweier Typen von Alexithymie entscheidend. «Relevant here is the distinction that has been made between primary and secondary alexithymia. Primary alexithymia is thought to be a stable personality trait and a predisposing risk factor for a variety of somatic or mental disturbances, while secondary alexithymia is thought to be a state reaction to acute stressful situations» (Chinet et al, 1998, S. 150). Taylor jedoch spricht von der Alexithymie als ein Trait, auch wenn State-Aspekte nicht zu leugnen sind, welche seiner Meinung nach jedoch von dem Zusammenhang der Alexithymie mit Depressionen oder anderen negativen Affekten kommen. «..., while there may be a state-dependent aspect of alexithymia, especially when depression or other negative affects are intense, the demonstration of relative stability supports the conceptualisation of alexithymia as a personally trait» (Taylor, 2004, S. 145). Diese Uneindeutigkeit von Ursache und Wirkung wird auch bei Bourke deutlich. «Because of the crosssectional design of the study, we are unable to determine whether alexithymia is a predisposing personality trait for anorexia nervosa or a consequence of the disorder» (Bourke et al, 1992, S. 242), doch weiter schreibt er: «Our findings that anorexic patients who scored high on the depression subscale of the CCEI were no more alexithymic than those who scored low on this subscale also suggests that alexithymia is a personality trait rather than a state-dependent response in this population» (ebd., S. 242). Taylor ist es wichtig, die Alexithymie als ein Konstrukt zu betrachten und daraus folgend als ein Persönlichkeitstrait zu behandeln. «It should be emphasized also that alexithymia is conceptualised not as a categorical (all-or-none) phenomenon, but as a dimensional construct (or personality trait) that is distributed normally in the general population» (Taylor, 1997, S. 30). Abschliessend kann gesagt werden, dass die Unklarheit über die Alexithymie als ein State oder

Trait darauf zurückzuführen ist, dass die Alexithymie in ihrer reinen, isolierten Form nicht anzufinden ist, das bedeutet, dass sie immer mit medizinischen oder psychiatrischen Störungen zusammen auftritt. «Moreover, there is evidence that alexithymia is associated with a reduced ability to cope with stressful situations and with poor relationship skills, which can also influence a person's disposition to illness and disease» (Taylor, 2004, S. 146).

3.4 Kopplung an andere Krankheiten

Wie am Ende des letzten Abschnittes erwähnt, ist die Alexithymie in ihrer reinen, isolierten Form nicht anzufinden, sie tritt immer mit medizinischen oder psychiatrischen Störungen auf. Im folgenden Abschnitt werden zwei Beispiele für eine Kopplung der Alexithymie an andere Krankheiten gemacht. Im Kapitel 3.4.1 wird auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Alexithymie und Depression hingewiesen. Kapitel 3.4.2 stellt einen Bezug zwischen Essstörungen (Kapitel 2) und Alexithymie (Kapitel 3) dieser Arbeit dar. Alexithymie und Depressionen ist eine Paarung, die sehr häufig anzutreffen ist. In der Forschung wird auch immer wieder auf den Zusammenhang von Depressionen und Essstörungen hingewiesen. So sehen Chinet et al. einen direkten Zusammenhang zwischen Alexithymie, Essstörung und Depression: «Eating disorders and drug abuse have been regarded as indirect expressions of depression. This is also the case for alexithymia» (Chinet et al, 1998, S. 149). Aus diesen Gründen soll hier kurz auf das Thema Alexithymie und Depression eingegangen werden, bevor das Hauptthema dieses Kapitels «Alexithymie und Essstörung» behandelt wird.

3.4.1 Alexithymie und Depression

In der Forschung ist bekannt, dass Alexithymie und Depression zwei verschiedene Konstrukte sind. So können psychosomatische Patienten beispielsweise hohe Werte auf der Alexithymie-Skala erreichen, zeigen jedoch niedrige Werte auf der Skala der Depression. Darüber hinaus ist die Alexithymie vermehrt bei jüngeren als bei älteren Menschen anzutreffen, bei den Depressionen ist dies hingegen nicht der Fall. Die hohe Korrelation von Depression und Alexithymie lässt auf zwei mögliche Hypothesen schliessen: «Either alexithymia can be considered as an inadequate response to stress which thereby can lead to a depressive mood, or alexithymia can be viewed as a defence mechanism, which helps subjects protect themselves against the emotional meaning of stressors» (Chinet et al, 1998, S. 150). Wie gesehen, korreliert das Konstrukt der Alexithymie positiv mit dem Konstrukt der Depression. Zu diesem Thema gibt es in der Forschung die verschiedensten Studien (Kuczimierczyk et al., 1995 / Honkalampi et al 2000 / Taylor et al 1992), auf die hier nicht im Einzel-

nen eingegangen wird. Resultate, die zu Alexithymie und Depression gefunden wurden, waren unter anderem, dass der Zusammenhang von Faktoren wie unterschiedliches Selbstbewusstsein oder auch «obsessoiden» Persönlichkeiten beeinflusst werden (vgl. Furrer, 2002, S.11). Schliesslich lässt sich sagen, dass depressive oder alexithyme Personen Gefühle nicht näher beschreiben können, sie erklären nur ihre Erscheinungsform. «To sum up, for depressed or alexithymic people, emotionally stressful experiences cannot be overcome by giving a meaning to the emotions through communication» (Chinet et al, 1998, S. 151).

3.4.2 Alexithymie und Essstörung

Der Zusammenhang, welcher zwischen Alexithymie und Depression im letzten Abschnitt erörtert wurde, ist auch im folgenden Abschnitt über Alexithymie und Essstörung zu finden. Zuerst soll der wissenschaftliche Zusammenhang von Alexithymie und Essstörung vorgestellt werden. Hierzu berichten Taylor et al.: «Consistent with clinical observations that patients with eating disorders are bewildered by their emotional feelings and often have difficulty describing them, empirical studies have reported rates of alexithymia ranging from 48 percent to 77 percent for patients with anorexia nervosa and 40 percent to 61 percent for patients with bulimia nervosa» (Taylor, 2004, S. 144). Der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Anorexia nervosa liegt bei 77.1%. Diese Prozentzahl beschreibt das gemeinsame Vorkommen von Alexithymie und Anorexia nervosa. Werden verschiedene Krankheitsbilder im Zusammenhang mit der Alexithymie betrachtet, so kann festgestellt werden, dass die Anorexia nervosa den höchst vorkommenden Zusammenhang mit Alexithymie hat. Alexithymie und Anorexia nervosa haben den höchst vorkommenden Zusammenhang von 77.1%. Die Alexithymie wird in der Forschung als Risikofaktor für abhängiges Verhalten wie Drogenmissbrauch und Essstörungen betrachtet. Hierbei kommt es nicht darauf an, an welchem Typ der Essstörung die Person leidet. «It has been shown that women suffering from eating disorders have higher scores on alexithymia, whether they are anorexic or bulimic» (Schmidt, Jiwany, Treasure, 1993 in Chinet et al, 1998, S. 145). Patienten, die an Anorexia nervosa leiden, überschneiden sich in vielen ihrer Symptome mit alexithymen Patienten. Diese Überschneidung bezieht sich vor allem auf das operative Denken. «The results of this study confirm the clinical impression that patients with anorexia nervosa manifest a marked inability to identify affects, and a paucity of fantasies and other imaginative activity» (Bourke et al, 1992, S. 241). Weiter beschreibt Bourke die Alexithymie als ein Persönlichkeitsmerkmal von Anorexia Nervosa, «..., there is suggestive evidence from a recent follow-up study that alexithymic characteristics are an integral part of the personality of individuals who develop anorexia nervosa» (ebd., S. 242). Der Zusammenhang von Alexithymie und Essstörungen ist wissenschaftlich mess-

bar durch den TAS-26, welcher im Methodikteil genauer beschrieben wird. «Troop et al. (1995), who used the TAS to measure alexithymia, similarly found that eating disorder patients were significantly less able to identify their feelings than a comparison group of female students, but the two groups did not differ significantly on externally oriented thinking» (Taylor et al, 1996, S. 566). Taylor et al kamen 1996 in einer Studie zu dem Resultat, dass Alexithymie mit einigen psychologischen und kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen verbunden ist, welche für Patienten mit Essstörungen charakteristisch sind. Sie ist jedoch nicht verbunden mit den Verhaltensweisen, welche sich auf abnormales Essverhalten, Körpergewicht und -form beziehen. Die stärkste Verbindung bestand zwischen der Alexithymie und dem zwischenmenschlichen Misstrauen (vgl. ebd., S. 566).

Eine Erklärung für den starken Zusammenhang von Alexithymie und Essstörung ist in ihrer Ähnlichkeit zu suchen, vor allem in der Unfähigkeit des Patienten Emotionen durch kognitive Prozesse zu formen. Diese Unfähigkeit kann zu Zwangsverhalten wie beispielsweise Essstörungen führen. «An inability to modulate emotions through cognitive processing might explain also the tendency of alexithymic individuals to discharge tension arising from unpleasant emotional states through impulsive acts (Keltikangas-Järvinen, 1982) or compulsive behaviours such as binge eating, substance abuse, perverse sexual behaviour, or the self-starvation of anorexia nervosa» (Taylor, 1997, S. 31).

3.5 Zusammenfassung Alexithymie

Der Begriff der Alexithymie beschreibt die Unfähigkeit bzw. Schwierigkeit, die eigenen Gefühle *1. zu identifizieren, also die Abwesenheit eines inneren Gefühls- und Phantasielebens*, und *2. zu beschreiben, also eine Störung der verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise*. Alexithyme Patienten sind nicht in der Lage, positive wie auch negative Emotionen durch kognitive Prozesse zu regulieren, was zu inneren Spannungen führt. Durch impulsive Handlungen wie beispielsweise Essstörungen und Drogenmissbrauch versuchen die Betroffenen diese Spannungen abzubauen. Alexithymie und Essstörungen haben einen wissenschaftlichen Zusammenhang von 77% (Anorexia nervosa) bzw. 60% (Bulimia nervosa) und überschneiden sich in vielen ihrer Symptome. Diese Überschneidungen beziehen sich vor allem auf das operative Denken und einige psychologische und kognitive Persönlichkeitsmerkmale.

4 ZRM-ED (Eating Disorders)

Vor der eigentlichen Einleitung dieses Kapitels soll kurz erläutert werden, was unter ZRM-ED verstanden wird. Damit ist der Selbstmanagement-Kurs, das Zürcher Ressourcen Modell speziell für Personen mit Essstörungen gemeint. Unter Eating Disorders (ED) werden alle möglichen Formen von Essstörungen zusammengefasst. Dieser spezielle ZRM-Kurs richtet sich an Personen mit verschiedenen Formen von Essstörungen, also der Anorexie, Bulimie und EDNOS (Eating Disorders not otherwise specified). In einem ersten Teil wird ausgeführt, weshalb sich das Zürcher Ressourcen Modell für die Arbeit mit Menschen mit Essstörungen eignet (Kapitel 4.1). Im Kapitel 4.2 wird der Verlauf dieser Seminararbeit aufgelistet, von den ersten Pilot-Kursen in Ulm und in Zürich. Dabei werden Probleme ersichtlich, die sich bei der Suche nach Probanden ergeben haben. Aus den Erfahrungen der durchgeführten Kurse wurden Flyer erstellt und ein Manual erarbeitet, welches für Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen anwendbar ist. Aufgrund spezifischer Schwierigkeiten bei der Suche nach Teilnehmenden mit Essstörungen wird in einem nächsten Kapitel (4.3) der Fokus auf die Entwicklung des Flyers für die ZRM-ED-Kurse gelegt. Die von den Studentinnen entwickelten Flyer befinden sich im Anhang. Im Kapitel 4.4 werden theoretische Hintergründe zum Trainingsmanual erläutert, welche sich auf Inhalte von «Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche» und zwei von Dr. Maja Storch geleiteten Grundkursen in Ulm stützen. Dabei wird auf die Methodik und Didaktik des Kurses eingegangen. Abschliessend wird im Kapitel 4.5 das herausgearbeitete Trainingsmanual vorgestellt, worin auf die Differenzen zwischen dem ZRM-ED-Kurs und dem ZRM-Kurs für Jugendliche und die Nachbetreuung der Kursteilnehmenden eingegangen wird. Es werden auch Beispiele aus den Kursen genannt, welche kursiv ausgezeichnet zur Verdeutlichung dienen. Die verwendeten Arbeitsblätter des ZRM-ED-Kurses werden an der jeweiligen Stelle genannt, ebenfalls in kursiv ausgezeichnet und sind im Anhang zu finden. Schlussendlich folgt im Kapitel 4.6 die Methodik, in dem vier Fragebögen vorgestellt werden, die bei einem ZRM-Training mit Essgestörten eingesetzt werden könnten.

4.1 Warum ZRM?

Nun gilt es die Frage zu klären, warum gerade das Zürcher Ressourcen Modell für eine Arbeit mit Menschen mit Essstörungen einen guten Weg darstellt. Im ZRM-ED-Kurs werden Personen mit oben genannten Formen von Essstörungen angesprochen. Wie im letzten Abschnitt gesehen werden konnte, leiden ca. 70% der Magersüchtigen an Alexithymie; Krystal spricht davon, dass es in der Therapie mit

anorektischen Patienten wichtig ist, dass diese Gefühle erkennen und regulieren lernen. Es muss eine andere Form als die interpretive Psychotherapie gefunden werden. «... , anorexic patients need therapeutic approaches that enhance their ability to identify and regulate affects rather than traditional interpretive psychotherapy (Krystal, 1979)» (Bourke et al, 1992, S. 242). Auch Bruch betont die Wichtigkeit der Gefühle im Umgang mit anorektischen Patienten. Sie müssen lernen ihre Gefühle zu erkennen und diese dann richtig zu identifizieren: «... advised against the use of interpretive psychotherapy for anorexia nervosa and recommended instead a therapeutic approach that enables patients to become aware of, and to identify, their own feelings and impulses» (Taylor et al, 1996, S. 561). Aufgrund des Mangels von affektiver Beteiligung und an Phantasien und Assoziationen erweist sich die Therapie dieser Patienten, insbesondere die psychoanalytisch orientierte, als äusserst schwierig.

Bei diesem Punkt setzt das Zürcher Ressourcen Modell an. Während des Trainings wird von den Probanden nicht verlangt Gefühle zu benennen. Die Probanden sollen erst einmal erkennen, dass sie überhaupt Gefühle haben. Mit zeichnerischen Übungen oder anhand eines Barometers lernen die Probanden ihre positiven und negativen Gefühle wahrzunehmen und ihre somatischen Marker zu erkennen. Beim Zürcher Ressourcen Modell geht es darum, Verhalten in Handlung zu überführen, also von der Aussensteuerung zur Innensteuerung zu gelangen. Dieses (Wieder-)Erlangen der Kontrolle, führt zu einem anderen Umgang mit Gefühlen und Problemen. Das Erlernen der Regulation von Gefühlen durch kognitive Prozesse ermöglicht den Patienten einen neuen Umgang mit unangenehmen, stressigen Emotionen. Sie sind fähig, gezielte statt impulsive Handlungen zu begehen; sie werden sich ihrer Essstörung bewusst und haben durch dieses Bewusstsein neue, andere Handlungsmöglichkeiten. Zu diesem Bewusstsein steuert der ZRM-Kurs bei, da die Teilnehmenden im Kurs nicht über ihre Essstörung reden müssen, sondern einen anderen Umgang mit ihren Problemen lernen. Dafür ist es wichtig, dass das einzelne Individuum im Zentrum steht, da sich Personen dieser Zielgruppe im allgemeinen zurücknehmen. Im Kurs lernen sie, eigene Ressourcen zu entdecken, zu nutzen und entwickeln darauf neue Handlungsmuster, die sie in schwierigen Situationen abrufen und optimal anwenden können. Der Schwerpunkt des Kurses liegt zusammengefasst bei dem Erkennen der eigenen Gefühle und Ziele und dem Erlernen neuer Handlungskompetenzen.

4.2 Projektverlauf und auftretende Schwierigkeiten

Das Projekt, das Zürcher Ressourcen Modell auf Personen mit Essstörungen anzuwenden, entstand im Jahre 2004 im Beobachtungsteam während eines ZRM-Kurses an der Universität Zürich. Zuerst sollte eine quantitative Studie durchgeführt werden, wie sich der ZRM-Kurs auf Jugendliche mit Essstörungen anwenden liess. Dafür mussten genügend Probanden gefunden werden. Das erste Projekt baute auf Fragebögen und Protokollen der ZRM-Grundkurse mit jugendlichen Essgestörten auf. Aus Kontakten zur Jugendpsychiatrischen Klinik in Ulm wurde im Juli 2004 der erste Pilot-Kurs mit Jugendlichen Mager süchtigen durchgeführt. Leider ergaben sich trotz der Unterstützung der Uniklinik Schwierigkeiten bei der Suche nach Probanden. Den Jugendlichen auf der Station wurde der Kurs mit einem Brief vorgestellt. Schliesslich meldeten sich sechs Jugendliche der Abteilung der Klinik für den ZRM-Kurs an, worauf vier Teilnehmende am besagten ersten Kurstag erschienen. Maja Storch leitete den ersten ZRM-Kurs, damals noch ZRM-M für den Selbstmanagement-Kurs mit Mager süchtigen, an drei Nachmittagen in der Uniklinik in Ulm. In diesen drei Tagen wurde der Grundkurs vermittelt, welcher von den Teilnehmenden positiv aufgenommen wurde. Im September 2004 wurde an einem Nachmittag ein Follow-up-Kurs von einer Studentin durchgeführt, damit die Teilnehmenden Fragen klären und die Inhalte aufgefrischt werden konnten.

