

# Körperwahrnehmung

Einstellungen zum Körper  
bei Mädchen mit Anorexia nervosa  
in der Adoleszenz

Eine vergleichende, qualitative Fragebogenerhebung

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
des Fachbereichs Erziehungs- und Kulturwissenschaften  
(Sport und Sportwissenschaften)  
der Universität Osnabrück

vorgelegt von

Martina Obrock, Bad Oeynhausen

Berichterstellerin:

Prof. Dr. Renate Zimmer

Berichtersteller:

Prof. Dr. Peter Elflein

Die Dissertation wurde vom Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften an der Universität Osnabrück angenommen.

Oktober 2007

Für meinen Sohn Elias

Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare.

Christian Morgenstern

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>1</b>
<b>VORWORT</b>	<b>6</b>
<b>0. EINLEITUNG</b>	<b>8</b>
<b>I THEORETISCHER TEIL</b>	<b>10</b>
<b>1. ADOLESZENZ</b>	<b>10</b>
1.1 Definition	11
1.2 Adoleszenz aus sozialwissenschaftlicher Sicht	12
1.3 Adoleszenz aus biologischer Sicht	16
1.4 Adoleszenz aus psychologischer Sicht	17
1.5 Adoleszenz aus psychoanalytischer Sicht	20
1.6 Fazit	22
<b>2. GESTÖRTES ESSVERHALTEN: ANOREXIA NERVOSA</b>	<b>24</b>
2.1 Definition	24
2.2 Das Krankheitsbild	29
2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund	31
2.3 Spezifische Aspekte der Nosologie, Ätiologie, Epidemiologie	31
2.3.1 Nosologie	31
2.3.2 Epidemiologie	37
2.3.3 Ätiologie	39
2.3.3.1 Sozio-kulturelle Hintergründe	40
2.3.3.1.1 Medialer Einfluss	44
2.3.3.1.2 Psychodynamischer Zugang	46

2.3.3.2.1 Ablösung	46
2.3.3.2.2 Sexueller Missbrauch	48
2.3.3.3 Biologische Faktoren	49
2.3.4 Aspekte der Diagnostik, Therapie und Prognose	53
2.3.5 Zusammenfassung	56
<b>2.4 Geschlechtsspezifische Sozialisation</b>	<b>58</b>
<b>2.5 „Gestörte Körper“: Körperschemastörung und das Selbst</b>	<b>68</b>
2.5.1 Störung der Körperwahrnehmung	69
2.5.2 Körperschemastörung und das Selbst	69
2.5.3 Körperbild	70
<b>3. THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN</b>	<b>75</b>
<b>3.1. Ambulante/Stationäre Therapie</b>	<b>76</b>
<b>3.2 Therapiekonzept einer Fachklinik für gestörtes Essverhalten</b>	<b>77</b>
3.2.1 Einzel- und Gruppenpsychotherapie	81
3.2.2 Familientherapie	84
3.2.3 Körperpsychotherapeutische Verfahren	86
<b>3.3 Therapiekonzept pathways</b>	<b>89</b>
<b>3.4 Das Hagener Modellprojekt</b>	<b>95</b>
<b>II METHODISCHES VORGEHEN</b>	<b>105</b>
<b>4. QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODEN</b>	<b>105</b>
<b>4.1 Grundlagen qualitativer Sozialforschung</b>	<b>105</b>
4.1.1 Aktualität	106
4.1.2 Entwicklung in Deutschland	107
4.1.3 Gütekriterien	109
<b>4.2 Forschungsaufbau und -durchführung</b>	<b>110</b>
4.2.1 Vorbereitung	110
4.2.2 Befragungsmethoden	112

