

THEA RYTZ
SILVIA WIESMANN
Herausgeberinnen

ESSSTÖRUNGEN UND ADIPOSITAS: AKZEPTANZ VERKÖRPERN

FORMEN KÖRPERORIENTIERTER GRUPPENTHERAPIEN

H
O
D
B
M
S
M



1
2
3
4
2
6
7
1
2
3
4
2
6
7



«ICH KANN ES JA MAL PROBIEREN» – SPIELRAUM IM UMGANG MIT AMBIVALENZ

ACHTSAME KÖRPERWAHRNEHMUNG: AMBULANTE GRUPPENTHERAPIE

«Ich hatte ganz am Anfang nicht das Gefühl, ein Problem zu haben. Ich merkte nicht, dass ich einen Körper hatte. Mein Kopf überlegte, ich merkte nicht, was ich berührte. Ich habe gelernt zu fühlen, wo ICH bin. Ich habe mich nicht respektiert, körperlich und seelisch.

Wenn ich heute manchmal nervös bin, dann lege ich meine Hände auf den Bauch, das hilft mir sehr. Ich merke dann: Da bin ich.»

Zitat einer an Bulimie erkrankten Frau, die ein halbes Jahr lang die Therapiegruppe Achtsame Körperwahrnehmung besucht hatte (Rytz, 2010, 69).

Seit 1994 leite ich ambulante Gruppentherapien für Frauen mit Essverhaltensstörungen am Berner Universitätsspital. Achtsame Körperwahrnehmung, die wahrnehmungsorientierte, achtsamkeitsbasierte Therapie, die ich in diesem Kontext über die Jahre entwickelt habe, ist Teil eines interdisziplinären ambulanten Angebots für Erwachsene mit Essverhaltensstörungen oder Adipositas, das auch kognitive Gesprächstherapie, somatische Behandlung und spezialisierte Ernährungsberatung umfasst. In der darauf spezialisierten Esssprechstunde wird den PatientInnen nach der psychiatrisch-somatischen Abklärung eine auf ihre Erkrankung zugeschnittene Auswahl und Abfolge von therapeutischen Angeboten empfohlen. Vermittelt über niedergelassene TherapeutInnen, ehemals Betroffene oder auf den Rat von Angehörigen hin melden sich die Betroffenen oft selbst bei der ambulanten Sprechstunde.

Mit der Erkrankung an einer Essstörung ist die Indikation für eine körperpsychotherapeutische Behandlung gegeben (Cash & Deagle, 1997; Joraschky et al., 2008; Forster, 2002; Fallon, 1994). Häufige Komorbiditäten sind Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, ehemalige Substanzabhängigkeit, Borderline-, Angst- oder Zwangsstörungen. Kontraindikationen für die Teilnahme an der Gruppentherapie sind ein Body-Mass-Index unter 14, eine psychotische Erkrankung, aktuelle Substanzabhängigkeit oder komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen.

Der soziale Hintergrund der Patientinnen ist vielfältig; zu den Teilnehmerinnen zählen Akademikerinnen, Geschäftsfrauen, Fachfrauen aus den Bereichen Gesundheit, Pädagogik oder dem Dienstleistungssektor, Studentinnen, Arbeitslose, junge Frauen, die eine Lehre machen, Frauen ohne Ausbildung und Frauen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht arbeiten können und daher von Sozialleistungen abhängig sind. Die jüngsten Patientinnen sind sechzehn, die ältesten fünfundsechzig, die meisten zwischen zwanzig und dreißig Jahren alt.

Die Betroffenen entscheiden sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten für eine ambulante Gruppentherapie. Für einige ist es die erste Therapie überhaupt, für andere bedeutet sie ein weiteres Modul einer langen Abfolge unterschiedlicher Therapien. Manche besuchen die Gruppe als ambulante Fortsetzung der Behandlung nach einem stationären Aufenthalt oder betrachten sie als vorläufigen Abschluss ihrer therapeutischen Auseinandersetzung. Einzelne Teilnehmerinnen haben kaum noch Mühe mit ihrem Essverhalten, lehnen ihre Figur aber nach wie vor ab. Anderen wird erst im Verlauf der Gruppentherapie bewusst, wie stark sie psychisch und körperlich belastet sind; sie entscheiden sich zum Teil im Anschluss zu einem längeren stationären Aufenthalt. Diese Heterogenität kann produktiv für den Heilungsprozess genutzt werden, wenn sich die Teilnehmenden in der Auseinandersetzung mit ihrer jeweiligen Situation ausreichend geschützt und unterstützt fühlen. Es ist eine wichtige heilsame Erfahrung, die eigenen Bedürfnisse achtsam zu erkunden, – selbst oder gerade wenn sie nicht mit den Bedürfnissen von anderen übereinstimmen – Gemeinsamkeiten zu entdecken, Verständnis und Empathie zu empfinden und auszudrücken und sich gleichzeitig abgrenzen und distanzieren zu dürfen.

Für diesen Artikel habe ich meine Notizen aus siebzehn Jahren Gruppentherapie noch einmal durchgelesen. In diesem Rückblick kristallisierte sich meine therapeutische Grundhaltung heraus: Wertschätzung und Respekt für jede einzelne Person und dafür, wo sie aktuell in ihrem Prozess steht. Ich heiße Ambivalenzen willkommen, fordere Verpflichtung und gehe in Beziehung. Die inhaltlichen Schwerpunkte sind: achtsame Wahrnehmung auf der körperlichen, der emotionalen und der kognitiven Ebene ermöglichen und vertiefen; Erfahrungsräume schaffen, den Wahrnehmungs- und Handlungsspielraum erweitern und Ruhe, Präsenz und Beziehungsfähigkeit fördern; Emotionsregulation differenzieren; Abgrenzung erleichtern und Selbstfürsorge fördern.

Wie das konkret geschieht und welche thematischen und methodischen Muster ich im Ablauf der Gruppentherapie erkannt habe, ist Gegenstand dieses Artikels. Im ersten Teil schildere ich, mit welchen unterschiedlichen Erwartungen und Befürchtungen Patientinnen zur Therapie kommen und wie ich von Beginn an einen Rahmen schaffe, der Ambivalenzen akzeptiert und den Patientinnen Sicherheit und Schutz vermittelt. Im zweiten Teil erläutere ich, wie ich Freiwilligkeit und Verpflichtung verknüpfe und das Anmeldeprozedere sowie die beiden ersten Gruppentreffen darauf abstimme, ohne die süchtigen, ängstlichen oder zwanghaften Anteile des Schutz- und Kontrollverhaltens zu unterstützen. Der dritte Teil gibt einen methodischen Einblick in wichtige Elemente jeder Gruppensitzung; ich stelle einen inhaltlichen Leitfaden für den Ablauf der gesamten Gruppentherapie vor, der sich auf mein Buch *Bei sich und in Kontakt* (Rytz, 2010) bezieht, insbesondere auf die darin enthaltenen Anregungen zu achtsamem Wahrnehmen.

BEDÜRFNISSE, ERWARTUNGEN UND BEFÜRCHTUNGEN EINLADEN

Die Patientinnen kommen mit unterschiedlichen Bedürfnissen, Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen in die Therapie. All das, was sie aussprechen, in Worte fassen und verbal kommunizieren, zeigt ebenso wie das, was sie verkörpern und durch ihr Verhalten ausdrücken, wie sie ihre Ressourcen nutzen, um mit Belastungen umzugehen.

Viele äußern den Wunsch, sich besser spüren zu können. Sie berichten, dass sie trotz Stress und Erschöpfung häufig weiterarbeiten. Sie hätten ständig Kopfschmerzen und könnten schlecht schlafen. Sie würden gerne Ruhe finden bzw. sich Ruhe gönnen, nicht mehr nur hasten, und lernen, die eigenen Gefühle wieder wahrzunehmen und liebevoller mit sich umzugehen. Sie möchten den Körper von einer anderen Seite her erleben, eine neue Perspektive kennenlernen, sich nicht mehr isoliert und unzufrieden fühlen. Sie wünschen sich Verständnis für ihr Erleben und die Möglichkeit, wieder mehr zu sich zu finden; sie möchten in Worte fassen können, was sie spüren. Sie wollen lernen, mit Belastungen umzugehen, Gefühle kommen zu lassen und besser auf sie reagieren zu können, sich zu beruhigen, wenn es ihnen nicht so gut geht, und weniger zu grübeln.

Viele Patientinnen erwarten, durch das Verständnis anderer Teilnehmerinnen entlastet zu werden. Sie möchten sich öffnen, wollen hören und fühlen, wie es anderen geht, und sich selbst zeigen, ohne alles von sich preisgeben zu müssen. Sie wünschen sich Zeit, um nach und nach Vertrauen aufzubauen und sich geschützt zu fühlen.

Andere teilen mit, sie seien von ihrer Ärztin oder Angehörigen geschickt worden, hätten keine Erwartungen, wollten sich das Angebot erst einmal ansehen. Erwartungen stünden ihnen nur im Weg; sie hätten sowieso nie Erwartungen, da werde man auch nicht enttäuscht.

Für einige gleicht das erste Gruppentreffen einem Sprung ins kalte Wasser, den sie auf irgendeine Weise zu überleben hoffen; sie wirken angespannt und alarmiert. Sie fürchten, jemanden in der Gruppe zu kennen, und quälen sich mit der Sorge, die Dickste, zu wenig krank, zu alt oder zu jung zu sein. Manche weinen vor Scham bei der Vorstellungsrunde.

Manche argwöhnen, ein achtsamer Zugang zum Körper schließe das prüfende Denken mit wachem Geist aus und sie müssten sich auf etwas einlassen, das irrational sei; sie befürchten, die zum Teil nonverbale Methode könnte diffus und «esoterisch» sein. Sie schützen sich, indem sie dem Angebot gegenüber skeptisch bleiben, und distanzieren sich räumlich, rücken beispielsweise etwas zurück, wenn sich die Gruppe im Kreis sammelt, oder wenden öfters den Blick ab.

Andere haben ihrer religiösen Ausrichtung wegen Vorbehalte gegenüber der wahrnehmungsfokussierten Methode. Sie befürchten, das neugierige Entdecken der eigenen sinnlichen Empfindungen und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken könnten mit ihrem Glauben nicht zu vereinen sein.

Einige schildern, dass sie sich jedes Mal selbst verletzen, strafen oder massiv abwerten, wenn sie an Gewicht zunehmen. Bewegung sei immer mit Leistungsdruck verbunden, akzeptierende Zuwendung dem Körper gegenüber sei unvorstellbar. Dennoch erscheinen sie zum Schnuppertermin in Achtsamer Körperwahrnehmung, ohne diesen Widerspruch in ihrem Verhalten zu thematisieren.

