

„Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist...“

Bedingungslose Wertschätzung und Gewichtskontrolle bei der klientenzentrierten Behandlung von Anorexie-Patientinnen

Zusammenfassung

Bei der Behandlung von Anorexie-Patientinnen wird ein gewichtskontrollierendes Vorgehen in der Regel für unerlässlich gehalten. Im Klientenzentrierten Ansatz ergibt sich hier eine potentielle Spannung zwischen Strategien der Gewichtskontrolle auf der einen Seite und bedingungsloser Wertschätzung, Kongruenz und Empathie auf der anderen. Dies wird im vorliegenden Beitrag zur Diskussion gestellt. Dabei werden sowohl theoretische Überlegungen als auch veröffentlichte Erfahrungen von Praktikerinnen und Praktikern berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Gesprächspsychotherapie, Anorexia nervosa, bedingungslose Wertschätzung, Kontrolle, Kongruenz

Abstract

Most treatment approaches for anorexic patients include weight-control strategies as an essential component. However, in the client-centered approach, there is a potential tension between weight-control strategies and unconditional positive regard, congruence and empathy for the client. In this paper, we want to provide a summary and discussion of the different positions within the client-centered approach. We will refer to theoretical considerations as well as case reports and clinical work published by practicing client-centered therapists.

Key words

client-centered therapy, anorexia nervosa, unconditional positive regard, control, congruence

Einleitung

„Zwei Frauen kamen mir entgegen und blickten mir im Vorübergehen ganz offen und freundlich ins Gesicht. Sie schauten nicht nur nicht weg, sondern sie lächelten mich an, ohne Boshaftigkeit, Abschätzung oder dergleichen. Ich hatte große Mühe, die Tränen zurückzuhalten. Ich schaffte es gerade noch bis zu meinem Auto. Ich weinte, weil ich mich über diese Reaktion so freute. Diese einfache Geste des Lächelns gab mir das Gefühl, gleichwertig zu sein, irgendwie doch menschlich zu sein.“ Herbst, 2001, S. 25)

Diese Episode aus ihrer Magersuchtszeit schildert Gesa Herbst in ihrem Buch *Fremdkörper*. Das Erlebnis, das sie berührt und das sie als wohltuend erlebt, erinnert an das klientenzentrierte Konzept, sich bedingungslos angenommen zu fühlen. Auch wenn die bedingungslose Wertschätzung (unconditional positive regard) für essgestörte Patienten mindestens genauso wichtig ist wie für andere Patienten, scheint sich die klientenzentrierte Therapie mit der Behandlung von Anorexiepatienten und -patientinnen schwer zu tun. So findet man in Lehrbüchern der Klinischen Psychologie (z.B. Davison, Neale & Hautzinger, 2002; Franke & Kämmerer, 2001) unter den Therapieansätzen für Anorektikerinnen keinen Hinweis auf die Gesprächspsychotherapie. Auch die klientenzentrierte Literatur zum Thema Essstörungen ist rar. Wo vorhanden, ist auffällig, dass bei dieser Gruppe eher von „Patienten“ als von „Klienten“ gesprochen wird. Dies könnte bereits Hinweis auf ein grundsätzliches Problem sein: der (krankhafte) körperliche Zustand der zu behandelnden Personen, welcher symptombezogene Strategien notwendig macht. Bei Anorexiepatienten zielen diese Strategien vornehmlich auf Gewichtskontrolle und Kontrolle der Nahrungsmengen und –mittel ab. Kontrolle kann man generell verstehen als das Überprüfen des Verhaltens einer anderen Person (meist um einen gewünschten Zustand herbeizuführen). Allein diese Definition scheint

jedoch dem klientenzentrierten Selbstverständnis zu widersprechen. Wir wollen zunächst kurz auf die körperlichen Begleiterscheinungen der Anorexie sowie die bedingungslose Wertschätzung nach Rogers eingehen, bevor wir verschiedene Wege des klientenzentrierten Umgangs mit Anorexie und deren Konsequenzen diskutieren.

