

INGE EICHSTEININGER

# WIE KANN KLETTERN PSYCHOTHERAPEUTISCH GENUTZT WERDEN?

## Linderung der Symptomatik von Essstörungen durch körperpsychotherapeutische Interventionen zur Körperschemastabilisierung



**IN MEINER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ARBEIT** bin ich häufig mit dem Leiden meiner Klientinnen<sup>1</sup> in Bezug auf ihren Körper und ihr Essverhalten konfrontiert. Der Zusammenhang zwischen Körper und Psyche interessierte mich zunehmend,

aber mit meinem systemisch-gesprächsorientierten Vorgehen stoße ich manchmal an Grenzen. Meine Herangehensweise an das Thema war folgende Hypothese: *Durch die verstärkte Miteinbeziehung des Körpers in das psychotherapeutische Arbeiten können Klientinnen mit Essstörungen unterstützt werden, ihre Selbstfürsorge zu steigern und ihr Körperschema zu verbessern, was in Folge auch die Notwendigkeit von Außenbewertungen und Bestätigung verringert.*

Therapeutisches Klettern kann meines Erachtens bei Menschen mit Essproblematiken sehr hilfreich sein. Wenn die Klientinnen Klettern als therapeutische Intervention akzeptieren, kann es sehr erfolgreich zur positiven Beeinflussung von Körperschemastörungen eingesetzt werden.

### DER BEGRIFF KÖRPERSHEMA

*„Das Identitätsgefühl eines Menschen entsteht unabhängig von seiner intellektuellen Entwicklung. Es sind vor allem die Empfindungen aus dem Körper, die ein Gefühl für die eigene Identität entstehen lassen. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen verlieren die Betroffenen den Kontakt*

*zu ihrem Körper und können Körperempfindungen nicht mehr richtig wahrnehmen. PsychologInnen nennen das eine **Körperschemastörung**.“ (Weigel, 2008, S. 16)*

Der Begriff Körperschema ist kein im systemischen Diskurs verwendeter. Ich halte mich an Hilde Bruch, eine amerikanische Psychiaterin, die ihn in den 1960iger Jahren geprägt hat, und verwende den Begriff **Körperschema** statt **Körperbild** (der v. a. im verhaltenstherapeutischen Ansatz Verwendung findet), da er das gesamte Spektrum von **Körperbild, Selbstbild, Körper-Ich, Körper-Selbst, Körperkonzept und Körpererleben** umfasst und als „Überbegriff“ dient (vgl. **Body Image** im Englischen). Der Terminus Körperbild, wie von den Verhaltenstherapeutinnen häufig verwendet, betont sehr die Erscheinung, die optische Wahrnehmung – ein Aspekt, der das Optische zu viel hervorhebt und insbesondere bei der Behandlung von Essstörungen als nicht zielführend erscheint. Systemische Therapeutinnen würden vielleicht eher einen Begriff wie Körperbeziehung verwenden, der für mich brauchbar ist, aber das biologische System rein sprachbegrifflich zu wenig abbildet.

Ich habe mich in verschiedenen Therapierichtungen auf Spurensuche begeben, um herauszufinden, wie mit dem „Körperthema“ umgegangen wird. Für mich passend und nützlich hat sich die Sicht von Elke Weigel (Psychologin und Körpertherapeutin) herausgestellt, die die von ihr entwickelten Übungen als körperbezogene Therapieergänzungen für alle Psychotherapierichtungen sieht.

**Körperschema** beschreibt die Verarbeitung von Körperempfindungen und deren Repräsentation mittels des Zentralnervensystems. Enthält das ZNS nur wenig Informationen, ist die Wahrnehmung der eigenen Körperdimension – z. B. der Platz, den der eigene Körper in einem Raum benötigt ohne anzustoßen etc. – nur mangelhaft ausgebildet. In der psychotherapeutischen Praxis sind Klientinnen mit einer Störung des Körperschemas häufig jene mit pathologischem Essverhalten.

<sup>1</sup> Anmerkung: Ich verwende ausschließlich die weibliche Form. Natürlich sind auch der Therapeut, der Klient, der Mann mit Essstörungsproblematik etc. gemeint. Aber in einem Arbeitsfeld, wo das weibliche Geschlecht bei weitem überwiegt, sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die Essstörung an sich ein eher „weiblicher Lösungsversuch“ ist und auch der Großteil der verwendeten Literatur von Frauen verfasst wurde, erscheint es mir stimmiger, dies auch durch die Verwendung der weiblichen Form auszudrücken.

Diese erleben sich als zu dick, unförmig, unzufrieden im und mit dem eigenen Körper, unabhängig vom tatsächlichen Erscheinungsbild. Diese Betrachtungsweise hat für mich nützliche Grundlagen für Hypothesen geschaffen.

Laut Weigel sind insbesondere Menschen mit Essstörungen, Psychosen, traumatischen Erfahrungen oder psychosomatischen Erkrankungen von einer Körperschemastörung betroffen. Diese kann unterschiedliche Ausprägungen haben und sich in Form einer **Körperdissoziation** äußern. Klientinnen berichten, dass sie ihren Körper als Feind erleben, weil seine Signale als bedrohlich wahrgenommen werden. Oft werden die eigenen Körpergrenzen nicht wahrgenommen. Manche Betroffene meinen, etwas „Fremdes“ in sich zu haben, das nicht zu ihnen gehört und ein Gefühl der Zugehörigkeit, der Einheit mit dem Körper, erschwert. Oft ist eine „Sinneswahrnehmungsschwäche“ eine Begleiterscheinung einer Körperschemastörung. So können Temperaturempfindung, Müdigkeit, Hunger- oder Sättigungsgefühl, Schmerzempfindung etc. nicht adäquat wahrgenommen werden, was zu einer häufigen Überforderung führen kann. Klientinnen, die ihren Körper als nicht liebenswert, sondern sogar als hässlich erleben, neigen dazu, viele „Verbesserungsaktionen“ zu unternehmen: Diäten, exzessives Training, aufwändiges Outfit und Make-up und sogar Schönheitsoperationen. Diese Maßnahmen helfen den Betroffenen aber nur bedingt.