4.2.2.1 Leitfadeninterview / Fragebogen	114
4.2.3 Stichprobenanalyse	120
4.2.4 Probandinnen	121
4.2.5 Auswertungsmethodik	122
<b>4.3 Einzelfallanalyse als Beispiel des methodischen Vorgehens</b>	<b>124</b>
4.3.1 Falldarstellung	125
4.3.2 Leitfadeninterview	128
4.3.3 Fragebogen	131
4.3.4 Auswertung	134
<b>III ERGEBNISSE</b>	<b>138</b>
<b>5. KATEGORIENBILDUNG</b>	<b>138</b>
5.1 Sport und Bewegung	138
5.2 Medialer Einfluss	149
5.3 Körpergefühl	158
5.4 Reife und Sexualität	161
5.5 Feed Back	162
5.6 Selbstwahrnehmung	167
5.7 Zusammenfassung der Befragungsergebnisse	176
<b>6. DISKUSSION</b>	<b>179</b>
6.1 Geschlechtsspezifische Sozialisation	180
6.2 Familiäre Struktur	183
6.3 Mediale Sozialisation/Peergroup	185
6.4 Körperliche Selbstwahrnehmung	187
6.5 Sportlichkeit	190

<b>6.6 Zusammenfassung</b>	<b>192</b>
<b>IV FAZIT</b>	<b>195</b>
<b>7. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>195</b>
7.1 Schlussfolgerungen: Forschungsbedarf und Innovationsmaßnahmen	195
7.2. Stellungnahme	199
<b>ANHANG</b>	<b>202</b>
Literaturverzeichnis	202
Adressen	224
Danksagung	228
Erklärung	230

## **Vorwort**

Die vorliegende Dissertation handelt von der Arbeit mit essgestörten Patientinnen und deren Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Als Vergleichsgruppen wurden junge Mädchen aus der Sekundarstufe I und aus Sportvereinen untersucht.

Die nachfolgenden Ausführungen sind die Resultate langjähriger Beschäftigung mit den Themen Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie und anderen auffälligen Essstörungen) bei Mädchen in der Pubertät.

Während meiner Tätigkeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in einer Klinik für Essstörungen und in meiner Praxis für Psychotherapie offenbarte sich mir zunehmend die dramatische Körper- und Gefühllosigkeit der erkrankten Mädchen.

In vielen Therapiesitzungen stand der Satz „Ich kann mich nicht fühlen, ich weiß nicht, wie sich mein Körper anfühlt“ im Raum.

Der fehlenden Körperwahrnehmung wollte ich nachgehen und daher erkrankte, nicht-erkrankte und sportlich-aktive Mädchen u.a. hinsichtlich ihrer Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper, ihrer familialen Beziehungen, ihrer freundschaftlichen Beziehungen und ihrer eigenen sportlichen Aktivität befragen.

Mit dieser qualitativen Körperuntersuchung und den gewonnenen Ergebnissen verfolge ich primär das Ziel, den Mädchen und Frauen zu helfen, die verzweifelte Auswege aus dem pathologischen Teufelskreis „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“ suchen.

So gilt es einerseits dem persönlichen wie dem öffentlichen Bewusstsein Rechnung zu tragen, dass sich Modediktat, Schönheitsideal, Selbstwertproblematik nicht mit autoaggressiv-destruktiver Abmagerung lösen lässt. Andererseits braucht die bevorstehende Gesundheitsreform ausreichende finanzielle Mittel, um der hohen Sterblichkeitsrate bei Magersucht präventiv entgegenzuwirken.

In diesem Sinne hoffe ich nach der Veröffentlichung dieser Arbeit zu der Einsicht beizutragen, dass die Behandlung einer schweren Erkrankung wie Ano-

rexia nervosa nicht ohne Psychotherapie, medizinische Betreuung, Ernährungstherapie und vor allem nicht ohne Körpertherapie prognostisch möglich ist.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass jegliches Fehlen von stärkender Körperwahrnehmung den Behandlungserfolg massiv in Frage stellt.

## 0. Einleitung

*„Wer einen Unterschied zwischen Leib und Seele macht, hat keins von Beiden.“*

*Oskar Wilde*

Die Essstörung Anorexia nervosa gehört zu den schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Trotz vorhandener komplexer Fachkenntnisse und der Anwendung unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten beschreiben etwa ein Drittel der überwiegend weiblichen Patientinnen einen chronischen Krankheitsverlauf mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von sieben Jahren. Etwa 10 % der Erkrankten sterben an den Folgewirkungen.

