

Körperschema bei Essstörungen

KARL-HEINZ RUCKGABER, INES DIEFFENBACHER

Körperschema bei Essstörungen

■ Zusammenfassung

Essstörungen, die mit einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers einhergehen, nehmen vor allem im Kindes- und Jugendalter weiter zu und stellen Familien und Therapeuten vor große Herausforderungen. Der Artikel geht der Frage nach, wie sich ein gesundes Körperschema entwickeln und wie es zu Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers kommen kann. Darüber hinaus werden therapeutische Zugangswege durch äußere Anwendungen, Heileurythmie und künstlerische Therapien dargestellt, die sich aus einem anthroposophischen Verständnis der psychophysiologischen Zusammenhänge ergeben und auf der psychosomatischen Jugendstation der Filderklinik erfolgreich zur Anwendung kommen.

■ Schlüsselwörter

Körperschemastörung
Anorexia nervosa
Bulimie
Äußere Anwendungen
Heileurythmie
Künstlerische Therapie
Psychosomatik

Body image with eating disorders

■ Abstract

Eating disorders accompanying a distorted body image are on the increase particularly in children and juveniles and are a major challenge for families and therapists. The questions considered in this paper are how it will be possible to develop a healthy body image and how distortions of the body image can develop. This is followed by a discussion of therapeutic approaches using external applications, eurythmy therapy and art therapies based on insights into the psychophysiological situation from the anthroposophical point of view. These approaches are used to good effect on the psychosomatic juvenile wards at the Filder Clinic in Germany.

■ Keywords

Body image disorder
Anorexia nervosa
Bulimia
External applications
Eurythmy therapy
Art therapy
Psychosomatic conditions

Einleitung

Bin ich zu dick, zu dünn ... oder total ideal? – Immer mehr Kinder und Jugendliche sehen sich mit diesen Fragen konfrontiert, fühlen sich in ihrer Entwicklung verunsichert und beziehen ihr Idealbild auf ihre Figur reduziert. Trotz aller Aufklärung nehmen die Essstörungen weiter zu. Dabei dient die Körperschemastörung neben der Furcht zuzunehmen als wesentliches Diagnosekriterium, wenn sich Magersüchtige zu dick fühlen, obwohl sie objektiv längst krankhaft untergewichtig sind. Im Sinne einer unverrückbaren falschen Überzeugung und Körperfehlwahrnehmung erscheint die Körperschemastörung im Extrem als isolierter Wahn, der sich als Sucht körperlich verfestigt und daher die Familien und Therapeuten vor große Probleme stellt. Doch wie kommt es überhaupt zu einem gesunden Körperschema, wie kann es vorzugsweise in der Pubertätszeit erschüttert werden und wie lässt es sich therapeutisch wieder aufbauen? Welchen Zusammenhang gibt es zwischen den dargestellten psycho-physiologischen Zusammenhängen und anthroposophischen Perspektiven zum Verständnis der Körperwahrnehmung? Diesen Fragen möchten wir im Folgenden nachgehen.

Körperschema und Lebenssinn

Der wissenschaftliche Begriff des „Körperschemas“ entstand erst Anfang des 20. Jahrhunderts und wurde zunächst als „das Raumbild, das jeder von sich selber hat“ beschrieben (1, S. 346). Es wurde assoziationspsychologisch betrachtet als zusammengesetzt aus Einzel-erlebnissen im Bereich des Tastens, der eigenen Bewegungswahrnehmung und des Sehens, „die sich im Gedächtnis zu höheren Komplexen zusammenschließen“ (1, S. 346).

In der anthroposophischen Heilpädagogik spielte von Anfang an die Pflege der sogenannten „unteren“ oder leibgebundenen Sinne – nämlich des Tastens, der Eigenbewegung, des Gleichgewichts sowie aus anthroposophisch erweiterter Sicht des Lebenssinns – eine große Rolle. Bereits in seinem Vortrag vom 23.10.1909 zur Sinneslehre beschreibt Rudolf Steiner den Lebenssinn folgendermaßen: „Was ist der Lebenssinn? Er ist etwas im Menschen, was er eigentlich, wenn alles in Ordnung ist, nicht fühlt, sondern nur dann fühlt, wenn etwas in