## **DIE ENTSTEHUNG DES KÖRPERSCHEMAS**

Das Körperschema entwickelt sich sehr früh. Im Idealfall erlebt ein Kind von seinen Bezugspersonen kongruente Signale und Reaktionen, die ein Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Angenommensein entstehen lassen. Unsicherheiten im körperlichen Kontakt mit den Eltern oder widersprüchliche Reaktionen bewirken Stress im kindlichen Organismus, der die Bildung des Körperschemas beeinflusst. Durch empathisches Verhalten der Eltern lernt das Kind, dass jedes Gefühl einhergeht mit Körperempfindungen. Helfen Bezugspersonen, die Gefühlsregungen des kleinen Kindes wahrzunehmen, zu deuten und zu benennen, kann es einzelne Gefühlszustände immer feiner voneinander unterscheiden

und einen angemessenen Umgang mit Gefühlen lernen. Durch die Wiederholung und Variation von Gefühlserfahrungen und dazugehörigen Körperempfindungen entstehen neuronale Vernetzungen, die Körpererinnerungen speichern und ein Konzept über den eigenen Körper ermöglichen. Das Körperschema als Teil des Identitätsgefühls entsteht. *„Die erlebte und empfundene Identität und das Körperschema wirken wiederum zurück auf die Körperempfindungen und Bewegungen und damit auch auf die Gefühle, vor allem auf die Gefühle sich selbst gegenüber. So entsteht ein Kreislauf, der das Körperschema und Identitätsgefühl aufrechterhält.“* (Weigel, 2008, S. 42) Downing (2002, nach Weigel, 2008) nennt diese Kombination von Emotionen und Bewegung „affektmotorische Schemata“ und nimmt an, dass diese primäre Bausteine der Selbstrepräsentation eines Menschen sind, aus dem heraus das Körperschema entsteht.

Bevor das intellektuelle Verstehen möglich ist, bedient sich der Säugling eines gefühlsmäßigen Verstehens mittels Wahrnehmung und Bewegung. *„Aus Körperassoziationen entstehen motorische Repräsentanzen im Körpergedächtnis, lange bevor ein symbolisches Verstehen oder Sprache entwickelt wird.“* (Weigel, 2008, S. 43) Erste Strukturen des Selbst sind im Alter von zwei Jahren entstanden. Bis zum fünften Lebensjahr ist ein Körperschema entwickelt, das wie beschrieben die Grundlage für ein Identitätsgefühl darstellt.

Das Körperschema ist einer ständigen Veränderung unterworfen. Neue Erfahrungen werden integriert. Besonders in Phasen von Entwicklungsübergängen (Pubertät, Wechseljahre, Alter und Sterben) ist eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Körper und der Identität üblich. Krankheiten, Verletzungen, Beeinträchtigungen oder erlebte Gewalt und Traumatisierungen können die Identität tief erschüttern, Spuren im Körpergedächtnis hinterlassen und somit einen großen Einfluss auf das Körperschema haben.

## **STÖRUNGEN DES KÖRPERSCHEMAS BEI ANOREXIA UND BULIMIA NERVOSA**

Als systemisch ausgebildete Therapeutin von einer „Störung“ zu sprechen mag als nicht passend erscheinen. Mir haben sich meine Beobachtungen, u. a. wie Klienten

tinnen ihre Körperbeziehung leben – oder im Extremfall nicht leben, wenn die Körperbeziehung gestört ist –, in meiner Arbeit als nützlich erwiesen.

Ein gesundes Körperschema zeichnet sich durch eine positive Einstellung dem eigenen Körper gegenüber aus. Es lassen sich Körpersignale spüren, entschlüsseln, und man hat gelernt, adäquat darauf zu reagieren. Körper und Verstand sind miteinander verbunden.

Negative frühe Beziehungserfahrungen hingegen können zu Störungen im Körperschema führen. Aus praktischen Arbeitserfahrungen mit Klientinnen berichtet Weigel, dass Menschen mit chronisch verspannten Nacken- und Halspartien oft als Säugling nicht genügend oft und nicht sicher genug gehalten wurden. Die Unsicherheit hat sich dabei im Körpergedächtnis eingepägt. Menschen, die viel Isolation, Einsamkeit und Trauer erfahren haben, ohne ausreichende Hilfe

und Unterstützung zu bekommen, neigen zu einer erhöhten Bauchspannung. Die Beine sind im Bewegungsfluss nicht richtig mit dem Rumpf verbunden, und ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität kann nicht entstehen.

Hierzu auch drei Erfahrungen aus meiner Arbeit mit Klientinnen: **Frau C.** leidet an extremen Schmerzen im Nacken-Schulterbereich, das noch mehr, als sie beginnt, sich mit ihrer als sehr unglücklich und verunsichernd erlebten Kindheit auseinanderzusetzen. So wurde sie von ihrer Mutter an die Oma väterlicherseits übergeben und erst im Vorschulalter von ihr in eine inzwischen entstandene Stieffamilie aufgenommen. **Frau Y.** und **Frau L.** haben beide im Kindesalter ganz plötzlich ein Elternteil verloren. Bei beiden Klientinnen geschah keine Trauerarbeit, es gab keinen Raum und keine Zeit, Abschied zu nehmen, das Leben musste weitergehen, und dem verbleibenden Elternteil oder dem Umfeld gelang es nicht, Hilfe in dieser großen Not zu geben. Beide nennen somatische Symptome im Rumpfbereich. Beiden fällt es schwer, regelmäßig zu essen, und sie leiden unter Schmerzen im Bauchbereich. Sie stehen in ihrem Erwachsenenalter sehr unsicher und verloren im

Leben, eher dem Alter entsprechend, in dem das traumatische Ereignis stattgefunden hat. Das diffuse Bauchweh erinnert an das Bauchweh von Kindern, denen es noch schwerfällt, unangenehme Empfindungen oder Hunger zu verorten oder zu differenzieren.