Andere sagen, sie könnten ihren Körper seit langem kaum akzeptieren und möchten ihn endlich so annehmen, wie er ist; ihr Bild vom eigenen Körper und ihr Urteil müssen sich verändern. Obwohl sie von «Körper» sprechen, meinen sie damit eigentlich ihre Figur. Sie möchten sich wieder unverzerrt sehen können und akzeptieren, dass sie an Gewicht zunehmen. Es sei ihnen wichtig, Hunger und Sattsein wieder wahrnehmen zu können und ihren Körper ganz allgemein besser zu spüren. Sie sagen, sie seien noch nie in Frieden mit ihrem Körper gewesen, und ihre Traurigkeit darüber ist spürbar. Sie wollen nicht mehr immer nur sprechen, sondern sich anders erleben, neu ankommen.

Einige wenige schockieren mit der Mitteilung, diese Gruppentherapie sei das letzte Angebot, das sie noch testeten, eigentlich sei ihnen nicht zu helfen, sie hassten sich selbst und hätten ständig Suizidgedanken. Diese Patientinnen gehen davon aus, sie und ihre extreme Not seien nicht tragbar, und schließen sich damit gleich zu Beginn auf paradoxe Weise von der Gruppe aus. Sie halten andere Teilnehmerinnen auf Distanz und binden sie gleichzeitig – unter großer emotionaler Spannung – in eine Beziehung ein, in der sich die meisten hilflos überfordert fühlen. Manchmal entsteht jedoch gerade durch ihre extremen Äußerungen eine Verbundenheit, weil es anderen ähnlich geht, ohne dass diese gewagt hätten, es so deutlich auszudrücken.

Wieder andere bringen allen Teilnehmerinnen gegenüber eine verständnisvolle, aufmerksame Haltung zum Ausdruck, so als würden sie die Gruppe mit mir zusammen leiten. Sie verschleiern ihre eigene spezifische Bedürftigkeit und distanzieren sich auf diese Weise von der Gruppe und der damit verbundenen psychiatrischen Diagnose; sie vermitteln den Eindruck, nur durch Zufall in diese Gruppe von Frauen mit Essverhaltensstörungen geraten zu sein. Manchmal sagen sie, sie seien in der falschen Gruppe mit der falschen Ausrichtung zum falschen Zeitpunkt. Selbstverständlich sei das ein gutes Angebot und ich eine gute Therapeutin, aber nur die anderen hätten ein Problem, nicht sie.

Einige äußern ihr Schutzbedürfnis in einem komplizierten Feilschen um die Rahmenbedingungen der Therapie: Sie kämen lieber in eine Einzeltherapie; wenn ich das ablehne, realisieren sie oft erst am Schnuppertermin, dass ihnen der angebotene Wochentag nicht passt, sie nur jedes zweite Mal kommen können oder aus diesen und jenen Gründen oft früher gehen müssen. Ihre Erklärungen sind in der Regel plausibel: schulische, berufliche oder familiäre Anforderungen, schwierige Zugverbindungen zur Therapie oder geplante Auslandsaufenthalte. Diese Patientinnen versuchen, Dinge zu vereinen, die nicht zu vereinen sind, wie lückenlose Präsenz in der Ausbildung und zeitlichen Freiraum für therapeuti-

sche Auseinandersetzung. Zu akzeptieren, dass ihre Kräfte und zeitlichen Ressourcen beschränkt sind, fällt ihnen schwer. Sie möchten teilnehmen, obwohl sie ihren eigenen Angaben zufolge die Rahmenbedingungen für eine Teilnahme an der Gruppe nicht einhalten können.

AKZEPTIERENDES OSZILLIEREN DER AUFMERKSAMKEIT ZWISCHEN VERSCHIEDENEN PHÄNOMENEN

Die hier typisiert aufgeführten Bedürfnisse, Wünsche und Befürchtungen habe ich all die Jahre hinweg immer wieder von Patientinnen gehört. Sie zusammen mit noch nicht in Worte fassbaren Ambivalenzen im therapeutischen Prozess immer wieder einzuladen, heißt, verbal und nonverbal einen akzeptierenden Raum zu öffnen, in dem jeder Zustand und jedes Verhalten als aktuell sinnvoll für die Betroffenen gewürdigt werden, egal wie widersprüchlich sie erscheinen mögen. Aufmerksamkeit für die Patientinnen durch genaues Zuhören und Wahrnehmen und eine methodisch vielfältige Auseinandersetzung (Rytz, 2010, 41–50) haben meine therapeutische Haltung geprägt: Ich sehe die Patientinnen als Expertinnen für ihre Erkrankung und Heilung. Ihre Äußerungen zeigen mir, dass sie um die wesentlichen Elemente der therapeutischen Auseinandersetzung wissen, diese aber aus verschiedenen Gründen noch nicht nutzen können. Eine Vielzahl der therapeutischen Interventionen sind auf diese Überzeugung abgestimmt. Ich gehe davon aus, dass die Patientinnen bereits konstruktive Schritte unternommen hätten, wenn ihnen das möglich gewesen wäre. Viele Betroffene wissen nicht, wie sie das, was sie sich wünschen, konkret und wirksam täglich kultivieren können. Sie müssen ermutigt und zu kleinen Schritten angeleitet werden; sie brauchen Wiederholungen sowie Beistand im Umgang mit Belastungen. Um Sucht, Zwang und Angst wirksam entgegenzutreten, sind zudem Klarheit und Akzeptanz vonnöten: Die Patientinnen müssen klar und aufrichtig wahrnehmen, was sie fühlen, empfinden und denken, wie sie handeln und welche Konsequenz das jeweils nach sich zieht.

Auch wenn Akzeptanz in achtsamkeitsbasierten Methoden absichtsvoll kultiviert wird, ist sie kein Ziel, das durch eine geglückte Anstrengung erreicht werden kann. Akzeptanz ist eine Qualität, die man wiederentdeckt, in sich wachsen lässt, sich selbst schenkt, geschenkt bekommt; sie wird zugänglicher, wenn man sie nicht stört. Durch Akzeptanz entsteht Spielraum im Umgang mit Ambivalenz und die Freiheit, sich zwischen den vielen, teilweise widersprüchlichen Aspekten zu bewegen, die den Menschen ausmachen: Skepsis und Hingabe, Verzweiflung und Freude, Nüchternheit und emotionale Intensität, Verankerung in der Gegenwart und das Abschweifen in die Zukunft oder die Vergangenheit, Freiheit und klar begrenzte Strukturen, Verbundenheit und Autonomie, Fremdheit und Vertrautheit, Nähe und Distanz, Sympathie und Aversion, Mut und Angst, rationales Analysieren und intuitives Fühlen und Spüren.

Viele Patientinnen verurteilen einen Pol dieser Begriffspaare und wenden sich von der entsprechenden Qualität u.a. deshalb ab, weil sie die Auseinandersetzung damit als unangenehm, schmerzhaft oder verwirrend empfinden. Sie glauben, sie sollten keine Angst mehr haben, nicht skeptisch oder zweifelnd sein, sondern allem offen, mutig und ohne zu zögern begegnen. Versuchen sie das, nimmt gewöhnlich ihr Bedürfnis nach Kontrolle zu, weil sie sich nicht mehr sicher fühlen. Da das essgestörte Verhalten bisher die wirksamste Form der Kontrolle war, verstärken sich das Symptom und gleichzeitig das Gefühl von Misserfolg. Wer Ambivalenzen als Problem ansieht und verzweifelt versucht, sie aufzulösen oder in Eindeutigkeit zu verwandeln, trägt zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer gravierenden Symptomdynamik bei (Schmidt, 2007).

Achtsame Körperwahrnehmung stärkt hingegen die Fähigkeit zu einer hin und her pendelnden Aufmerksamkeit: Ein vielschichtiges Sowohl-als-auch zwischen Empfinden, Denken und Fühlen, das Ambivalenzen zulässt und scheinbare Widersprüche verbindet. Gelingt das Oszillieren in einer akzeptierend offenen Qualität, so sprechen wir von Achtsamkeit.



oszillierende Aufmerksamkeit

Modell der oszillierenden Aufmerksamkeit, Rytz, 2010, 55

Innerhalb der drei Ebenen kann die Aufmerksamkeit zudem bewusst zwischen angenehmen, unangenehmen und neutralen Reizen hin und her pendeln. Praktiziert wird das Oszillieren auf vielfältige Weise in Übungssituationen, im Alltag und in Stresssituationen (Rytz, 2010, 81–84). Unangenehmes oder Schwieriges verschwindet nicht, aber durch das Oszillieren sind neben

belastenden auch neutrale oder gar angenehme Empfindungen, Gedanken und Gefühle wahrnehmbar. Die Patientinnen erfahren im Verlauf der Therapie, dass sie sich auch Belastendem gut dosiert zuwenden können. Sie nehmen Ängsten, Scham, Trauer, Schmerz oder Aggression gegenüber eine akzeptierendere Haltung ein – nicht weil diese Gefühle an sich weniger bedrückend wären, sondern weil sie selbst in dem Moment, in dem sie sich diesen Emotionen zuwenden, den Wahrnehmungsraum für anderes nicht verlieren. Sie fühlen sich weniger überwältigt oder besetzt und sind weniger auf ein symptomorientiertes Kontrollverhalten angewiesen (Rytz, 2010; Weiss & Harrer, 2010; Bohus & Huppertz, 2006). Durch das achtsame Wahrnehmen von belastenden Empfindungen, Gedanken und Gefühlen wie Schmerz oder Trauer verstärken sich diese zwar manchmal, doch gleichzeitig erleben die Patientinnen, wie das Oszillieren der Aufmerksamkeit ihnen ermöglicht, sich parallel dazu Ressourcen oder neutralen Phänomenen zuzuwenden. Gelingt es den Patientinnen, sich Belastungen genauso offen zuzuwenden wie Erfreulichem, dann wachsen ihr Verständnis für ihr eigenes Erleben und dadurch auch ihr Selbstwert. Sie erleben Selbsteffektivität, indem sie die Intensität der Wahrnehmung von Belastung selbst regulieren (Baer et al.,

2006). Sie lernen, intensive Emotionen besser zu dosieren, belastende Gedanken zu relativieren und schmerzvolle körperliche Spannungszustände zu modulieren. Sie fühlen zudem eine größere Verbundenheit mit anderen und dadurch mehr Mitgefühl und Freude, manchmal auch mehr Zuversicht. Die Intensität bestimmter Belastungen wird zwar immer wieder als quälend und manchmal auch als schier unerträglich erlebt, doch gleichzeitig fühlen sich die Patientinnen lebendiger, stabiler und ruhiger. Es fällt ihnen leichter auszudrücken, wie es ihnen geht, sie können sich besser zeigen. Sie entwickeln die Fähigkeit, sich neu und facettenreicher zu schützen. Sie haben weniger Angst, ihr krankhaftes Kontrollverhalten könnte ihnen weggenommen werden, bevor sie eine brauchbare Alternative haben. Bei einem positiven Verlauf der Therapie entdecken sie diese brauchbare Alternative nach und nach selbst: Halt und Orientierung in der eigenen achtsam zwischen vielen Polen oszillierenden Wahrnehmung und dem Akzeptieren des eigenen Erlebens (Jakob, 2012; Basman, 2010; Wolever & Best, 2009).