Nach diesem erfolgreichen ersten Pilot-Kurs wurde die Zusammenarbeit des Pädagogischen Instituts und der Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Ulm festgelegt. Es wurden weitere ZRM-M-Kurse geplant, die im März 2005 durchgeführt werden sollten. Da sich für den ersten Kurs zu wenig Teilnehmende für eine quantitative Studie finden liessen, wurde das Projekt auf eine qualitative Studie ausgerichtet. Diese qualitative Studie sollte sich auf Fragebögen, Interviews und Videoaufnahmen der Mimik stützen. Für die ZRM-Kurse im März wurde deshalb ein Video-Team zusammengestellt, welche die Kurse protokollieren sollten. Nach langen rechtlichen Diskussionen wurden Videoaufnahmen zugelassen. Das Team wurde darin geschult, auf die Mimik und Körperhaltung zu achten, um die Reaktion der Teilnehmenden bzw. deren somatischen Marker festzuhalten. Für eine qualitative Studie wären diese Aufnahmen notwendig gewesen. Dieses Mal erwies sich die Suche nach Probanden jedoch deutlich schwieriger als für den ersten Kurs. Von Zürich aus fiel die Rekrutierung von Teilnehmenden schwer. Es konnte nicht eruiert werden, woran die Suche nach Jugendlichen mit Essstörungen auf der Station der Uniklinik in Ulm scheiterte. Am zweiten Grundkurs in Ulm nahmen deshalb nur eine Teilnehmerin aus dem ersten Kurs teil und drei weitere Jugendliche, welche stationär behandelt wurden. Am zweiten Kurstag erschien jedoch eine stationäre Jugendliche nicht mehr, worauf der Kurs mit drei Teilnehmerinnen weitergeführt

wurde. Nach diesem Misserfolg bei der Suche nach Teilnehmenden musste das Konzept der qualitativen Studie für die Seminararbeit aufgegeben werden. Es wurde daraufhin beschlossen, ein Trainingsmanual zu erstellen, welches aufzeigt, wie der ZRM-Kurs auf Personen mit Essstörungen angepasst werden muss.

Um das Trainingsmanual auszuarbeiten wurde erneut ein ZRM-Kurs angeboten. Der Kurs wird nun ZRM-ED (Eating Disorders) genannt, da er sich an Personen mit verschiedenen Formen von Essstörungen richtet. Dieser Kurs wurde anhand der Protokolle der beiden Pilot-Kurse in Ulm von den Studentinnen in den Räumen der Universität Zürich durchgeführt. Für den Kurs in Zürich waren die Studentinnen selbst verantwortlich für die Rekrutierung von Teilnehmenden. Es nahmen vier junge Erwachsene mit Essstörungen am Kurs im Herbst 2005 teil.

Aus den Erfahrungen der Pilot-Kurse in Ulm und dem Kurs in Zürich wurden jeweils Flyer entwickelt und schlussendlich ein Trainingsmanual ausgearbeitet, welches für Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen gültig ist. Anhand der Erfahrungen des Kurses in Zürich wurde das Trainingsmanual vervollständigt, welches nebst den Anpassungen an diese Zielgruppe auch auf die Schwierigkeiten bei der Suche nach Probanden eingeht. Deshalb wird die Flyer-Entwicklung im folgenden Kapitel 4.3 eigenständig behandelt.

4.3 Flyer-Entwicklung

Aufgrund der Schwierigkeiten, genügend Teilnehmende für die ZRM-Kurse zu finden, widmet sich dieses Kapitel diesem Problem. In einem ersten Schritt stellte sich die Frage, wie möglichst viele Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen, von einem Selbstmanagement-Kurs erfahren. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich vor allem diejenigen Personen für einen solchen Kurs interessieren, die sich bereits in einem Stadium befinden, in dem sie sich eingestehen, «ihr Problem» nicht mehr alleine in den Griff zu bekommen und sich an eine Hilfestelle wenden. Deshalb wurden Flyer entworfen, die an sozialen Hilfestellen wie z.B. der AES (Arbeitsgemeinschaft Essstörungen) ausgelegt wurden. Nebst der Aufsuche von Stellen, die für einen Flyer eines Selbstmanagement-Kurses von Studentinnen werben würden, besteht nun die Schwierigkeit, einen geeigneten Flyer zu konstruieren. Wie wir in den Pilot-Kursen festgestellt haben, ist es schwierig, Personen mit Essstörungen zu motivieren, an einem Kurs teilzunehmen. Deshalb erscheint es einerseits wichtig, geeignete Stellen zu finden, um Flyer auslegen zu können und andererseits diese für das Zielpublikum so ansprechend wie möglich zu gestalten.

Ein weiteres Problem stellt sich, wenn Jugendliche angesprochen werden sollen. Bei unter 18-Jährigen müssen ihre Eltern eine Einwilligung erteilen. Dies könnte so gehandhabt werden, dass dem Flyer ein Formular für Eltern beigelegt wird, welches

die Jugendlichen, wenn sie interessiert sind, unterschreiben lassen können. Dies war für den Kurs in Zürich nicht notwendig, da sich der Kurs an junge Erwachsene richtete.

Um einen Flyer überhaupt entwickeln zu können, der Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen anspricht, wurden die Teilnehmerinnen aus dem ersten Kurs in Ulm befragt, wie sie sich einen Flyer vorstellen würden. Die Essenz daraus lautete, dass der Flyer fröhlich, farbig, stilvoll und aber nicht «pseudo-cool» gestaltet sein soll. Ausserdem würden diese Teilnehmerinnen Wortmeldungen v.a. in Bezug zur angenehmen Atmosphäre zitieren, damit deutlich werde, dass man den Kurs mit einem guten Gefühl wieder verlässt. Es solle auch nicht zu viel Theorie über ZRM erwähnt werden, obwohl deutlich werden müsse, dass es sich um eine anspruchsvolle und informative Veranstaltung handle. Diese erste Version eines Flyers kann im Anhang, in Kapitel 7 eingesehen werden. Nach dem Kurs in Zürich wurden die Teilnehmenden, die nun als erste mittels eines Flyers rekrutiert wurden, zu ihrer Meinung zum Flyer befragt. Die Teilnehmenden brachten Ideen zu den Formulierungen, z.B. würden sie nicht von einem Zielsatz sprechen, sondern von einem Motto. Zur Gestaltung des Flyers respektive des Titelbilds brachten sie die Idee einer jungen Person, welche die Zunge herausstreckt. Dies würde Aufmerksamkeit erregen und man frage sich, was das zu bedeuten habe. Auf die Titelseite würden sie nur das Bild und den Titel «Ich tu, was ich will!» setzen. Zur genaueren Beschreibung würde die Überschrift «ZRM für Essgestörte» auf der Rückseite oder Innenseite reichen. Die erste Version des Flyers beinhaltet den Teilnehmenden zu viel Text. Sie würden weglassen, wer dieses ZRM-Training erfunden hat. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass der Flyer nicht zu viel Text beinhalten solle, besonders keinen, der für die sie unwichtig ist. Sie würden nur erwähnen, was im Kurs abläuft. Die älteren Teilnehmenden würden auch keine Wortmeldungen von ehemaligen Teilnehmenden hineinnehmen, weil dies zu sehr an Hefte von Freikirchen erinnern würde. Betonen würden sie, dass es sich «nur» um einen Selbstmanagement-Kurs handelt und nicht um eine Therapie. Es soll im Flyer erwähnt werden, dass nicht über die Essstörung gesprochen wird, sondern es nur um «mich» geht. Zur Anredeform waren sie sich einig, dass sie in «ich», «mich» angesprochen werden möchten und nicht in «du», «dich». Damit der Kurs verbindlich wird, würden sie eine Anmeldefrist angeben.

Anhand dieser Aussagen wurde ein zweiter Flyer erstellt, welcher nun möglichst genau diesen Vorstellungen von Teilnehmenden mit Essstörungen entspricht. Dieser Flyer ist in den Anhang gestellt (siehe Kapitel 7).

4.4 Trainingsmanual: Theorie

Wie in der Einleitung erwähnt, stützt sich dieses Trainingsmanual auf zwei von Maja Storch durchgeführten Kursen mit essgestörten Jugendlichen in Ulm. Während dieser Grundkurse protokollierten drei Studentinnen den Kursablauf und dessen Besonderheiten. Zur Unterstützung wurde für den zweiten Kurs ein Videoteam zur Verfügung gestellt, welche sich besonders auf die Mimiken der Teilnehmenden konzentrierten, was für die zuerst vorgesehene qualitative Studie notwendig gewesen wäre. Zur genauen Strukturierung des Trainingsmanuals dient das Buch «Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche».

4.4.1 Raum- und Materialbedarf

Für einen ZRM-M-Kurs wird je nach Gruppengrösse ein grosszügiger Raum benötigt, welcher mit Stühlen und Tischen ausgestattet ist. Des weiteren werden folgende Utensilien benötigt:

- ein Flipchart, Papier, Filzschreiber
- eine Bildergalerie
- Farbstifte, Filzstifte
- Arbeitsblätter
- eine Mappe (Schnellhefter) für jede/jeden Teilnehmende(n)
- evtl. CD-Player und Entspannungsmusik
- Utensilien für die Gruppenzusammenstellung

4.4.2 Informationen zum Training

4.4.2.1 Einstieg

Der erste Eindruck, den die Kursleitung bei den Teilnehmenden erweckt, ist entscheidend für die spätere Zusammenarbeit. Deshalb ist es von Anfang an wichtig zu betonen, dass es nicht um eine Therapie der Essstörung geht, sondern um einen Selbstmanagement-Kurs. Zu Beginn wird erklärt, was das ZRM-Training beinhaltet und dass es darum geht zu lernen, eigene Ressourcen zu nutzen. Ausserdem soll erwähnt werden, dass ZRM kein Training unter Zwang ist. Für ein erfolgreiches Selbstmanagement ist es stattdessen wichtig, dass die Teilnehmenden sich Zeit lassen können. Es soll auch nicht unter Zeitdruck an etwas, für die eigene Persönlichkeit Schönes, gearbeitet werden. Denn eine Idee, die hinter dem Zürcher Ressourcen Modell steht, ist «zufrieden mit sich selbst sein». Im ZRM ist eine angenehme Atmosphäre wichtig. Dies wird erreicht durch einen angemessenen Umgang mit den Teilnehmenden und dem ehrlich gezeigten Interesse an ihnen, damit sie spüren, dass es um sie und ihre Ressourcen geht und nicht um ihre Essstörung.

4.4.2.2 Aufbau des Kurses

Beim ZRM-Kurs handelt es sich um ein stufenweise aufgebautes Training. Deshalb sollten die einzelnen Trainingsphasen eingehalten werden. Die Theorieteile können je nach Zielgruppe erweitert oder verkürzt werden. Mit der Kursgruppe von Essgestörten hat es sich bewährt, Theorieimpulse zu verkürzen und dafür die Gruppenübungen anzupassen und auszuweiten. Bei dieser Kursgruppe sollen Übungen ausgebaut werden, in denen es darum geht, Gefühlswahrnehmung zu trainieren.

Der Kurs läuft grob in fünf Phasen ab. Unter 1) *Mein aktuelles Thema klären* beginnt der Kurs damit, dass die Teilnehmenden herausfinden, was sie momentan wirklich wollen. Es geht im ZRM darum, unbewusste Wünsche hervorzuholen und herauszufinden, was man wirklich will. Oft weiss man nämlich nur, was man nicht will. Damit unbewusste Wünsche bewusst werden können, wird mit einer Bildkartei gearbeitet. Um 2) *Vom Thema zu meinem Ziel* zu kommen, werden «Ideenkörbe» im Plenum durchgeführt. Unter 3) *Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool* folgt ein Theorieteil über das Gehirn beziehungsweise neuronale Netze, also darüber wie gelernt wird. Darunter zählt auch das «Krafttraining», welches auf dem erworbenen Wissen über neuronale Netze aufbaut. Hier werden Methoden gezeigt, wie das Gehirn ständig an das neu gesteckte Ziel erinnert werden kann. Dazu gehören Primings, Erinnerungshilfen und Ressourcen-Tankstellen. Als 4) *Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln* werden Situationen besprochen, in denen die Teilnehmenden ihr neues Motto gerne einsetzen würden. Es werden unterschiedlich anspruchsvolle Situationen gesucht, in denen die Teilnehmenden neu handeln möchten. Unter dem letzten Punkt 5) *Integration, Transfer und Abschluss* wird das anfangs formulierte Ziel ausgefeilt, Fragen beantwortet, Wichtiges repetiert und Vereinbarungen zum Follow-up getroffen.

Den Kursteilnehmenden wird der Kursablauf etwas verkürzt auf einem Flipchart dargestellt, der während des ganzen Kurses sichtbar aufgehängt bleibt. In Ulm wurde der Kurs grob in vier Schritten durchgeführt, wo die einzelnen Zwischenschritte zusammengefasst wurden. Die vier Phasen waren 1) *Mein Wunsch*, 2) *Mein Gehirn*, 3) *Mein Krafttraining* und 4) *Mein Plan*.

4.4.2.3 Trainingsrahmen

Wie sich bei den Kursen in Ulm herausgestellt hat, eignet sich ein Kompaktkurs an drei Tagen à jeweils vier bis fünf Stunden. Der erforderliche Zeitbedarf variiert selbstredlich mit der Anzahl Teilnehmer pro Kurs. Die Kurstage sollen im Abstand von einer Woche durchgeführt werden worauf ein zweistündiger Follow-up-Kurs folgt, der nach einigen Wochen oder Monaten stattfinden sollte.

Bei Kursteilnehmenden mit Essstörungen ist eine Gruppengrösse von vier bis acht Personen bei zwei Leiterinnen ideal, damit diese Teilnehmenden optimal begleitet werden können.

Für ein gutes Gelingen des Kurses mit Personen mit Essstörungen ist es wichtig, die Essstörung nicht zum Hauptthema zu machen, sondern das Selbstmanagement-Training hervorzuheben. Bei Probanden mit Essstörungen soll mehr Gewicht darauf gelegt werden, mit den Teilnehmenden zu trainieren, ihre Gefühle wahrnehmen zu können. Der Kurs soll aber dennoch an die Bedürfnisse der Teilnehmenden angepasst werden. Dafür spielen eine klare Führung und Kenntnisse der adoleszenzspezifischen Herausforderungen sowie der Essstörungen und der Alexithymie eine wesentliche Rolle.

Im Rahmen des Follow-up in Ulm erklärten die Teilnehmenden, dass es als angenehm empfunden wurde, wenn kein Beobachter von der Station mit im Raum sass. Dies, weil die Klinik-Therapeuten jeweils ein Verbindungsstück zu den Eltern darstellen und im Rahmen des Trainings oft Situationen mit Eltern besprochen, beziehungsweise vorbereitet werden.

4.4.2.4 Follow-up

Follow-up-Kurse sind im Allgemeinen zu empfehlen. Einige Wochen nach Ablauf des ZRM-Trainings sollte ein «Auffrischungstreffen» durchgeführt werden, in dem Kursinhalte repetiert, das eigene Motto und die dazugehörigen Ressourcen überprüft und Fragen geklärt werden. Bei den Kursteilnehmerinnen in Ulm hat sich herausgestellt, dass ein Wiederauffrischkurs sinnvoll wäre, in dem einzelne Kursinhalte oder der ganze Grundkurs wiederholt wird. Dieser wäre sechs Monate nach Ablauf des ersten Kurses durchzuführen und dient nebst der Wiederholung der Theorie ebenfalls dazu, ein neues Motto unter der geschulten Leitung zu formulieren oder sein erstes Ziel anzupassen. Somit würden die Teilnehmenden zur Weiterarbeit an sich selbst motiviert werden. Nach dem Kurs können die Teilnehmenden als Coaches für weitere Kurse engagiert werden. Die ehemaligen Teilnehmenden können z.B. darin geschult werden, «Ideenkörbe» zu leiten (siehe Kapitel 4.5.1.2). Dies bietet mehrere Vorteile, zum einen als Wiederholung der Kursinhalte, zur Wiederauffrischung, zum Transfer und zur Stärkung des Selbstvertrauens dieser Coaches.