Weigel meint, dass Essstörungsklientinnen, aber auch Menschen mit anderen Leidenszuständen (z. B. Depressionen), Konflikte auf die körperliche Ebene verschieben. Soziale Konflikte, die außen nicht geführt werden können, finden im Körperinneren statt. Depressive Klientinnen beispielsweise haben im Kindesalter häufig zu wenig körperliche Zuwendung erhalten. Ihr Körper hat sich vom affektiven Erleben abgespalten, und die Betroffenen haben gelernt, sich auf ihren Intellekt zu verlassen. Es ist zu einer Dissoziation gekommen. Aggression zu spüren oder gar auszudrücken ist Personen mit

**DIE UNSICHERHEIT HAT SICH DABEI IM KÖRPERGEDÄCHTNIS EINGEPÄGT. MENSCHEN, DIE VIEL ISOLATION, EINSAMKEIT UND TRAUER ERFAHREN HABEN OHNE AUSREICHENDE HILFE UND UNTERSTÜTZUNG ZU BEKOMMEN, NEIGEN ZU EINER ERHÖHTEN BAUCHSPANNUNG. DIE BEINE SIND IM BEWEGUNGSFLUSS NICHT RICHTIG MIT DEM RUMPF VERBUNDEN, UND EIN GEFÜHL VON SICHERHEIT UND STABILITÄT KANN NICHT ENTSTEHEN.**

einer Störung ihres Körperschemas eher fremd. Anstatt das Außen zu kontrollieren oder zu konfrontieren wird der Körper bekämpft und kontrolliert. Das geschieht häufig mit zwanghaften Ritualen (kein Essen, nur bestimmtes Essen, Essanfälle etc.), die eine Distanz zwischen der Betroffenen und ihren Bedürfnissen schaffen. Die hohe Körperkontrolle wird zur einzigen Quelle des Selbstwertgefühls, und die Identität ist ident mit dem Symptom. Klientinnen mit einem instabilen Körperschema mögen ihren Körper nicht, häufig ekeln sie sich vor ihm. Der Körper ist ihr Feind und wird als nicht

funktionstüchtig genug erlebt. Gehasste Körperteile werden als mit dem Rest des Körpers nicht verbunden erlebt. Körpersignale lassen sich nicht decodieren (z. B. empfinden sich solche Frauen sofort als zu dick, wenn sie auch nur geringe Mengen essen oder können Müdigkeit nicht wahrnehmen). Manche Gefühle sind gänzlich unbekannt, andere Affekte werden nur sehr schwach wahrgenommen: Alles ist gleich gut oder schlecht oder egal. Nichts löst wirkliche Freude aus. Oft spulen sie ihren Tag nach einem vorgefassten Schema ab, unabhängig von ihrer aktuellen Befindlichkeit. Niemandem wird gezeigt, wie es wirklich um sie bestellt ist.

So beschreibt **Frau Y.**: „Ich bin immer gut drauf, heitere meine Freunde auf, wenn sie down sind. Es kostet mich viel Energie, immer die Gutgelaunte zu spielen. Innen drinnen ist es anders.“ **Frau J.** sagt: „Meine Freunde wissen gar nicht, wer ich wirklich bin. Sie kennen nur die unternehmungslustige und fröhliche Frau J.“ Häufig ist diesen Klientinnen nicht klar, wer sie wirklich sind, sie erleben sich als leere Hülle. Ein negatives Körperschema ist neben dem gesundheitsschädlichen Essverhalten ein zentrales Merkmal der Essstörung.

### **ÜBER DIE BANDE GESPIELT: BEHANDLUNG DER ESSSTÖRUNG DURCH DIE BEHANDLUNG DER KÖRPERBILDSTÖRUNG MITTELS KÖRPERPSYCHOTHERAPEUTISCHEN METHODEN**

*Finde ich meinen Körper, so finde ich mich.* (Gross, 1993)

Die Vertreter verschiedener Schulen sind sich einig, dass ein Behandlungskonzept bei Anorexie- und Bulimiepatientinnen sowohl der Beachtung des physischen Störungsbildes als auch der dahinterliegenden Problematik Rechnung tragen muss. Hierbei eine gute Balance zu finden kann ein schwieriger therapeutischer Akt sein und darüber entscheiden, ob es zu einem Therapieabbruch kommt oder die Therapie fortgesetzt wird. Denn die Integration des Körpers setzt eine ausreichende Stabilität der Klientin voraus! Zweifelsohne benötigen Klientinnen in Krisensituationen vorerst Stabilisation und Klärung sowie ein Verstehen der Zusammenhänge und nicht emotional intensivierende Interventionen.

Der Körper gibt mehr Informationen preis als der Verstand und lernt außerdem müheloser als der Intellekt.

Klientinnen wissen meist, dass ihren körperlichen Beschwerdenbildern, mit denen sie in die psychotherapeutische Praxis kommen (nachdem sie alle medizinischen Register gezogen haben), psychische Ursachen zu Grunde liegen. Deshalb sollte auch ihr Körper im Blickpunkt stehen, da sie die Symptome als körperlich erleben. Insofern ist es für die Klientinnen hilfreich, sie dort abzuholen und ihren Körper und das Körpererleben ebenso ins Zentrum der therapeutischen Aufmerksamkeit zu stellen wie die Themen, die dahinterstehen können. So sollte bei der Behandlung dem Symptom (Essverhalten), den dahinterliegenden Lebensthemen (z. B. Ablösung) und dem Körperschema gleichermaßen Beachtung geschenkt werden. Langzeiterfolge in der Behandlung stellen sich dann am ehesten ein, wenn auch die „Perzeptionsstörung“ behandelt wurde, also ein realistischeres Körperbild entstanden ist und die Körperwahrnehmung insgesamt besser funktioniert (Hungergefühl, Müdigkeit etc.). Die Praxis zeigt, dass das Körperschema schwerer „zu behandeln“ ist als das gestörte Essverhalten und körperorientierte Aspekte in der Behandlung eine Bereicherung für die Leidenden sind.