ihm nicht in Ordnung ist. Der Mensch fühlt Mattigkeit, die er wahrnimmt als ein inneres Erlebnis, wie er eine Farbe wahrnimmt. Und das, was im Hunger- oder Durstgefühl zum Ausdruck kommt, oder was man ein besonderes Kraftgefühl nennen kann, das müssen Sie auch innerlich wahrnehmen wie eine Farbe oder einen Ton. Man nimmt dies in der Regel nur wahr, wenn irgend etwas nicht in Ordnung ist. Die erste menschliche Eigenwahrnehmung wird durch den Lebenssinn gegeben, durch den *der Mensch als ein Ganzes sich seiner Körperlichkeit nach bewußt wird* ... Niemand kann die Sinne verstehen, der nicht weiß, daß es eine Möglichkeit gibt, sich als ein Ganzes innerlich zu fühlen, sich als einer innerlich geschlossenen, körperlichen Gesamtheit bewußt zu werden.“ (2, S. 27; Hervorhebungen d. Verf.)

Weitergehend befasst sich Karl König mit der Vermittlung des Lebenssinns durch das vegetative Nervensystem, Para- und Sympathikus, die z. B. unsere Wärme, Verdauung, Puls und Atem steuern. Er schreibt über die Entwicklung des Systems: „In den ersten Jahren der Kindheit dient es fast ausschließlich der Wahrnehmung des Lebenssinns. Zunächst ist das Kleinkind noch ganz tief in seine Lebensempfindungen, die nicht völlig identisch mit dem Lebenssinn sind, hineinverwoben. Das Wohlfühl des Wachsens und Verdauens, des Ausscheidens und Atems durchdringt die kindliche Seele. Wir gehen nicht fehl, wenn wir annehmen, dass in den ersten Lebensjahren der Lebenssinn aus Teilempfindungen besteht, die Wohl- und Missbehagen an die verschiedenen Orte des Leibes, unabhängig voneinander, verlegt. Da empfindet das Kind seinen Tatendrang, seinen Bewegungs-zwang, sein Drehen und Laufen, sein Gehen und Sprechen, Durst und Hunger, Fülle und Leere des Leibes, viel unmittelbarer und die Vielfalt dieses Empfindungsorchesters gibt den Gesamtklang seiner jeweiligen Lebensempfindung.“ (3, S. 37)

R. DuBois geht neuerdings von einem Kontinuum von der neurotischen Dismorphophobie über die Hypochondrie hin zur schon psychotischen Koenästopathie aus und unterscheidet hierbei besonders zwischen einem frühkindlichen Körperbefinden und einer reiferen Körperanschauung. In Übereinstimmung mit den anthroposophischen Ausführungen zum Lebenssinn schreibt er: „Die Körper-Empfindungen dringen unwillkürlich aus der Körperlichkeit zum Ich vor, ohne dass sich dieses – wie bei der Besorgnis – zuvor oder gleichzeitig auf den Körper intentional einstellt ... Das Körper-Empfinden ist abgeschattet. In bestimmten Situationen tritt es aus der Abschattung heraus und wird deutlicher bewusst: Bei Angst, Erschöpfung, Müdigkeit, Überraschung, glückhafter Überwältigung, Hunger und Formen der sensorischen Deprivation (Bewegungslosigkeit, Stille, Dunkelheit). Die Körper-Anschauung bezieht die Umwelt mit ein und richtet sich von dort reflexiv auf den Körper zurück. Dieses Erleben wird durch die Identifikation mit der Umwelt und durch Übernahme ihrer Wertungen wesentlich mitbestimmt, auch wenn die Ausführlichkeit, mit der die Umwelt in die Körper-Anschauung Eingang findet, unterschiedlich sein kann.“

Zu dick, zu dünn ...oder total ideal?