BALANCE ZWISCHEN FREIWILLIGKEIT UND VERPFLICHTUNG

Ambulante körperpsychotherapeutische Gruppentherapien für Menschen mit Essstörungen sehen sich oft mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert. Häufig mangelt es an verbindlicher Teilnahme, Zweifel und Unsicherheiten der Patientinnen sind stark und die Zahl der Teilnehmerinnen ist erstaunlich niedrig im Vergleich zur Anzahl der an Essstörungen Erkrankten. Um möglichst vielen Patientinnen zu ermöglichen, eine körperorientierte Gruppentherapie in einem ersten Schritt überhaupt auszuprobieren, und ihnen später zu helfen, regelmäßig daran teilzunehmen, ist es meiner Ansicht nach erforderlich, Ambivalenz einzuladen, eine Balance zwischen Freiwilligkeit und Verpflichtung zu finden sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, die Sicherheit und Schutz vermitteln. Im Folgenden schildere ich, wie ich die ersten zwei Treffen diesbezüglich strukturiere und die Rahmenbedingungen für die gesamte Therapie definiere.

ANMELDEPROZEDERE

Das diagnostisch ausgebildete Fachpersonal der Esssprechstunde informiert interessierte Patientinnen über Inhalte und Rahmenbedingungen der Achtsamen Körperwahrnehmung. Zudem liegen in Kliniken und bei frei praktizierenden PsychotherapeutInnen entsprechende Faltblätter aus. Mehr noch als stationäre Angebote basieren ambulante Therapien stark auf Freiwilligkeit. Im Anmeldeprozedere berücksichtige ich das gezielt. Niemand wird direkt in die Gruppe überwiesen. Das Faltblatt zur Achtsamen Körperwahrnehmung enthält einen Anmeldebogen, der von der Patientin ausgefüllt werden muss; sie initiiert ihre Teilnahme also selbst. Zu allen fristgerecht angemeldeten Patientinnen erhalte ich von meinen KollegInnen der Sprechstunde eine schriftliche Anamnese und eine psychiatrische Indikation. Einige Frauen sind lange hin- und hergerissen und

melden sich erst in der Woche vor oder gar am Tag des Therapiebeginns. Falls es noch freie Plätze gibt, ist auch eine kurzfristige Anmeldung möglich. Oft ist die Gruppe bereits voll, und die Interessierte muss ein halbes Jahr warten. Es lohnt sich, den Betroffenen diese Wartezeit zuzutrauen und die Rahmenbedingungen nicht dem Zögern der Patientinnen anzupassen. Ich biete Frauen, die keinen Platz in der Gruppe finden, selbst keine Einzeltherapien zur Überbrückung an, sondern vermittele sie an KollegInnen, falls sie tatsächlich eine körperpsychotherapeutische Unterstützung während der Wartezeit wünschen, was bei sorgfältigem Nachfragen oft nicht der Fall ist. Wartezeiten für die Gruppe sind zwar – selbst bei klarer zeitlicher Transparenz – im ersten Moment schwer zu ertragen, wenn sie einige Monate umfassen, für den Verlauf der Heilung sind sie aber nicht schädlich, sondern oft sogar produktiv, weil die Entscheidung reifen kann, sich verbindlicher mit der Belastung durch die Erkrankung auseinanderzusetzen.

Mit der Anmeldebestätigung schicke ich den Patientinnen die genaue Terminübersicht und teile ihnen mit, dass ich sowohl die regelmäßige Anwesenheit (mindestens siebzehn von zwanzig Terminen) als auch eine aktive Auseinandersetzung mit den Inhalten der Therapie zwischen den Gruppentreffen voraussetze. Ich bitte sie, die konkreten Daten zu prüfen und die Teilnahme auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, falls sie öfters als dreimal fehlen müssten. Ich informiere sie, dass wir zwischen den Sitzungen mit Anregungen zu achtsamem Wahrnehmen aus meinem Buch *Bei sich* und in Kontakt arbeiten und sie daher das Buch am zweiten Termin zum Selbstkostenpreis kaufen sollten. Wer sich diese Investition nicht leisten kann, dem wird das Therapiebuch aus einem Sozialfonds der Klinik vergütet; auch darauf weise ich die Patientinnen hin. Zudem teile ich ihnen mit, dass es sich beim ersten Treffen um ein Schnuppertreffen handelt und sie sich im Anschluss frei für oder gegen die Teilnahme entscheiden. Wenn die Gruppe von einer Hospitantin begleitet wird –, was meist der Fall ist – erwähne ich das ebenfalls.

Ich stehe telefonisch für Klärung von Fragen zur Verfügung. Beim telefonischen Kontakt bereite ich die Patientinnen darauf vor, dass sie am Tag des Gruppenbeginns ihre Teilnahme möglicherweise wieder absagen möchten; das müsse sie nicht erschrecken, es gehe vielen so. Ich antizipiere implizit Angst, Zweifel und Scham und ermuntere sie, ihr emotionales Hin und Her – wenn möglich sogar etwas humorvoll – zu akzeptieren und trotzdem zu kommen, damit sie sich aufgrund ihrer konkreten Erfahrung für oder gegen die Teilnahme entscheiden könnten. Ich würdige ihr Kontrollbedürfnis und ihre Autonomie und unterstütze sie zugleich, neue Erfahrungen erst einmal zu machen. Indem ich belastende Gefühle und Gedanken wertfrei antizipiere, vermittele ich den Patientinnen, dass sie sich für diese weder kritisieren noch schämen müssen. Ohne dass ich explizit darauf eingehe, wird spürbar, dass die Patientinnen mit diesen Belangen nicht alleine sein werden, dass ich – und später die Methode und die Gruppe – ihnen beistehen, genau solchen Belastungen konstruktiv zu begegnen. Wenn ich am

Telefon merke oder von einer Psychotherapeutin darüber informiert werde, dass sich eine Patientin extrem vor der Gruppe ängstigt, biete ich dieser an, mich und die Räumlichkeiten noch vor Beginn kurz kennenzulernen. Ich führe mit den Patientinnen allerdings keine therapeutischen Gespräche, sondern versuche, sie vor allem durch Information und eine unaufgeregte direkte Begegnung auf schlichte Weise zu entlasten.

Am Ende des zweistündigen Schnuppertermins, bei dem sich die maximal zwölf Patientinnen kennenlernen, die Methode und mich als Gruppentherapeutin konkret erleben, entscheidet sich jede für oder gegen eine Teilnahme. Die geschlossene Gruppe umfasst danach zwanzig ebenfalls zweistündige Abendtermine, die sich – mit einer oder zwei Pausen von zwei bis drei Wochen – über ein gutes halbes Jahr verteilen. Zum Teil ist eine wiederholte Teilnahme indiziert. Nach drei bis vier Wochen und zum Schluss der Gruppentherapie führe ich zudem mit jeder Patientin ein Einzelgespräch, in dem ich spezifisch auf individuelle Erfahrungen in der Gruppe und die persönlichen Bedürfnisse der Patientin eingehe.

ERSTES TREFFEN: SCHNUPPERTERMIN

Die Patientinnen kommen nach und nach abends in dem räumlich etwas abgetrennten Wartebereich zusammen. Ich begrüße sie, setze mich zu ihnen, warte, bis die letzten eintreffen, und spreche dabei auch die leicht angespannte Situation kurz an. Ich frage, ob sich einzelne zufälligerweise kennen, um auch dieser Befürchtung einen akzeptierenden Rahmen zu geben.

Wenn alle vollständig versammelt sind, führe ich die Gruppe in den Umkleideraum, zeige den Therapieraum und erkläre, durch welche Türen man diesen verlassen kann, damit sich niemand eingeschlossen fühlt. Ich gebe einen Überblick darüber, wo wir uns im Gebäude befinden und welche Räume sich an den Therapieraum anschließen, um eine im Konkreten verankerte Orientierung zu bieten. Für die Therapie empfehle ich bequeme Kleidung: Trainingshosen, Socken, T-Shirt oder Pulli. Das Umkleiden in der Garderobe stellt für die meisten eine weitere Belastung dar; bisher habe ich noch nie erlebt, dass sich beim ersten Treffen tatsächlich alle umziehen. Ich greife das eher nebenher auf und sage, es sei in Ordnung, sich nicht umzuziehen, falls man keine andere Kleidung mitgebracht habe. Im Raum sammeln wir uns in einer ersten Runde auf im Kreis vorbereiteten Matten und Meditationskissen. In der Mitte des Kreises steht ein Blumenstrauß. Ich begrüße alle ein zweites Mal, erwähne, dass es sich um einen Schnuppertermin handle, erläutere grob den Ablauf der zwei Stunden und lade jede ein, das Angebot für sich zu erfahren und sorgfältig zu prüfen, ob es ihren Bedürfnissen entspricht. Danach bitte ich alle, nur ihren Namen zu sagen. Diese Namensrunde wird meistens wiederholt, weil vor lauter Anspannung kaum jemand die anderen Namen wirklich gehört hat. Ich halte kurz inne, ermuntere alle, die Gesichter der anderen wirklich zu sehen, in der Gegenwart zu landen,

einander vielleicht sogar mit dem Blick zu begegnen (Rytz, 2010, 125) und sich nochmals den einen oder anderen Namen in Erinnerung zu rufen.

Danach leite ich eine stark strukturierte, etwa dreißigminütige Wahrnehmungs- und Bewegungssequenz an. In ihrem Verlauf aktiviere ich so viele Ressourcen wie nur möglich: Verankerung in der Gegenwart, neugieriges Entdecken des Raumes, einfache Kontaktaufnahme, klare Möglichkeiten sich zu begegnen und zu distanzieren, Orientierung im persönlichen Raum und eine möglichst akzeptierende Haltung den eigenen Gefühlen und Gedanken gegenüber. Durch meine inhaltliche Anleitung, aber auch durch den Klang meiner Stimme, meine Wortwahl, Gestik und Körperlichkeit kreierte ich einen freundlich akzeptierenden Rahmen und bin mir gleichzeitig bewusst, dass sich die Teilnehmerinnen – gerade wenn sie sich eigenen Empfindungen zuwenden, aufrecht gehen und ihren Körper zeigen – sehr exponiert, beobachtet und zum Teil kritisiert und verloren fühlen.