### **SYSTEMISCHE BEHANDLUNGSANSÄTZE UND VORGANGSWEISEN**

In der Systemischen Therapie gibt es derzeit noch wenig Integration von körperpsychotherapeutischen Konzepten, wohl nicht zuletzt auch deshalb, weil die Körperpsychotherapie eher pathologieorientiert vorgeht, was systemischem Denken eher fremd ist.

Ein Griff in die systemische Werkzeugkiste verschafft hilfreiche Interventionsformen, die im therapeutischen Vorgehen sehr nützlich sind und mit einem körperorientierten (z. B. Klettern) Aspekt ergänzt werden können (vgl. Fallbeispiel Klettern mit Frau K.).

Neben einer biografischen Anamnese sollte auch eine **körpergeschichtliche Anamnese** erhoben werden.

Ein rein lösungsorientiertes Vorgehen (nach S. de Shazer) hält Russinger für weniger nützlich, besser bewährt hat sich eine „bewusste Haltung der **Problemneutralität**“ (vgl. Retzer, zitiert nach Russinger, 2012) oder das „**Am-bivalenzcoaching**“ (nach Schmidt, 2011) (Vorteile und Nachteile der Veränderung können auch körperlich er-

lebt werden, indem unterschiedliche Plätze/Sessel eingenommen werden und zwischen den Positionen und Entscheidungsmöglichkeiten hin und her gewechselt werden kann.) Während man weiter zwischen Symptom und Lebensthemen therapeutisch hin- und herschwingt, lassen sich meiner Erfahrung nach auch körperorientierte Methoden integrieren. Übungen zum Gefühlserleben sind meiner Einschätzung nach auch Grundlage, um z. B. die körperlichen Veränderungen während eines Ess-Brechanfalls als Teil eines „Symptumdrehbuches“<sup>2</sup> zu beschreiben. **Externalisierungsübungen** (z. B. des inneren Konflikts, besonders mittels **Teilearbeit**: bedürftiger, kindlicher Teil – Kontrolleur etc.) können sich als hilfreich erweisen, intrapsychische Konflikte zu benennen und zu verstehen sowie im Kontakt mit anderen Menschen für die eigenen Bedürfnisse einzutreten.

**Re-Membering Conversations** zu fördern – z. B. gute Zeiten der positiven Körperwahrnehmung in den Blickpunkt zu rücken, statt negative Aufmerksamkeitsprozesse aufrecht zu erhalten – wäre ein systemisch-narrativer Zugang in der Therapie. Werden Inseln der Freundschaft mit sich selbst und dem eigenen Körper ko-kreiert, statt wiederholt Selbstverurteilung, Selbstbekämpfung und Selbstabwertung zuzulassen, kann ein Unterschied entstehen, der einen Unterschied macht.

**Skalierungsfragen:** Skalierende Fragen können sehr dienlich für die Konstruktion von Ausnahmen und Unterschieden sein. Wird die Qualität des guten Körpergefühls beispielsweise auf einer Skala als 10 eingestuft – 1 wäre eine ablehnende und sehr kritische Haltung dem eigenen Körper gegenüber –, lassen sich auch lebensbiografische, situations- oder stimmungsbedingte Unterschiede festmachen. „Das Problem“ ist dann nicht immer ganz schlimm. Bestenfalls stellt sich die Erkenntnis seitens der Klientin ein, dass es Abweichungen gibt, und gleichzeitig entsteht eine erhöhte Sensibilität für Unterschiede und eventuell auch Hoffnung auf Verbesserung. Zu fragen: *„Angenommen, Sie würden über Nacht milder zu sich selber sein, sich sozusagen auch mit anderen Augen sehen können und mit ihrem Körper wohlwollender umgehen, sagen wir vielleicht so auf Stufe 4 oder 5 Ihrer „Skala der Körperfreundschaft“, woran würden Sie/Ihr*

*Partner etc. es merken? Was würden Sie dann tun/anziehen ... wie würden Sie sich bewegen, welche Gefühle hätten Sie, wie würden Sie essen ...?“* ermöglicht vielleicht eine Vorstellung von einer angenehmeren Zukunft, einen ersten Schritt zu einem freundschaftlicheren Körperbild.

Die Beobachtung von zirkulären Interaktionsprozessen und deren möglichen Beiträgen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von symptomatischem Verhalten sind zentrale Aspekte systemischen Vorgehens. Eine typische Frage in der Therapieanamnese wäre: „Wann hat sich die Klientin entschieden, nichts mehr zu essen?“ Weber und Stierlin (1989) berichten sehr detailliert von ihren Erfahrungen mit Magersuchtfamilien und ihrem therapeutischen Vorgehen.

Der **Hypnosystemische Ansatz** von Gunther Schmidt, dem Begründer dieser Therapierichtung in Deutschland, kombiniert Methoden der Hypnotherapie nach M. Erickson mit systemischen Therapieansätzen. In beiden Ansätzen geht man davon aus, dass die Veränderung in der Klientin passiert. Durch die Fokussierung auf die in der Klientin vorhandenen Kräfte, Stärken und Ressourcen wird eine Art Lösungs trance induziert. Suggestionen sind oft in den Dialog mit der Klientin eingebettet, und Lösungen werden so auch mit der Klientin generiert. Ähnliche Methoden wurden von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg entwickelt (wie etwa die „Wunderfrage“).

Es gibt zahlreiche Übungen, welche die Körperwahrnehmung schulen und die Gefühlswahrnehmung und den Ausdruck von Gefühlen unterstützen. Dabei handelt es sich nicht nur um speziell systemische Interventionsformen. Es obliegt der Therapeutin, wie und wann diese sinnvoll und risikomeidend eingesetzt werden. In diesem Artikel möchte ich mich auf das Klettern als therapeutisches Mittel beschränken.

## KLETTERN ALS THERAPEUTISCHE INTERVENTION

Diese Methode zur Körperwahrnehmung ist nicht spontan im herkömmlichen Therapiesetting einzusetzen. Therapeutisches Klettern muss geplant werden und kann nur in Absprache und mit Einverständnis der Klientin stattfinden.