(4, S. 45) In einem Entwicklungsschema macht DuBois deutlich, wie es aus der frühen Kindheit mit einem Überwiegen des Körperempfindens und der Latenzzeit mit zunehmender Körperanschauung in der Pubertätszeit zu deren Labilisierung kommt und zu einer Regression zu einem früheren Körperempfinden, bis dass sich, je nach Ich-Stärke, in der Adoleszenz wieder eine stabile Körperanschauung bildet. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass sich die Pubertätszeit als eine der empfindlichsten Entwicklungsphasen für das Auftreten einer Magersucht darstellt. Interessant an diesem Modell ist der Einbezug der Umwelt durch Übernahme ihrer Wertungen, wie sie z. B. durch Fernseh- und Internetformate, Modezeitschriften usw. vermittelt werden. Die Körperschemastörung bei Essstörungen kann sich somit auf jeder Stufe des oben genannten Kontinuums wiederfinden: auf der Stufe der Dismorphophobie als eine reine Angst vor Gewichtszunahme, der Hypochondrie als übertriebene, bereits somatisierte Körperbesorgnis oder gar der wahnhaften, unbeeinträchtigen, falschen Überzeugung wie bei der psychotischen Koenästopathie.

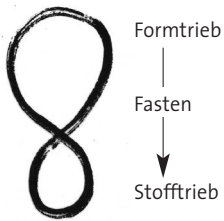
Kognitiv zeigt sich ein gestörtes Körperschema in:

- stark negativen Gefühlen dem eigenen Körper oder einzelnen Körperteilen gegenüber („ich mag meinen Körper nicht, er funktioniert nicht so, wie ich es will; ich ekle mich vor meinem Bauch, ich will ihn nicht anfassen“);

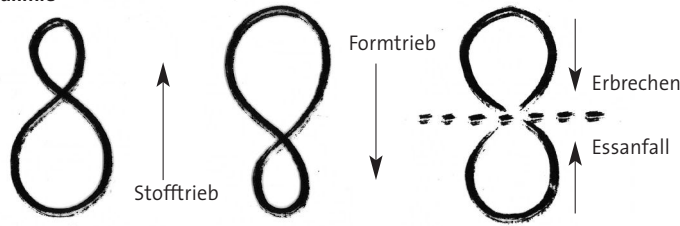
Abb. 1
Karikatur zur
Körperschema-
störung (Arbeits-
kreis Essstörungen
Stuttgart)

Abb. 2: Dynamisches Schema zur Dreigliederung

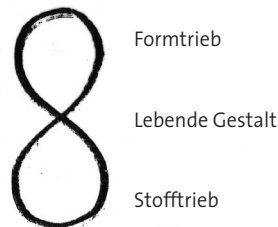
1. Anorexia



2. Bulimie



3. Gesund



- nicht wahrgenommenen Körpersignalen und/oder falsch gedeuteten Körperempfindungen („leichte Erschöpfung höre ich nicht, ich höre erst auf zu arbeiten, wenn ich todmüde bin; sobald ich etwas esse, fühle ich mich zu dick“);
- flacher oder eingeschränkter Wahrnehmung von Gefühlen („alles ist wie im Nebel, ich freue mich auch nicht über schöne Dinge; ich kenne das Gefühl der Enttäuschung nicht“);
- einem stereotypem Umgang mit sich selbst („ich mache mir einen Plan, wie der Tag ablaufen soll und daran halte ich mich, egal wie es mir geht; ich bin immer freundlich und gut drauf, ich lasse andere nicht sehen, wie es mir wirklich geht“);
- einem unsicheren Identitätsgefühl („ich versuche immer so zu sein, wie die anderen mich haben wollen; ich empfinde meinen Körper als leere Hülle, in der ich drin bin, es aber nicht will“);
- „Ich denke alle meine Gefühle im Kopf“ (5, S. 67).

Ganzheitliche Therapie für Jugendliche mit Essstörungen

Seit über 30 Jahren behandeln wir auf der psychosomatischen Jugendstation „Kuckucksnest“ der Filderklinik ca. 65 Jugendliche mit Essstörungen im Jahr nach einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Im Durchschnitt sind die Jugendlichen bereits ein Jahr lang krank und liegen bei Aufnahme mit einem BMI von 13 kg/m² unter der 3. Perzentile, weit im klinikpflichtigen Bereich.

Zur Aufnahme gibt es keine untere Gewichtsgrenze, da sämtliche klinischen Hilfsmaßnahmen wie Infusion, Sondierung und Medikation durchgeführt werden können. Zunehmend werden auch Kinder mit präpubertären Essstörungen aufgenommen, darunter ein guter Anteil Jungen.