Von Essstörungen Betroffene werten sich selbst – insbesondere ihre Figur – stark ab und stabilisieren sich zugleich emotional durch dieses abwertende Verhalten. Den eigenen negativen Selbstwert im Griff zu haben bedeutet, auf destruktive Art Selbstschutz und -effektivität zu erfahren (Vocks et al., 2006; Cash et al. 2005). Die Patientinnen entlasten sich, indem sie sich ihren körperlichen Empfindungen gerade nicht zuwenden (Rytz, 2010, 58–59; Caldwell, 1997). Die körperpsychotherapeutische Methode ist also an sich bereits eine Stressexposition. Die meisten verfallen daher zunächst geradezu automatisch wieder in diese Bewältigungsstrategie der Essstörung: Sie gehen durch den Raum und konkurrieren mit den anderen, schauen, wer die Dünnste und wer die Dickste ist, ängstigen sich so sehr, dass sie emotional verzerrt wahrnehmen und oft überzeugt davon sind, selbst die Dickste zu sein. Manche sind überhaupt nicht in der Lage, irgendetwas wahrzunehmen, und stabilisieren sich durch Selbstkritik. Sie fühlen sich diffus haltlos, unabgegrenzt, dünnhäutig und bedroht. Doch durch meine Anleitung lernen die Teilnehmerinnen während dieser nicht zu vermeidenden Stressexposition zugleich verschiedene Facetten der achtsamkeitsbasierten körperpsychotherapeutischen Methode kennen. Manche ahnen, dass sie dadurch die Fähigkeit wiederentdecken, die helfen könnte, wieder zu sich zurückzukehren: gehen und die Füße am Boden wahrnehmen, in der Gegenwart ankommen (Rytz, 2010, 168–169), Bezug zur Schwerkraft (Rytz, 2010, 90–93), den eigenen Atem spüren (Rytz, 2010, 94/96), den Raum betrachten (Rytz, 2010, 123), andere Menschen sehen (Rytz, 2010, 120/124–125), die eigene Unsicherheit als angemessenes Gefühl willkommen heißen, etwas ruhiger werden im Kopf und im Herzen (Rytz, 2010, 117). Die spezifischen Wahrnehmungsanregungen aus meinem Buch *Bei sich und in Kontakt*, auf die hier verwiesen wird, können zur Orientierung oder als Ideenpool dienen. Die Anleitungen im Buch wenden sich jedoch an Einzelpersonen; in der Gruppe lasse ich einen Fokus in den anderen übergehen, nehme Reaktionen von den Patientinnen auf und arbeite viel über Interaktionen zwischen den Teilnehmenden.

Nach der erfahrungsorientierten Einführung sammle ich die Gruppe in einer zweiten Runde. Erst jetzt bitte ich alle, ihre Erwartungen, Wünsche und Befürchtungen mitzuteilen. In dieser Runde erfahren die Teilnehmerinnen, was die anderen motiviert, die Therapie zu machen. Neben der bei allen spürbaren Belastung durch die Erkrankung werden erste Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede laut. Indem ich nach der Runde konkret auf genannte Erwartungen und Befürchtungen eingehe, stelle ich meine Haltung und die Methode vor; ich betone Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben der Patientinnen und grenze die achtsamkeitsbasierte, körperorientierte Therapie gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) ab, die von unserem Team ebenfalls als Gruppentherapie angeboten wird. Ich empfehle die Teilnahme an der KVT-Gruppe, wenn sich Patientinnen dementsprechend äußern. Dabei achte ich sorgfältig darauf, die Entscheidungsfreiheit der Patientinnen zu würdigen und nicht zu vermitteln, ich wüsste, was gut für sie ist. Ich stelle mich auch selbst kurz vor: meinen Ausbildungshintergrund, meine Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit einer Essstörung und mein Interesse an dieser Arbeit.

Nach diesem etwa dreißigminütigen Gesprächsteil führe ich in die Partnerinnenarbeit ein. Die Arbeit zu zweit mit gegenseitiger Berührung – zuerst über Gegenstände, später durch direkten Körperkontakt – ist ein wichtiger Bestandteil der Gruppentherapie. Sie kreiert einen persönlicheren Bezug. Die Frauen bekommen die Gelegenheit, über die klar strukturierte, körperorientierte Begegnung mit anschließendem verbalen Austausch eine andere Teilnehmerin etwas näher kennenzulernen. So entstehen bereits beim Schnuppertermin oft überraschend einfache persönliche Begegnungen, die vielen helfen, sich in der Gruppe unerwartet wohl und willkommen zu fühlen.

Zum Schluss des Schnuppertreffens legt sich jede Patientin alleine auf eine Matte. Ich verteile vorgewärmte Sandsäckchen, spiele ruhige Musik ab und lade alle ein, den Ablauf der zwei Stunden gedanklich durchzugehen, indem ich viele verschiedene Momente neutral in Erinnerung rufe: «Erinnern Sie sich nochmals, wie Sie hierhergekommen sind. Vielleicht waren Sie die Erste, vielleicht waren schon andere im Warteraum, vielleicht kamen Sie ganz am Schluss. Dann saßen wir alle im Kreis und haben unsere Namen gesagt. Wir gingen durch den Raum, die einen kannten ihn schon, die anderen nicht. Vielleicht erinnern Sie sich an Ihre Stimmung, während Sie so durch den Raum gegangen sind. Dann haben alle erzählt, was sie sich von der Therapie wünschen, [...] und jetzt nehmen Sie wahr, wie es Ihnen geht: Ihre Stimmung, vielleicht auch Gedanken oder ein Körpergefühl.» Ich gebe danach etwa eine Minute Zeit, damit sich jede überlegen kann, ob sie an der Therapie teilnehmen möchte oder nicht. In der konkreten Formulierung der Frage erwähne ich zuerst den Entscheid, nicht teilzunehmen, um zu betonen, dass ich niemanden zu einer Teilnahme drängen möchte. Ich ermuntere die Frauen, die Entscheidung auf der Basis der konkreten Erfahrung zu fällen und ihrer eigenen Wahrnehmung zu trauen. Dann sammeln wir uns wieder zu

einer Runde, in der sich jede kurz zur gesamten Erfahrung äußern kann und mitteilt, ob sie teilnehmen möchte oder nicht. Wenn möglich, erteile ich zuerst einer Frau das Wort, von der ich annehme, dass sie teilnehmen möchte, da zögernde Patientinnen sich sehr von den Entscheidungen anderer beeinflussen lassen. Ich heiße alle, die teilnehmen möchten, in der Gruppe willkommen und würdige die Entscheidung derer, die nicht teilnehmen. Wer teilnimmt, bekommt ein Blatt mit zwei Aufträgen bis zum nächsten Treffen (Siehe 257, 1).

ZWEITES TREFFEN: ANKOMMEN, VERTRAULICHKEIT UND SCHUTZ

Beim zweiten Treffen leite ich nach dem Eingangskreis meistens eine lange Wahrnehmungs- und Bewegungssequenz an, bei der jede Frau für sich auf einer Matte auf dem Boden liegt. Viele fühlen sich liegend weniger exponiert als im Stehen; sie erfahren die beruhigende Wirkung des tragenden Bodens und der Schwerkraft (Rytz, 2010, 92–93), kommen aber gleichzeitig mehr in Kontakt mit Gedankenkreisen, kritischen inneren Stimmen und belastenden Gefühlen, weil sie motorisch weniger aktiv sind und sich weniger durch andere Reize ablenken können. Zudem sind viele Bodensequenzen damit verbunden, sich selbst zu berühren: Der Anleitung gemäß zu versuchen, das achtsam und nicht abwertend zu tun, ist für viele eine Herausforderung. Ich leite daher die Bodensequenzen nie als Entspannungsübungen an, sondern vermeide ganz allgemein möglichst jede Suggestion und lade detailliert und konkret dazu ein, sich den eigenen Empfindungen, Gedanken und Gefühlen zuzuwenden: Das ist der Kern der achtsamkeitsbasierten Methode (Rytz, 2010, 52–62). Nach diesem Teil, der etwa fünfundvierzig Minuten dauert, reflektieren die Teilnehmerinnen ihre Erfahrung und schreiben für sie Wesentliches in ihr Notizheft. Danach sucht sich jede Frau eine Partnerin für einen Gesprächsaustausch. Anschließend leite ich eine Partnerinnenbegegnung in Bewegung an, beispielsweise eine Bewegungssequenz mit einem Bambusstab: Die Partnerinnen halten mit der Kuppe ihres Zeigefingers zu zweit einen Stab, über den sie in wechselnden Rollen von Führen und Folgen kommunizieren. Es folgt ein Austausch in der ganzen Gruppe.

Zum Abschluss des zweiten Treffens thematisiere ich den geschützten Rahmen, die Schweigepflicht und den vertraulichen Umgang mit der Adressliste. Wir besprechen mögliche zufällige Begegnungen zwischen den Teilnehmerinnen im Alltag und klären, in welcher Art sich die einzelnen kennen und ansprechen möchten, falls sie in Begleitung von FreundInnen oder Bekannten sind. Meistens möchten sich die Patientinnen auch außerhalb der Gruppe offen grüßen, aber nicht auf die Gruppe angesprochen werden, wenn andere Leute anwesend sind. Des Weiteren thematisiere ich die Verbindlichkeit der Teilnahme. Ich erwähne, dass es Abende geben wird, an denen die eine oder andere nicht teilnehmen möchte, vielleicht auch, weil es ihr schlecht geht und sie sich schämt, sich in dieser Stimmung zu zeigen, oder sich zu verletzlich fühlt. Ich bitte alle, in jeder Stimmung und jedem körperlichen Zustand zu kommen, es sei denn, sie seien körperlich krank, zum

Beispiel fiebrig. Es kann wichtig sein, «Krankheit» zu spezifizieren, da sich viele Patientinnen in einem körperlich prekären Zustand befinden, ständig Schmerzen und Unwohlsein empfinden und oft nicht mehr abschätzen können, was «krank» bedeutet. Ich betone, jede dürfe einfach anwesend sein und zuhören, keine müsse aktiv sein. Man könne einfach im Raum bleiben, Teile der Therapie mitmachen und andere auslassen oder eine Variante eines Angebots ausprobieren. Ich erzähle, es sei bereits vorgekommen, dass Teilnehmerinnen zwei Stunden geschlafen hätten, was für die meisten bisher unvorstellbar war und oft mit Erstaunen zur Kenntnis genommen wird. Ich teile ihnen mit, dass ich erwarte, dass sie sich abmelden, falls sie nicht teilnehmen, am liebsten bei einer anderen Teilnehmerin. So regle ich Verbindlichkeit, ohne mich selbst zu sehr als kontrollierende Instanz einzubringen. Sollte jemand mehr als die vereinbarten drei Termine fehlen, sei dies für mich ein Zeichen, die Betreffende auf die Therapiemotivation anzusprechen und die weitere Teilnahme mit ihr abzuklären. Jede könne darüber hinaus die Therapie jederzeit abbrechen. Voraussetzung dafür sei lediglich, dass sie sich von den anderen Teilnehmerinnen zu Beginn oder am Ende der letzten Gruppenstunde nochmals persönlich verabschiede.