<sup>2</sup> (Vgl. Russinger, 2012)

Der soziale Beziehungsaspekt, der sich durch das Sichern beim Seilklettern ergibt, erfordert viel Vertrauen und Verantwortung von beiden Kletterern. Inzwischen habe ich Klettern mit Kindern und Müttern (BewohnerInnen eines Frauenhauses) ausprobiert und gute Erfahrungen gesammelt. Die Mütter haben zugeschaut, wie Seilsicherung funktioniert, und ihr Kind selber gesichert, als es an der Wand hochgeklettert ist, zuerst gemeinsam mit mir, dann selbständig. Das hat ihre Verantwortung für ihre Kinder gefördert und ein sichtbares Band (das Seil) zwischen Mutter und Kind geschaffen. Den meisten Kindern macht Klettern, manchmal auch nur bodennahes Klettern oder Schaukeln im Klettergurt, eine Menge Spaß. Beides sind sehr ursprüngliche, basale Bewegungsformen. Das kann besonders dann heilsam wirken, wenn Erziehung schwer gelingt und die Eltern-Kind-Beziehung brüchig scheint. Wenn Hierarchien verschoben sind (Parentifizierung), lässt sich durch die Rollenaufteilung in Kletterer und Sicherer Verantwortung wieder herstellen und üben. Klettern an künstlichen Wänden oder am Fels bedient multiple Themen- und Erlebnisfelder: den Aufbau von Vertrauen, das Lernen, das Herstellen und Austarieren von Beziehung, den Umgang mit Angst, das Spüren von Grenzen, das Übernehmen oder Ablehnen von Verantwortung, das Gruppenerleben und Herstellen underspüren von Empathie und sozialer Kompetenz, die Kommunikation, die Natur, das Wechselspiel von Kontrolle, Sicherheit und Fallenlassen, den anderen Umgang mit Leistung (auch Scheitern oder Aufgeben kann z. B. eine große Leistung darstellen), die Selbstfürsorge und Selbstbestimmung, die Zentrierung der Aufmerksamkeit, das Erleben von Selbstwert, das Eingehen von dosiertem Risiko und nicht zuletzt eine mannigfaltige Möglichkeit, den eigenen Körper zu erfahren und zuerspüren, seine Körpergrenzen und Körperausmaße wahrzunehmen, sich auf die Atmung, die Körperspannung zu konzentrieren und somit das Körperschema zu unterstützen. Durch die Herangehensweise – von der Vorbesprechung angefangen bis zur Planung, das Variieren und die Durchführung einzelner Übungen – lässt sich ein hoch individueller therapeutischer Einzel- oder Gruppenprozess herstellen. Durch das Erleben von Können und

Kompetenz (z. B. beim Erlernen des Achterknotens) wird die Selbstwirksamkeit und der Selbstwert erhöht. Dabei ist die Art und Weise, wie die therapeutische Anleitung und Begleitung funktioniert, entscheidend: Macht es Lern- und Erlebnisraum für alle auf? Ist das Tempo an die jeweiligen Gruppenteilnehmerinnen oder an die einzelne Klientin angepasst? Sind die Übungsanleitungen klein genug heruntergebrochen in der Erklärung? Wird ausreichend Sicherheit hergestellt? Besteht eine vertrauensvolle Beziehung zur Therapeutin? Usw. **Der Zugang zu relevanten Lebens- und Leidensthemen erfolgt beim Therapeutischen Klettern über das Erleben und Tun und meist das erst nachträgliche Verbalisieren des Erlebten**, durch positives Feedback oder Verstärkung, durch Beschreibung des Erlebten, durch Sensibilisieren und auch durch das Besprechen der Beobachtung des Beobachters. Klarerweise lassen sich auch vor dem eigentlichen Klettererleben Vermutungen, Befürchtungen, Ängste etc. besprechen. Glaubt man der **Bindungsforschung**, wird das Erleben und Verhalten von uns Menschen von den zwei motivationalen Systemen gesteuert: dem Bindungssystem und dem Explorationssystem. Immer wenn beispielsweise ein Kind sicher ist, beginnt es, sich in der Exploration zu erproben. Empfindet es Furcht oder Angst, will es in der primären Bindung Trost und Entspannung finden. Der Bindungsforscher J. Bowlby meint, dass **die Bindung das gefühlstragende Band ist, das zwei Menschen über Raum und Zeit verbindet**. (vgl. Rass, 2011). Beim Klettern realisiert sich Bindung als eben dieses Band, das in der Lage ist zu verbinden. Setze ich als Psychotherapeutin Klettern als gezielte Intervention ein, muss ich sicherstellen, den Klientinnen mit beispielsweise *unsicher-vermeidendem Bindungsmuster* oder *unsicher-ambivalenter Bindung* eine gute und **sichere Bindungspartnerin** zu sein. Das gelingt durch ein hohes Maß an Feinfühligkeit. Damit ich in der Klettertherapie feinfühlig sein kann, muss ich sehr aufmerksam und präsent sein und versuchen, den emotionalen Zustand des Gegenübers zu erkennen. Dies gelingt durch Beobachten, Sprechen, Fragen, Skalieren des Zustandes der Klientin – z. B. „Wie geht es Ihnen jetzt gerade? Wenn Sie Ihre Angst auf einer Skala von 1–10 benennen müssten, wo sind Sie jetzt?“ usw. Führe ich bei der Kli-

entin eine ständige emotionale Standortbestimmung durch, kann ich bestenfalls optimal feinfühlig darauf reagieren. Meine Reaktion muss zeitnah erfolgen. Idealerweise dient das Erleben in der Kletterhalle als Transfersituation. Wurde Bindung und Vertrauen erlebt und die Übung individuell so angepasst, dass Exploration möglich gemacht wurde, kann dieses Erlebnis idealerweise ein verbessertes Bindungsmuster herstellen.

## BEIM KLETTERN IST ES HÄUFIG SO, DASS DIE KOGNITIVE REALISIERUNG EINER SCHWIERIGEN SITUATION OFT DER EMOTIONALEN REALISIERUNG HINTERHER HINKT.