Die Erkrankung Anorexia nervosa zeichnet sich durch das selbstinduzierte starke Untergewicht bis hin zur Kachexie aus. Eine Störung des Körperbildes und der überwertige Einfluss magischer Gedanken, die die Figur, die Ernährung und das Gewicht auf das Selbsterleben der Patientinnen haben, charakterisieren die massive Psychopathologie.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Körperwahrnehmung der jungen Mädchen. Mittels einer qualitativen Erhebung wurden die Einstellungen zum Körper erfragt. Die Untersuchungsgruppe bildet sich aus unauffällig-gesunden Mädchen, Hobbysportlerinnen sowie den anorektischen Patientinnen. Eine Einzelfalldarstellung erläutert exemplarisch einen Krankheits- und Behandlungsverlauf.

Im **theoretischen Teil** soll zunächst ein Überblick über grundlegende Fachtermini gegeben werden. Die Adoleszenz wird aus verschiedenen Sichtweisen (sozialwissenschaftlich, biologisch, psychologisch, psychoanalytisch) erörtert. Die Darstellung des gestörten Essverhaltens wird anhand des Krankheitsbildes, Klassifikation, Therapie und Prognose unter Berücksichtigung bisheriger Forschungsergebnisse aufgezeigt. Weiterhin wird die Körperschemastörung mit den Folgewirkungen für das Selbst erläutert. Thera-

peutische Konsequenzen für die ambulante wie stationäre Therapie werden exemplarisch anhand eines klinischen Settings (Klinik am Korso, Bad Oeynhaus), einer Wohngruppe (Anad pathways, München) und eines Präventivprorammms (Hagener Modellprojekt) aufgezeigt.

Im **zweiten Teil** wird die **methodische Vorgehensweise** dargelegt.

Grundlagen qualitativer Sozialforschung werden mittels historischer Bezüge sowie deren aktuellen Gütekriterien aufbereitet. Das Forschungsdesign beschreibt den Aufbau und die Art der Durchführung der Forschungsarbeit. Befragungsmethoden, Leitfadeninterview sowie die Auswertungsmethodik werden im Hinblick auf die Testgruppe behandelt. Eine Einzelfallanalyse möchte in der Falldarstellung einen vertieften Einblick in die Erlebniswelt eines anorektischen Mädchens geben.

Im **dritten Teil** werden die **Ergebnisse** der Fragebogenerhebung ermittelt.

Mit Hilfe eines Kategoriensystems – in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach J. Mayring – werden die Antworten der Untersuchungsgruppe nach inhaltlichen Schwerpunkten (z. B. medialer Einfluss, Körpergefühl, Selbstwahrnehmung) geprüft und eingeordnet. In der anschließenden Diskussion werden die Inhaltsaspekte der Antwortenstruktur der befragten Mädchen analysiert und untersucht.

Im **vierten Teil** stellt das **Fazit** die Resultate und Konsequenzen der Studie fest.

Das Resümee zeigt Schlussfolgerungen, Forschungsbedarf und mögliche Innovationsmaßnahmen auf. Eine persönliche Stellungnahme verweist auf den Praxisbezug der vorhergehenden Ausführungen.

Im **Anhang** sind Literatur und hilfreiche Adressen ersichtlich.