4.4.2.5 Theoriereferate und Lernziele

Der Theoriebildung im ZRM-Training wird ein zentraler Stellenwert beigemessen. Für ZRM-Kurse mit Jugendlichen werden weniger Theoriereferate eingebaut als bei Kursen mit Erwachsenen. Dies wird damit begründet, dass Jugendliche auch ohne ausführliche Erklärungen und eher intuitiv wissen und verstehen, wie sie ihre Stär-

ken einsetzen können (Storch, Riedener, 2005). Die Theoriereferate werden also eher kurz gehalten, dafür aber mit Redundanz eingebracht. Bei der Theorie über das Gehirn wird z.B. der Zusammenhang zwischen neuronaler Netze und unserer Ressourcen besonders betont, sowie dass diese Ressourcen individuell sind und immer in Bezug zum Ziel stehen müssen. Die Lernziele sollen im Ablauf und vor jeder Trainingseinheit erläutert werden. Die Teilnehmenden sollen nach dem Kurs «... sowohl das Konzept der somatischen Marker (Trainingsphase 1), die Kernkriterien der Zielformulierung (Trainingsphase 2) und das Prinzip der neuronalen Plastizität (Trainingsphase 3) kennen, als auch in der Lage sein, den Herausforderungsgrad ihres Zieles sorgfältig zu wählen (Trainingsphase 4) und sich beim Zieltransfer von ihren Peers unterstützen zu lassen (Trainingsphase 5)» (Storch, Riedener, 2005). Bei der Zielgruppe der Probanden mit Essstörungen hat sich als geeignet erwiesen, die Theoriereferate kurz zu halten und dafür Gruppenarbeiten auszudehnen. Mit Probanden mit Essstörungen soll besonders trainiert werden, ihre Gefühle wahrnehmen zu können. Die Teilnehmenden können ihre Gefühle bei ihren Strichmännchen mit Farben einzeichnen oder diese mit kognitiver Herangehensweise auf einem Barometer in Zahlen angeben. Mit den Jugendlichen in Ulm wurde das Körpergefühl mittels des «Strudelwurms»¹ dargestellt. Anstatt zu nennen, wie sich die Teilnehmenden selbst fühlen, wurden sie gefragt, wie sich ihr Strudelwurm fühlt. Dies erleichtert es anfangs einigen Teilnehmenden, sich zwar mit ihren Gefühlen auseinander zusetzen, aber trotzdem noch ein Gefühl der Sicherheit zu wahren, da sie auf abstrakte Weise die Gefühle auf einen Strudelwurm übertragen können.

4.4.2.6 Kurssprache und Methodik

Der Inhalt des ZRM-Kurses mit Personen mit Essstörungen entspricht dem des ZRM-Kurses mit Jugendlichen resp. mit Erwachsenen. Im Wesentlichen unterscheidet sich die Methodik des Kurses. Wie im Kurs mit Jugendlichen ist es wichtig, die Sprache dem Alter der Kursteilnehmenden anzupassen, wie z.B. Inhalte zu vereinfachen. Es soll kontrolliert werden, ob Begriffe und deren Bedeutung, wie z.B. der Ressourcenbegriff von den Teilnehmenden verstanden worden ist. Weiterhin soll erwähnt und betont werden, dass das ZRM-Selbstmanagement-Training genutzt werden kann, um weitere Bedürfnisse und Ziele zu eruieren, oder um das aktuelle Motto zu verändern.

¹ Die Idee des Strudelwurms basiert auf Maja Storchs Vortrag über die positiven und negativen somatischen Marker. Darin wurde ausgeführt, dass die negativen somatischen Marker instinktiv unseren Vorfahren und den ersten Lebewesen (Einzeller) zum Überleben verholfen haben. So entstand als didaktisches Tool der Strudelwurm, ein kleines Ding im Innern von uns, das zu gewissen Aufgaben gezwungen werden muss und gewisse Tätigkeiten gerne macht.

4.4.2.7 Die Gruppe als Ressource einsetzen

Die Gruppe wird im Kurs genutzt, in dem alle Ideenpools in der ganzen Kursgruppe durchgeführt werden und somit mehr adäquate Inhalte zusammengetragen werden. Beim Kursinhalt des Embodiments hat sich in der Gruppe mit Essgestörten herauskristallisiert, dass das Embodiment in der Gruppe Hemmungen abbaut. Da diese Zielgruppe ein verringertes Körpergefühl aufweist bzw. Körperwahrnehmungen und sich in ihren Körpern oft nicht wohlfühlen, können in der Gruppe, in der alle Vorschläge machen, leichter passende Bewegungen zum Motto gefunden werden, als wenn sie die alleine durchleben müssen.

Nach dem absolvierten Grund- und Aufbaukurs können die Teilnehmenden als Coaches in weiteren Kursen eingesetzt werden. Dies bringt mehrere Vorteile, zum einen wiederholen die Teilnehmenden aktiv die Kursinhalte, also als Auffrischung und gewinnen an positivem Selbstwertgefühl, in dem sie kompetent andere neue Teilnehmende coachen können. Damit die Teilnehmenden die Kursinhalte nach absolviertem Training nicht wieder vergessen und ihre Ziele aktiv weiterbearbeiten, ist es sinnvoll am Ende des Kurses Buddy-Teams zu bilden. Die Teilnehmenden sollen sich zu zweit gegenseitig an ihre Ressourcen erinnern z.B. durch Folgetreffen, SMS und Fotos schicken o.ä.

4.4.2.8 Ganzheitliches Lernen

Wie aus der Lernpsychologie bekannt ist, wird langzeitliches Lernen und Speichern dadurch erreicht, dass beim Lernen alle Sinne angesprochen und miteinbezogen werden. «Weil Lernen ein aktiver Prozess ist, muss ein Training die Möglichkeit bieten, die Lerninhalte auf verschiedenen Ebenen zu verarbeiten und zu vertiefen» (Storch, Riedener, 2005). Deshalb werden die Impulsreferate auf Flipchartblätter visuell dargestellt und anschliessend an den Wänden im Raum aufgehängt, so dass erstens die einzelnen Trainingsphasen dokumentiert sind und zweitens die Möglichkeit besteht, diese immer wieder durchzugehen. Auf Theorieblöcke folgen aktive praktische Übungsarbeiten, damit das Theoretische nochmals verarbeitet und angewendet werden kann, wodurch der Lernerfolg vergrössert wird. Die aktive Mitarbeit der Probanden besteht aus *der aktiven Teilnahme*, wie z.B. dem Einzeichnen der somatischen Marker auf den Strichmännchen oder auf dem «Gefühlsfaktor-Barometer», *den Gruppenarbeiten* wie gesprächsorientierte Ideenkörbe und handlungsorientiertes Embodiment, *dem selbstständigen Ausfüllen der Arbeitsblätter* wie z.B. die eigenen körperlichen Ressourcen malen und dem *Erproben neuer Handlungsweisen im Rollenspiel*, wie dies in den vorhersehbaren und unvorhersehbaren Situationen A, B, C geübt wird.

Im ZRM-Training wird bewusst die Eigenwahrnehmung gefördert, da es für die individuelle Entwicklung wichtig ist, selbst zu wissen, was man will und was gut für

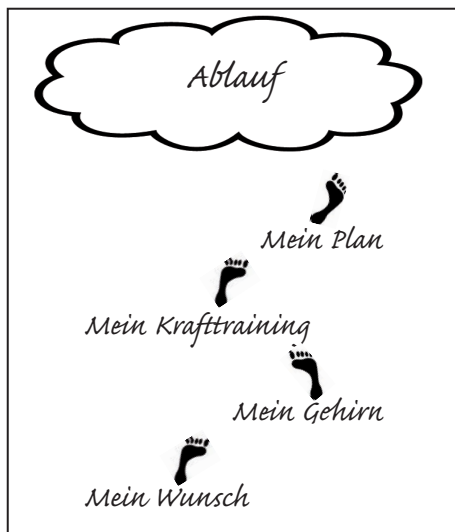
die eigene Persönlichkeit ist. Deshalb ist das ZRM-Training individuell ausgerichtet und orientiert sich an den Teilnehmenden. Die Teilnehmenden erhalten die Möglichkeit, selber Entscheidungen für sich zu treffen und eigene für sie selbst abgestimmte Ziele zu formulieren. Damit die Teilnehmenden herausfinden, was sie wirklich wollen, greift das Training auf neurowissenschaftliche Befunde zurück. Dies betrifft alle Kursgruppen, ist in unserem Fall von Personen mit Essstörungen besonders wichtig, da diese in der Selbstwahrnehmung eher eingeschränkt sind. Praktisch meint das z.B. die Bildergalerie, wo die Teilnehmenden ein Bild auswählen, welches unbewusste Wünsche beinhaltet, sowie das darauffolgende Konzept der somatischen Marker. Dabei werden die körperlichen und emotionalen Reaktionen eines Teilnehmenden auf dessen Bild und auf die gelieferten Ideen der anderen Teilnehmenden beobachtet.

4.5 Trainingsmanual: Kursablauf

4.5.1 Kurstag I

4.5.1.1 Informationen zum Training: Ablauf des Trainings

Nach der Begrüssung wird den Teilnehmenden zuerst vorgestellt, was das ZRM-Training ist, für wen es konzipiert ist und welchen Nutzen es bringt. An dieser Stelle erklärt die Kursleitung, dass es im ZRM-Training nicht um Essstörungen



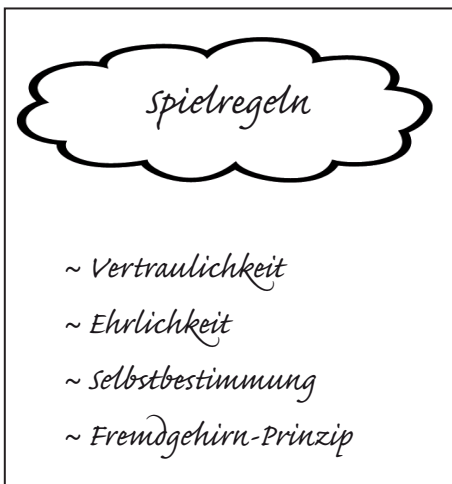
Flip 1

geht, dass die Kursleitung das Thema Essstörung von sich aus nicht ansprechen wird. Den Teilnehmenden muss jedoch gesagt werden, dass es in Ordnung ist, wenn diese von sich aus über dieses Thema sprechen oder Beispiele aus diesem Bereich machen. Darauf folgt eine kurze Vorstellungsrunde der Kursleitung sowie der Teilnehmenden. Jeder stellt sich vor, in dem der Name genannt wird sowie das Alter, Beruf und etwas, das er/sie gerne macht.

Darauf folgend wird der Kursablauf erläutert, der auf einem Flipchart (siehe Flip 1: Kursablauf) visuell dargestellt ist.

Im Folgenden werden am Flipchart (siehe Flip 2: Spielregeln) die Spielregeln genannt, die innerhalb des Kurses gelten. Zuerst geht es darum, dass alles was im

Kurs abläuft, vertraulich behandelt wird und weder die Kursleitung noch die Teilnehmenden über Aussagen der anderen mit Aussenstehenden sprechen. Es soll eine



Flip 2

vertraute Atmosphäre herrschen, wo auch Persönliches und Intimes den Mitteilnehmern erzählt werden kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Ehrlichkeit, dass von den Teilnehmern und Kursleitung auch Kritik angebracht werden kann, neue Vorschläge gebracht werden können, um einander besser helfen zu können. Die Selbstbestimmung gehört selbstredend in einen Selbstmanagement-Kurs, was aber trotzdem ausdrücklich erwähnt werden soll. Es soll sich niemand zu etwas überreden lassen, sondern nur soweit gehen, wie er/sie es für richtig und angebracht hält.

Das «Fremdgehirn-Prinzip» betrifft mehr eine Methode des Kurses. Damit ist gemeint, dass alle Teilnehmenden z.B. bei «Ideenkorb» einander Ideen liefern und somit ein breiteres Repertoire an Ideen und Hilfen zustande kommt. Ausserdem brauchen die Teilnehmenden Ideen von ausserhalb, da vieles unbewusst abläuft und ihnen nicht klar ist.

4.5.1.2 Trainingsphase 1: Mein Thema klären

Bildergalerie

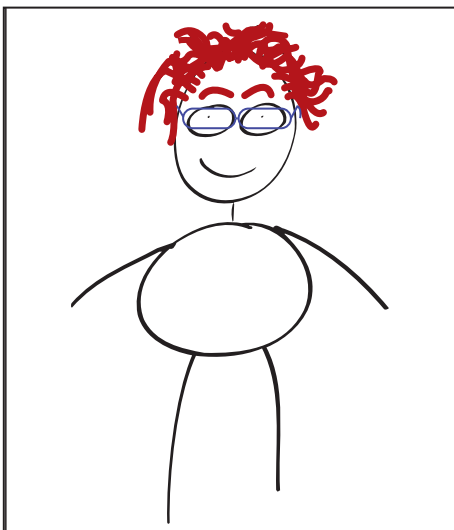
Bevor der eigentliche Kursteil beginnt, wird eine Entspannungsübung mit den Teilnehmenden durchgeführt. Es gibt verschiedenste Arten von Entspannungsübungen, mit oder ohne Musik. Es geht darum, dass sich die Teilnehmenden ganz auf sich konzentrieren und sich vom Alltag lösen können. Diese Übung kann z.B. daraus bestehen, dass die Kursleitung die Teilnehmenden in eine entspannte Körperhaltung bringt, und sagt: «Der einzige Mensch, der im Moment wichtig ist, bist du». Daraufhin sollen sich die Teilnehmenden strecken und räkeln und langsam wieder zurück in den Kurs finden. Nach dieser Übung, in diesem entspannten Zustand soll sich jeder Teilnehmende ein Bild aus der Bildergalerie aussuchen. Es geht darum ein Bild auszuwählen, welches das Unbewusste anspricht und dies äussert sich darin, dass ein Bild im Teilnehmenden ein gutes Gefühl auslöst. Wenn sich jemand nicht für ein Bild entscheiden kann, werden die zur Auswahl stehenden Bilder gegeneinander abgewogen. Die Person muss dann bei jedem Bild nennen, zu wie viel Prozent sie das Bild wählen würde. Die Prozentzahlen der Zustimmung pro Bild werden auf einer Skala eingezeichnet, damit die Unterschiede deutlich werden. Solche Entscheidungsschwierigkeiten treten bei Probanden mit Essstörungen häufig auf, unter anderem, da es alexithymen Personen schwer fällt, ihre Gefühle zu erkennen.

Mein Bild: positive Dinge in meinem Bild

Nachdem alle ein Bild ausgewählt haben, zeigt jeder Teilnehmende sein Bild und nennt, was ihr/ihm an dem Bild besonders gefällt bzw. begründet, weshalb gerade dieses Bild ausgesucht wurde. Die Kursleitung notiert die Punkte in Stichworten. Diese können zu einem späteren Zeitpunkt (nach dem Ideenkorb) den Teilnehmenden für das Handout «Meine Tipps vom Unbewussten nutzen» als eigene Anfangsideen mitgeteilt werden. Im nächsten Abschnitt folgt ein Teil im ZRM-Training, der speziell für Menschen mit Essstörungen hinzugefügt wurde. An dieser Stelle wird die Regel des «ausschliesslich mit positiven Affekten arbeiten», die sonst im ZRM-Training gilt, nicht befolgt. Um letztendlich mit positiven Affekten, also ressourcenaktivierend, arbeiten zu können, wird an dieser Stelle der «Umweg» über negative Affekte gewählt. Es ist für die Teilnehmenden einfacher, mit der Wahrnehmung von negativen Gefühlen anzufangen, da negative Gefühle einfacher wahrzunehmen sind als positive Gefühle («negativity bias» vgl. Carreti'e et al, 2000).

Negative Affekte

Zu Beginn dieses Teils weist die Kursleitung nochmals darauf hin, dass sie von sich aus nicht über Essstörungen reden, dieses Thema nicht ansprechen wird. Wenn allerdings die Teilnehmenden von sich aus auf dieses Thema zu sprechen kommen, ist dies in Ordnung. Die Kursleitung betont nochmals, dass es thematisch nicht um Essstörungen gehen muss. In einem nächsten Schritt wird die Gruppe gefragt, was sie alles für Gründe kennen, schlechte Gefühle zu haben. Die gesammelten Ideen werden von der Kursleitung auf dem Flipchart notiert. Daraufhin darf jeder Teilnehmende ein Thema vom Flip wählen, welches er gut kennt. Der nächste Schritt wird folgendermassen vollzogen:



Flip 3

1. Die Kursleitung erklärt, dass es im Folgenden darum geht, dieses schlechte Gefühl in eine Comicfigur einzuzichnen. Die Kursleitung wendet sich an einen bestimmten Teilnehmenden und zeichnet für diesen eine Figur auf den Flipchart. Die Comicfigur wird personalisiert: Hat der Teilnehmende beispielsweise eine Brille und kurze rote Haare, so wird die Figur mit Brille und kurzen roten Haaren gezeichnet. Dies macht die Figuren persönlich zuordenbar. Es bewährt sich für die Kursleitung, die Figuren mit Unvollkommenheiten zu malen und selbst über dieses Unperfekte zu lachen. Wenn beispielsweise der Kopf des Figürchens eiförmig und das linke Bein etwas zu lang geraten ist, kann die Kursleitung lachen und sich kurz mit einem

«Sorry, aber im Zeichnen war ich noch nie so wirklich gut!» entschuldigen (siehe Flip 3).