1. Anorexie und körperliche Begleiterscheinungen

Laut DSM-IV-R (APA, 2000) wird Anorexia Nervosa diagnostiziert, wenn die folgenden vier Kriterien vorliegen: (1) Weigerung das für Alter und Körpergröße normale Gewicht zu halten oder zu erreichen, so dass das Körpergewicht weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts beträgt, (2) intensive Angst vor Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts, (3) Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur (Körperschemastörung) und (4) Ausbleiben der Regelblutung in mindestens drei aufeinander folgenden Monatszyklen. Als Folge der Unterernährung treten körperliche Beeinträchtigungen auf, die u. U. lebensbedrohlich sein können: Menstruations- und Fertilitätsstörungen, Kreislaufstörungen, Herzrhythmusstörungen, Hirnatrophie, Blutarmut, Schädigung der Nieren und Knochenveränderungen (Osteoporose) (vgl. Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Die Mortalitätsrate bei Magersucht liegt bei etwa 12% (Freyberger & Schneider, 2002), weshalb ein (gewichtskontrollierendes Vorgehen im Zuge der Therapie gemeinhin als unerlässlich angesehen wird. Im verhaltenstherapeutischen Rahmen verwundert dies nicht, ist der Ausgangspunkt dort eine stärkere Orientierung an Symptomen. Auch psychoanalytisch orientierte Therapeuten beziehen die Behandlung des Symptoms Gewicht zunehmend in die Therapie mit ein (z.B. Schors & Huber, 2003). Im Folgenden soll ein symptomorientiertes Vorgehen den klientenzentrierten Annahmen über Veränderung gegenübergestellt werden, wobei vor allem bedingungslose Wertschätzung diskutiert wird.

2. Rogers' Grundbedingung der bedingungslosen Wertschätzung

In der Einleitung zur Publikation „A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework“ (Rogers, 1959) beschreibt sich Rogers als „jemand, der Zwang und Nötigung zur Veränderung von Persönlichkeit und Verhalten missbilligt“ (a.a.O., S. 185, Übersetzung der Autoren) und verdeutlicht somit einen wesentlichen Aspekt klientenzentrierten Denkens. Jeder Zwang zur Veränderung wird hier explizit ausgeschlossen und stattdessen die Kraft der therapeutischen Beziehung als Veränderungsagens hervorgehoben. Sehen wir uns die bedingungslose Wertschätzung genauer an. Wertschätzung schließt Wärme, Sympathie, Respekt, Mögen und Akzeptanz des Therapeuten ein, ähnlich der Gefühle, die eine Mutter (in einer optimalen Mutter-Kind-Beziehung) ihrem Kind entgegenbringt (vgl. Lietaer, 1988; Rogers, 1959). Die Wertschätzung ist nicht an Bedingungen geknüpft. Keine Erfahrung, die der Klient macht, soll für wertvoller als eine andere befunden werden. Im Gegensatz dazu beinhaltet bedingte Wertschätzung, dass eine Person einer anderen zu Verstehen gibt: „I will only approve of, like, favour you if you do this, give me this, act in this way“ (Wilkins, 2000, S. 25). Ein Behandlungsvertrag, der auf der Bedingung „Gewichtszunahme“ beruht, scheint daher auf den ersten Blick in der Klientenzentrierten Therapie nicht indiziert. Denn: „Änderungen im Verhalten stellen sich fast von selbst ein, wenn eine Reorganisation der Wahrnehmungsstruktur erlebt wird“ (Rogers, 2004, S. 143). Je mehr sich die Wahrnehmungsstruktur einer Patientin im Laufe der Therapie verändert, indem sie vom Therapeuten angenommen und akzeptiert wird und es schafft ihr Selbst mehr und mehr zur Deckung mit ihren Erfahrungen zu bringen, wird sich auch ihr Essverhalten ändern. Je mehr sie bedingungslose Wertschätzung erfährt, desto mehr wird sie sich auch selbst wertschätzen können (vgl. Rogers, 1959, S. 224). Angesichts des Symptombildes der Anorexie mit z. T. lebensbedrohlichen Konsequenzen scheint jedoch keine Zeit, darauf zu warten und zu vertrauen. Ist also die Klientenzentrierte Therapie bei magersüchtigen Patientinnen nicht indiziert? Dagegen spricht u. a., dass die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie

„allein durch die Feststellung von Inkongruenz im Erleben des Klienten zu stellen [ist], welche Formen von Behinderungen und Problemen diese Inkongruenz auch nach sich ziehen mag.“ (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, S. 148). Wie verschiedene klientenzentriert arbeitende Therapeuten das Spannungsfeld zwischen Kontrolle und bedingungsloser Wertschätzung zu bewältigen versuchen, soll hier anhand von vier Beispielen aufgezeigt werden: A. Uhde, H. Swildens, H. Petersen und K.-H. Grimm. Besonderes Augenmerk liegt auf dem Kontinuum von „Gewichtskontrolle als notwendigem Bestandteil der Therapie“ bis zu einer „Praxis, die versucht so weit wie möglich ohne Kontrolle auszukommen“.

3. Vereinbarkeit von Gewichtskontrolle und bedingungsloser Wertschätzung

A. Uhde: Erzwungene Zunahme zur Lösung der Bindung an die Sucht. Im Verständnis von Uhde (1986) ist Gewichtskontrolle notwendig. Dies wird damit begründet, dass „im starken Hungerzustand die Bindung an die Sucht besonders groß ist“ (Uhde, 1986, S. 470). Näher erläutert wird dieser Punkt nicht. Auf den Hauptkonflikt kommt Uhde sehr konkret zu sprechen: „Einerseits muss ich – müssen wir – oft stellvertretend für die Patientin handeln, müssen Entscheidungen fällen, müssen sie kontrollieren, und andererseits wiederum will oder darf ich nicht für die Patientin handeln, weil ein solches Verhalten Teil der Suchtstruktur wäre, weil es meiner klientenzentrierten Einstellung völlig widerspricht, und weil ich auch glaube, dass es gerade für anorektische Patientinnen sehr gefährlich und bedrohlich ist, wenn jemand anderes für sie handelt“ (a.a.O., S. 469f.). Die Kontrolle, von der sie spricht, reicht von Sondenernährung bis zur regelmäßigen Gewichtskontrolle. Der Widerspruch zwischen Kontrolle und Wertschätzung wird durch die Trennung von Patientin und Sucht aufzulösen versucht, im Sinne von: „Ich akzeptiere dich, aber nicht deine Sucht.“ Ob und wie eine solche Botschaft von den Magersüchtigen verstanden wird, ist jedoch ungeklärt. Denn oftmals definieren Patientinnen ihre Identität primär über ihre anorektische Symptomatik (vgl. Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Dies unterstreichen auch Erfahrungen von Betroffenen selbst: „And the physician there refused to li-

sten to all my bantering on about food or anything like that [...] And it was as if he he said well you know: ‚yeah OK I don’t want to hear about your anorexia. I want to hear about you. And I started thinking: But I am the anorexia‘“ (Malson, 1998, S. 147). Demnach scheint es zumindest offen, ob die oben beschriebene Trennung erfolgreich sein kann, sollte sie nicht an die Erfahrungswelt der Klienten selbst anknüpfen.