Sind die Teilnehmerinnen mit diesen Rahmenbedingungen einverstanden – was eigentlich immer der Fall ist, da sie allen minimal und vernünftig erscheinen – unterschreiben sie eine schriftliche Absichtserklärung, die auf dem offiziellen Briefpapier des Inselspitals ausgedruckt ist. Im Gegenzug zu ihrer verbindlichen und engagierten Teilnahme versichere ich darin meinerseits, dass ich mich fachlich weiterbilde und ihnen eine kompetente Therapie nach dem aktuellen Wissensstand in diesem Fachbereich anbiete. Immer wieder hat sich das Unterzeichnen dieser minimalen Verpflichtung im Sinne einer Absichtserklärung als sinnvoll und wichtig erwiesen, obwohl ich beinahe jedes Mal auch denke, es sei nicht nötig, weil die Frauen alle sehr verbindlich wirken und mir das Prozedere etwas bevormundend erscheint. Diese wiederkehrenden Zweifel einem Prozedere gegenüber, das sich bewährt hat, interpretiere ich als Ausdruck davon, dass auch ich mich in diesem Tanz der Ambivalenz mitbewege, immer wieder zweifle und mich dann doch für die klare Struktur entscheide. Ich denke, die Patientinnen spüren, dass ich sie in keinsten Weise bevormunden oder gar abwerten möchte, und wissen, dass ich sie gerade durch diese Absichtserklärung in ihrem großen Schutzbedürfnis ernst nehme.

Antizipiere und erlaube ich einen möglichen Therapieabbruch, wie er beinahe in jeder Gruppe vorkommt, bereite ich das Terrain vor, auf dem Autonomie und Verbundenheit im Kontext von Abschied neu erfahren werden kann. Wer sich verabschieden will, kann lernen, zur eigenen Entscheidung zu stehen, sich die Reaktionen der anderen anzuhören, vielleicht beeinflussen zu lassen oder im eigenständigen Entschluss gestärkt zu fühlen. Die Betreffende kann erfahren, dass niemand sie bestraft oder abwertet, dass sie ernst genommen, ihr Abschied vielleicht bedauert oder sie als Person vermisst werden wird. Sie kann eine Be-

ziehungserfahrung machen, von der sie sich bisher oft gedrückt hat, aus Angst, diese sei zu belastend.

Zum Schluss verteile ich schriftlich einzelne Anregungen zu achtsamer Wahrnehmung und bitte die Patientinnen, diese bis zum nächsten Termin zu Hause zu praktizieren (siehe 258, 2).

LEITFADEN FÜR AMBULANTE GRUPPENTHERAPIE: EINE ORIENTIERUNG, KEIN MANUAL

EIN BREITES SPEKTRUM AN ERFAHRUNGSRÄUMEN KREIEREN

Die Essenz meiner therapeutischen Interventionen ist – wie oben bereits erläutert – die oszillierende Aufmerksamkeit, die akzeptierende Hinwendung zu den eigenen Empfindungen, Gefühlen und Gedanken und die verschiedenen Möglichkeiten, deren Qualität und Intensität hilfreich zu modulieren (Rytz, 2010, 51–63). Meine therapeutischen Interventionen bestehen darin, Situationen zu kreieren, in denen Erfahrungen möglich sind und die Patientinnen ihr Erleben neugierig, offen und achtsam, wie ein Phänomen, erkunden können. Viele entdecken dabei, welches Verhalten sie unter Druck setzt oder ihnen Angst macht und welches sie entlastet, interessiert oder gar freut, wann sich etwas in ihnen freier und zuverlässiger anfühlt und wann und wie sich solche inneren emotional-mentalenen Räume wieder schließen.

Die Anregungen stützen sich auf verschiedene achtsamkeitsbasierte, körperpsychotherapeutische Methoden (Rytz, 2010, 41–50). Sie kreieren auf den jeweiligen Moment abgestimmte Erfahrungsräume, sind wie Zimmer der Wahrnehmung, in denen die Patientinnen sich selbst begegnen, ihren Ressourcen und auch ihren destruktiven Gewohnheiten. Die Zimmer an sich sind nicht wesentlich, aber vielen Patientinnen gelingt es, sich in diesen Räumen konstruktiver mit ihren Denk-, Fühl- und Empfindungsmustern auseinanderzusetzen als im oft komplexen oder gar bedrohlichen persönlichen Alltag. Die Patientinnen wagen in den Erfahrungsräumen der Therapie eher, etwas Neues auszuprobieren, und merken zum Teil erst im Nachhinein, wie ungewohnt und zugleich naheliegend das Entdeckte ist. Im Verlauf der Gruppentherapie beginnt sich etwas in ihnen umzuorganisieren. Eine qualitative Studie, in der ich zwanzig ehemalige Patientinnen nach ihren Erfahrungen in der Therapie befragen ließ (Rytz, 2010, 69–75), zeigte, dass viele ihrer eigenen Wahrnehmung wieder trauen, was ihnen – oft auch wortlos – Orientierung und Halt gab: «Wenn ich heute manchmal nervös bin, dann lege ich meine Hände auf den Bauch, das hilft mir sehr. Ich merke dann: Da bin ich», drückte die eingangs zitierte Patientin ihr wiederentdecktes Selbstbewusstsein aus (Rytz, 2010, 69).

Zu Beginn der Gruppentherapie leite ich stark strukturierend an. Ich gebe für alle Sequenzen Zeiten vor, verwende wiederholt die gleiche Musik, kläre die räumliche Anordnung bei Partnerinnenbegegnungen und Berührungssituatio-

nen, strukturiere Feedback und spreche viel, zum Teil beinahe ununterbrochen. Im Verlauf der Therapie lockere ich die Struktur systematisch auf und kreierte öfters Zeiten, in denen ich nichts konkret anleite. Ich bin achtsam präsent, gebe nun aber eher Erlaubnis als Anleitung. Oft wenden sich die einzelnen Patientinnen dann während ein und derselben Sequenzen ganz Unterschiedlichem zu. Weil ihnen die Methode vertrauter ist und sie sich allgemein sicherer fühlen, folgen sie vermehrt ihren Bedürfnissen und Interessen. Manchmal stelle ich Fragen, die das Erforschen eines Zustandes unterstützen oder die sich intuitiv einstellen, wenn ich die Präsenz der Gruppe auf mich wirken lasse. Methodisch bin ich dabei besonders von der Arbeit Elsa Gindlers, Heinrich Jacobys, Charlotte Selvers und Frieda Goralewskis beeinflusst, wie ich sie u.a. durch Claudia Feest, Ruth Veselko und Charlotte Selver kennengelernt habe (Johnson, 2012, 29–63; Klinkenberg, 2007; Brooks, 2005; Ludwig, 2002).

Um die Wahrnehmungsfähigkeit vertieft zu erkunden und zu differenzieren, kreierte ich Erfahrungsräume für die Patientinnen alleine, für Partnerinnenbegegnungen zu zweit und Gruppensituationen. Viele psychisch belastete Patientinnen, aber auch etliche TherapeutInnen gehen davon aus, dass neue Erfahrungen am besten zuerst alleine, dann zu zweit und später in Gruppen angegangen werden sollten. Meiner Erfahrung nach gibt es viele Menschen, die sich im Kontakt mit anderen besser auf sich konzentrieren können, als wenn sie alleine sind. Sie finden sich selbst in der Begegnung. Ich biete daher von Anfang an ein breites Spektrum an Interaktions- und Kontaktmöglichkeiten an: in Bewegung durch den Raum, im Kreis sitzend oder stehend, auf der Matte am Boden sitzend oder liegend, mit und ohne Berührung, in Interaktion zu zweit, zu dritt oder mit vielen, mit oder ohne Gegenstände wie Bälle, Stäbe und Sandsäckchen, zu Musik oder in Stille.

Bewegen, Innehalten, Nachspüren und Reflektieren wechseln sich dabei ab. Meiner Ansicht nach vereinfachen Erfahrungen in sozial und körperlich unterschiedlichen Situationen den Transfer in Alltagssituationen; auch im Alltag sind wir manchmal alleine, zu zweit, in Gruppen, wir liegen, sitzen, stehen oder gehen, haben den Fokus mehr auf uns gerichtet, auf andere oder den Raum.

Ich unterscheide zwischen Übungs-, Alltags- und Stresssituationen. Ich biete Anregungen zu achtsamem Wahrnehmen an, die wie Übungsanleitungen sind, für die man sich Zeit nehmen muss und die einem bestimmten Ablauf folgen. Andere Interventionen flechte ich beiläufig ein: Sie schärfen den Achtsamkeitsfokus in Alltagssituationen, erfordern kaum zusätzliche Zeit, sondern vor allem die Intention, achtsame Wahrnehmung mehr und mehr als Haltung zu verinnerlichen. Schließlich leite ich auch in emotional intensiven Situationen zu achtsamer Wahrnehmung an. Solche emotional intensiven Momente oder Stresssituationen sind in jeder Gruppe durch die vielfältigen Belastungen, denen die Patientinnen ausgesetzt sind, direkt erlebbar. Sie müssen nicht gezielt initiiert werden: Eine Frau spricht von ihrer Verzweiflung und den damit verbundenen Suizidgedanken,

eine andere konkurriert mit dem sinkenden Körpergewicht einer Mitpatientin, eine dritte verliert ihren Freund und ihre Arbeitsstelle, eine vierte kommt nicht zur Therapie und keine weiß, wo sie ist.

In Übungs-, Alltags- und Stresssituationen als unterschiedliche Erfahrungsräume, in denen achtsames Wahrnehmen absichtlich kultiviert wird, sind auch die Anregungen eingeteilt, mit denen Patientinnen zwischen den Gruppentreffen zu Hause üben (Rytz, 2010, 81–83). Ich habe lange gezögert, Patientinnen konkrete Anleitungen für das Üben zu Hause zu geben, weil die meisten ohnehin sehr hohe Leistungs- und Perfektionsanforderungen an sich stellen. Ich befürchtete, achtsame Wahrnehmung könnte einfach ein weiterer Punkt auf der langen Liste täglich zu absolvierender Pflichten werden, da zu Beginn der Therapie viele nicht verstehen, dass sie achtsames Wahrnehmen nicht richtig oder falsch machen und sich daher auch nicht durch besondere Leistungen auszeichnen können.