2. Der Teilnehmende wählt eine Farbe für ihr schlechtes Gefühl und zeichnet dieses in ihr Figürchen ein. Auf diese Weise ist es für die Teilnehmenden möglich ihre Gefühle ausserhalb ihrer selbst anzubringen – dies ist weniger bedrohlich, da die Gefühle einerseits gemalt und nicht in Sprache gefasst werden und andererseits nicht direkt über die eigenen Gefühle, sondern über das Figürchen und die Farben gesprochen werden kann.

3. Wenn der Teilnehmende nicht weiss, was wie wo eingezeichnet werden soll, dann weist die Kursleitung darauf hin, dass man sich Zeit lassen soll und es kein Richtig oder Falsch gibt. Der Teilnehmende soll einfach anfangen zu malen. Wenn dies auch nicht klappt, kann in der Gruppe nachgefragt werden, ob sonst noch jemand dieses Gefühl kennt und vielleicht einen Tipp zum Einzeichnen hat. Die Schritte 1-3 werden für alle Teilnehmenden einzeln wiederholt.

Erfahrungswerte: Bei therapieerfahrenen Teilnehmenden funktioniert diese Übung relativ gut, hier reicht es in der Regel ein einziges negatives Gefühl einzuzeichnen. Bei jüngeren, therapieunerfahrenen können 2-3 negative Affekte eingezeichnet werden. Benötigt ein Teilnehmender mehrere negative Affekte, muss nicht für jedes Gefühl ein neues Figürchen gezeichnet werden, sie können auf dasselbe Figürchen gemalt werden.

Positive Affekte

Wenn alle Teilnehmenden gut ihre negativen Gefühle einzeichnen können, kann zu den positiven Affekten gewechselt werden. Der Ablauf dieses Teils entspricht dem der negativen Affekte. Die Gruppe wird nach Gründen für positive Gefühle gefragt, welche von der Kursleitung notiert werden. Jede Teilnehmende darf sich ein Gefühl aussuchen. Dann folgen die Schritte 1-3.

Wenn dieser Teil gut läuft, kann den Teilnehmenden das *Handout* «*Mein Bild-Gefühl*» (siehe Kapitel 7) ausgeteilt werden. Alle Teilnehmenden zeichnen das positive Gefühl in das Figürchen ein, welches beim Betrachten des Bildes gefühlt wird. Nachdem alle ihre positiven Gefühle, welche die Bilder bei ihnen ausgelöst haben, auf den Figürchen eingezeichnet haben, werden die Figürchen mit den negativen Gefühlen wieder von der Wand abgehängt, da von nun an wieder ausschliesslich ressourcenaktivierend gearbeitet wird. Stattdessen werden die Bilder mit den positiven Gefühlen aufgehängt. Danach folgt ein kurzer Theorieteil über gute und schlechte Gefühle, die Damasio «somatische Marker» nennt.

Somatische Marker

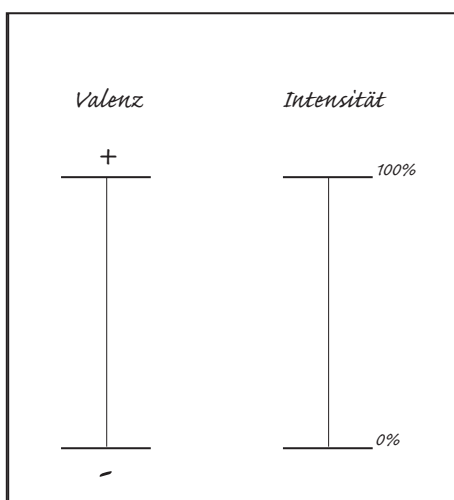
Die somatischen Marker lassen sich an jedem Wort zeigen. *Die Jugendlichen aus der Ulmer Klinik mussten z.B. das Getränk «Biosorb» zu sich nehmen, wenn sie nichts gegessen hatten. Zur Veranschaulichung wurden die Jugendlichen gefragt, wo sich in ihrem Körper ein Gefühl auslöst, wenn sie das Wort «Biosorb» hören. Ein «Biosorb»-Getränk enthält nicht mehr Kalorien als ein Joghurt. Da «Biosorb» als Ersatznahrung eingenommen werden muss und Anorektiker lieber auf die Nahrung verzichten, hegten die stationären Jugendlichen starke Abneigung dagegen. Die Jugendlichen mussten auf ihren Strichmännchen einzeichnen, wo sie dieses «Biosorb-Gefühl» spüren und welche Farbe es für sie hat.*

Als alle Teilnehmerinnen ihre negativen Gefühle, die durch «Biosorb» ausgelöst wurden, eingezeichnet hatten, wurde besprochen, welche Unterschiede zwischen positiven und negativen somatischen Markern auffallen. Die positiven Gefühle wurden in hellen, knalligen Farben, runden und kringeligen Formen, als heiter, zart und schutzbedürftig wahrgenommen und eingezeichnet. Die negativen Gefühle wurden in zackigen Formen, in dunklen Farben, dominant, weniger Vielfältig und als viel stärker spürbar wahrgenommen.

Von unserem Gehirn her nehmen wir die negativen somatischen Marker viel stärker wahr als die positiven somatischen Marker. Dies ist evolutionsbedingt, da wie bei Tieren der Instinkt, das Spüren von negativen Gefühlen bzw. Gefahren das Überleben sichert. Die richtige Entscheidung fürs Überleben, wurde über Gene an uns weitergegeben. Also ist es in uns, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Arbeit mit dem Gefühlsfaktor

Der Gefühlsfaktor wird auf zwei Skalen dargestellt. Diese Vorgehensweise stützt sich auf die Theorie von Peter Lang (vgl. Lang, 1995). Demnach können Gefühle auf zwei Dimensionen beschrieben werden:

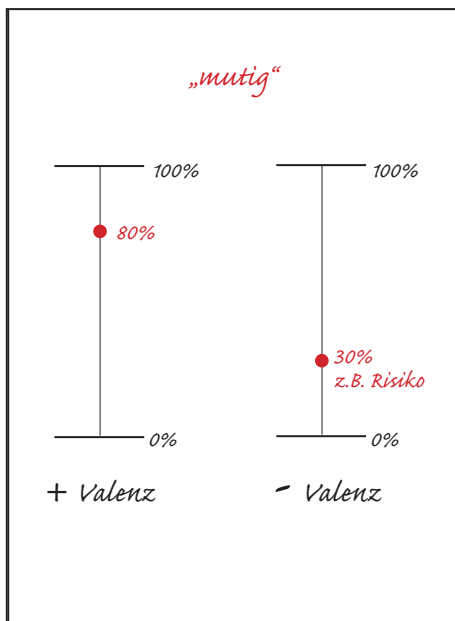


1. Valenz (positiv + oder negativ -)

2. Intensität (stark + oder schwach -)

Diese zwei Dimensionen werden nachfolgend an dem Beispiel des Wortes «mutig» beschrieben. (siehe Flip 4: Skalen für Valenz/Intensität). «Mutig» kann auf der positiven Valenzskala für den Teilnehmenden einen Wert von 80% haben, das bedeutet konkret, dass «mutig» eine starke positive Intensität auf der positiven Valenzskala hat. Gleichzeitig ist es möglich, dass der Teilnehmer dem Wort «mutig» auf der negativen Valenzskala einen Wert von 30% zuschreibt, das «mutig» also eine schwache bis mittlere Intensität auf der negativen Va-

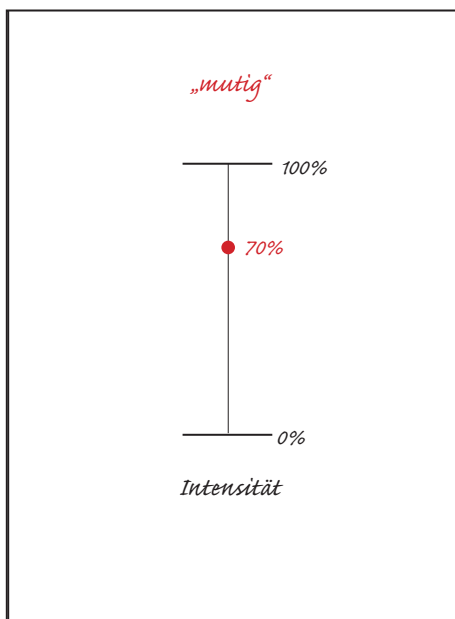
Flip 4



Flip 5

Teilnehmenden bemerkbar, wenn beispielsweise eine Teilnehmende sagt: «Mutig! Ja, das ist toll... wobei, ich weiss nicht so recht... doch ich glaub schon...».

Generell reicht es jedoch für die Kursleitung, wenn sie sich bewusst ist, dass ein Wort gleichzeitig positiv und negativ besetzt sein kann. Bei der Arbeit mit dem Gefühls-



Flip 6

wie ist dein Gefühlsfaktor bei ... (z.B. Kette, T-Shirt, Sonnenschein)?» Durch diese spielerische Übung lernen die Teilnehmenden das Wahrnehmen, Differenzieren und in Sprache fassen ihrer Gefühle. Zu diesem Zweck wird das Flip mit dem Ge-

lenzskala hat (siehe *Flip 5: Beispiel zu Valenz/Intensität*). Der Teilnehmer verbindet also mehrheitlich positive Gefühle mit dem Wort «mutig», die 30% an negativen Gefühlen (evtl. Risiko, Gefahr, Unfall) sind jedoch nicht ausser Acht zu lassen. Wenn ein Wort oder Zielsetz auf der negativen Valenzskala von einem Teilnehmenden mit einer Zahl versehen werden kann, sollte es zur weiteren Arbeit nicht verwendet werden. Theoretisch ist es nach Peter Lang nicht möglich, keine Intensität auf der negativen Valenzskala zu haben. Für das ZRM-Training ist es ausreichend, wenn die Intensität der negativen Valenz sehr gering ist, da eine geringe negative Valenz von den meisten Menschen mit «nicht vorhanden» gleichgesetzt wird.

Für die Kursleitung machen sich solche affektiv doppelt besetzten Wörter durch eine Ambivalenz bei der

faktor ist darauf zu achten, dass auf der Skala keine Zahlen vorhanden sind, an denen sich die Teilnehmenden orientieren können. Patienten mit Essstörungen neigen nämlich dazu, Gefühle kognitiv zu verarbeiten. Um mit einer Zielformulierung arbeiten zu können, muss ihr Gefühlsfaktor über 70% liegen (Flip 6). Die oben beschriebene Feinanalyse wird nur dann von der Kursleitung eingesetzt, wenn der Gefühlsfaktor der Zielformulierung unter 70% liegt, wobei in einem solchen Falle der Gefühlsfaktor für jedes Wort festgelegt und auf diese Weise aussortiert wird.

Die Übung mit dem Gefühlsfaktor wird von der Kursleitung bei jeder Gelegenheit eingesetzt, um dies auf lockere Art einzuüben. Das Flip mit dem Gefühlsfaktor ist immer im Raum, alles eignet sich als Stimulus für unser Bewertungssystem: «Schätz mal schnell ein,

fühlsfaktor jederzeit hängen gelassen, um alles als Training nutzen zu können. Der Vorteil des Gefühlsfaktors für alexithyme Patienten besteht in der Tatsache, dass sie kein Emotionsvokabular verwenden müssen.

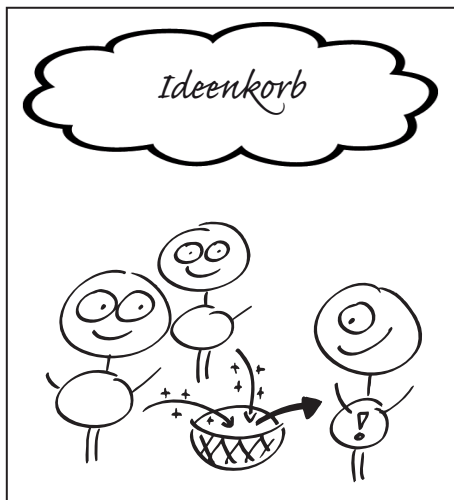
Um die somatischen Marker in positive und negative einteilen zu können, beantwortet man die Fragen: «Was ist gut für mich?» und «Was ist schlecht für mich?». Es reicht für ein zufriedenes Leben aus, wenn man zu 80% sagen kann, das will ich machen, da will ich hin und wenn man sich zu 20% zu unangenehmen Dingen zwingen muss.

Zum Abschluss soll nochmals auf dem *Arbeitsblatt 1, Jj: Dieses Thema will ich bearbeiten* (siehe Kapitel 7) festgehalten werden, dass sich alle positiven und negativen Gefühle im Körper erkennen, spüren und darstellen lassen.

Ideenkorb

Anhand des Flipcharts 7 wird das Prinzip des Ideenkorbs erläutert. Im Plenum haben alle Teilnehmenden bis auf die «Person 1» die Aufgabe, alles zu formulieren, was ihnen beim Anblick des Bildes der «Person 1» in den Sinn kommt. Es dürfen aber nur positive Ideen formuliert werden. Die «Person 1» darf nur zuhören und hat die Aufgabe, auf ihren «Strudelwurm» zu achten bzw. auf die positiven somatischen Marker. Diese Teilnehmende pickt sich Ideen für ihr Ziel, ihre Wünsche, für das

heraus, wie sie gerne wäre, was sie brauchen könnte, um dies zu erreichen. Zur Kontrolle, ob die Regeln eingehalten werden, können nebst der Kursleitung, ehemalige Teilnehmende als Coaches eingesetzt werden (siehe Kapitel 4.4.2.4). Am Ende des ersten Kurstages erhalten alle Teilnehmenden einen Schnellhefter mit dem Titelblatt des Kursheftes (siehe Kapitel 7), in welches sie ihr Bild und die Blätter zu ihren Lieblingsideen einordnen können. Es folgt eine Schlussrunde, in der die Teilnehmenden nach ihrem Befinden, ihren Gefühlen o.ä. befragt werden. Hat der Kurs Ideen geweckt, Interessen ausgelöst oder schon etwas in Gang gesetzt?



Flip 7

4.5.2 Kurstag II

Bevor am nächsten Kurstag mit dem eigentlichen Kursablauf begonnen wird, werden die Teilnehmenden gefragt, was ihnen seit dem Kurstag 1 durch den Kopf gegangen ist, ob ihnen noch etwas eingefallen oder etwas besonderes aufgefallen ist.

Eine Teilnehmende bemerkte, dass wenn es ihr schlecht gehe, sie gar nicht daran denke,

dies und jenes zu tun, damit es ihr wieder besser gehe. Die Kursleitung antwortet darauf mit dem Begriff der Selbstbestimmung. Es geht in diesem Kurs darum, zu lernen, sich dann in die Stimmung versetzen zu können, in die man will, zu wissen, wie man sich in diese Stimmung bringen kann. Wenn die Teilnehmende aber meint, dass sie in der schlechten, niederdrückenden Verfassung nicht mehr an einen positiven Zustand denken kann, dann braucht man «Fremdgehirne», also Hilfe von Aussenstehenden.

Auf die Frage einer Teilnehmenden, ob sie zum positiven Zustand kommen muss, wenn sie gar nicht dahin will, antwortet die Kursleitung, dass dies zur Selbstbestimmung gehöre. Es gebe Phasen, in denen man schlecht drauf ist und man traurig sein will. Es geht darum, dass man den positiven Zustand erreichen könnte, wenn man schlecht gelaunt ist, und sich besser fühlen will, also dass man weiss, wie man sich von einem negativen in einen positiven Zustand bringen kann. Das Ziel ist nicht, sich immer nur glücklich zu fühlen und zufrieden zu sein, sondern wählen zu können.

Das Ziel des ZRM-Trainings ist die Wahlfreiheit und die Selbstbestimmung. Jeder Mensch soll seine Stimmungslage selbstbestimmt regulieren können. Manchmal kann auch eine negative Stimmungslage fruchtbar sein. Als Beispiel kann genannt werden, dass die besten Werke von Künstlern in einer Krise entstanden sind.