Beim Therapeutischen Klettern versuche ich, für die Klientin passende Bewegungsreize zu setzen, um über die Psychomotorik Lernen zu ermöglichen. Auf diese Art und Weise passiert eine unübliche Reihenfolge (zuerst findet eine Bewegungserfahrung statt, die kognitives Lernen möglich macht, z. B. die Bahnung von neuen Denkmustern. Klientin K: „*Mein Körper ist sehr geschmeidig, ich konnte durch die kleine Seilschlinge durchklettern.*“).

### FALLBEISPIELE

#### DREI KLIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN

##### Frau S.

Frau S. ist eine hübsche Frau Mitte 30 und normalgewichtig. Es fällt ihr schwer bzw. gelingt ihr phasenweise kaum, ihr äußeres Erscheinungsbild zu akzeptieren. Ihr Aussehen ist ihr ausgesprochen wichtig und sie nimmt sehr viel dafür in Kauf (Zeitaufwand, Hungern, Ausgaben für Kleidung und Make-up etc.). Sie ordnet andere Lebensthemen ihrem Aussehen unter. Meiner Einschätzung nach leidet sie an einer verzerrten Wahrnehmung ihres Körperbildes, und ich nehme an, dass das auch mit einer Störung ihres Körperschemas zu tun hat. Sie zeigt sich in ihrer Persönlichkeit sehr instabil, hat Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen. Therapeutisch habe ich bis jetzt versucht, die defizitären Schilderungen und das Erleben der Unzufriedenheit

mit den bekannten systemischen Interventionsmöglichkeiten abzuschwächen. Das bisherige Ergebnis lässt mich mit dem Bauchgefühl zurück, dass ich das Pferd von der anderen Seite aufzäumen sollte: der psychomotorischen.

Leider ist es mir bis jetzt nicht gelungen, meine Klientin von der Nützlichkeit einer klettertherapeutischen Intervention oder anderen körperbezogenen Übungen

(siehe oben) zu überzeugen. Ich respektiere selbstverständlich das Zögern der Klientin (Anschlussfähigkeit!), vermute und bemerke aber bei ihr – wie auch bei anderen Klientinnen mit Körperbildproblematik – eine Ablehnungshaltung gegenüber körperorientierten Methoden und Interventionen. Ich frage mich:

Lehnen sie „Therapieexperimente“ unter Einbeziehung des Körpers eher ab, als andere Klientinnen (bei denen ich diese spezielle Einbeziehung als nicht relevant erlebe und deshalb auch nicht vorschlage)? Und weiter: Was kam zuerst – die Abwehrhaltung und, daraus resultierend, das verzerrte Körperbild oder umgekehrt? Sicher ist die Erklärung eines monokausalen Zusammenhanges unzulänglich.

##### Frau J.

Frau J. ist eine 21-jährige junge Frau, die vor ca. einem Jahr eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen hat. Anlass war das vermehrte Auftreten von bulimischem Verhalten. Dem vorangegangen ist eine Trennung der Eltern und, in Folge dessen, ein herber Rosenkrieg zwischen den Eltern und Loyalitätsunsicherheiten bei der jungen Frau. Gleichzeitig ist Frau J. ausgezogen und hat sich vermehrt ihrem äußeren Körperbild gewidmet. Sehr schlank zu sein ist für sie wesentlich. Frau J. ist eine überaus disziplinierte und ehrgeizige junge Dame. Sie ist außerordentlich erfolgreich im Studium und hat bereits als Kind und Jugendliche mehrere Romane geschrieben und veröffentlicht. Frau J. scheint eine nur leicht verzerrte Körperwahrnehmung zu haben. Sie schätzt sich als schlank ein, aber ihr Idealkörper sieht dennoch anders aus. Immer wieder gibt es Phasen, in denen es ihr gelingt, regelmäßig

Sport zu betreiben (Laufen und seit kurzem Pole Dance). Bewegung wirkt bei meiner Klientin unmittelbar auf ihr Körperschema. Frau J. fühlt sich wohler und ist sich ihrer Körpergrenzen bewusster. So fällt auch in diesen Zeiten eine Selbsteinschätzung ihrer gezeichneten Körpersilhouette realistischer aus als in bewegungsarmen Zeiten.

Frau J. steigt bisher nicht auf meine körperorientierten Bewegungsangebote ein. Sie sucht selber nach passenden Möglichkeiten, die ihr helfen, ihre Körperwahrnehmung zu verbessern. Möglicherweise liegt es auch daran, dass sie ungern Initiative und Kontrolle anderen überlässt.

#### **Frau K.**

Frau K. ist eine normalgewichtige 30-jährige Frau, die gut aussieht, in einer Partnerschaft lebt, arbeitet und wegen ihres Leidens im Zusammenhang mit ihrem übermäßigen Alkoholkonsum und ihrem bulimischen Verhalten zu mir in die Praxis kommt. Immer wieder nimmt ihre Nicht-Akzeptanz den eigenen Körper betreffend in den Therapiesitzungen Raum ein.

Therapeutisch versuche ich, den Beginn und die Ursachen, die Gründe für die Aufrechterhaltung, das Verhalten als Lösungsversuch und mögliche Alternativen mit der Klientin zu explorieren und zu generieren. Ich bin phasenweise sehr unzufrieden mit mir als Frau K.s Therapeutin. Frau K. unternimmt zwar viele und eigentlich sehr zügige Therapieschritte in Richtung autonomes Leben (sie verlobt sich mit ihrem Freund, fasst den Entschluss, 2015 ein Haus an einem anderen Ort zu kaufen, umzuziehen und ihr Leben endlich aus der Warteschleife zu bringen, in die es der übermäßige Alkoholkonsum getrieben hat), was ja auch zu ihren Therapiezielen gehört – dennoch hakt es wieder einmal an der friktionsreichen Beziehung der Klientin zu sich selbst und ihrem Körper. Als weitere Vorgangsweise überlege ich eine klettertherapeutische Intervention. Die Klientin kann sich eine solche vorstellen und willigt zu einer Therapiestunde in der Kletterhalle ein. Ich denke, diesen Mut für das unkonventionelle Vorgehen zu fassen und sich auf etwas Unbekanntes einzulassen stellt einen Schritt in Richtung Lösung dar, sogar ohne mit dem Klettern begonnen zu haben.