## **I Theoretischer Teil**

### **1. Adoleszenz**

Schlank sein bedeutet, erfolgreich und beliebt sein. Diese Annahme, die zudem von den Medien permanent unterstützt wird, führt bei vielen jungen Mädchen zu einem regelrechten Abnehmwahn. Doch temporäre Essstörungen können sich zu einer ernsthaften Krankheit manifestieren mit zahlreichen somatischen und psychischen Symptomen. Anorexia nervosa stellt sich als Erkrankung dar, die bleibende gesundheitliche Schäden hinterlässt und sogar in 10 % aller Fälle tödlich endet (vgl. BzgA, 2000, S.14). Doch es wäre zu eindimensional, hinter der Krankheit nur den Wunsch nach Schlankheit zu vermuten. Anorexia nervosa ist eine psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter, deren Ursachen vielfältig sein können. Diese Arbeit besitzt nicht den Anspruch, die Entstehungsbedingungen und somit entsprechende Maßnahmen genau zu verifizieren, vielmehr soll sie einen Überblick geben über die Vielfältigkeit möglicher Entstehungsbedingungen. Noch immer hat die Wissenschaft keine eindeutigen Ergebnisse hinsichtlich der Ursachen ausmachen können, wie die Arbeit zeigen wird.

Anhand der Erkrankungszahlen ist jedoch festzustellen, dass es sich bei Ersterkrankten zu einem hohen Prozentsatz um pubertierende Mädchen handelt. Diese Risikogruppe verdient somit eine besondere Beachtung. Aber auch Risikogruppen sind sich oft über die Gefahr von latenten Essstörungen nicht im Klaren.

Die nicht eindeutigen Ursachen führen jedoch auch zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Konzepten und Modellen, die exemplarisch dargestellt werden sollen.

Anorexia nervosa stellt sich für die Betroffenen nicht als Erkrankung dar, der sie sich bewusst sind, sondern oftmals als Lebensstrategie. Diese Haltung erschwert oft den Zugang zu den Erkrankten. Der interventive Bereich, der sehr lang von psychotherapeutischen Techniken besetzt war, beginnt sich allmählich zu wandeln. So wird auch unter medizinischer Betrachtung von der symptomatischen Behandlung der Blick einer ganzheitlichen Einbezie-

hung der Lebenswelt der Erkrankten durch Stabilisierung sozialer Welten zugewandt.

Zunächst einmal wird der Begriff der Adoleszenz einer genauen Betrachtung unterzogen. Die zeitliche Einordnung zeigt, dass die Adoleszenz als Initiationschwelle den Übergang zum Erwachsenenalter markiert. Die damit einhergehenden psychisch-kognitiven, somatischen und sozialen Veränderungen werden im Folgenden näher untersucht.

### **1.1 Definition**

Der Terminus Adoleszenz stammt aus der englischen Sprache (adolescence-Jünglingsalter) und bezeichnet den Lebensabschnitt zwischen der Pubertät (lat. pubertas Geschlechtsreife) und dem Erwachsenenalter. Dieser Lebensabschnitt wird jedoch zeitlich nicht einheitlich definiert (Beginn oder Ende der Pubertät). Die Pubertät der Mädchen setzt zwischen dem 10. und dem 13. Lebensjahr ein. Diese Entwicklungsphase beginnt mit der Ausbildung der sekundären Geschlechtsorgane (Präpubertät), führt zur Geschlechtsreife (Einsetzen der Menarche) und geht körperlich mit einem Wachstumsschub und tief greifenden seelischen und sozialen Veränderungen einher. Die psychische Entwicklung ist durch Unsicherheitsgefühle bis zu Suizidtendenzen gekennzeichnet. Dem sozialen Milieu kommt eine besondere Bedeutung zu.

Die Lebensphase der Jugend ist ein Phänomen, das multidisziplinär betrachtet werden muss. Zunächst ist zu betonen, dass die Definition dieses Lebensabschnittes auf eine sozialwissenschaftliche und kulturanthropologische Betrachtung zurückzuführen ist, die eine weite Bandbreite von unterschiedlichen adoleszenten Variationsmustern umfasst, abhängig vom Zivilisationsgrad und kulturellem Background (vgl. Baur et. al., 1997, S.291). Der jeweilige kulturelle Kontext ist somit die Basis, auf der jede weitere multidisziplinäre Untersuchung stattfinden sollte. Daraus folgt, dass die Analyse der Adoleszenz der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen nicht außerhalb des sozialkulturellen Kontextes betrachtet werden können. Das traditionelle Bild der Jugend als ein zeitlich definierter Rahmen mit bestimmten Entwicklungs-