Die Behandlungsergebnisse sind gut dokumentiert und evaluiert durch zwei medizinische und eine psychologische Dissertation an der Universität Tübingen. Die Arbeiten sind unter anderem auch auf unserer Homepage (www.filderklinik.de/information/publikationen) veröffentlicht. Nach den gängigen wissenschaftlichen Kriterien sind rund 80 % der Jugendlichen mit Anorexie oder Bulimie in der 4-Jahres-Nachuntersuchung gesund. Dabei interessierte nicht nur die Gewichtsrestitution, sondern darüber hinausgehend die Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit sowie, als besondere Forschungsschwerpunkte, die Körperschemastörung, die Wärmeverteilung mittels Wärmebildkamera sowie das vegetative Stressniveau mittels Herzratenvariabilität (HRV).

Schon früh fiel uns unter anthroposophisch-menschenkundlichen Gesichtspunkten eine Polarität zwischen der Anorexie und der Bulimie auf, die neben der Behandlung der Körperschemastörung unterschiedliche Behandlungspfade erforderte.

Im Zentrum der Essstörungen steht die Dysregulation des Appetits, die durch verschiedene psychosomatische Faktoren beeinflusst wird. Dabei zeigt die Adipositas eine ganz andere Psychodynamik und soll hier nicht berücksichtigt werden, wobei die „Binge-Eating-Störung“ noch in der Nähe der Bulimie steht. Bereits durch die Bewegungsbeobachtung in der Heileurythmie konnten Magersüchtige vom bulimischen Typ durch ihre Impulsivität deutlich vom restriktiven Typ unterschieden werden (6). Ebenfalls erlaubten diagnostische Übungen in der Bothmer-Gymnastik eine deutliche Unterscheidung, im Sinne der anthroposophischen Dreigliederung, zwischen Anorexie und Bulimie (Abb. 2).

Während bei der Anorexie ein starkes Überwiegen der aus der Vorstellung heraus formenden Kräfte zu beobachten war, stand im Gegensatz dazu bei der Bulimie ein impulsives Durchbrechen der aufbauenden Stoffkräfte im Vordergrund. Somit konnten bei der Anorexie der Perfektionismus und bei der Bulimie die überwältigende Gierkomponente mit anschließendem, reuevollem Erbrechen identifiziert werden. Bei beiden Krankheitsbildern fehlte es an einer rhythmisch vermittelnden „Mitte“.

Entsprechend eines Schemas zur anthroposophischen Viergliederung des Menschen (nach Lievegoed, Abb. 3) schauen wir einerseits auf den Übergangsbereich des Seelischen zu körperlichen Vorgängen (Gewohnheitsbildung) und berücksichtigen andererseits den Übergangsbereich des Seelischen zum (Zeit-)Geistigen (Jugendideale) (Abb. 3).

Therapeutisch unterscheiden wir eine ambulante Motivationsphase von einer stationären Eingangsphase mit Entwöhnung von pathologischen Essgewohnheiten und Psychoedukation sowie einer Festigungsphase mit

dem Ziel einer Restitution des Gewichts und des Körperschemas.

In der ambulanten Motivationsphase erwarten wir, unter systemisch-familientherapeutischen Gesichtspunkten, eine schriftliche Familienbiografie und ein Motivationsschreiben der Jugendlichen, am besten per E-Mail. Bereits der Sprachgenius lässt darin schon oftmals die Krankheitsdynamik erkennen und gibt auch Einblicke in ein generationenübergreifendes familiäres Schicksalsgeschehen.

Bei der stationären Aufnahme werden die Jugendlichen mit ihren Familien nochmals über das zu erwartende Prozedere, einschließlich möglicher Sondenernährung und Medikation, aufgeklärt.