H. Swildens: Erzwungene Zunahme als Therapierbarkeitsvoraussetzung. Das gewichtskontrollierende Vorgehen nach Swildens (1991) ist in den Rahmen der prozessorientierten Therapie eingebettet und steht damit (im Gegensatz zu den anderen in diesem Aufsatz referierten Erfahrungswerten) auf einem konzeptuellen Fundament. Begründet wird Gewichtskontrolle einerseits mit dem medizinischen Risiko der Abmagerung, andererseits mit der Sichtweise der Anorexie als einer „Drangkrankheit“. Drang ist definiert als „eine mit dem ‚Selbst‘ und mit dem Organismus syntone Tendenz, [...] welcher nach mehr oder weniger Motivkonflikt nachgegeben wird“ (Swildens, 1991, S. 144). Der Drang, dem die Anorektikerin nachgeht, ist das Hungern. Dieses erfolgt vornehmlich, um einen unangenehmen depressiv / ängstlichen Zustand zumindest zeitweise zu beenden oder zu verändern (a.a.O., S. 173). Therapie ist diesem Verständnis zufolge nur möglich, wenn die Patientin daran gehindert wird, diesem Drang nachzugeben und eine Spannung entsteht, aus der heraus gearbeitet werden kann. Nach Swildens beginnt der Therapieprozess mit der „Prämotivationsphase“, in der die Abstinenz aufgebaut wird, was im Falle der Anorexie (erzwungene) Nahrungsaufnahme bedeutet. Diese Vorgehensweise steht im Gegensatz zu Ansichten, die davon ausgehen, dass die Patienten wieder zu essen beginnen, wenn ihre Probleme gelöst sind (vgl. a.a.O., S. 176). Das Essen muss dem Problemlösen vorangehen, da sonst gerade das Nicht-Essen als vermeintliches Problemlösen eingesetzt wird. Allerdings kann durch erzwungene Nahrungsaufnahme die Autonomie der Patientin angegriffen werden. Dies ist bei Magersüchtigen besonders gravierend, weil sie in ihrer „persönlichen Mythe“ die Selbstbestimmung immer schon als bedroht erleben. Im Ergebnis kann die Therapie nahezu als „Kampf“ und die Patientin als äußerst schwierig, vorwurfsvoll und beschuldigend erlebt werden. Eine Lösung

wird auch hier darin gesehen, zwischen Person und Verhalten zu unterscheiden: „Angesichts der Rogersschen Grundhaltungen fällt bei der Behandlung dieser speziellen neurotischen Kategorie auf, dass ‚Akzeptieren‘ zunächst nicht als ein bedingungsloses Hinnehmen des Verhaltens des Klienten aufgefasst werden darf, sondern als Respekt vor seiner Person“ (a.a.O., S. 187). Denn oftmals steht die Person selbst nicht hinter diesem Verhalten und kam genau deshalb zur Therapie (Lietaer, 1988, S. 56). Die Frage, was genau bedingungslose Wertschätzung bedeutet, hat ihrerseits zu Diskussionen geführt und zur oben genannten Sichtweise auch folgende Gegenposition hervorgebracht: „I have doubts, too, about the much-repeated notion of accepting the person but not the behavior. [...], there is a real risk that in attempting to hold the attitude ‚I disapprove of what you do but I accept you‘, the therapist will fail to offer unconditional positive regard, and the client experience is then one of censure and perhaps rejection“ (Wilkins, 2000, S. 30). Der vermeintliche Widerspruch entsteht nur dann, wenn der Therapeut die Abkehr von einem Verhalten „erzwingt“, welches die Person gerade als die eigene Person konstituierend erlebt. Einmal mehr ist man auf das Erleben der Klienten selbst „zurückgeworfen“, wenn es darum geht, klientenzentriert Entscheidungen zu treffen. Wie oben zitiert, scheint es für Anorektikerinnen häufig so zu sein, dass das anorektische Verhalten als zur Person zugehörig erlebt wird. Anstatt allgemeine Richtlinien zu erstellen, würde also auch hier wieder die Orientierung am Einzelfall und an dessen Bezugsrahmen als genuin klientenzentriert gelten. Wenn eine solche Trennung von den Klienten selbst nicht vorgenommen wird, bestünde die potentielle Gefahr, am Klienten und dessen Bedeutungssystem vorbeizuarbeiten – was, wie Wilkins oben ausführt, zu Gefühlen der Ablehnung und negativen Beurteilung seitens der Klienten führen und damit den Therapieerfolg gefährden könnte.