aufgaben (Havinghurst 1972 in: Beck 1986) ist unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen einer „Individualgesellschaft“ (Beck 1986) nicht mehr tragbar. Die dynamischen Prozesse der Individualisierung, der Globalisierung und Ökologisierung, die laut Beck die gegenwärtige Gesellschaftsform kennzeichnen, sind mit einander direkt verzahnt; sie bedingen und verstärken sich gegenseitig und haben Auswirkungen auf alle Lebensbereiche (Beck 1986). Hermann (1987) spricht von einer „Enritualisierung der Statusübergänge“ und „Differenzierung der Jugendzäsuren“ (vgl. Hermann in: Baur et. al., 1997, S.291) als Konsequenz einer sich verändernden Gesellschaft für die Adoleszenz. Gerade weil unter sozialwissenschaftlichen Bedingungen gesehen der Zeitraum der Jugend vielfältigen Änderungen unterworfen ist, ist es unabdingbar, eine multidisziplinäre Einbeziehung verschiedener Grundlagen vorzunehmen, will man nicht undifferenzierte oder verallgemeinernde Aussagen über diese Lebensphase treffen (Hurrelmann, 1989, S.18).

## **1.2 Adoleszenz aus sozialwissenschaftlicher Sicht**

Seit Ende der 50er Jahre definieren immer mehr Sozialwissenschaftler die sozialen Veränderungen als so genannte „postmoderne Gesellschaft“. Aus soziologischer Sicht haben die Wandlungen im kulturell-gesellschaftlichen Bewusstsein sowie im ökonomischen Bereich grundlegende Auswirkungen auf Haltungen und Lebensentwürfe (vgl. Vester, 1993, S.134).

Beschrieben wird dieser Wandel der Gesellschaftsstrukturen anhand der Auswirkungen in unmittelbaren Lebensbereichen. Ortswechsel und Mobilität werden zu bestimmenden Begriffen der Gegenwart. Die daraus resultierende „Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen- und Bindungen [...]“ untermauert die These von der Individualgesellschaft (Beck, 1986, S.206).

Zunehmende Aktivität und Autonomie im Hinblick auf das Gestalten der eigenen Biografie definieren die neue gesellschaftliche Situation. Zeichen eines Bewusstseinswandels, der den Einzelnen zwingt „sein Leben in die Hand zu nehmen“ sind vor allem in der von der Gesellschaft akzeptierten Freiheit im Hinblick auf Lebensformen, Weltanschauung und Lebensstilen zu erkennen.

*„Individualisierung bedeutet in diesem Sinne, daß die Biographie der Menschen aus vorgegebenen Fixierungen herausgelöst, offen, entscheidungsabhängig und als Aufgabe in das Handeln jedes einzelnen gelegt wird“ (Beck 1986, S.216).*

Die größten sozialen Veränderungen sind daher in der zunehmenden Individualisierung zu sehen, die dem Einzelnen die Freiheit ermöglicht, sein Lebenskonzept seinen individuellen Wünschen gemäß zu gestalten, aber auch die Bürde auferlegt, dieses ohne vorgefertigte Rollenmuster eigenverantwortlich zu kreieren.