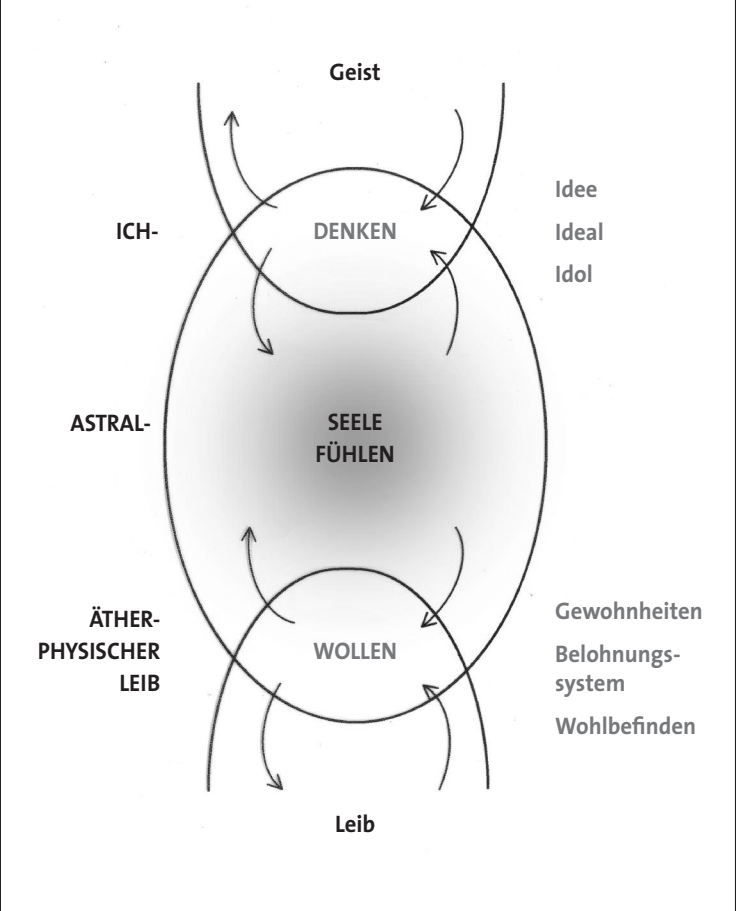
Bei der Schwere der Erkrankungen war in ca. der Hälfte der Fälle eine Sondenernährung notwendig, die wir jedoch lediglich als medizinische Grundlage der Ernährung zur Verhinderung weiterer Gewichtsabnahme verstehen. Die Kontrolle über die Gewichtszunahme liegt bei den magersüchtigen Jugendlichen selbst. Sie erfahren gleichzeitig, dass die Gewichtsrehabilitation lediglich ein notwendiges Therapieziel darstellt, wobei wir Wert auf das eigenständige Empfinden von Appetit und Sättigkeit legen: Im Unterschied zu vielen aktuellen verhaltenstherapeutischen Programmen greifen wir deshalb nicht direkt in die Nahrungsaufnahme ein. Beim begleiteten Essen in der Gruppe wird bei Tisch auf eine angenehme Atmosphäre und Unterhaltung geachtet. Selbstverständlich können verhaltenstherapeutische Elemente in der Konsequenz nicht unberücksichtigt bleiben, die den Jugendlichen bei einer Zunahme an Kraft auch mehr Freiheiten erfahrbar machen. Man könnte sagen, dass die Jugendlichen durch eine allgemeine Persönlichkeitsnachreifung wieder Appetit auf das Essen und das Leben überhaupt gewinnen sollen. Dabei spielt die therapeutische Gemeinschaft eine große Rolle, in der an der Stärkung des Selbstwertgefühls gearbeitet wird. Einen besonderen Zugang erfordert die beiden Essstörungen zugrunde liegende Körperschemastörung, der wir mittels Heileurythmie, als Bewegungstherapie, oder Bothmer-Gymnastik sowie mittäglichen Bauchwickeln, Ganzkörpereinreibungen und eventuell Öldispersionsbädern begegnen.

Mit einer speziellen Bulimie-Kost, die in mehreren kleinen Mahlzeiten ohne freien Zucker gegeben wird, gelingt es bulimischen Jugendlichen zumeist innerhalb von 14 Tagen, ihre Heißhungerphasen zu überwinden. Oftmals wird diese Entwöhnungsphase von regelrechten Entzugssymptomen, wie Schwitzen, Zittern, Schlaflosigkeit und Alpträumen, begleitet.

Alle 14 Tage verpflichten sich die Familien zu systemisch-familientherapeutischen Sitzungen, um dysfunktionale Familienstrukturen anzusprechen und aufzulösen.

Entsprechend der eingangs erwähnten Psychodynamik von Anorexie und Bulimie werden unterschiedliche künstlerische Therapien gewählt. So erhalten Magersüchtige in der Regel Heileurythmie mit Musik- oder Maltherapie, um die innere Beweglichkeit zu fördern. Bei

Abb. 3: Anthroposophische Gliederung des Menschen



der Bulimie hingegen versuchen wir strukturierende Elemente zu stärken durch Sprachgestaltung bzw. Psychodrama, Plastizieren und Bothmer-Gymnastik.