4. Gewichtskontrolle als Widerspruch zur bedingungslosen Wertschätzung

H. Petersen: Keine Gewichtskontrolle zugunsten der bedingungslosen Wertschätzung. Petersen (1997) stellt einen Fall vor, bei dem sie völlig auf Gewichtskontrolle verzichtete. Normalerweise

führt sie (aus „klinischen Erfahrungen“ heraus) bei Magersüchtigen mit weniger als 45 kg Körpergewicht keine Psychotherapie durch. In diesem Fall beginnt sie dennoch eine ambulante Therapie mit einer Patientin, Lilian, die zu Beginn 42 kg wiegt. Die Therapie erfolgt einmal wöchentlich und ohne jegliche gewichtskontrollierende Maßnahmen. Der Fall ist deshalb interessant, weil er zu einer sehr positiven Entwicklung führt und somit die unverrückbare Notwendigkeit der Gewichtskontrolle in Frage stellt. Man kann selbstverständlich einwenden, dass es bei Anorexiopatientinnen 20-30% Spontanheilungen gibt (vgl. Freyberger & Schneider, 2002). Begründet wird das Abweichen von ihrem sonstigen Vorgehen mit ihrem „Vertrauen in die Selbstheilungskräfte dieser Patientin“ (Petersen, 1997, S. 48). So spürt sie einen Veränderungswillen, wohlgemerkt trotz des unverrücklichen Festhaltens an der Vorstellung vom Dünnsein: „Sie ist hochmotiviert, sich zu verändern, um endlich wieder ‚normal‘ zu werden – allerdings möchte sie um jeden Preis dabei dünn bleiben“ (a.a.O., S. 38). Petersen beschreibt, wie die Patientin die in ihrer Kindheit nicht erlebte Empathie, Wertschätzung und Kongruenz in der Therapie erfährt und es ihr immer besser gelingt, ihre Erfahrungen in ihr Selbstkonzept zu integrieren und an Selbstsicherheit zu gewinnen. Und im Zuge all dieser Veränderungen verändert sich auch ihre anorektische Symptomatik: Bald nach Therapiebeginn hört sie auf sich zu wiegen, baut nach und nach die Kontrolle der Nahrungsaufnahme und der Kalorien ab, beginnt wieder „verbotene“ Dinge zu essen, hat immer weniger zwanghafte Gedanken rund um die Nahrungsaufnahme, kocht gerne und kann Einladungen zum Essen wieder relativ unproblematisch annehmen (Petersen, 1997). In der abschließenden Bewertung gibt Petersen folgende Begründung für den Behandlungserfolg: „Ich vermute, gerade weil mich eine Gewichtszunahme nicht interessierte, sondern vielmehr das seelische Leid, das hinter all den Essensritualen und -vermeidungen stand, brauchte Lilian auf diesem Gebiet nie mit mir zu ‚kämpfen‘, sondern konnte sich ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden“ (a.a.O., S. 48). Auffallend an diesem Fallbeispiel ist, dass die Indikation (hier gegen eine Gewichtskontrolle) offenbar nicht (nur) am Gewicht der Klientin orientiert erfolgte, sondern auch das Vertrauen der Therapeutin in

den Erfolg einbezog. Weiterhin schienen die „eigentlichen Verletzungen“ nach vorn zu treten, wenn das Hungern in den Hintergrund tritt. Die Thematik des Essens ist somit im Kontext emotionaler Erfahrungen und deren Umgang zu verstehen (z.B. Arnow, Kenardy, & Agras, 1995). Beispielsweise zeigen Anorektikerinnen ausgeprägte Feindseligkeit dem eigenen Selbst gegenüber (Tiller, Schmidt, Ali & Treasure, 1995). Sie berichten über depressives Erleben oder Schwierigkeiten, Gefühle überhaupt wahrzunehmen (Mazzeo & Espelage, 2002). Bezieht man sich auf diese Erfahrungen, kann das Essverhalten als eine Form des Umgangs mit dem eigenen emotionalen Erleben verstanden werden. Klientenzentrierte Therapie ist in diesem Sinne eine Therapie emotionaler Verarbeitung, auf die leider im Fallbeispiel weder praktisch noch theoretisch begründet näher eingegangen wird. Die Grundlagen und Praxis der Emotionsfokussierten Therapie könnten einen Rahmen für das Verständnis dieses Falles bieten (Greenberg, Rice & Elliott, 2003).