Auch die Phase der Jugend folgt damit einer auch die übrige Gesellschaft erfassenden Strömung einer Individualisierung (vgl. Hurrelmann, 1998, S. 284). Während es in der Vorkriegszeit der modernen Gesellschaft noch patriarchalisch-autoritäre Rollenmuster für Jungen und damit korrespondierende Verhaltensmuster für Mädchen gab, existieren in einer freien postmodernen Gesellschaft kaum noch Identitätsmodelle. Gerade durch die postmodernen Familienformen, die durch einen patchwork-artigen Charakter bestimmt sind (allein erziehende Mütter, Stiefeltern, Elternteile zu Hause wenig präsent), fehlen den Jugendlichen konkrete Rollenmodelle. Die bisherigen Rollenmuster sind brüchig geworden, neue stehen nicht zur Verfügung. Vester erkennt darin die Gefahr, dass gerade in einer Phase der Entwicklung und Orientierung das Selbst „potentiell allem und jedem ausgesetzt ist“ (Vester, 1993, S.146). Orientierung suchen viele Jugendliche von daher außer Haus. Rollenmuster werden aus den diversen Angeboten der Peer Groups und der sogenannten Popkultur übernommen (vgl. Vester, 1993, S.148). Somit werden mediale Vorbilder immer bestimmender für die eigene Identitätsbildung.

Kulturelle Maßstäbe werden in der gegenwärtigen Gesellschaft (Postman, 1989) von den Medien mitgestaltet. Eine zunehmende Ästhetisierung der Lebenswelt wird von Wolfgang Welsch (1988) im ästhetischen Denken verortet, welches für ihn zum realistischen Denken geworden ist. Seit Bilder und Imaginationen durch den Vormarsch der Medien leitend geworden seien, wäre ästhetisches Denken in der Lage, den Wirklichkeitswandel von der Wirklichkeit der Konstruktion zu der der Imagination zu überwinden (vgl. Welsch, 1988, S.41). Formale Identifikationsfaktoren scheinen somit eher

angenommen zu werden als inhaltliche. Gerade für die Identitätsentwicklung junger Mädchen bedeutet eine zunehmende Visualisierung kultureller Maßstäbe eine hinzukommende Verkomplizierung ihrer Identitätsentwicklung, wenn man davon ausgeht, dass die Erfahrungswelt von Mädchen beeinflusst wird von einer Ästhetisierung ihres Körpers durch kulturelle Definitionen. Da der Körper als Bewältigungsort als zentraler Aspekt des Selbst bei Mädchen gesehen werden kann, ist es verständlich, dass in der soziokulturellen Ausprägung der gegenwärtigen Gesellschaft, Adoleszenzphasen bei Mädchen signifikant oft pathologisch verlaufen (vgl. 2.3.)

Ein weiterer schwerwiegender Punkt aus soziologischer Sicht ist neben der bereits beschriebenen defizitären Situation der sozialen Rollenmuster auch in der Definition der Lebensphase Adoleszenz zu sehen, betrachtet man diesen Entwicklungsschritt als Orientierung im Hinblick auf das spätere Leben. Die soziale Attitüde des Individualismus bestimmt auch das Erwachsenwerden, denn mit der freien Lebenskonzeption geht auch eine Veränderung der Kindheits- und Jugendphase einher. Gerade in diesem Reifungsprozess eröffnen sich den Jugendlichen komplexe Felder mit soziokulturellen und psychischen Anforderungen, die sich durch den zunehmenden Anspruch an Autonomie und Eigenverantwortlichkeit zunehmend verkomplizieren. Havinghurst (1974 in: Beck 1986) stellte Faktoren hinsichtlich der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenzphase zusammen, durch die sich die soziale und personale Identität herausbilden muss (vgl. Kolip, 1997, S.89):

- Aufbau neuer und reifer Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Erwerb der spezifischen Geschlechtsrolle
- Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit und effektive Nutzung des Körpers
- Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen
- Vorbereitung auf Heirat und eigene Familie
- Vorbereitung auf die berufliche Karriere
- Erwerb eines eigenen Werte- und Normenmusters und Entwicklung eines ethischen Bewusstseins als Verhaltensrichtschnur
- Erwerb sozial verantwortlichen Verhaltens

Aufgrund zeitlichen Entfernung und der benannten gesellschaftlichen Veränderungen lassen sich die von Havinghurst genannten Eckdaten kaum noch auf die heutige Zeit übertragen, wenn man davon ausgeht, dass die Adoleszenz den Bereich markiert von geschlechtsneutralen und behütetem Kind zum geschlechtsreifen und eigenverantwortlichem Erwachsenen, wobei der Bereich der Autonomie im sozialkulturellen Kontext eine immer größerer Aufwertung erfährt (Beck 1986).