## **KLETTERTHERAPEUTISCHE INTERVENTION**

### **MIT KLIENTIN FRAU K.**

#### **VORÜBERLEGUNGEN/VORBEREITUNG/VORGANGSWEISE**

#### **Im Praxisraum**

Das Klettern beginnt nicht mit dem ersten Griff an der Wand, sondern mit der Idee und dem Vorschlag. Durch respektvolle Kommunikation und sensibles Hineinspüren in die Klientin müssen bereits im Vorfeld die einzelnen Schritte gut erklärt werden, um der Klientin eine Vorstellung zu geben, was sie erwartet. Das erhöht auch ihre Sicherheit. Ich versuche, mir in der Vorbereitung genau zu überlegen, wie ich mit meiner Klientin vorgehen möchte. Mir erscheint es passend, besonders die Erlebnisfelder Körperwahrnehmung, Achtsamkeit, Konzentration, Selbstwirksamkeit und ein realistisches Selbstbild mit einzubeziehen. Ich überlege mir Übungen, die für die Klientin passen könnten und bespreche die Vorgangsweise genau mit ihr: den Settingwechsel vom Praxisraum zur Kletterwand, Ansprechen mit Vornamen und per Sie in der Kletterhalle, die Umkleidemöglichkeit, die passende Kleidung, das Anziehen der Kletterschuhe, das Anlegen des Klettergurts, das benötigte Material und mögliche Körperberührungen etc. Für die Klientin soll klar sein, dass sie jederzeit die Möglichkeit eines Rückzugs hat. **„Nur die Freiheit des eigenen ‚Neins‘ ermöglicht auch das eigene ‚Ja‘** (Wiesinger & Wögerbauer, 2014, S. 30)“. Mir ist es für mich als Therapeutin wichtig anzumerken und mich selber zu ermahnen, nicht die „Körperbildstörung“ beim Klettern zu unterstützen, sondern den Menschen Frau K.

#### **In der Kletterhalle**

Bei der Durchführung der Therapiekletterstunde kommt der Beachtung nonverbaler Signale, wie Körpersprache, Mimik und Tonfall der Kletterin, besondere Bedeutung zu. Beim Klettern ist es häufig so, dass die **kognitive Realisierung einer schwierigen Situation oft der emotionalen Realisierung hinterher hinkt**. Deshalb ist es für die sichernde Betreuerin wichtig, auf diese nonverbalen Signale zu achten und, wenn erforderlich, unterstützend zu intervenieren sowie verbal, aber auch nonverbal Sicherheit zu geben – z. B. durch ein ermunterndes Nicken, ein Lob oder eine Ermunterung. Es kann



auch eine bewusste Sensibilisierung angeregt werden: „Wo spürt Ihr Körper etwas/was? Was macht das mit Ihnen?“ Oft ist eine Beschreibung des Prozesses für den Kletterer nützlich, weil sie Klarheit schaffen kann und möglicherweise beruhigt.

Die Kletterstunde mit Klientin K. verlief sehr erfreulich. Sie hat sich auf die Herausforderung gefreut und viele Übungen gerne ausprobiert. Übungen auf der Boulderwand (Anmerkung: Bouldern ist Klettern in Absprunghöhe, darunter liegt eine dicke Matte), wie einen großen/kleinen Bewegungsraum zu beanspruchen, wandnah und wandfern und durch eine Seilschlinge zu klettern, haben vorzüglich auf die Wahrnehmung der eigenen Körpergrenzen und Körperausmaße abgezielt. Ich habe sie ermutigt, gut auf ihre Grenzen zu achten und diese auch zu verbalisieren, was sie immer wieder getan hat, wenn eine Übung zu anstrengend war. Besonders in Bezug auf die Kletterhöhe hat die Klientin ein gutes Gespür, was für sie persönlich machbar ist und wo die „Mulmigkeitsgrenze“ liegt. Während der 75-minütigen Klettereinheit ist diese auf sieben Meter eingependelt. Begonnen haben wir bei zwei Metern. Zu meiner Überraschung beschränkte sich meine Klientin nicht nur – wie ursprünglich geplant – auf das Klettern auf der Boulderwand, sondern versuchte auch das Klettern auf höheren Wänden mit Seilsicherung („Top-Rope“-Klettern). Ihre körperliche größte Hürde war das Anlegen des Klettergurtes, da er besonders dort eng anliegt (um die Taille), wo sie ihre Problemzone verspürt. Das Klettern hat aber so viel Konzentration von ihr verlangt, dass sie dieses Gefühl des Unwohlseins rasch vergessen hat. Auf die Frage, ob sie gutes Vertrauen in die Sicherungsgeräte hätte, meinte sie: „Ich vertraue Ihnen und fühle mich sicher, weil Sie mich sichern.“

#### **Wieder im Praxisraum**

In der Folgestunde habe ich die Klientin nach ihren Eindrücken und Empfindungen nach der Kletterstunde gefragt. Frau K. berichtete, dass sie sich „stark“, „kräftig“ und „fit“ gefühlt hat. Sie hat ihre beanspruchten Körperteile hinterher gut gespürt. Besonders erfreut war sie darüber, dass das weitere Wochenende gut verlaufen ist und es zu keinerlei bulimischem Verhalten oder zu

Alkoholexzessen gekommen ist. Nach meinem Eindruck ist die Therapiebeziehung vertrauter geworden, die Klientin vertraut mir offenbar noch mehr als vor der Therapiekletterstunde. Ich fand es besonders wertvoll, dem Körper als sonstigem „Problemträger“ eine Möglichkeit zu bieten, sich in der Bewegung zu bewähren. Ich habe die Hoffnung, dass diese Intervention ein erster Schritt hin zu einer Verbesserung der Freundschaft von Frau K. mit ihrem Körper ist.