K.-H. Grimm: Gewichtskontrolle als Ausdruck der eigenen Hilflosigkeit. Klientenzentriertes Handeln beruht nach Grimm (1989) maßgeblich auf Wertschätzung, die er als Gegensatz zur Kontrolle sieht. Gewichtsverträge werden als äußerstes Hilfsmittel gesehen, das eher Ausdruck der Hilflosigkeit und Angst des Therapeuten ist als ein adäquates Therapieinstrument. In seinen Überlegungen zur Ausübung von Gewichtskontrolle spielt die Kongruenz des Therapeuten eine noch wichtigere Rolle (a.a.O., S. 429) als die bedingungslose Wertschätzung. Denn der Umgang mit der Kontrolle von Gewicht und Essverhalten liegt darin begründet, welchen Zugang der Therapeut zu sich selbst hat und von welchen Einstellungen, Ängsten etc. er geleitet wird: Wie lange hält er es aus, die Verantwortung nicht zu übernehmen, wie viel Achtung hat er vor Lebensentscheidungen anderer, wer gibt ihm das (rechtliche, moralische) Recht, notfalls Gewalt anzuwenden, kann er eigene Hilflosigkeit ertragen, wie sieht er sich in seiner Rolle als Helfer, als Arzt, als Therapeut, wie ist sein Verhältnis zum Sterben etc.? (vgl. a.a.O., S. 430). Mit diesen Fragen wird die Indikation zur Gewichtskontrolle wie bei Petersen nicht (nur) an das Gewicht der Klientin, sondern noch stärker an die Verantwortung und die Gefühle des Therapeuten gebunden.

5. Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es innerhalb des klientenzentrierten Rahmens eine Bandbreite von Argumenten und klinischen Erfahrungen sowohl für als auch gegen ein gewichtskontrollierendes Vorgehen gibt. Gewichtskontrollierende Strategien können als Therapievoraussetzung, als Ausdruck einer Trennung von Person und Verhalten oder als notwendiger erster Schritt einer Lösung der Person von der Sucht verstanden werden. Auf der anderen Seite wird ein gewichtskontrollierendes Vorgehen als sekundär betrachtet und stärker auf die Bedürfnisse des Therapeuten als auf die des Klienten bezogen. Ob die Therapie stärker symptom- und copingbezogen oder stärker erlebensorientiert und emotionsbezogen ist, ist demnach von vielen Faktoren abhängig. Ein wichtiges Rahmenkonzept ist in jedem Fall das der Kongruenz in der therapeutischen Beziehung.

Behandlungsentscheidungen sind eng mit dem Konzept der Kongruenz verbunden. Kongruent zu sein bedeutet nach Rogers vollständig man selbst zu sein, ohne jegliche Fassade, und somit seine aktuellen Erfahrungen sicher repräsentieren zu können (vgl. Rogers, 1957, S. 97). Die Reflexion des Behandelnden über seine Motive für die Gewichtskontrolle ist von zentraler Bedeutung. Das schließt die Bereitschaft ein, für das eigene Handeln Verantwortung zu übernehmen, eigene Motive transparent zu machen und ggf. dem Klienten gegenüber zu kommunizieren. Reflexion bezieht sich auf die eigene Rolle als Therapeutin, aber auch auf die eigene Einstellung zu Grenzen, zum Kranksein und letztendlich zum Sterben. Hier lassen sich Parallelen zum Umgang mit Suizidpatienten ziehen. In der Arbeit mit Suizidpatienten kommen nach Pohlmeier (1992) spezifische Ängste auf Therapeutenseite ins Spiel: (1) Angst vor Ohnmacht und Hilflosigkeit, (2) Angst vor Aggression, (3) Angst vor Tod und Sterben, (4) Angst vor Strafe und (5) Angst vor Identitätsverlust. Diese Ängste finden sich auch im Umgang mit Anorexie-Patientinnen. Leicht gerät man in die Situation, sich ohnmächtig zu fühlen, wenn eine Patientin partout nicht essen will, sich eventuell die Infusionsnadel aus dem Arm zieht oder vielleicht auch stationär eine Gewichtszunahme erreicht, um dann entlassen zu werden und einige Zeit später mit dem

alten Untergewicht wieder auf die Station zurückzukehren.