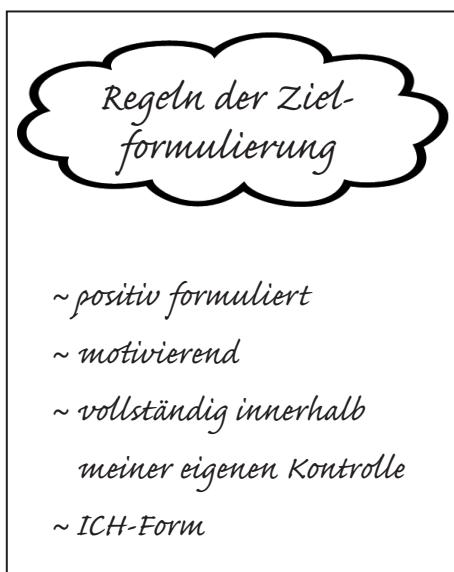
4.5.2.1 Trainingsphase 2: Vom Thema zu meinem Ziel

Zielformulierung

Zur Wiederauffrischung zum ersten Kurstag soll nochmals erwähnt werden, dass die Teilnehmenden das letzte Mal ihre Stimmungen und Gefühle bei ihrem Strichmännchen einzeichnen mussten. Dieses Mal sollen die Ideen aus dem ersten Kurstag zusammengefasst und komprimiert werden. Das Ziel soll formuliert, also in Sprache gefasst werden. Als Alternative kann ein komprimiertes Passwort dienen oder ein gemaltes Logo bzw. Motto. Dazu sollen die Lieblingsideen von gestern auf dem *Arbeitsblatt 2 (ja): Meine Tipps vom Unbewussten nutzen* (siehe Kapitel 7) notiert werden. Diejenigen Wörter, die die Teilnehmenden nicht missen wollen, kommen ins Motto rein. Alle Wörter sollen zwischen 70% und 100% Zustimmung/Freude angeben. Dafür nennt jede Teilnehmende ihre Lieblingsideen und gibt auf dem Strudelwurm-Barometer an, zu wie viel Prozent ihr diese gefallen. Die Anzahl der Lieblingsideen spielt keine Rolle. Wenn neue Wörter in den Sinn kommen, sollen diese auch notiert werden, die Ideenliste damit ergänzen. Falls keine Motto-Sätze gefunden werden, kann man den Teilnehmern einige nennen, die in anderen Kursen genannt wurden, wie z.B.: «Ich tanze durch mein Leben», «Ich atme Glück» oder «be cool». Es wird eine erste Fassung gemacht, darauf folgt wieder ein Ideenkorb. Die Teilnehmenden können ihr Motto auch als Logo gestalten und dies auf dem *Arbeitsblatt 4, Ji: Mein Logo* (siehe Kapitel 7) festhalten.

Tipps zur Zielformulierung

Die Zielformulierung darf keine negativen Begriffe wie z.B. «weniger», «kein», «nicht» o.ä. enthalten, es sollen keine Vermeidungsziele formuliert werden. Zur Veranschaulichung kann das Beispiel des Nilpferds genannt werden. Die Teilnehmenden werden aufgefordert, sich kein rosarotes Nilpferd auf einem Skateboard vorzustellen. Die Essenz dieser Übung ist, dass trotzdem jeder genau dieses Nilpferd vor seinem inneren Auge sieht. Also muss die Zielformulierung umgekehrt werden. Es soll der Zustand formuliert werden, der erreicht werden will und nicht, was man nicht will. Nur eine solche Formulierung kann vom Gehirn optimal umgesetzt werden und nur so kann der Wunschzustand erreicht werden. Ausserdem wirken Mottos stärker, wenn sie in der Ich-Form formuliert sind. Die Ziele müssen auch der Selbstkontrolle unterliegen und deren Erreichbarkeit darf nicht von anderen Personen abhängig sein. Auch müssen Zielsätze in der Gegenwartsform formulieren sein und nicht als eine Zukunftsvorstellung. Des Weiteren ist eine gute, positive Stimmung wichtig, damit das Gehirn tätig werden kann und Entscheidungen treffen kann. Die positiven somatischen Marker müssen anschlagen, wenn die Teilnehmenden ihre Ziele nennen (Flip 8).



Regeln der Zielformulierung

- ~ positiv formuliert
- ~ motivierend
- ~ vollständig innerhalb meiner eigenen Kontrolle
- ~ ICH-Form

Nachdem alle Teilnehmer ihre erste Fassung des Mottos, ihren provisorischen Zielsatz notiert haben, zeigt jeder Teilnehmende nochmals sein Bild, erklärt erneut, weshalb das Bild ausgewählt worden ist und nennt die Lieblingsideen aus dem Ideenkorb vom letzten Kurstag. Jetzt werden zum zweiten Mal Ideen mittels Ideenkorb gesammelt. Die vorhandene Liste wird mit diesen neuen Ideen ergänzt. Auch können die Mottos von anderen Teilnehmern übernommen werden. Wenn

sich ein Teilnehmender nicht für eines von mehreren Mottos entscheiden kann, können sie zusammengesetzt werden oder es wird bei jedem gefragt, wie viel Prozent die einzelnen Mottos auf einer Skala zwischen 0 und 100% erreichen (Gefühlsfaktor), die zur Veranschaulichung auf einer Skala eingezeichnet werden (siehe Flip 6). Wenn alle Teilnehmer an der Reihe waren, sollen sie ihr Motto in der zweiten Fassung oder als Endziel auf dem *Arbeitsblatt 4a (ja): Mein Ziel in Form bringen* (siehe Kapitel 7) eintragen. Als Aufgabe auf den nächsten Kurstag sollen die Teilnehmenden ein Logo ihres Mottos gestalten, z.B. mit einer speziellen Farbe. Als Vorgriff auf das Thema Priming können die Teilnehmenden ihre Logos aus Ton herstellen, basteln, T-Shirts bedrucken, Duschvorhang etc. damit bemalen.

Flip 8

sich ein Teilnehmender nicht für eines von mehreren Mottos entscheiden kann, können sie zusammengesetzt werden oder es wird bei jedem gefragt, wie viel Prozent die einzelnen Mottos auf einer Skala zwischen 0 und 100% erreichen (Gefühlsfaktor), die zur Veranschaulichung auf einer Skala eingezeichnet werden (siehe Flip 6). Wenn alle Teilnehmer an der Reihe waren, sollen sie ihr Motto in der zweiten Fassung oder als Endziel auf dem *Arbeitsblatt 4a (ja): Mein Ziel in Form bringen* (siehe Kapitel 7) eintragen. Als Aufgabe auf den nächsten Kurstag sollen die Teilnehmenden ein Logo ihres Mottos gestalten, z.B. mit einer speziellen Farbe. Als Vorgriff auf das Thema Priming können die Teilnehmenden ihre Logos aus Ton herstellen, basteln, T-Shirts bedrucken, Duschvorhang etc. damit bemalen.

4.5.2.2 Trainingsphase 3: Vom Ziel zu meinem Ressourcenpool

Krafttraining: Theorie zu Gehirn und Priming

Nach dem die Mottos formuliert wurden, folgt ein Theorieimpuls zum Gehirn. Das Gehirn besteht aus Nervenverbindungen. Kommt Elektrizität, werden chemische Botenstoffe ausgelöst, die wiederum Elektrizität auslösen. Häufig benutzte Nervenbahnen, Gedanken etc. werden dicker also funktionsfähiger (zu einer Autobahn), wie im Muskeltraining. Muskeln die oft gebraucht werden, werden leistungsfähiger. Diejenigen Nervenbahnen bzw. Gedanken, die selten benutzt werden oder neu sind, sind nur als Trampelpfade vorhanden. Im Moment ist das Motto noch ein Trampelpfad, da es etwas neues ist. Jetzt geht es darum, diesen zu einer Autobahn zu machen. Je öfter diese Nervenverbindungen benutzt werden, umso mehr wird gelernt und somit wird die Trampelpfad breiter und schliesslich zur Autobahn. Dem Gehirn ist es egal, ob es lernt zu reiten, tanzen, ... oder «hoffnungsvoll» zu werden. Die Nervenbahnen müssen nur oft benutzt werden.

Deshalb wird im ZRM-Training ein Krafttraining für das Gehirn resp. für das Motto durchgeführt. Die Teilnehmenden müssen dafür sorgen, dass sich ihr Gehirn möglichst oft mit dem Motto beschäftigt. Es wird ein *Arbeitsblatt 6 (Ji): Krafttraining für mein Gehirn* (siehe Kapitel 7) an die Teilnehmenden ausgeteilt, wo sie die für sie und ihr Motto passenden Primes notieren können.

Es dürfen nur Dinge in die persönliche Liste aufgenommen werden, die einem gefallen. Diese müssen aber zum Motto passen. Zur Kontrolle kann sich die Frage gestellt werden, ob die Musik die Stimmung des Mottos auslöst. Wo und wie kann Musik eingesetzt werden? Musik eignet sich gut, um sich jeden Tag immer wieder ans Motto zu erinnern, z.B. mittels Walkman, Wecker, Handyklingeltöne.

Als mögliche Tipps für die Krafttrainingsliste können Handybegrüssung, PC-Passwort, Logo oder gewähltes Bild als Hintergrundbild, Badeutensilien, Kleider z.B. Rose, oder rote Schuhe, Taschen, Schriftzüge, Duftkerzen, Öllampe, ... genannt werden. Düfte eignen sich gut, da sie schnell ins Gehirn gehen.

Erinnerungshilfen

Zu etwa einem Drittel der Erinnerungshilfen können alte Dinge dienen, die man mit dem neuen Motto belegt. Diese Dinge müssen allerdings leicht verändert werden, wenn sie neu besetzt werden. Daneben sollen etwa zwei Drittel der Erinnerungshilfen neu angeschafft werden (kaufen, basteln, malen...). Es sollen fünf mobile und fünf stationäre Erinnerungshilfen gesucht werden. Mobile Erinnerungshilfen sind z.B. Armband, Kleider, ... während stationäre Erinnerungshilfen Bilder, Zahnbürste, Schlafanzug, Bettwäsche, ... sein können. Wichtig ist, dass die Dinge den Teilnehmenden gefallen.

Auf dem *Arbeitsblatt 5, Ja Mein persönlicher Ressourcenpool* (siehe Kapitel 7) notieren die Teilnehmenden ihr Motto und füllen die restlichen Erinnerungshilfen, Primes etc. aus.

Ressourcen-Tankstelle

Mit der «Ressourcen Tankstelle» ist ein Ort gemeint, der dem Teilnehmenden hilft, sich an sein schönes Gefühl zu erinnern, um die Stimmung, die das Motto auslöst, wieder herstellen zu können. Diese Ressourcen Tankstelle soll in erreichbarer Nähe sein, damit sie im Alltag aufgesucht werden kann, wenn andere Primes nicht mehr helfen und man dringend aus einem unangenehmen Gefühl raus will.

Menschen, die mich unterstützen

Unter «Menschen die mich unterstützen» können z.B. Familienmitglieder, Freunde, Kollegen aus der Therapie, Klinik, Mitkranke genannt werden. Der Gedanke an einen Menschen, der einem unterstützt kann eine Hilfe sein. Dies kann auch eine Person sein, die weit weg ist oder die schon gestorben ist. Durch diesen Kurs werden sich die Teilnehmenden verändern, was nicht all ihre Mitmenschen gut finden werden. Die Teilnehmenden sollen sich zwei bis drei Menschen aussuchen, die das neue Leben begrüßen und sie darin unterstützen. Ein Teil aus der Familie, aus dem Freundeskreis oder ZRM-Gruppe.

Die Teilnehmenden erhalten das *Arbeitsblatt 11, Ja: Diese Elemente meines Ressourcenpools setzte ich ein* (siehe Kapitel 7) und notieren darauf einerseits ihre persönliche Ressourcentankstelle mit der Begründung, wann sie diese aufsuchen und andererseits mobile und stationäre Erinnerungshilfen, die sie einsetzen werden. Zur Aufgabe auf den nächsten Kurstag sollen die Teilnehmenden je eine Art der Erinnerungshilfen mitnehmen und für jeden Teilnehmenden je eine Erinnerungshilfe mitnehmen. Diese dürfen nicht teuer sein, am besten selbstgemacht.

Nach dem zweiten Kurstag erfolgt eine Schlussrunde, in der die Teilnehmenden nach ihrem Befinden gefragt werden.

4.5.3 Kurstag III

Zu Beginn werden die Teilnehmenden gefragt, ob sich etwas in der vergangenen Zeit an ihrem Ziel geändert hat, ob sie etwas gemerkt haben oder ob neue Ideen eingefallen seien. Sie sollen eine Rückschau der letzten Tage halten.

Eine Teilnehmende wollte ihr Ziel umformulieren, worauf die Kursleitung antwortete, dass man das Motto so oft umformulieren kann, wie man will und dass sich das Motto an die Lebenssituation anpassen kann.

Am heutigen Kurstag werden zuerst die Erinnerungshilfen vorgestellt und einander überreicht. Dabei begründen die Teilnehmenden, weshalb sie welche Erinnerungshilfen gewählt haben, also stellen den Zusammenhang zum Ziel her. Ebenfalls begründen sie die Wahl der Erinnerungshilfen, die sie den anderen Teilnehmenden mitbrachten.

4.5.3.1 Embodiment

Der Körper ist das Instrument, welches handelt, was in der Psychologie oft vergessen wird. Der Körper beziehungsweise die Körperhaltung dient als wesentliche Ressource, die passend zum Motto eingesetzt werden kann. Indem man eine bestimmte Körperhaltung einnimmt, vergrössert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Gefühl eine bestimmte Stimmung einstellt. Die Haltung erzeugt Stimmung und die Stimmung beeinflusst wiederum die Körperhaltung (siehe Flip 9). Dies kann den

Teilnehmenden anhand des Beispiels verdeutlicht werden, dass sie versuchen sollen, mit hochgestreckten Kopf in gerader Körperhaltung, traurig zu sein. Unter den Bereich der Wahlfreiheit und Selbstbestimmung gehört hinein, dass die Körperhaltung dazu dient, den Zustand, den man haben möchte z.B. gute Stimmung erreichen zu können. Im ZRM-Training lernen die Teilnehmer, ihr positives Gefühl zu verkörpern. Die Körperhaltung ist geeignet, um sich in eine positive Stimmung zu versetzen und die negativen Gefühle zu vertreiben. Diese Körperhaltung soll oft wiederholt, geübt werden.

Alle Teilnehmenden machen alle Körperbewegungen mit, die zu dem Motto einer Teilnehmenden passen. Diese Körperarbeit läuft in zwei Phasen ab. Zuerst wird eine grosse Bewegung gesucht, die zum Motto passt und der Teilnehmenden gefällt und gut tut. Diese grosse Bewegung kann eingesetzt werden, wenn man alleine ist. In einem zweiten Schritt wird aus dieser grossen Bewegung eine Minibewegung angewandelt, für den



Flip 9

Fall, wenn andere anwesend sind und die Bewegung nicht von diesen gesehen werden soll. Die Teilnehmenden zeichnen ihr Embodiment mit Farben auf dem *Arbeitsblatt 8, Ja: Meine körperlichen Ressourcen ein* (siehe Kapitel 7), führen es auf dem *Arbeitsblatt 5, Ja: Mein persönlicher Ressourcenpool* (siehe Kapitel 7) an und ergänzen es auf dem *Arbeitsblatt 11, Ja: Diese Elemente meines Ressourcenpools setze ich ein* (siehe Kapitel 7). Das *Arbeitsblatt 5: Mein persönlicher Ressourcenpool* (siehe Kapitel 7) kann jederzeit hervorgehoben und ergänzt werden. Dies gilt auch für die anderen Arbeitsblätter, v.a. falls Änderungen am Motto vorgenommen werden, sollten die Teilnehmenden dazu aufgefordert werden, diese anzupassen.

4.5.3.2 Trainingsphase 4: Mit meinen Ressourcen zielgerichtet handeln

Eine Situation, in der ich neu handeln möchte

Die Teilnehmenden überlegen sich eine Situation, die in dieser Woche eintreffen könnte, eine, die sie uns erzählen möchten. Eine Situation, in der sie ihr Motto einsetzen können. Dafür muss sich eine konkrete Situation vorgestellt werden und möglichst viele Details geplant werden. Zuerst gibt es eine Runde, in der jede Teilnehmende ihre Situation erzählt, damit die Kursleitung und die restlichen Teilnehmenden darauf achten können, ob das Motto überhaupt zur Situation passt und eingesetzt werden kann. Der Zielsatz wird also auf eine Situation angewendet. Typische schwierige Situationen können sich z.B. mit Eltern oder bei der Arbeit ereignen. Zur Erkennung dient das Stop-Signal, woran erkannt werden kann, dass eine Situation kritisch wird. Als Hilfe für die Teilnehmenden können folgende Fragen gestellt werden. Wann oder wie rutscht man in das schlechte Gefühl? In welchem Moment könnte das Stop-Signal einsetzen?

Die Teilnehmenden notieren sich die Situation auf dem *Arbeitsblatt 10, Ja: Eine Situation, in der ich neu handeln möchte* (siehe Kapitel 7). Dabei nennen sie konkret die gefürchtete Situation und die daran beteiligten Personen. Ebenfalls werden der Ort des Geschehens und die Rahmenbedingungen notiert. Wichtig auf diesem Arbeitsblatt ist, dass sie sich in frühere ähnliche Situationen hineinversetzen und überlegen, wie sie sich dabei gefühlt haben und notieren dies ebenfalls auf dem Blatt. Neu sollen sich die Teilnehmenden überlegen, wie sie sich denn fühlen möchten und wie sie sich verhalten müssen, damit sie dieses Gefühl erreichen können. Als Unterstützung können diese Situationen mit den Teilnehmenden in einem Rollenspiel durchgespielt werden. Dabei spielen die anderen Teilnehmenden die restlichen beteiligten Personen. Einmal wird die Situation durchgespielt, wie sie bisher abgelaufen ist, worauf die Teilnehmende ihre negativen Gefühle nennen, auf dem Strichmännchen einzeichnen und/oder auf dem Gefühlsfaktor angeben soll. Es ist besonders wichtig, an dieser Stelle nochmals zu trainieren, Gefühle wahrzunehmen und

diese zu beschreiben, was mit den drei genannten Hilfsmitteln erreicht werden soll. In einem zweiten Durchgang wird die Situation gespielt, wie sie sich die Teilnehmende wünscht. Wie sich im Kurs in Ulm erwiesen hat, sind dabei die restlichen Teilnehmenden eine geeignete Unterstützung, da sie Ideen hineinbringen können, wie sich die Teilnehmende verhalten soll. Auch nach diesem Durchgang muss die Teilnehmende beschreiben, wie sie sich jetzt fühlt und nochmals erläutern, wie sie sich in dieser Situation neu verhalten will.