Auch Akzeptanz dem eigenen Erleben gegenüber ist für die meisten vorerst eher ein abstrakter Begriff. Ich lade daher eher zu einer Art Neugierde, einem Interesse dem Wahrgenommenen gegenüber ein. Die Anleitungen sind schlicht und möglichst neutral. Ich biete Beschreibungen an, die das Wahrgenommene in Worte fassen lassen:

Legen Sie die Hand auf das Brustbein, den Knochen zwischen den Rippen. Spüren Sie, was Sie berühren, vielleicht den Pulli, eine Kette, die Haut. Vielleicht spüren Sie die Wärme oder die Kälte der eigenen Hände, einen feinen Druck. Nun schauen Sie, ob Sie unter der Hand eine Bewegung wahrnehmen können. (Pause) Vielleicht spüren Sie, dass sich der Raum unter ihrer Hand ausdehnt und wieder sinkt. Wenn Sie einatmen, dehnt er sich vermutlich aus, wenn Sie ausatmen, sinkt er wieder. Luft strömt beim Einatmen in die Lungen, diese werden größer, der Raum unter der Hand dehnt sich aus. Verbrauchte Luft strömt aus den Lungen aus, die Lungen werden kleiner, der Raum unter der Hand auch. (Pause) Möglicherweise merken Sie, dass Sie ab und zu an etwas denken, etwas kommentieren, innerlich wie zu sich sprechen – das ist völlig in Ordnung. Richten Sie dann einfach, wenn Sie wollen, die Aufmerksamkeit nochmals auf die Wahrnehmung der Atembewegung. (Pause) Nun schauen Sie, ob Sie diese Bewegung bei Ihrer Nachbarin sehen können – vielleicht im Bereich des Brustbeines oder bei den Schultern. Es ist ein wenig ungewöhnlich, jemanden so nah anzuschauen; machen Sie es wie eine respektvolle Forscherin. Was sehen Sie? Tauschen Sie sich kurz mit der Nachbarin aus.

Mit einfachen physiologischen Informationen kann ich Patientinnen auf eine konkrete und zugleich schlichte Art einladen, auf ihre Empfindungen zu achten und so für einen Moment mehr ins Erleben und in Bezug zum Körper zu kommen, ohne dass die Figur oder das Gewicht (bzw. der Selbstwert und das Selbstbild)

thematisiert wird. Wir atmen alle und können diese Bewegung konkret wahrnehmen – es ist eine der effektivsten Möglichkeiten, sich in der Gegenwart und dem eigenen Erleben zu verankern und Selbstregulation auf einer sehr basalen Ebene zu fördern. Ich stütze mich dabei auf Prinzipien aus dem Body-Mind Centering (Hartley, 2012; Johnson & Rytz, 2012, 219–242; Bainbridge Cohen, 1993).

ERFAHRUNG SICH SETZEN LASSEN, NACHSPÜREN, VERDAUEN, REFLEKTIEREN UND INTEGRIEREN

Nach sensomotorischen Sequenzen leite ich immer wieder ein zeitlich begrenztes Nachspüren in Ruhe an. Ich kreierte einen Raum für den Nachklang, für das Verdauen und Integrieren von Information. Erfahrung kann sich setzen. Zu Beginn der Gruppentherapie würden sich viele Patientinnen ohne diese Anleitung gleich wieder mit kritisch analysierenden, grübelnden oder abwertenden Gedanken und negativen Gefühlen belasten. In der Phase des Nachspürens hingegen wird Vertrauen kultiviert. Die Teilnehmerinnen sind ‚aktiv‘ daran beteiligt, nichts zu tun, sich selbst Zeit und Ruhe zu geben. Was paradox erscheint, wird vielen Patientinnen nach und nach klarer: Sie merken, dass Verdauen und Integrieren von Erfahrung sich ereignet, wenn man es nicht stört. Sie sind erstaunt, manchmal erschüttert, dass sie gar nicht so viel tun müssen. Im Body-Mind Centering wird dieser Zustand dem parasympathischen Nervensystem zugeordnet: Ruhen, Verdauen, Geschehenlassen. Eine Qualität, die Menschen mit Magersucht und Bulimie wenig vertraut ist und allgemein in westlichen Konsumgesellschaften derzeit wenig Beachtung findet.

Alle Gruppen beginnen und enden im Kreis, bei dem die Teilnehmerinnen auf Matten oder Meditationskissen am Boden sitzen. Noch vor dem Eingangsgespräch leite ich eine körperorientierte Wahrnehmungssequenz an, die oft mit der Anregung endet, die aktuelle Stimmung, Empfindungen und Gedanken wahrzunehmen. Manchmal lasse ich Zeit, damit jede Frau Stichworte in ihrem Notizheft festhalten kann: Wie geht es ihr? Welche körperliche Empfindung steht im Vordergrund? Welche Wünsche und Bedürfnisse hat sie gerade? Manchmal frage ich gezielter: Erinnern Sie sich an einen Moment der Freude heute? Gibt es etwas Bemerkenswertes aus dem Alltag, das Sie festhalten möchten? Welche Belastungen sind spürbar, wie sind sie spürbar? Was hat Sie seit dem letzten Treffen berührt und beschäftigt? Wie ist es Ihnen mit den Anregungen konkret ergangen?

Oft leite ich nach der individuellen Schreibzeit (ca. 5 Min.) einen kurzen Gesprächsaustausch in Kleingruppen an (ca. 8 Min.). Vor dem verbalen Austausch betone ich, dass jede immer wieder neu entscheiden kann, was sie in welcher Form mitteilen und was sie für sich behalten möchte. Patientinnen sind daran gewöhnt sich zu schützen, indem sie wenig oder nichts wahrnehmen. Nun werden sie dazu ermuntert, viel und differenziert wahrzunehmen, das eigene Erleben in Worte zu fassen und erst dann zu entscheiden, ob und wie sie es anderen kommunizieren. So lernen sie, die eigene Stimmung sorgfältiger zu regulieren;

sie fühlen sich weniger ausgeliefert, entscheiden laufend, in welche Art von Austausch sie gehen möchten, und werden durch gezielte Anleitungen von mir darin unterstützt.

Im Verlauf der Gruppe achte ich darauf, dass sich immer wieder andere Partnerinnen miteinander austauschen. Über den Austausch und das Erleben in Zweiergruppen kreierte sich meiner Erfahrung nach ein stabileres Vertrauen in der Gruppe, als wenn viel in der ganzen Gruppe gesprochen wird, die bis zwölf Teilnehmerinnen umfassen kann. Der Austausch in Kleingruppen unterstreicht zudem meine Überzeugung, dass die meisten von ihnen über die Kompetenz verfügen, sich gegenseitig zu unterstützen. Oft höre ich nicht, was die Frauen konkret sagen, sondern achte darauf, wie ihr Bezug auf mich wirkt. Sehe und empfinde ich Isolation, Starrheit, Scheu oder Angst, gehe ich zu diesem Paar und unterstütze die beiden in ihrer Beziehungsaufnahme. Nach dem Zweieraustausch gibt es immer auch Raum für Rückmeldungen in die ganze Gruppe.

Das Wahrnehmen und Kommunizieren der eigenen Bedürfnisse und die Hinwendung zur Selbstfürsorge ist in der Gruppentherapie zentral. In den Anfangsrunden geht es oft darum, dass die Patientinnen ihre Bedürfnisse spüren und dafür sorgen, dass sie erfüllt werden, selbst wenn nicht alle die gleichen Bedürfnisse haben. Es gelingt eigentlich immer, alle Bedürfnisse in den Ablauf zu integrieren. Die Patientinnen merken, dass sie – auch bei heterogenen Wünschen – einen Einfluss auf den Therapieverlauf haben. Mit der Zeit initiiere ich explizit Interventionen, die den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen scheinbar widersprechen: Bewegung im Raum, wenn alle müde sind, eine fokussierte Wahrnehmungssequenz im Liegen, wenn sich viele Ablenkung und Aktivität wünschen. Ich lade die Patientinnen ein, etwas auszuprobieren, auch wenn es ihnen ein wenig zuwider ist. Ich fordere sie auf, eher nachlässig, nur mit «halber Kraft» auf die Anleitungen einzugehen, sie auf sich selbst abzustimmen – und dennoch offen zu sein, etwas auszuprobieren, das nicht ihr erster Impuls gewesen wäre. So versuche ich, Stressexpositionen in Situationen umzudeuten, die Gelegenheit geben, sich mit Interesse und freundlichem Forschergeist sich selbst zuzuwenden.

Am Ende der Gruppe sammeln wir uns wieder im Kreis. Es besteht die Möglichkeit, persönliches Erleben und Erkenntnisse der ganzen Gruppe mitzuteilen oder Fragen zu stellen. Ganz zum Schluss lese ich manchmal ein Gedicht oder einen Text vor und erkläre und verteile die Anregungen zum achtsamen Wahrnehmen, die die Patientinnen in ihrem Alltag ausprobieren und kultivieren sollen. Ihre Erfahrungen zwischen den Sitzungen notieren die Frauen in ihrem Therapieheft, das sie zu den Gruppensitzungen mitbringen.

THEMENKATALOG FÜR EINUNDZWANZIG TERMINE UND ANREGUNGEN ZWISCHEN DEN TREFFEN

Auswahl und Abfolge der Themen der ambulanten Gruppentherapie in einundzwanzig Terminen habe ich im Verlauf der Jahre auf der Basis der konkreten

therapeutischen Erfahrung herausgearbeitet und die verschiedenen Elemente in Bezug auf explizite und implizite Bedürfnisse der Patientinnen und ihre Krankheitsbilder entwickelt. Nach wie vor frage ich die Teilnehmenden zu Beginn jeder Gruppensitzung nach ihren Bedürfnissen und richte mein Angebot danach aus. Ich passe die Interventionen der konkreten Gruppe an; die Anleitungen entstehen im Moment, ich empfinde das, was ich anleite, selbst mit und setze es in den aktuellen Kontext.