#### **ZUSAMMENFASSENDE BEMERKUNGEN/ SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Ich habe begründet, warum ein körperorientierter Zugang hilfreich für die therapeutische Arbeit mit Menschen ist, die an Ess- oder/und Körperbildstörungen leiden. Allerdings sind der praktischen Anwendung sicherlich Grenzen gesetzt. Denn einerseits werden meiner Erfahrung nach körperorientierte Interventionstechniken nur zum Teil von Klientinnen angenommen. Andererseits ist es auch erforderlich, dass die Therapeutin selber gerne kreative Methoden anwendet, die den Körper mit einbeziehen. Zweifelsohne ist die persönliche Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin von größter Wichtigkeit. Selbst wenn eine Therapeutin einen körperorientierten Therapieansatz grundsätzlich für sinnvoll erachtet, kann dieser nur eingesetzt werden, wenn die Anschlussfähigkeit der Klientin gegeben ist. Was mich weiter beschäftigt ist, wie ich mich als Therapeutin authentisch in die Therapie einbringen kann, um als gute Therapiebeziehungspartnerin wirksam und hilfreich zu sein. Ich muss aber auch ein Repertoire an therapeutischen Möglichkeiten parat haben, die sich im Therapieraum sowie außerhalb (in der Kletterhalle oder am Fels) anwenden lassen, um die Linderung der Symptomatik von Essstörungen mit zu ermöglichen und gleichzeitig ein milderer, realistischeres Körperbild zu fördern. Ich glaube, dass neben dem Wort die Bewegung eine hochwirksame Kraft hat, Beschwerden zu lindern und Perspektiven zu erweitern. Schlussfolgernd möchte ich anmerken, dass bei Diagnose Essstörung nicht die Interventionsform alleine entscheidend ist. Im Therapieraum sitzt mir ein Mensch gegenüber, der von seinem Leiden geplagt ist. So vielfäl-

tig das menschliche Werden und Sein ist, so kreativ abgestimmt sollte das Handwerk einer kunstfertigen Therapeutin sein.

---

#### **DIPL. PÄD.<sup>IN</sup> INGE EICHSTEININGER**

ist Studentin im Lehrgang Linz 01. Als Psychotherapeutin (SF) in Ausbildung unter Supervision arbeitet sie in freier Praxis in Ried i. L., und als Klettertherapeutin begleitet und sichert sie Menschen gelegentlich auch beim Klettern.

#### **BIBLIOGRAPHIE:**

- Gross, W. (1993). *Finde ich meinen Körper, so finde ich mich*. Freiburg: Herder Verlag.
- Grossmann, K.P. & Russinger, U. (2011). *Verwandlung der Selbstbeziehung – Therapeutische Wege zur Freundschaft mit sich selbst*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Julius, H., Gasteiger-Klicpera, B. & Kißgen, R. (2009). *Bindung im Kindesalter: Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Rass, Eva (2011): *Bindung und Sicherheit im Lebenslauf*. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Reddemann, L. & Dehner-Rau, C. (2013). *Trauma heilen – Ein Übungsbuch für Körper und Seele*. Stuttgart: Trias.
- Reddemann, L., Engl, V. & Lücke, S. (2007). *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reich, G. & Cierpka, M. (2010). *Essstörungen und Adipositas*. In: Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen*. (S. 27-61.) Stuttgart: Thieme Verlag.
- Russinger, U. (2012). *Essstörungen – Systemisches Verständnis und therapeutischer Zugang (Skriptum zum Ausbildungslehrgang der la:sf – Linz 01)*.
- Schmidt, G. (2011). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2010). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa – Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Weber, G. & Stierlin, H. (1989). *In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht*. Hamburg: Rowohlt.
- Weigel, E. (2008). *Körperschemastörungen erkennen und behandeln*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wienands, A. (2010). *Einführung in die körperorientierte systemische Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Wiesinger, H. & Wögerbauer S. (2014). *Klettern trotz(t) Demenz*. Bergauf, 01/2014, S. 28-31.
- Zajetz, A. *Die Klettertherapeutischen Informationen entstammen dem Therapiekletterkurs für Psychotherapie- und Erlebnispädagogik des ITK (Institut für Therapeutisches Klettern KG) Salzburg (4.-8. September 2013 in Losenstein).*

## INSTITUT FÜR SYSTEMISCHE THERAPIE, SUPERVISION, AUSBILDUNG UND FORSCHUNG

### **FORTBILDUNGS- SEMINAR „THERAPIE MIT MÄNNERN“**



In immer stärkerem Maß sind Therapeutinnen und Therapeuten mit Therapieanfragen von Männern konfrontiert. Das Seminar fokussiert folgende Fragen:

- Worin bestehen die tendenziellen Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Klienten hinsichtlich der Therapiethemen und der Bedürfnisse in der therapeutischen Kooperation?
- Gibt es Männer-spezifische Testungen der Therapiebeziehung?
- Wie unterscheidet sich ein männliches Verständnis von Therapie von jenem von Frauen?
- Wie unterscheiden sich vorrangige Problemlösungsansätze?
- Wie können Therapeutinnen und Therapeuten das Setting und den Therapieprozess Männer-freundlich gestalten?
- Wie können Praktiken der negativen, der positiven und der doppelten Externalisierung in diesem Kontext verwendet und angepasst werden?

**Ort:** Salzburg (Genaueres wird nach Anmeldeschluss bekannt gegeben)

**ZEIT:** Freitag, 12. September 2014 (8 AE)

**LEITUNG:** Konrad Peter Grossmann, Linz/Wien  
Univ.Do.z. Dr., Lehrtherapeut für systemische Familientherapie (la:sf),  
Mitarbeiter der Ambulanten Systemischen Therapie, Wien;  
Lehrtätigkeit an der Universität Klagenfurt und der FH für Soziale  
Arbeit/Linz

**TEILNAHMEGEBÜHR:** € 160,- (bei Einzahlung bis zum 12. Juli 2014 € 120,-)

**SCHRIFTLICHE ANMELDUNG** bis 12. August 2014  
erbeten an: [office@staf.or.at](mailto:office@staf.or.at)

Nähere Informationen unter [www.staf.or.at](http://www.staf.or.at)  
5020 Salzburg, Gierlingstraße 47

Anzeige