4.5.3.3 Trainingsphase 5: Mein Weg im Kurs

Zum Abschluss wird das *Arbeitsblatt 12, Ja: Mein Weg im Kurs* (siehe Kapitel 7) ausgeteilt. Die Teilnehmenden füllen dieses aus und müssen sich dafür nochmals den ganzen Kurs vor Augen führen. Es geht darum, dass sich jeder Teilnehmende den Prozess vergegenwärtigt, der im Kurs durchlaufen wurde. So werden die Kursinhalte nochmals repetiert und gefestigt, was dem Sinne der neurologischen Theorie entspricht. Jede Teilnehmende stellt ihren Weg den anderen in einer Plenumrunde vor.

In einer Schlussrunde nennen die Teilnehmenden, was sie aus dem Training mitnehmen, worin sie profitiert haben, was ihnen gefehlt hat und wie sie sich fühlen. Die Schlussrunde dient als Statement der Teilnehmenden zum Kurs, wobei sie Kritik, Anregungen und weitere Ideen anbringen und Fragen stellen können.

Des Weiteren wird als Abschluss die Nachbetreuung geregelt und Buddy-Teams gebildet. Es werden mit den Teilnehmenden Daten abgemacht, an welchen der Follow-up stattfindet. Es soll den Teilnehmenden erklärt werden, dass diese Nachsitzungen wichtig sind, um das eigene Motto nicht aus den Augen zu verlieren, dieses Motto eventuell anzupassen und die Kursinhalte nochmals aufzufrischen. Es werden auch Buddy-Paare gebildet, die sich gegenseitig darin unterstützen, an sich und ihren Ressourcen zu arbeiten. Zur schriftlichen Vereinbarung kann das *Arbeitsblatt 13a, Ja: Mein Sicherheitssystem – Mein Buddy* (siehe Kapitel 7) dienen, auf welchem festgehalten wird, wie die Teilnehmende selbst die Umsetzung ihrer Ziele sichert und wie sie ihr Buddy dabei unterstützt. Das schriftliche Festhalten in einer Art Buddy-Vertrag macht es für beide Teilnehmende verpflichtender, selbst am Motto dran zu bleiben und auf seinen Buddy zu achten. Am Follow-up-Treffen kann für die Buddy-Arbeit das *Arbeitsblatt 13b, Ja: Gesprächsleitfaden für die Buddy-Arbeit* (siehe Kapitel 7) ausgeteilt werden, auf welchem die Vereinbarung mit dem Buddy, das eigenen Motto, die Ressourcen und Taten notiert werden und dem aktuellen Stand angepasst werden können.

Zum Schluss erhält jede Teilnehmende ein *Zertifikat* (siehe Kapitel 7) des absolvierten Zürcher Ressourcen Modells Trainings.

4.6 Methodik

Im folgenden Abschnitt werden vier mögliche Fragebogen kurz vorgestellt, die bei einem ZRM-Training mit Essgestörten eingesetzt werden können. Diese Liste ist jedoch nicht abschliessend, also nur ein möglicher Vorschlag, um aufzuzeigen, wie man das Thema ZRM und Essstörung methodisch behandeln kann, ohne allerdings den Anspruch auf Vollständigkeit zu hegen.

4.6.1 TAS-26

Der Zusammenhang von Alexithymie und Essstörungen ist wissenschaftlich messbar durch die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26), welche von Taylor und Mitarbeitern (Taylor, Ryan & Bagby, 1985; Taylor, Bagby, Ryan & Parker, 1990) entwickelt wurde und der Erfassung der subjektiven Einschätzung von spezifischen Dimensionen der Konstrukte «Alexithymie» und «pensée opératoire» dient. Sie enthält 26 Items in drei Skalen:

1. «Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen»: Hohe Werte in dieser Skala sprechen dafür, dass der Proband Schwierigkeiten hat, eigene Gefühle und deren physiologische Begleiterscheinung in adäquater Weise wahrzunehmen.
2. «Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen»: Hohe Werte in dieser Skala deuten auf Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin, da ein Teil der Kommunikation eingeschränkt oder im Extremfall fehlend ist.
3. «Extern orientierter Denkstil» (pensée opératoire): Hohe Werte in dieser Skala deuten auf ein Desinteresse für analytisches Denken hin, welches zu Problemen bei Anpassungsanforderungen führen, da Erwartungswerte zu Erwartungen über Folgen eines bestimmten Verhaltens nicht verfügbar sind

Erwartete Effekte nach dem ZRM-Training sind demnach eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung. Die Magerstichtigen sollen lernen, auf sich selbst und ihre Bedürfnisse zu hören.

4.6.2 HAKEMP 90

Der Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv wurde von Julius Kuhl entwickelt und besteht aus drei Skalen:

1. Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM)
2. Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HOP)
3. Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung (HOT)

Jede Skala umfasst zwölf Situationsbeschreibungen, jeder Situation folgen zwei Antwortalternativen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die andere alternatives lageorientiertes Verhalten erfasst.

4.6.3 SSI-K3

Das Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K3, Kuhl, J. & Fuhrmann, A., 1998) von Julius Kuhl misst die Veränderung der Selbstregulationsfähigkeit. Es enthält 48 Items in fünf Skalen: Selbstregulation (Kompetenz), Selbstkontrolle, Willensbahnung (Selbstbeherrschung), Selbstzugang und allgemeine Stressbelastung. Während im ersten Teil Formulierungen eingesetzt worden sind, die allgemeine Schwierigkeiten beschreiben, beziehen sich die Items im zweiten Teil konkret auf aversive oder belastende Bedingungen.

Alexithyme Patienten leiden unter Selbststeuerungsdefiziten, mit Hilfe dieses Fragebogens wird der Einfluss des ZRM-Trainings auf die Selbststeuerung erhoben.

4.6.4 VEV

Der VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, M. Zielke und C. Kopf-Mehnert) wird seit 1978 als Therapieverlaufskontrolle bei Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt. Er erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus und ermöglicht eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen.

Der VEV ist eine Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten, er sagt also etwas darüber aus, in welcher Richtung und mit welcher Stärke sich ein Klient nach einer abgeschlossenen Therapie oder einem vorgegebenen Zeitraum in seinem Verhalten und Erleben verändert hat. Die Testung hat die Funktion, eine Veränderung des subjektiven Befindens durch einen rückschauenden Schätzprozess anhand einzelner Veränderungsaussagen zu objektivieren und zu quantifizieren.

5 Ausblick

Essstörungen sind ein aktuelles Thema. Forschung ist und bleibt notwendig. Ein ZRM Training für essgestörte Menschen ist aus der Sicht der Autorinnen sinnvoll, wie vorangehend begründet wurde (vgl. Kap. 4). Eine aktuelle Wirksamkeitsstudie, die zurzeit in Form einer Lizentiatsarbeit entsteht, befasst sich mit den Ergebnissen, die mit ZRM-ED bei dieser speziellen Patientengruppe erreicht werden können. Die Studie ist ein gemeinsames Projekt des Pädagogischen Instituts der Universität Zürich und der Psychiatrischen Polyklinik der Universitätsklinik Zürich. Die Wirksamkeitsstudie bildet die Fortsetzung der Pilotversuche in Ulm und Zürich (vgl. Kap. 4) und untersucht die Wirksamkeit eines ZRM Training, das mit essgestörten Patientinnen der Psychiatrischen Polyklinik während ihres stationären Aufenthaltes durchgeführt wird.

Die Rekrutierung essgestörter Probanden ist kein leichtes Unterfangen; deswegen muss ein grosser Teil der Forschung im Rahmen von Therapien und klinischen Aufenthalten stattfinden. Zum einen erkennen insbesondere Anorektiker selten, dass sie Hilfe brauchen, zum andern sind essgestörte Menschen oft durch weitere Störungen wie Depressionen in ihrem aktiven Handeln gehemmt. Aus diesem Grund kann immer nur ein kleiner Anteil der betroffenen Schicksale erhoben werden, was die Komplexität von Erklärungs- und Therapieansätzen erhöht. So ist nicht damit zu rechnen, dass in naher Zukunft eine allgemein- oder alleingültige Erklärung für Essstörungen gelten kann. Zu verschieden sind sowohl die Schicksale, wenn sie auch immer Gemeinsamkeiten aufweisen, als auch die Ansätze der forschenden Fachpersonen. Ein breit abgestütztes Therapieangebot, welches die Patienten dort unterstützt, wo sie es individuell brauchen, macht Sinn. Zum festen Angebot könnte auch das ZRM-Training gehören, obwohl hier nochmals betont werden muss, dass das ZRM allein dem Anspruch einer Therapie nicht gerecht werden kann; es wirkt vielmehr therapieunterstützend. Diese Unterstützung wird unter anderem durch die lustvolle Arbeit an der eigenen Persönlichkeit erzielt, indem auf nahe liegende – nämlich eigene – Ressourcen zurückgegriffen wird. Offene Fragen bleiben, in welcher Form ein ZRM Training in den stationären Aufenthalt integriert werden könnte und wie Betroffene besser erreicht und motiviert werden können, sich Unterstützung zu holen.

6 Literaturverzeichnis

- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in Women with Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bruch, Hilde: *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. 17. Auflage 2002, Frankfurt am Main, 1980.
- Carreti'e, L., Francisco, M., Tapia, M., Hinojosa, J.A. (2000). Emotion, attention, and the 'negativity bias', studied through event-related potentials. *International Journal of Psychophysiology*, 41, 75-85, 2001.
- Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B., Stéphan, P., Halfon, O. (1998). Is alexithymia a typical characteristic of addictive behaviours in adolescents and young adults? *Swiss Journal of Psychology*, 57, 145-152.
- Edwards, G.: *Magersucht und Familie*. In: Lawrence, M. (Hrsg.): *Satt aber hungrig. Frauen und Essstörungen*. Reinbek bei Hamburg, 1989.
- Fairburn, C.G.: A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13, 1998.
- Fairburn, C.G.: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528, 2003.
- Fairburn, C.G.: *Ess- Attacken stoppen. Ein Selbsthilfeprogramm*. Verlag Hans Huber, Bern, 2004.
- Feiereis, Hubert: *Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie*. Hans Marseille Verlag, München. 1989.
- Fombonne, E.: Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British journal of Psychiatry*, 166, 462-471. 1995.
- Furrer, R. (2002). Alexithymie. Beziehung zu verwandten Konzepten und Beitrag der Traumavariablen zur Ätiologie von Alexithymie. Zürich.
- Göckel, R.: *Esssucht oder die Scheu vor dem Leben. Eine exemplarische Therapie*. Reinbek bei Hamburg, 1988.
- Hoek, H.W., van Hoeken, D.& Katzman, M.A.: Epidemiology and Cultural Aspects of Eating Disorders: A Review. In M. May, K. Halmi, J. López-Ibor & N. Sartorius (Eds.), *Eating Disorders*. Chichester: Wiley, 2003
- Hoek, H. W. & van Hoeken, D.: Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396. 2003.
- Jacobi, C., Paul, Th., Thiel, A.: *Essstörungen. Aus der Reihe: Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 24. Hogrefe, Bern. 2004.
- Keppeler, C.: *Bulimie. Wenn Nahrung und Körper die Mutter ersetzen*. Patmos, Düsseldorf, 2000.

- Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (1998). Das Selbststeuerungs-Inventar (SSI): Manual. Vorpublikationsabzug. Universität Osnabrück.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of Motivation and Attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Hoek, H.W. & Willi, J.: Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 250-258. 2004.
- Pawluck, D.E. & Gorey, K.M.: Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 347-352. 1998.
- Ruppert, Franz: Borderline Persönlichkeitsstörung, die vielfältigen Folgen von Bindungstraumas. An der Katholischen Stiftungsfachhochschule München. Quelle: Internet. 2004.
- Schneider-Henn, K.: Die hungrigen Töchter: Essstörungen bei jungen Mädchen. Kösel, München, 1988.
- Steinhausen, Hans-Christoph: Anorexia nervosa. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe Bern, 2005
- Storch, M., Riedener, A.: Ich packs! – Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell. Hogrefe Bern, 2005.
- Taylor, G.J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In: Nyklicek, I. / Temoshok, L. / Vingerhoets, A.: Emotional Expression and Health. Advanced in theory, assessment and clinical applications.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.
- Traue, H.C. (1998). Emotion und Gesundheit. Die psychologische Regulation durch Hemmungen. Heidelberg. Spektrum Akademischer Verlag

7 Anhang – Verzeichnis

Flyer Version 1 – Aussenseite (Büchlein im Format A5)
Flyer Version 1 – Innenseite (Büchlein im Format A5)
Flyer Version 1 – Infoblatt (Format: A5)
Flyer Version 2 – Aussenseite (Wickelfalz im Format 99 x 210mm)
Flyer Version 2 – Innenseite «Du-Form» (Wickelfalz im Format 99 x 210mm)
Flyer Version 2 – Innenseite «Sie-Form» (Wickelfalz im Format 99 x 210mm)

Titelblatt des Kursheftes
Arbeitsblatt 1, Ji: Mein Bildgefühl
Zusatzblatt: Ideenkorb
Arbeitsblatt 2, Ja: Meine Tipps vom Unbewussten nutzen
Arbeitsblatt 3, Ji: Dieses Thema will ich bearbeiten
Arbeitsblatt 4a, Ja: Mein Ziel in Form bringen
Arbeitsblatt 4, Ji: Mein Motto
Arbeitsblatt 4, Ji: Mein Logo
Arbeitsblatt 5, Ja: Mein persönlicher Ressourcenpool
Arbeitsblatt 6, Jj: Krafttraining für mein Gehirn
Arbeitsblatt 8, Ja: Meine körperlichen Ressourcen (Männlich)
Arbeitsblatt 8, Ja: Meine körperlichen Ressourcen (Weiblich)
Arbeitsblatt 9, Ja: Meine Mini-Bewegung (Männlich)
Arbeitsblatt 9, Ja: Meine Mini-Bewegung (Weiblich)
Arbeitsblatt 10, Ja: Eine Situation, in der ich neu handeln möchte
Arbeitsblatt 11, Ja: Diese Elemente meines Ressourcenpools setze ich ein
Arbeitsblatt 12, Ja: Mein Weg im Kurs
Arbeitsblatt 13, Ja: Mein Sicherungssystem – Mein Buddy
Arbeitsblatt 13b, Ja: Gesprächsleitfaden für die Buddy-Arbeit
Zertifikat

Flyer Version 1 – Aussenseite

Karte im Format A5

**Ich tue,
was ich will!**

Vom Herzenswunsch
zum Ziel

Das Zürcher Ressourcen Modell
für Jugendliche und Erwachsene
mit Essstörungen

Kontakte:
Karin Fischer: 079 399 44 94
Julia Weber: 079 484 87 79
wiesmann_nina@bluewin.ch

Flyer Version 1 – Innenseite

Karte im Format A5

Im Alltag Gefühle mitlenken

“ZRM hat mir ganz viele schöne Erinnerungen, viel Spass, eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Bauchgefühl und meinen Wünschen gebracht - ohne dass es dabei schrecklich „gefühluselig“ gewesen wäre!!! Und ganz viel positive Energie!
Mir gefiel die entspannte Atmosphäre und dass für jeden individuell viel Zeit genommen wurde.“
(Eva, 18 Jahre)

Wortmeldungen ehemaliger Teilnehmer

“Ich entscheide jetzt selbst und sage viel öfter meine Meinung!“
(Eli, 15 Jahre)

“ZRM ist in meinem Alltag allgegenwärtig. Ich bin meinen schlechten Tagen und Launen nicht mehr so ausgeliefert. Ich habe gelernt, meine Gefühle positiv zu beeinflussen. Mein Gehirn hat umgelernt, ohne Anstrengung - mit viel Spass.“
(Karin, 26 Jahre)

“ZRM hilft mir, wenn es schwierig wird, nicht aufzugeben und für meinen Standpunkt, meine Ansicht zu kämpfen.“
(Julia, 16 Jahre)

ZRM Zürcher Ressourcen Modell

Was will ich wirklich? Wie lerne ich Neues?

Neue Verhaltensweisen einzuüben oder neue Perspektiven zu finden, soll das Zürcher Ressourcen Modell fürs Selbstmanagement ermöglichen. Es geht um Lernen und Umlernen oder, in der Sprache der Neurobiologie darum, neue Automatismen einzuspielen. So steht am Anfang des Lernprozesses die Suche nach dem Herzenswunsch, dem eigentlichen Motiv für das Bedürfnis nach Selbstveränderung. Dieser Wunsch liegt oft im Unbewussten begraben.