Die Einzelpsychotherapie reflektiert zumeist während des stationären Aufenthalts Ereignisse und Beobachtungen im Stationsalltag, wo den Jugendlichen Bezugspersonen zugeordnet werden. Die Entlassung erfolgt bei Erreichen der 5. BMI-Perzentile, was nach der neueren DSM-Definition die krankhafte Gewichtsuntergrenze darstellt.

Wie bei allen suchthaften Erkrankungen ist eine intensive psychotherapeutische Nachbehandlung, einschließlich regelmäßiger Gewichtskontrollen, über mindestens ein Jahr erforderlich.

Spezielle Therapie der Körperschemastörung

Ganz im Sinne der heilpädagogisch-therapeutischen Ausrichtung unserer psychosomatischen Jugendstation „Kuckucksnest“ der Filderklinik wird der Körperschemastörung begegnet durch Einflussnahme auf die beteiligten Sinne des Tastens, der Bewegung und des Gleichgewichts sowie des Lebenssinnes. Außerdem beteiligt ist die Pflege der sogenannten „Lebensprozesse“, insbesondere der Wärmung, Verdauung und Ausscheidung, der Zirkulation und Atmung. Gerade zu letzteren wurden wissenschaftliche Untersuchungen des in der Filderklinik befindlichen ARCIM-Instituts durchgeführt, mit psycho-physiologischer Messung von Veränderungen der Wärme mittels Wärmebildkamera, der Herzratenvaria-

bilität mittels Monitoring sowie dem Wärme- bzw. Wohlgefühl durch Fußbäder während eines Behandlungsverlaufs (8).

Der kognitiven Veränderung des Körperschemas am nächsten kommen *künstlerisch-therapeutische Methoden*. Ausgehend von einer Vorliebe der Magersüchtigen für formbetonte Zeichnungen wird hier zunächst, z. B. über ein Zwischenstadium mit verwischbaren Wachskreiden, hingeführt zu sogenannten Nass-in-Nass-Aquarellbildern, die mehr Mut zum Verschwimmen der Farben erfordern. Genauso gut kann aber, bei fortgeschrittenem Körpergewicht, eine Auseinandersetzung mit der Figur durch Plastizieren, z. B. von Tierformen bis hin zum menschlichen Torso oder zu physiognomischen Darstellungen, erfolgen. Künstlerisch-therapeutisch kann aber auch mit Naturmaterialien wie Wolle oder Bienenwachs wärmend gearbeitet werden. Großes Gruppen- bzw. therapeutisches Vertrauen erfordern allerdings Übungen mit der direkten Umfahrung des eigenen Körpers mit dem Stift, die z. B. angereichert werden können durch farbig hervorgehobene Gefühlstönung oder Collagen zum Thema „innere Gefühle und ihre Beeinflussung durch äußere Erwartungen“.

Eine Besonderheit unserer Pflege stellen von Anfang an die sogenannten *äußeren Anwendungen* dar. Hierzu werden die MitarbeiterInnen der Pflege im Hause besonders geschult in der Durchführung von Wickeln und Auflagen sowie rhythmischen Einreibungen. Zur Verhinderung aversiver Reize durch Nahrungsaufnahme werden nach dem Essen mittägliche Oxalis-Bauchwickel in einer Mittagsruhe angelegt, um ein unangenehmes Völlegefühl bzw. Blähungen zu verhindern. Für die krankheitsmitbestimmende Amenorrhoe bietet die Anthroposophische Medizin auch Oxalis-Essenz äußerlich in der Kombination mit Argentum innerlich (z. B. als Ovaria comp.) zur Lockerung seelischer Anspannung bzw. Anregung der Reproduktionsvorgänge.

Bei depressiven Ängsten und Herzsensationen, die eine vorhandene Bradykardie oft begleiten, bewähren sich z. B. Aurum/Lavendel/Rosen-Salbenaufgaben äußerlich als Brust- oder Herzlappen über die Nacht, auch bei Schlafstörungen, und Cardiodoron®-Tropfen. Extrem kalte Hände und Füße behandeln wir gerne mit Kupfer-Salbe-rot-Lappen an den Hand- bzw. Fußgelenken.