Viele Themen sind dauernd präsent – so dass ich manchmal den Eindruck habe, immer dasselbe anzubieten – andere tauchen regelmäßig zu Beginn des Gruppenverlaufs auf (z.B. Vertraulichkeit, Verbindlichkeit, Schutz) bzw. werden nach der Hälfte (z.B. Kontinuität, Wiederholung, Langeweile, Frustration) oder erst gegen Ende (z.B. Blick, Urteil, Figur, Intimität, Sexualität) explizit angesprochen. Ich habe ein Themenraster entworfen, das zeigt, wie Gruppenstunden und Anregungen zwischen den Sitzungen miteinander verknüpft werden könnten. Dieses Raster ist als eine Art Muster zu verstehen, das sich aufgrund meiner Erfahrung verdichtet hat; ich folge ihm äußerst selten genau. Es kann Fachpersonen als Orientierung, aber keinesfalls als Programm dienen.

Die Seitenangaben zu den Anregungen, mit denen sich die Patientinnen zwischen den Sitzungen beschäftigen, beziehen sich auf die dritte Ausgabe meines Buches *Bei sich und in Kontakt*, Hans Huber, 2010. Wer Aufgabenblätter mit Bildern der Erinnerungskarten als digitale Dokumente für die eigene therapeutische Arbeit verwenden möchten kann sich per Mail an mich wenden.

THEMEN IN DER AMBULANTEN GRUPPENSITZUNG

ANREGUNGEN ZUR AUSEINANDERSITZUNG ZWISCHEN DEN GRUPPENSITZUNGEN

1 ANKOMMEN – SCHNUPPERTERMIN

Präsenz in der Gegenwart, im Raum, in der Gruppe
Wahrnehmen alleine, zu zweit, in der Gruppe

Oszillierende Aufmerksamkeit:
Wahrnehmen von Empfindungen, Gedanken, Gefühlen
Erwartungen, Bedürfnisse und Befürchtungen
Möglichkeiten persönlicher Reflexion








ATEM





Atem und Atembewegung, S. 94





Ein Notizheft besorgen und zu allen Therapiestunden mitbringen.

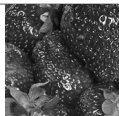
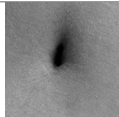
Notieren Sie darin, wie es Ihnen heute in der Therapie ergangen ist und was Sie sich von der Therapie wünschen. In welche Richtung möchten Sie sich während der Therapie bewegen? Woran würden Sie erkennen, dass sich Ihr Wunsch erfüllt hat? Was wäre dann anders? Würden Sie es im Körper spüren? Wo, wie? Würde man es Ihnen ansehen? Wer würde es merken?



<p>2 ANKOMMEN IM BEZUG Präsenz in der Gegenwart Bezug zu den Empfindungen (Atem, Bodenkontakt) Bezug zu den anderen Gruppenteilnehmerinnen Erste persönliche Kontakte Verständnis, Empathie Schutz, Umgang mit Vertraulichkeit (Adressliste)</p>	<p>ATEM Drei Atemräume, S. 95</p> <p>SCHWERKRAFT Gewicht im Fluss, S. 91 Vom Boden getragen, zentriert und unterstützt, S. 92</p>	
<p>3 BEDÜRFNISSE UND SCHUTZ Bedürfnisse wahrnehmen und kommunizieren Wie geht es mir? Was brauche ich?</p> <p>Den eigenen Raum spüren Nähe und Distanz dosieren</p>	<p>KÖRPERAUSSENRAUM Ihre unmittelbare Umgebung, S. 206 Raum einnehmen, S. 208</p> <p>GÄHNEN Kiefergelenke und Nacken, S. 98</p>	 
<p>4 SELBSTFÜRSORGE UND RESPEKT Präsenz in der Berührung Freundliche Disziplin: Wahrnehmen im Alltag Achtsame Zuwendung: sich und anderen gegenüber Interesse, Empathie und Verständnis Schutz und Abgrenzung</p>	<p>HÄNDE Handinnenfläche und Atem, S. 106 Fingerkuppen und Atemräume, S. 107</p> <p>HAUT Vier Berührungen, S. 204</p> <p>GEGENSTAND Bringen Sie einen Gegenstand mit, der etwas über Sie aussagt oder mit dem Sie eine persönliche Geschichte verbinden.</p>	 
<p>5 SICH AUSRUHEN, PAUSEN Wie ruhe ich mich aus? Was sind für mich Pausen?</p> <p>Kontrolle und Kontrollverlust Kontakt zum Boden Emotionsregulation durch oszillierende Aufmerksamkeit</p> <p>Achtsamer Bezug zur Gegenwart als Ort der Regeneration</p>	<p>INNEHALTEN Pausen machen, S. 131</p> <p>ATEM Drei Atemräume, S. 95</p> <p>SCHWERKRAFT Vom Boden getragen, zentriert und unterstützt, S. 92</p>	 

<p>6 REGENERIEREN UND AGIEREN Balance von Aktion und Ruhe Vitalität und Regeneration Spannungsausgleich Wie tanke ich auf? Was gibt mir Kraft? Was ist erforderlich, damit ich mir erlaube auszuruhen? Kraftvoll bewegliche innere Orientierung Konkret körperliche Ausrichtung</p>	<p>REGENERIEREN Sollte-Möchte-Tagebuch, S. 151</p> <p>GÄHNEN Sich wie ein Katze räkeln und strecken, S. 99 Durchbeißen, S. 101</p> <p>KNOCHEN UND GELENKE Beweglichkeit und Klarheit, S. 187</p>	  
<p>7 BEZUG UND BEZIEHUNG Herzraum, emotionale Bedürfnisse Freude und Belastungen</p> <p>Selbstrespekt Schutz in Beziehung</p>	<p>HERZ Freudetagebuch, S. 116</p> <p>HÄNDE Viele Handgriffe jeden Tag, S. 108 Händedruck, S. 109</p> <p>AUGEN Mit offenen Augen durch die Welt, S. 125</p>	  
<p>8 AKZEPTANZ UND AUFRICHTIGKEIT Innere Orientierung an Stelle von Kontrolle Akzeptanz und oszillierende Aufmerksamkeit Blick und Bewertung Offenheit, Ehrlichkeit und Schutz</p>	<p>KÖRPERINNENRAUM Body-Scan nach von mir gesprochenener Anleitung auf CD, ca. 20 Minuten.</p> <p>GESICHT Offen und neugierig, S. 120 Wem und wann zeigen Sie sich wie? S. 121</p>	 
<p>9 EMOTIONSREGULATION Bezug zur Gegenwart oszillierende Aufmerksamkeit Umgang mit belastenden Gefühlen</p>	<p>FÜSSE Fußbad und Fussmassage, S. 166 Wo ihre Füße sind, sind Sie. S. 169 Schildern sie eine Situation, in der Sie gut mit Stress umgehen konnten. Was war unterstützend? Was war wichtig? Wie konnten Sie sich wieder beruhigen?</p> <p>KÖRPERINNENRAUM Body-Scan mind. einmal zu Hause mit Anleitung auf CD machen</p>	 

<p>10 WERTSCHÄTZEN DER EIGENEN ERFAHRUNGEN Veränderungen wahrnehmen, benennen Bedürfnisse, Wünsche spüren Anderen Feedback geben, in Bezug kommen Sich zeigen</p> <p>Den eigenen Raum spüren, den Raum anderer akzeptieren Interesse und Bezug Verbindung zur Gegenwart Regenerieren</p>	<p>VERBINDUNG Bitten Sie eine Freundin, einen Freund oder jemanden aus Ihrer Familie, Ihnen drei Eigenschaften zu sagen, die sie an Ihnen wertschätzen. Schreiben Sie ins Therapieheft, was Ihnen diese Person sagt.</p> <p>FOKUS NACH WAHL Schenken Sie sich freundliche, bedingungslose Aufmerksamkeit in einem Bereich. Wählen Sie selbst einen Achtsamkeitsfokus, etwas, das sich für Sie bewährt hat, das Sie interessiert oder zu dem Sie Lust haben. Schreiben Sie in Ihr Heft, so konkret wie möglich, wie und wann Sie achtsames Wahrnehmen mit diesem Fokus praktizieren möchten.</p> <p>ATEM Drei Atemräume, S. 95</p>	
<p>11 ACHTSAMES WAHRNEHMEN IN DER THERAPIEPAUSE (2–3 Wochen)</p> <p>Auf positive Erfahrungen zurückgreifen Sich den eigenen Erfahrungen forschend zuwenden Vertrauen Freundliche Disziplin</p>	<p>REGENERIEREN Erneuern, auffrischen und zurückgewinnen, S. 150 Geben und bekommen, S. 152</p> <p>FOKUS NACH WAHL Wählen Sie eine Anregung, die Ihnen gut getan hat, die Sie gerne machen. Oder: Ziehen Sie jede Woche eine Karte und wählen Sie eine entsprechende Anregung dazu aus dem Buch aus. Oder: Bitten Sie eine Frau aus der Gruppe, Ihnen eine Anregung zu geben, von der sie denkt, sie täte Ihnen gut.</p> <p>HERZ Herzschlag und Stimmungen, S. 114 Auf Ihr Herz hören, S. 117</p>	 
<p>12 HALT, GEBORGENHEIT UND SCHMERZ Schwerkraft, Kontakt zum Boden</p>	<p>ORGANE Weiche Stütze im Innern, S. 155 Raum ausfüllen, S. 156</p>	



Gewicht, Leichtigkeit
Volumen, innerer Halt
Körpererigenwahrnehmung,
Bodyscan
Schmerz, Formen des Schmerzes
Spielraum im Umgang mit Schmerz
Selbstfürsorge

SCHMERZ
Schmerzen beschreiben und lokalisieren,
S. 170
Der Intuition folgen, S. 171

KAPITEL 4 aus:
Bei sich und in Kontakt lesen:
Noch ein wenig mehr so sein,
wie ich bin, S. 69–75

13 BEZIEHUNG ZUM ESSEN, FUNKTION
DER ESSSTÖRUNG

Stress und Essverhalten
Konstruktiver Umgang mit Stress,
alternative Copingstrategien

Selbstwertschätzung,
Selbstfürsorge
Vitalität und Ruhe
Oszillierende Aufmerksamkeit
Gegenwärtigkeit
Akzeptanz

BAUCH
Sanfte Massage der Bauchdecke, S. 147
Essverhalten und Gefühle, S. 149

SCHWERKRAFT
Stehen und Kontakt zum Boden, S. 90
Den Boden unter den Füßen nicht
verlieren, S. 93

KAPITEL 3 aus:
Bei sich und in Kontakt lesen:
Achtsamkeit als therapeutischer
Ansatz, S. 51–63

BÜCHER, FILME UND ANDERES ZU
ESSSTÖRUNGEN
Bringen Sie Bücher, Filme oder anderes
mit, die im Zusammenhang mit der Er-
krankung an einer Essstörung für Sie
unterstützend waren/sind.