Im Kurs erkennen die Teilnehmenden ihre Wünsche, welche in positive, erreichbare Ziele umformuliert werden. Mit Hilfe verschiedener Techniken lernen die Teilnehmer, ihre Ziele im Alltag umzusetzen.

Das Zürcher Ressourcen Modell wurde von Dr. Maja Storch und Dr. Frank Krause entwickelt. Seit mehreren Jahren wird dieser Selbstmanagement Kurs mit tausenden von Teilnehmern durchgeführt. Für Interessierte liegt das Training und dessen theoretischer Hintergrund in Buchform vor.

Flyer Version 1 – Infoblatt

Format A5

Wichtige Infos

Wir bieten diesen Kurs kostenlos an.

Wir – das sind drei Studentinnen der pädagogischen Psychologie an der Universität Zürich. Wir arbeiten an einem Forschungsprojekt mit dem Ziel, ZRM für Menschen mit Essstörungen nutzbar zu machen.

ZRM ist keine Therapie, sondern ein Selbstmanagementkurs.

Nach zwei gelungenen Pilotversuchen wollen wir nun den Kurs offiziell ausschreiben und dabei die Meinungen der Teilnehmenden erfahren. Das bedeutet, dass der Kurs gratis ist, wir aber froh sind, wenn wir dich nach deiner Meinung fragen dürfen.

Wir sind sehr bestrebt, den Kurs immer zu verbessern, um den optimalen Profit für alle Teilnehmenden zu erreichen.

Wir garantieren dir eine gelöste, witzige, angenehme Atmosphäre und dass du mit einem guten Gefühl nach Hause gehst! Profitieren wirst auf jeden Fall, egal mit welchen Voraussetzungen du kommst.

Wenn du noch nicht 18 Jahre alt bist, musst du das Einverständnis deiner Eltern einholen. Fordere dazu bei uns ein Formular an, welches den Eltern ZRM erklärt und ihre Unterschrift fordert.

ZRM findet an der Uni Zürich statt am:

4./6. Juli 2005, 17–19 Uhr

oder auch am:

2./9. Juli 2005, 10–13 Uhr

Passt dir keins der Daten? Frag uns nach weiteren Terminen!

Für Fragen und zur Anmeldung:

079 399 44 94

079 484 87 79

wiesmann_nina@bluewin.ch

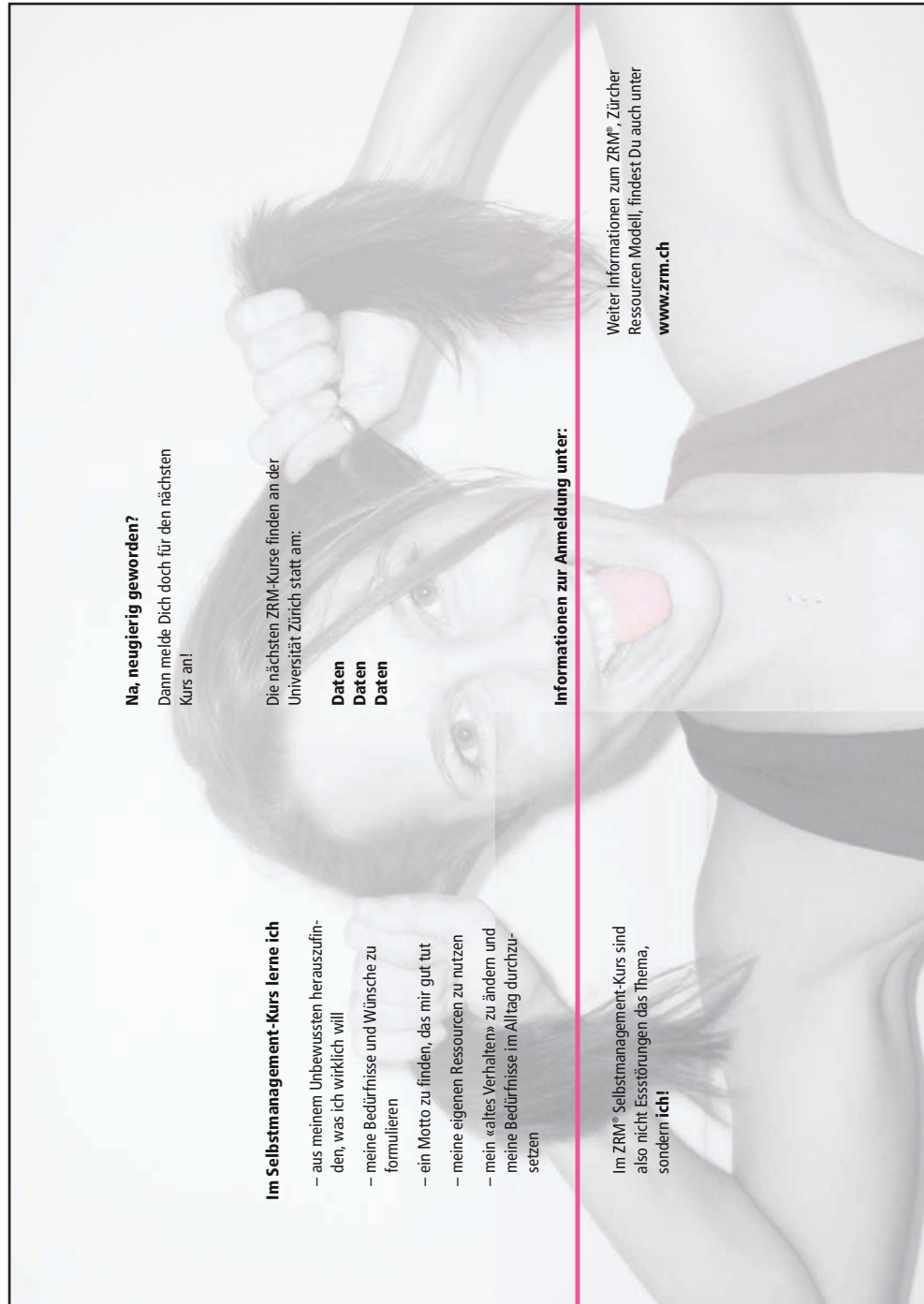
Flyer Version 2 – Aussenseite

Wickelfalz im Format 99 x 210mm



Flyer Version 2 – Innenseite «Du-Form»

Wickelfalz im Format 99 x 210mm



Na, neugierig geworden?
Dann melde Dich doch für den nächsten Kurs an!

Die nächsten ZRM-Kurse finden an der Universität Zürich statt am:

**Daten
Daten
Daten**

Informationen zur Anmeldung unter:

www.zrm.ch

Weiter Informationen zum ZRM, Zürcher Ressourcen Modell, findest Du auch unter www.zrm.ch

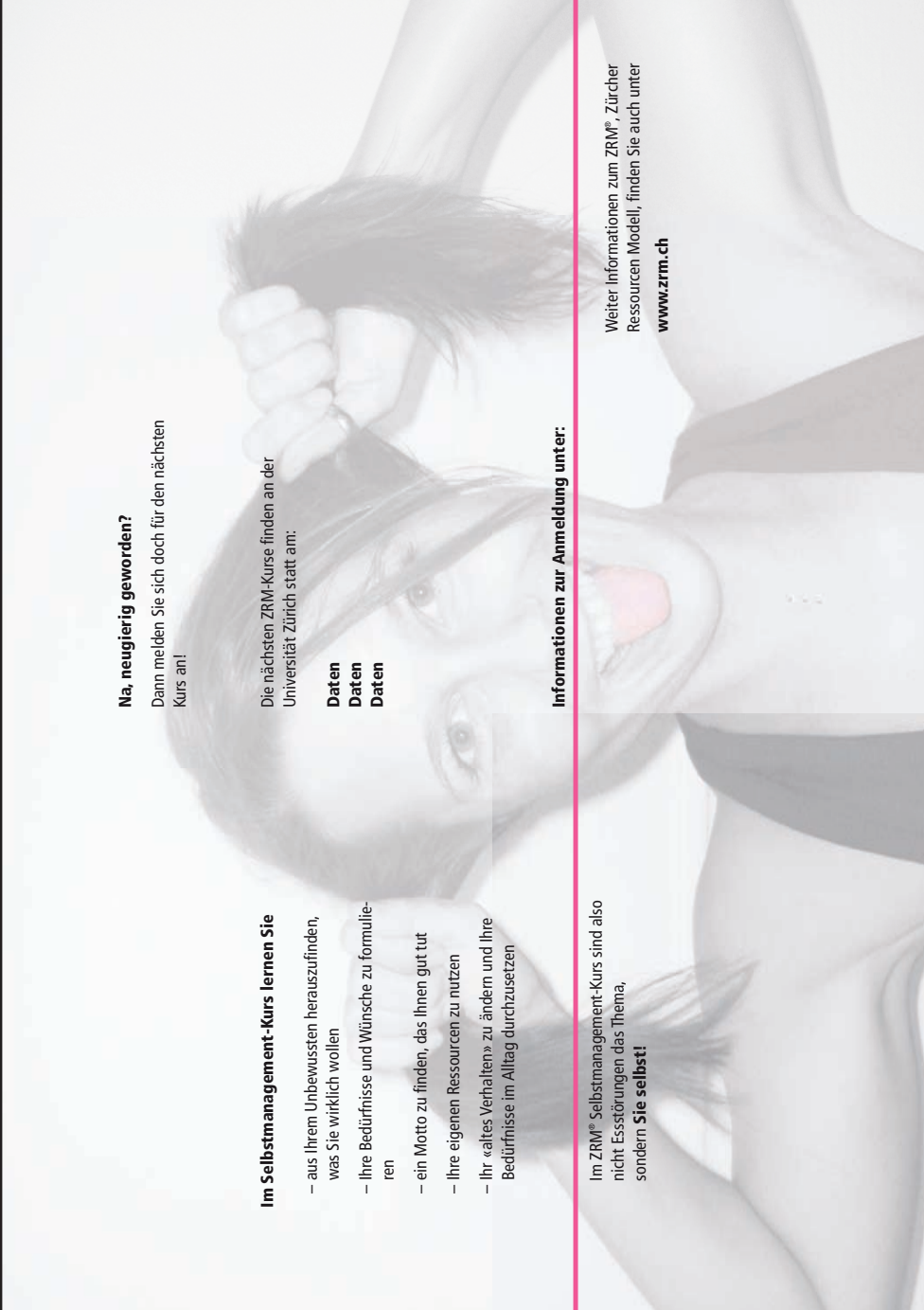
Im Selbstmanagement-Kurs lerne ich

- aus meinem Unbewussten herauszufinden, was ich wirklich will
- meine Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren
- ein Motto zu finden, das mir gut tut
- meine eigenen Ressourcen zu nutzen
- mein «kaltes Verhalten» zu ändern und meine Bedürfnisse im Alltag durchzusetzen

Im ZRM® Selbstmanagement-Kurs sind also nicht Essstörungen das Thema, sondern **ich!**

Flyer Version 2 – Innenseite («Sie-Form»)

Wickelfalz im Format 99 x 210mm



Na, neugierig geworden?
Dann melden Sie sich doch für den nächsten Kurs an!

Die nächsten ZRM-Kurse finden an der Universität Zürich statt am:
Daten
Daten
Daten

Informationen zur Anmeldung unter:
www.zrm.ch

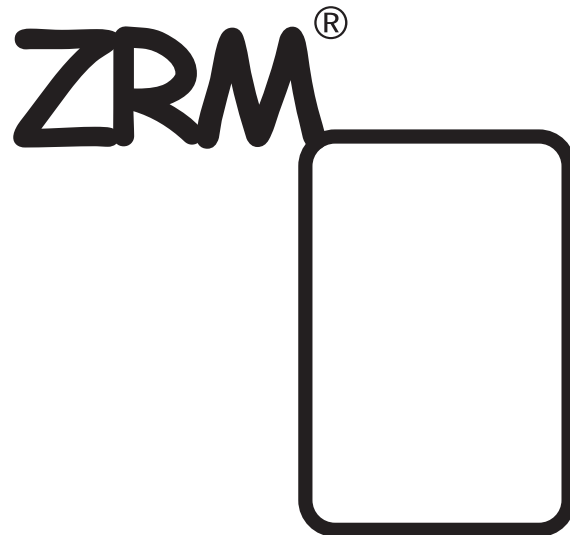
Weiter Informationen zum ZRM*, Zürcher Ressourcen Modell, finden Sie auch unter www.zrm.ch

Im Selbstmanagement-Kurs lernen Sie

- aus Ihrem Unbewussten herauszufinden, was Sie wirklich wollen
- Ihre Bedürfnisse und Wünsche zu formulieren
- ein Motto zu finden, das Ihnen gut tut
- Ihre eigenen Ressourcen zu nutzen
- Ihr «kaltes Verhalten» zu ändern und Ihre Bedürfnisse im Alltag durchzusetzen

Im ZRM* Selbstmanagement-Kurs sind also nicht Essstörungen das Thema, sondern **Sie selbst!**

Zürcher Ressourcen Modell



ZRM-Kurs

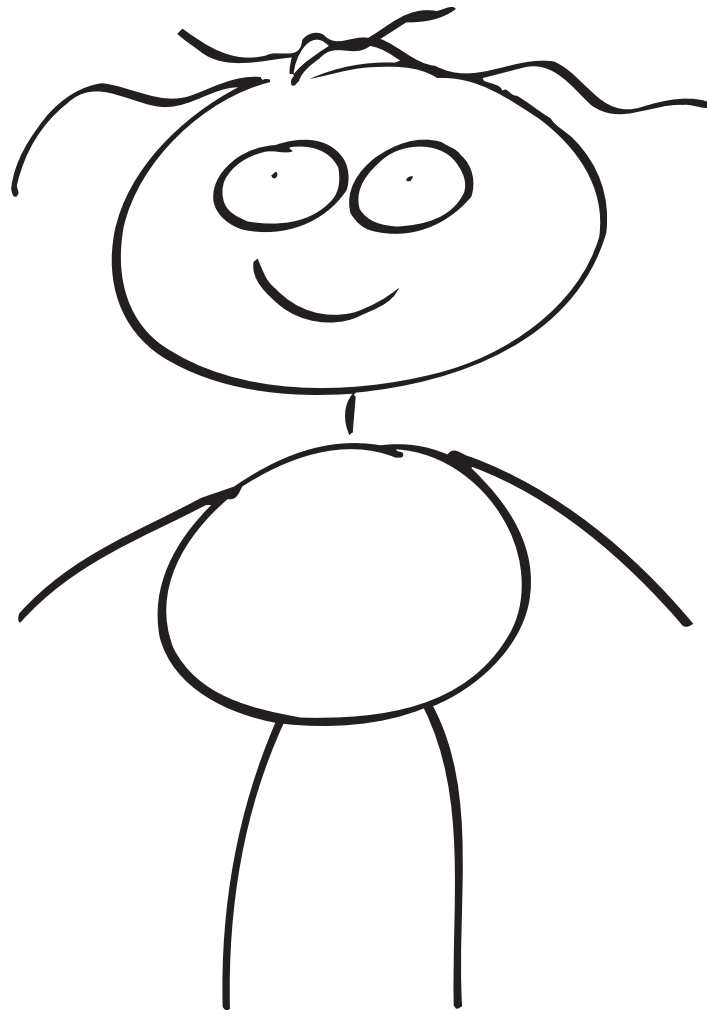
Dieses Kursheft gehört:

Mein Bildgefühl

Mein Bildgefühl

Zeichne in die Figur dein Bildgefühl ein!

Achte dabei auf äussere Merkmale und auf deine inneren Vorgänge (Haltung, Atmung, Farben, Gefühle, Energien, zugehörige Symbole, hinzugedachte Umgebungsmerkmale, etc.)



Zusatzblatt

Kopiervorlage

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]

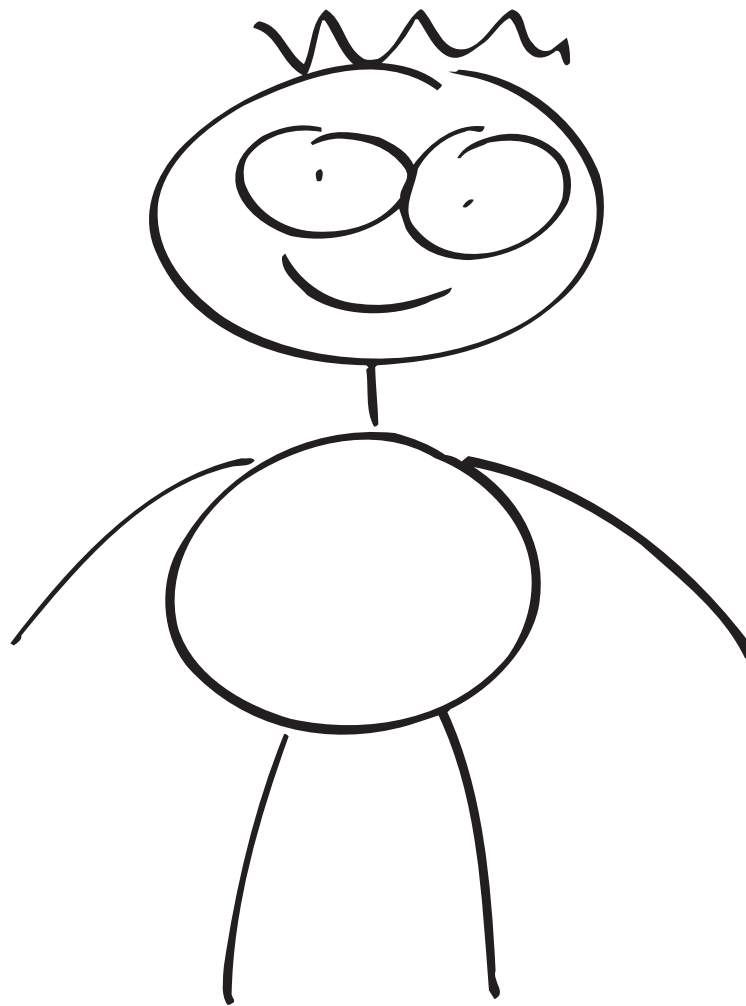


Mein Bildgefühl

Mein Bildgefühl

Zeichne in die Figur dein Bildgefühl ein!