Eine herausgehobene Stellung im Hinblick auf eine Wiederherstellung eines gesunden Körperwohlgefühls nehmen die *rhythmischen Einreibungen* ein. Hierdurch werden in besonderem Maße die unteren oder Leibesinne (der Lebens-, Tast-, Eigenbewegungs- und Gleichgewichtssinn) angesprochen. Zu den möglichen Reaktionen des Organismus gehören die Wärme-Anregung, Regulierung der Atmung, Lösung von Krämpfen und Verspannungen, Besserung der Beweglichkeit, Regulierung des allgemeinen Stoffwechsels, d. h. eine verbesserte Durchblutung und Ernährung des Gewebes, Stimulation der Verdauung, Regulierung des Wach- und Schlafrhythmus, Entspannung und Beruhigung bei Unruhe und Ängsten, Sorgen und Bedrängnis, Bildung von Vertrauen und Geborgenheit (Hülle), bessere Orientierung,

klareres Bewusstsein, bessere Konzentration und klareres Empfinden für den Körper in seiner Ausdehnung und/oder seinen Grenzen mit gesteigertem Wohlbefinden. Je nach Temperament und Konstitution der Patienten werden besondere ätherische Öle, wie z. B. Lavendel-, Melissen-, Rosen-, Gold- oder Solum Öl, verwendet (9).

Heileurythmie bei Anorexie

In der heileurythmischen Behandlung von magersüchtigen Mädchen (vereinzelt auch Jungen) stehen der körperliche Aufbau und die Belebung des Organismus im Vordergrund. Durch die Überbetonung des Nervensinnes-Systems fehlt es im Stoffwechselbereich an Vitalität. Damit geht eine Disharmonie im rhythmischen System einher.

Die häufigsten psychosomatischen Merkmale sind: Wachstumsstillstand in der Entwicklungsphase, Verdauungsprobleme, Zyklusstörungen (Amenorrhoe), Kreislaufprobleme, Kollapsneigung, kalte Gliedmaßen, flache Atmung, Schlafstörungen.

Das Bewegungsbild ist anfangs geprägt von einer gewissen Härte und Überformung. Die Magersüchtigen „halten sich fest“ in der Bewegung und können zunächst nicht loslassen. So wird z. B. das weich strömende Durchtasten der M-Gebärde zu einem harten, mechanischen Wegschieben. Das verschobene Verhältnis von Schwere und Leichte zeigt sich in luftig-leichten Bewegungen und dem Nicht-in-die-Schwere-eingreifen-Können. Der Rücken ist oft steif, undurchlässig und verschließt die Wahrnehmung für den hinteren Raum, der in der Eurythmie für den geistigen Vertrauensraum steht. Deutlich wird die mangelnde Substanz auch in der hüllenlosen Gestalt, seelisch in der fehlenden Empfindung im Gestalten der Laute und an automatisierten Bewegungen. Der Wunsch, dünn zu sein, führt zu zwanghaftem Bewegungsdrang. Die reale Wahrnehmung für den eigenen Körper geht verloren.

Heileurythmisch-therapeutischer Ansatz

Einleitend werden rhythmische Koordinations- und Wahrnehmungsübungen erarbeitet. Die Hauptübungen sind:

- Die *Konsonantenreihe L–M–S–R*: Zur Belebung und Harmonisierung der Stoffwechselfvorgänge. Die von Rudolf Steiner angegebenen Laute werden als Stoffwechsellaute bewegt, d. h. zu jedem Laut gehört eine bestimmte Beinstellung, die sich bei L, M und S polar zur Armbewegung verhält. So wird z. B. der fließenden, strömenden L-Gebärde eine gebundene X-Beinstellung entgegengesetzt. Das R bildet eine Ausnahme, in dem hier die kreisende Bewegung der Arme von den Beinen aufgegriffen wird. Die Laute wirken vor allem auf den Verdauungsvorgang, verbessern den Wärmehaushalt und vertiefen die Atmung.
- Die *Vokale*: Zur Sensibilisierung der Körperwahrnehmung, Vertiefung des Körpergefühls und Anregung der Empfindungsfähigkeit. Die zentrale Übung ist dabei die „Große E-Übung“: Die Wahrnehmung des Ich im Menschen ist möglich, indem wir die rechte und linke Körperhälfte zum Schnitt bringen (vgl. Sinnes-

tätigkeit). Indem im E die Arme gekreuzt werden, wird die Ich- Empfindung angeregt und das Sich-innerlich-Fühlen des Menschen bewirkt. Rudolf Steiner formulierte in diesem Zusammenhang: „... die Tendenz, dünn zu bleiben, ist es, die durch das E bekämpft wird“ (10, S. 49).