Anknüpfend an Havinghurst et.al. haben Baur et. al. die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz genauer spezifiziert (Baur et al., 1997; S.292f.). So sehen sie folgende Anforderungen für Jugendliche als wichtig für die Entwicklung an innerhalb der bestehenden gesellschaftlichen Zusammenhänge:

- Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung im Hinblick auf Arbeit und Freizeit
- Erwerb von intellektuellen Kompetenzen, um sich den Erfordernissen der schulischen und beruflichen Anforderungen eigenverantwortlich stellen zu können
- Erwerb sozialer Kompetenzen zum Aufbau und zur Pflege eines sozialen Netzwerkes
- Entwicklung qualifizierter Handlungskonzepte für den Freizeitmarkt zur Herausbildung eines individuellen Lebensstils im Pool vielfältiger Angebote, die Bedürfnisse erzeugen
- Autonomieentwicklung zur emotionalen und ökonomischen Loslösung vom Elternhaus
- Entwicklung der spezifischen Geschlechtsrolle
- Aufbau von emotionalen Partnerbeziehungen
- Aufbau und Entwicklung eines individuellen Lebensplans (Beck 1986)
- Entwicklung eines individuellen Werte- und Normensystems und eines politischen und ethischen Bewusstseins

Wie diese Weiterentwicklung zeigt, scheinen die von Havinghurst et al. In den 70er Jahren entwickelten Aufgaben der Jugendphase nicht den Anforderungen einer Individualgesellschaft (Beck 1986) zu entsprechen. So treten Heirat und Familienplanung zugunsten der „Patchwork-Familien“ (Vester 1993) in den Hintergrund. Die entstandardisierte und entinstitutionalisierte

„Wahl- und Bastelbiografie“ (Beck 1986) überwiegt in den Zeiten der „Krise der Erwerbsarbeit“ gegenüber einer festen Berufswahl. Pongratz und Voß (2000) sprechen vom zukünftigen neuen Typus des "Arbeitskraftunternehmers", der seine Arbeitskraft dem Auftraggeber begrenzt zur Verfügung stellt und die ihm gestellten Aufgaben eigenverantwortlich löst. Gerade durch die persönliche Freiheit, aber auch durch den Zwang, Bauherr seiner eigenen Biografie zu sein, rückt im gesellschaftlichen Individualisierungsprozess der aktive Handlungsspielraum immer mehr in das öffentliche Bewusstsein und umfasst alle Bereiche des sozialen Lebens (vgl. Beck 1986). Da die Gestaltung des eigenen Lebens als Aufgabe im Handeln des Individuums liegt, wird in allen Lebensbereichen Mitgestaltbarkeit eingefordert. Parallel zu den gestiegenen Möglichkeiten, sein Leben entstandardisiert entwickeln und planen zu können, steigt der Druck der Eigenverantwortlichkeit und Autonomie, aus den vielfältigen Möglichkeiten der verschiedenen Lebensstile, seine eigene Biografie in beruflicher, sozialer und personaler Hinsicht ohne den Rückgriff auf vorgefertigte Rollenmuster zu gestalten.

*„ In dieser neuen Unübersichtlichkeit von kaum aufeinander abgestimmten Wirklichkeitssegmenten und vielen neuen Sozialisationsagenturen wachsen Kinder und Jugendliche heute auf. Insbesondere für die Heranwachsenden gilt es, rapide Veränderungen ihrer Lebenswelt, bisher vorherrschender Sinn- und Wertemuster und einen völligen Umbau von personaler Identität erfolgreich zu bewältigen (...) Die veränderten Bedingungen des Aufwachsens bringen für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen nicht nur neue Lebenschancen, sondern gleichzeitig auch eine Vielzahl von Lebensbelastungen (...) (Baur et al., 1997, S.11f.)*