Achte dabei auf äussere Merkmale und auf deine inneren Vorgänge (Haltung, Atmung, Farben, Gefühle, Energien, zugehörige Symbole, hinzugedachte Umgebungsmerkmale, etc.)



Zusatzblatt

Kopiervorlage

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]



Zusatzblatt: Ideenkorb

Mein Ideenkorb



A large rectangular area with a solid top and bottom border and a dashed middle border, intended for writing ideas.

Kopiervorlage

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®] 

Arbeitsblatt 2, Ja: Meine Tipps vom Unbewussten nutzen

Meine Tipps vom Unbewußten nutzen

Meine Lieblingsideen aus dem Ideenkorb:



Meine eigenen Ideen dazu:

Arbeitsblatt 2 Ja

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]


Kopiervorlage

Arbeitsblatt 1, Ji: Dieses Thema will ich bearbeiten

Dieses Thema will ich bearbeiten:

Arbeitsblatt 1 | Jj

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 4a, Ja: Mein Ziel in Form bringen

Mein Ziel in Form bringen

Mein Entwicklungs-Entwurf:

Ergibt, umgeformt anhand der 3 Kernkriterien

- positiv bzw. als Annäherungsziel formuliert!
- 100 Prozent unter deiner eigenen Kontrolle!
- motivierend, inspirierend, positiver somatischer Marker!

Mein Ziel, Probefassung:

Mein Ziel in der (heute) endgültigen Fassung:

Arbeitsblatt 4a Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 4, Ji: Mein Motto

Mein Motto

Meine Lieblingsideen:

Mein Motto, 1. Fassung:

Mein Motto, 2. Fassung:

Mein Motto, (für heute)
endgültige Fassung

Arbeitsblatt 4 | Jj

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]

Kopiervorlage



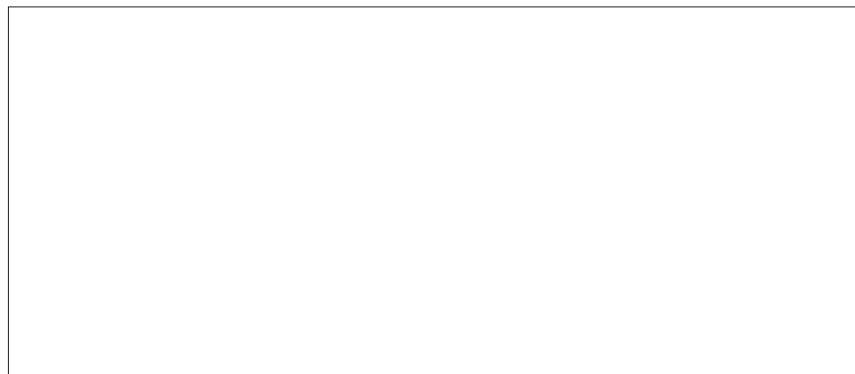
Arbeitsblatt 4, Ji: Mein Logo

Mein Logo

Meine Lieblingsideen:

Mein Logo – Platz für Entwürfe

Mein Logo



Arbeitsblatt 4 | Jj

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 5, Ja: Mein persönlicher Ressourcenpool

Mein persönlicher Ressourcenpool

Mein Ziel:	Mein Bild:
Meine Erinnerungshilfen:	Meine körperlichen Ressourcen:
Menschen, die mich unterstützen:	Meine Ressourcen-Tankstelle:
Meine Warnsignale und Stopp-Befehle:	

Arbeitsblatt 5 | Ja

Kopiervorlage

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]

Arbeitsblatt 6, Jj: Krafttraining für mein Gehirn

Krafttraining für mein Gehirn

Musik:

Kleidung:

Geruch:

Gegenstand:

Pflanze:

Tier:

anderes:

Arbeitsblatt 6 Jj

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage

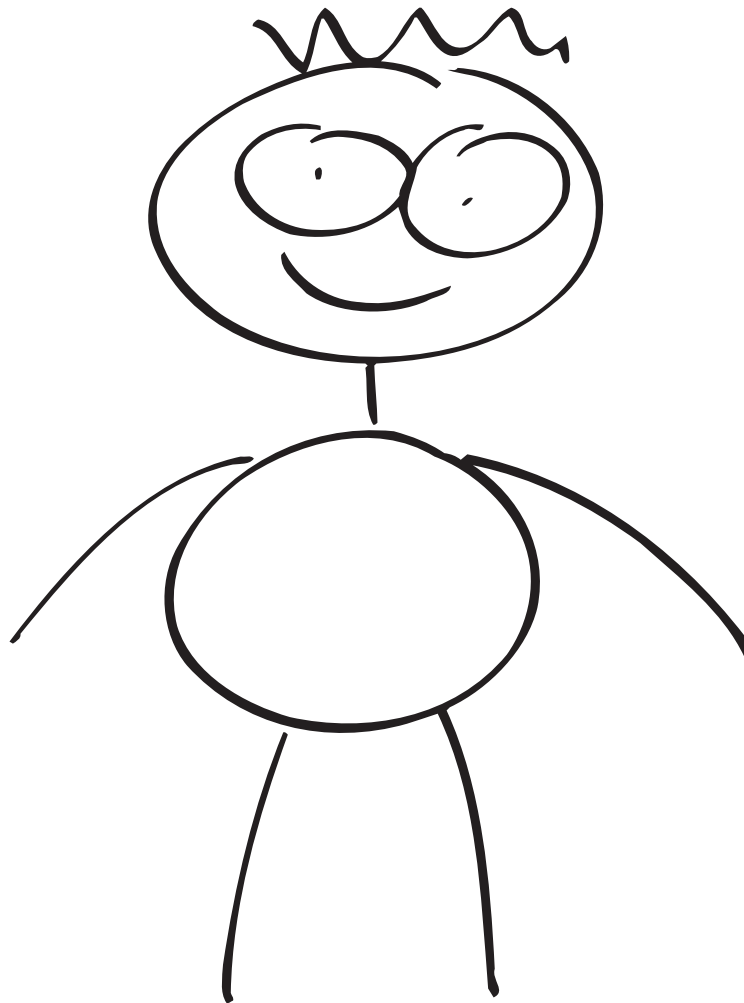


Arbeitsblatt 8, Ja: Meine körperlichen Ressourcen (Männlich)

Meine körperlichen Ressourcen

Zeichne in die Figur deine Körperressourcen ein!

Achte dabei auf äussere Merkmale und auf deine inneren Vorgänge (Haltung, Atmung, Farben, Gefühle, Energien, zugehörige Symbole, hinzugedachte Umgebungsmerkmale, etc.)



Arbeitsblatt 8 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage

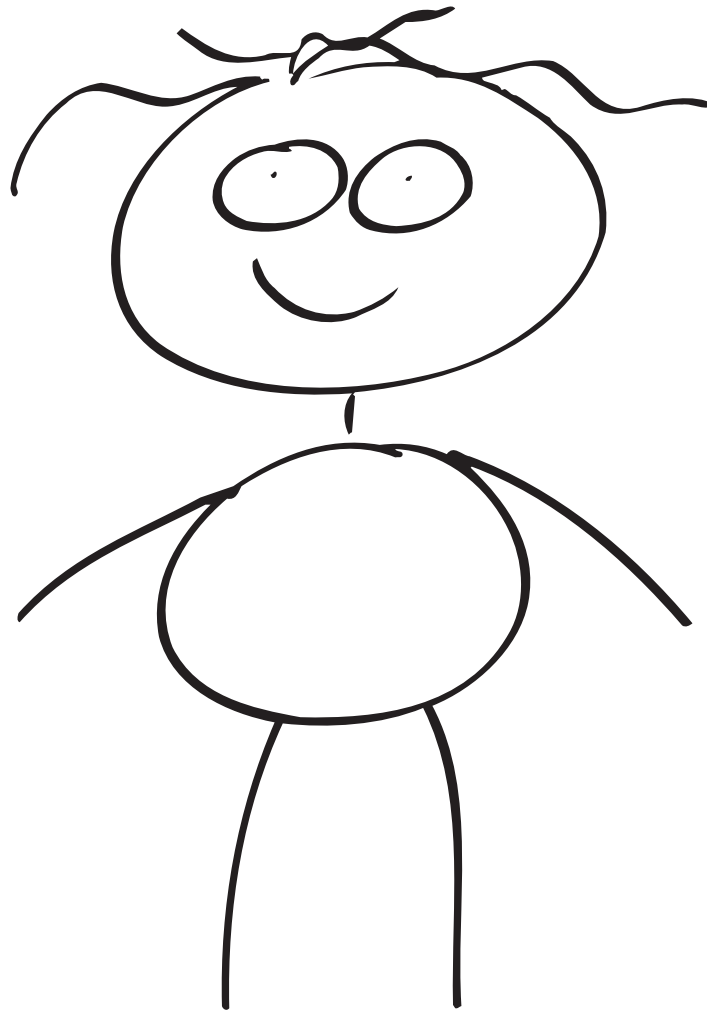


Arbeitsblatt 8, Ja: Meine körperlichen Ressourcen (Weiblich)

Meine körperlichen Ressourcen

Zeichne in die Figur deine Körperressourcen ein!

Achte dabei auf äussere Merkmale und auf deine inneren Vorgänge (Haltung, Atmung, Farben, Gefühle, Energien, zugehörige Symbole, hinzugedachte Umgebungsmerkmale, etc.)



Arbeitsblatt 8 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage

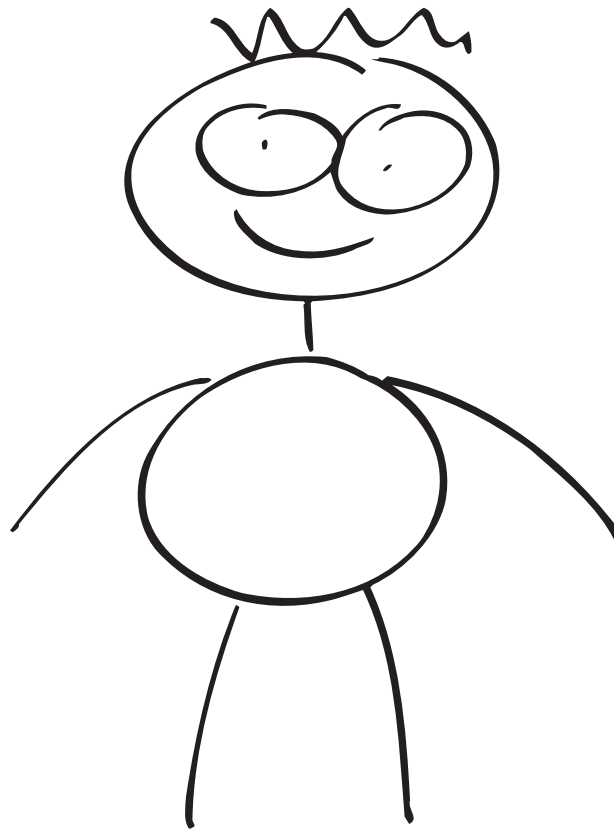


Arbeitsblatt 9, Ja: Meine Mini-Bewegung (Männlich)

Meine Mini-Bewegung

Die Situation, in der ich meine Körper-Ressourcen verwenden will:

Meine Mini-Bewegung



Arbeitsblatt 9 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage

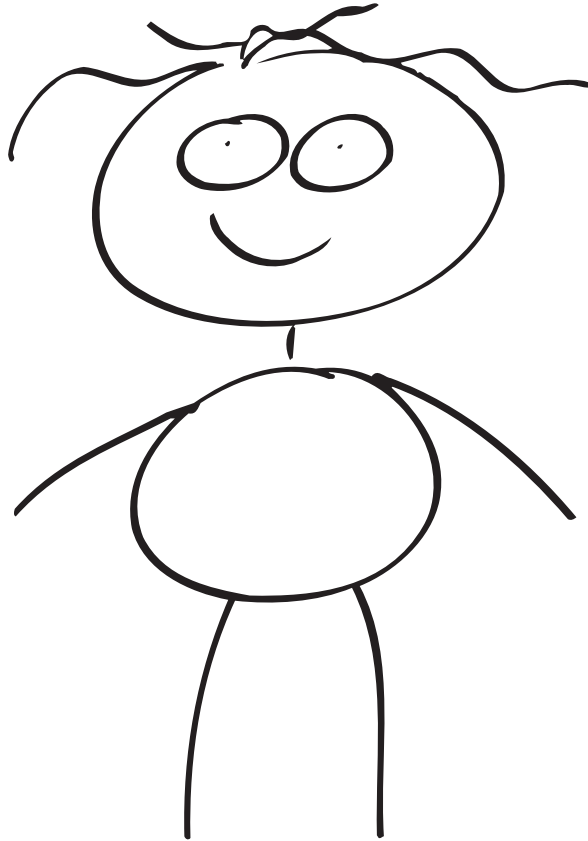


Arbeitsblatt 9, Ja: Meine Mini-Bewegung (Weiblich)

Meine Mini-Bewegung

Die Situation, in der ich meine Körper-Ressourcen verwenden will:

Meine Mini-Bewegung



Arbeitsblatt 9 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 10, Ja: Eine Situation, in der ich neu handeln möchte

Eine Situation, in der ich neu handeln möchte

Situation:

(schwieriges Gespräch mit Freund/in, Eltern, Vortrag in Schule etc.)

Beteiligte Personen:

(Zahl, Beziehung zu mir etc.)

Ort & wichtige Rahmenbedingungen:

(Zeitdruck, Anwesenheit anderer etc.)

So habe ich mich bisher in dieser Situation gefühlt:

So will ich mich neu fühlen und verhalten:

Arbeitsblatt 10 Ja

Zürcher Ressourcen Modell **ZRM**[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 11, Ja: Diese Elemente meines Ressourcenpools setze ich ein

Diese Elemente meines Ressourcenpools setze ich ein

Ressourcentankstelle:

Wo?

Wann tanke ich?

Erinnerungshilfen:

Mobile:

Stationäre:

Körper-Ressource:

Mini-Bewegung:

Hilfreiche Menschen:

Arbeitsblatt 11 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 12, Ja: Mein Weg im Kurs

Mein Weg im Kurs

Mein Start

Mein Bild aus der Bildkartei:

Mein Weg

Meine Zielformulierung:

Meine wichtigsten Ressourcen:

Da stehe ich jetzt

Mein selbstgemaltes Ressourcenbild:

Arbeitsblatt 12 Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Arbeitsblatt 13, Ja: Mein Sicherungssystem – Mein Buddy

Mein Sicherungssystem – Mein Buddy

So sichere ich selbst die Umsetzung meiner Ziele:

Vereinbarung

So unterstützt mich mein Buddy dabei:

Arbeitsblatt 13a Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage

Gesprächsleitfaden für die Buddy-Arbeit

Vereinbarung:

Wie lautete die Vereinbarung, die ich mit meinem Buddy in der letzten ZRM-Trainingsphase getroffen habe?

Ziel:

Stimmt mein Ziel noch? Oder muss ich es eventuell anpassen?
Wie müsste es neu lauten?

Ressourcen:

Welche Ressourcen setze ich noch ein? Hat sich etwas verändert, möchte ich darum andere, neue Ressourcen einsetzen?
Wie genau und wann möchte ich diese einsetzen?

Taten:

Handle ich so, wie ich es mir im Kurs vorgenommen habe?
Kann ich mein Ziel in Taten umsetzen?

Arbeitsblatt 13b Ja

Zürcher Ressourcen Modell ZRM[®]

Kopiervorlage



Zertifikat

hat das **Zürcher-Ressourcen-Modell-Training** absolviert und beherrscht alle Regeln und Kniffe für ein lustvolles Selbstmanagement.

Sie/er kann selbst motivierende und unter eigener Kontrolle liegende Ziele entwickeln und diese mit eigenen Kräften in Taten umsetzen.

Ort, Datum:

die **ZRM-Kursleitung:**