14 VERTRAUEN IN PROZESSE

Kontrolle, Leistungsdruck – Akzep-
tanz, Lebendigkeit
Gegenwärtigkeit
Kontakt zum Boden, Getragensein
Bezug, Beziehung, Interesse
Bekommen, Geben, Verdauen

NICHTS TUN – WACHSEN LASSEN
Keinen absichtlichen Fokus praktizieren
Seien Sie neugierig, wie die
achtsame Wahrnehmung auftaucht,
wenn Sie keiner Anregung folgen.

15 INFORMATION VERARBEITEN
Dosieren, aufnehmen, integrieren
Bezug zwischen außen und innen
über die Sinne

MUND
Auf den Geschmack achten, S. 144
Appetit auf Nichtessbares? S. 145

Hören, Riechen, Tasten, Schmecken
(noch nicht Sehen, da näher am Beurteilen)
Orientierung im Raum
Sich unterstützen, Gemeinschaft
Essen und Geschmack, Essen und Verdauen
Satt sein – hungrig sein

NASE
Gerüche und Wohlbefinden, S. 136

HAUT
Vier Berührungen, S. 204



16 INNEHALTEN – SPIELRAUM
ERFAHREN
Gegenwärtigkeit und Interaktion

Automatische, destruktive Muster erkennen
Stimulus und Reaktion

Spielraum
Improvisation, Mut und Freude

Sich Belastungen freundlich forschend zuwenden
Forschend bezogen aufs Symptom

INNEHALTEN
Telefonmeditation – einen Atemzug lang innehalten, S. 132
Innehalten, bevor sie handeln, S. 133

NEUTRALE LEERE
In der Gegenwart anwesend sein, S. 215

VORBILDER
Welche Frau (Familie, Freundeskreis, Bekannte, öffentliche Person) ist oder war ein Vorbild für Sie? Was an ihr beeindruckt Sie? Kleben Sie sich ein Bild von ihr ins Heft und notieren Sie Ihre Überlegungen.



17 SELBSTBILD – IDENTITÄT IN BEZIEHUNG
Sehen und gesehen werden
Offenheit, Neugierde

Schutz, Respekt, Achtung

Fürsorge, Liebe, Wärme, Kraft
Regenerieren

KOPF
Den Kopf berühren, S. 180

AUGEN
Augenfarben, S. 124

BECKEN
Dreidimensionalität im Becken, S. 158

ICH IN ZEHN JAHREN
Machen Sie eine Collage zum Thema «Ich in zehn Jahren»
Erlauben Sie sich Visionen, Träume, Wünsche ...



18 ACHTSAMKEIT UND AKZEPTANZ
Körperinnenraum, Körperaußenraum, Verbindungen
Bezug, Beziehungen

EINE ANREGUNG GESCHENKT BEKOMMEN
Erforschen Sie die Anregung zu achtsamem Wahrnehmen, die Sie von einer anderen Frau bekommen haben.
Nehmen Sie während der Woche Kontakt

Atem, Schwerkraft
Oszillierende Aufmerksamkeit

Reflexion und Austausch
Geschichten, Gedichte, Filme und
die übrige Welt

mit der Frau auf, der Sie eine Anregung
gegeben haben. Erkundigen Sie sich, wie
es ihr damit geht.

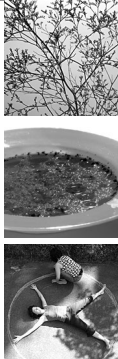
DIE ÜBRIGE WELT
Bringen Sie etwas mit (Gegenstand, Bild,
Text), das Ihnen Mut und Zuversicht für
Ihren Lebensweg gibt.

- 19 SELBSTBILD UND KÖRPERINNEN-
RAUM – GEWICHT UND FIGUR
Körpereigenwahrnehmung
Gewicht im Fluss
Blick auf den eigenen Körper,
Blick auf andere Körper
Urteil, Kritik, Selbstabwertung
als Schutz?
Spiegelkonfrontation
Angstexposition
Emotions- und Stressregulation

ATEM
Atem und Atembewegung, S. 94
Verbindung von Denken, Fühlen und
Atmen, S. 97

FETT
Mut fassen und sich zeigen, S. 196

KÖRPERAUSSENRAUM
In drei Richtungen atmen, S. 207
Distanz und Nähe dosieren, S. 209



- 20 RÜCKBLICK, ERNTE UND AUSBLICK
Bezug und Gemeinschaft – Es ist
noch nicht zu Ende
Schlichtes Kultivieren von
achtsamem Wahrnehmen

Zurückblicken und würdigen
Was bedeutet Abschied für jede?
Erleichterung und Belastung
Wünsche und Bedürfnisse

VERBINDUNGEN
Sich begegnen, zusammen sein und
verabschieden, S. 212
Sich angezogen oder abgestoßen
fühlen, S. 213

ZEIT IM FLUSS
Abschied nehmen und neue
Anfänge erleben, S. 184

NEUTRALE LEERE
In der Gegenwart anwesend sein, S. 215



- 21 ABSCHLUSS DER GRUPPE
Schlichtes Kultivieren von achtsa-
mem Wahrnehmen
Brief an sich, als ob man die beste
Freundin wäre: Was möchte ich
gerne mitnehmen, an was möchte
ich mich erinnern?
Kontakt zueinander
Präsent sein im Abschied
Unterstützung anbieten, wenn
nötig

RESSOURCEN NUTZEN
Eigene Erfahrungen und
Erfahrungen anderer nutzen
Kontakte nutzen
Anregungen im Buch nutzen
Anleitungen auf CD zu verschiedenen
Wahrnehmungssequenzen nutzen

LITERATURLISTE

- BAINBRIDGE COHEN, B. (1993). *Sensing, Feeling and Action*. The Experiential Anatomy of Body-Mind-Centering. Northampton, Massachusetts: Contact Edition.
- BAER, R. A. et al. (2006). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281–300.
- BASMANN, M. (2010). *Zusammenhänge zwischen der Symptomatik von Essstörungen und den Ressourcen Emotionsregulation sowie Achtsamkeit*, Masterarbeit Universität Bern (Manuskript).
- BOHUS, M., HUPPERTZ, M. (2006). Wirkmechanismen achtsamkeitsbasierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 265–276.
- BROOKS, C. V. W., SELVER, C. (2005). *Erleben durch die Sinne*. Paderborn: Junfermann.
- CALDWELL, C. (1997). *Hol dir deinen Körper zurück*. Braunschweig: Aurum.
- CASH, T. F., DEAGLE, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in ano-rexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–125.
- CASH, T. F. et al. (2005). Coping with body image threats and challenges: Validation of the body image coping strategies inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 191–199.
- FALLON, P. et al. (1994). *Feminist Perspective on Eating Disorder*. New York, London: Guilford Press.
- FORSTER, J. (2002). *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen*. Herbolzheim: Centaurus.
- HARTELY, L. (2012). *Einführung in Body-Mind-Centering*. Die Weisheit des Körpers in Bewegung. Bern: Hans Huber.
- JAKOB, S. (2012). *Zusammenhänge zwischen den Ressourcen Emotionsregulationskompetenz und Achtsamkeit und Symptomen klinischer Essstörungen*. Masterarbeit Universität Bern (Manuskript).
- JOHNSON, D. H. (Hrsg.), deutsche Ausgabe Hrsg. RYTZ, T. (2012). *Klassiker der Körperwahrnehmung*. Erfahrungen und Methoden des Embodiments. Bern: Hans Huber.
- JORASCHKY, P. et al. (2008). *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- KLINKENBERG, N. (2007). *Achtsamkeit in der Körperverhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- RYTZ, T. (2010). *Bei sich und in Kontakt*. Anregungen zur Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung, 3. überarb. Auflage. Bern: Hans Huber.
- SCHMIDT, G. (2010). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung*. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten, 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer.
- VOCKS, S. et al. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 286–295.
- WEISS, H., HARRER, M. E. (2010). Achtsamkeit in der Psychotherapie. Verändern durch «Nicht-Verändern-Wollen» ein Paradigmenwechsel? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 15–24.
- WOLEVER, R. Q., BEST, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer, 259–287.
- WRIGHT MILLER, G. et al. Hrsg. (2010). *Exploring Body-Mind-Centering*. An Anthology of Experience and Method. Berkeley, California: North Atlantic.



THEA RYTZ M.A.

Geisteswissenschaftlerin,
Körperpsychotherapeutin EABP

Geboren 1969, lebt mit ihrem Partner und ihren zwei Kindern in Bern

Ausbildung in Integrative Movement Therapy and Bodywork (Linda Hartley), Master of Arts in Sozialgeschichte, Literatur und Genderstudies Universität Bern und Berlin TU.

Seit 1994 Körperpsychotherapeutin am Inselspital, Universitätsspital Bern, Spezialisierung auf Behandlung von Menschen mit Essstörungen, Depressionen, Angst-, Zwangserkrankungen und PTBS.

Weiterbildungen in systemischer Therapie (ZSB), kognitiver Verhaltenstherapie (Uni Bern), Traumatherapie (PITT Luise Reddemann) in Somatic Psychology und Praktiken des Embodiments (Erfahrbarer Atem nach Middendorf, Qigong, Authentic Movement, Contact Improvisation, Body-Mind Centering, Sensory Awareness, Gindler Arbeit, Feldenkrais, Yoga, Alexandertechnik, Lomi Lomi Massage, Shiatsu).

Autorin von: Bei sich und in Kontakt, 2006; 2009; 2010 /Centred and Connected, 2009 /Papperla PEP – Körper und Gefühle im Dialog, 2010 /Herausgeberin der deutschen Ausgabe von: Johnson, Klassiker der Körperwahrnehmung, 2012.

Seit 2000 Präventionsfachfrau im Verein PEP (Prävention Essstörungen Praxisnah), Mitentwicklung Projekt Bodytalk, Projektleiterin Papperla PEP (Förderung psychischer Gesundheit und Resilienz für Kinder von 0 bis 8 Jahren).
2011 Mitarbeit im Forschungsprojekt KLAR, Entwicklung achtsamkeitsbasierter Interventionen für die Unterstufe, Pädagogische Hochschule Zürich.

Dozentin an Fachhochschulen Gesundheit und Pädagogik.
Co-Leitung Jahresweiterbildung am Inselspital: Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation in der Behandlung von Menschen mit einer Essstörung.
Co-Leitung der einjährigen Gruppenselbsterfahrung im Rahmen des Masterstudiums in Systemischer Psychotherapie oder Beratung (IAP & ZSB): Meine Familie, meine Geschichte – eine Hinwendung in Achtsamkeit.

- ▶ www.thearytz.ch, www.pepinfo.ch
- ▶ thea.rytz@insel.ch