Kongruenz ist eng verwoben mit bedingungsloser Wertschätzung. Lietaer (1988) spricht von der Gemeinsamkeit der Offenheit: Kongruenz als Offenheit zu sich selbst, bedingungslose Wertschätzung als Offenheit auf den anderen hin (S. 54). Letztendlich muss man zunächst für sich und sein (therapeutisches) Handeln Verantwortung übernehmen, bevor man – wenn überhaupt – für den Patienten Verantwortung übernehmen kann (Binder & Binder, 1991). Wenn jedoch klientenzentriertes Handeln als Beziehungshandeln zu verstehen ist, dann sind auch gewichtskontrollierende Strategien und ihre Indikation – stärker als bislang – im Kontext der Therapeut-Klient-Beziehung zu diskutieren.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR (Dt. Bearbeitung und Einführung: H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben). Göttingen: Hogrefe.
- Arnou, B. Kenardy, J. & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79-90.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H. J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn bei Frankfurt a. M.: Klotz.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2002). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Franke, A. (2001). Essstörungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 355-396). Göttingen: Hogrefe.
- Freyberger, H. J. & Schneider, W. (2002). Psychosomatische Störungen. In H. J. Freyberger, W. Schneider & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompodium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (S. 165-174). Karger: Basel.
- Greenberg, L., Rice, L. & Elliott, R. (2003). Emotionale Veränderung fördern. Paderborn: Junfermann.
- Grimm, K. H. (1989). Klientenzentrierte, stationäre Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *GwG Zeitschrift*, 77, 426-430.

- Herbst, G. (2001). *Fremdkörper*. Hamburg: Rowohlt.
- Hornbacher, M. (1998). *Wasted. A memoir of anorexia and bulimia*. New York: HarperPerennial.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 24). Göttingen: Hogrefe.
- Lietaer, G. (1998). Bedingungsloses Akzeptieren: eine umstrittene Grundhaltung in der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG Zeitschrift*, 73, 53-60
- Malsion, H. (1998). *The Thin Woman. Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge.
- Mazzeo, S. E. & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediational role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 86-100.
- Pearsall, J. (Hrsg.). (1998). *The New Oxford Dictionary of English*. Oxford: Oxford University Press.
- Petersen, H. (1997). Anorexia nervosa. In J. Eckert, D. Höger & H.-W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen* (S. 31-49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pohlmeier, H. (1992). Ängste des Therapeuten als typisches Therapieproblem im Umgang mit Suizidpatienten. In H. Wedler, M. Woltersdorf & R. Welz (Hrsg.), *Therapie bei Suizidgefährdung. Ein Handbuch* (S. 249-254). Regensburg: Roderer.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: Mc Graw Hill.
- Rogers, C. (2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt / Main: Fischer.
- Schors, R. & Huber, D. (2003). Psychoanalytisch denken, verhaltenstherapeutisch handeln? Zur symptomorientierten stationären Therapie der Anorexie und Bulimie. In W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.), *Essstörungen – Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzept* (S. 60-81). Stuttgart: Schattauer.
- Tiller, J., Schmidt, U., Ali, S. & Treasure, J. (1995). Patterns of punitiveness in woman with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 365-371.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzen-*

trierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Köln: GwG Verlag.

Uhde, A. (1986). Anorexia nervosa und klientenzentrierte Psychotherapie? Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5, 465-471.

Wilkins, P. (2000). Unconditional positive regard reconsidered. British Journal of Guidance and Counselling, 28, 23-36.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jeannette Bischkopf
Freie Universität Berlin
FB Erziehungswissenschaft und Psychologie
AB Klinische Psychologie und Psychotherapie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Tel.: 030 8385-4672

Fax: 030 8385-4945

bischk@zedat.fu-berlin.de