- *Seelische Übungen*: Diese Übungen wirken auf das Rhythmische System, entweder auf die Atmung oder die Zirkulation. Sie haben eine belebende oder beruhigende Wirkung und regen die Empfindung an, hier vor allem die Liebe-/E-Übung, die Verehrung-/A-Übung, die Sympathie/Antipathie-Übung und die Ja/Nein-Übung.

In der Regel entwickeln die Mädchen im Laufe der Zeit eine große Freude am eurythmischen Erarbeiten eines Gedichts oder der Tonheileurythmie.

Zusammenfassung

Zu einer alleinigen Gewichtsnormalisierung, die nach der DSM-Neufassung mindestens über der 5. BMI-Perzentile liegt, mögen verschiedene Wege führen. Eine dauerhafte Akzeptanz kann jedoch erst bei einer gleichzeitigen Veränderung der Körperschemastörung gelingen, in deren Folge eine Verbesserung des Selbst- über des Körperbewusstsein bzw. der Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit zu erwarten sind. Unsere Behandlungsergebnisse sind inzwischen gut dokumentiert, vielfach evaluiert und publiziert worden. Eine Liste der Publikationen finden Sie hier: www.filderklinik.de/informationen/publikationen.

Wie oben ausgeführt, ist die Schwere der Körperschemastörung in einem Kontinuum festzulegen, das sich von der reinen Angst vor Gewichtszunahme über eine bereits somatisierte Hypochondrie bis hin zu einer echten Fehlwahrnehmung erstreckt. Dementsprechend sind die Therapiemaßnahmen so auszurichten, dass sie die verschiedenen beteiligten Sinnesqualitäten pflegen. Dies betrifft vor allem den Tast-, Eigenbewegungs- und Gleichgewichtssinn, die durch die Heileurythmie-Übungen angesprochen werden, vor allem aber auch das Wohlbefinden über den Lebenssinn, dem man durch rhythmische Einreibungen begegnen kann, oder den Sehsinn durch kognitive Psychoedukation, wie etwa in der Kunsttherapie. Durch einen solchen therapeutischen Zugang erreicht man, dass das innere Körperempfinden und die äußere Körperanschauung gleichzeitig angesprochen werden.

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Karl-Heinz Ruckgaber

Kinder- und Jugendpsychiater/Psychotherapie

Filderklinik, 70794 Filderstadt

Literatur

- 1 Conrad K. Das Körperschema. Eine kritische Studie und der Versuch einer Revision. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1933; 147(1):346–369.
- 2 Steiner R. Anthroposophie – Psychosophie – Pneumatosophie. GA 115. Vortrag vom 23.10.1909. 5. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 2012.
- 3 König K. Sinnesentwicklung und Leiberfahrung. 3. Aufl. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben; 1986.
- 4 DuBois R. Körper-Erleben und psychische Entwicklung. Göttingen: Hogrefe; 1990.
- 5 Weigel E. Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Klett Cotta Verlag; 2008.
- 6 Bräuner-Gülow G, Gülow H. Heileurythmie bei Magersucht. Ansätze zur Diagnostik, Therapie und Forschung in der Bewegungstherapie 2. Aufl. Borcheln: Verlag Möllmann; 2010.
- 7 Lievegoed B. Entwicklungsphasen des Kindes. 2. Aufl. Stuttgart: Mellinger Verlag; 1979.
- 8 Simmance CM. Psychophysiologischer Wirksamkeitsnachweis eines multimodalen Therapiekonzepts bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa. Dissertation. Universität Tübingen; 2015.
- 9 Layer M (Hg). Praxishandbuch Rhythmische Einreibungen nach Wegman/Hauschka. Bern: Huber; 2003.
- 10 Steiner R. Heileurythmie. GA 315. Vortrag vom 14.04.1921. 5. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 2003.