### **1.3 Adoleszenz aus biologischer Sicht**

Zahlreiche körperliche Veränderungen kennzeichnen die Adoleszenzphase. Kolip (1997) benennt die somatischen Prozesse als immanentes Merkmal der Pubertät, die bei Heranwachsenden beiderlei Geschlechts zur kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben führen (Kolip, 1997, S.87). Vielfach beschrieben, wären die wichtigsten biologische Kennzeichen der Adoleszenz Längenwachstum, Veränderung von Körpergewicht,

Körperproportionen, Zunahme der Muskelkraft und Körperfettanteilen sowie die Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsteile zu nennen (Baur et al. 1997, S.297). Parallel zum Längenwachstum verändert sich das Körpergewicht. Der Körperfettanteil steigt bei Mädchen stärker als bei Jungen, so dass dieser im Alter von 18 Jahren bei den Mädchen fast doppelt so hoch liegt wie bei den männlichen Personen (vgl. Baur et al., 1997, S.82ff). Die bei Mädchen zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr einsetzende Menstruation wird oft als Bewertungskriterium des Entwicklungsstadiums genannt (vgl. Kolip, 1997, S.82ff.). Da die ersten Veränderungen bei männlichen Pubertierenden auf den ersten Blick nicht sichtbar sind und der Wachstumsschub bei den Jungen relativ spät eintritt, scheint der Entwicklungsunterschied zwischen Mädchen und Jungen größer, als er tatsächlich ist (Flammer 2002 in: Psychotherapie im Dialog, 5/2002). Die hormonelle Entwicklung scheint nicht nur formaler Indikator der Adoleszenz zu sein, sondern stellt sich als komplexer dar, als bisher angenommen. So stellten Brooks-Gunn u. Warren (1989) und Inhoff-Germain et al. (1988) einen Zusammenhang her zwischen hormoneller Veränderung und subjektivem Empfinden (vgl. Brooks-Gunn und Inhoff-Germain in: Psychotherapie im Dialog, 5/2002), da die jeweilige Lebenssituation und deren subjektive Interpretation stark variierten. Susman et al. (1985 u. 1991 in Psychotherapie im Dialog 5/2002) erkannte eine erhöhte Neigung zur Traurigkeit bei Mädchen mit erhöhtem Testosteronspiegel in der Pubertät. Bei männlichen Pubertierenden gab es keinen vergleichbaren Effekt, hier konnte eine Verbindung zwischen Testosteronspiegel und Dominanzstreben mit aggressiven Verhalten nachgewiesen werden (Flammer et al., 2002 in Psychotherapie im Dialog 5/2002).

#### **1.4 Adoleszenz aus psychologischer Sicht**

Während der Adoleszenz ist auch ein Anstieg der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu verzeichnen (Flammer, 2002 in: Psychotherapie im Dialog 5/2002). Flammer bezeichnet die wichtigsten als Erhöhung der Arbeitsgedächtniskapazität, Verwendung von Strategien, Informationsverarbeitung, und Fähigkeit, formale Operationen durchzuführen (ebenda). Piaget (1955) untersuchte die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit und erkannte verschiedene Entwicklungsstufen in den verschiedenen Lebensaltern von Kindern (sen-

somatorisch, konkret-operatorisch, formal-operatorisch), die sich im Erwachsenenalter überlagern, und eine Handlungskomplexität auf den Ebenen von Praxis, Vorstellung und Formalem ermöglichen. Ist das Modell Piagets auch in Hinsicht der formal-operativen Ebene begrenzt, da auch diese Ebene nicht zwangsläufig Lösungen bereit hält, so ist dennoch festzustellen, dass das Denken von jungen Erwachsenen durch die neu gewonnene Entwicklungsstufe, flexibler und vielfältiger gegenüber dem der Kinder ist (Piaget in: Psychotherapie im Dialog 5/2002, S.321). Boys und Chandler (1992) erkannten in der neu gewonnenen geistigen Leistungsfähigkeit auch die Möglichkeit der Verwirrung und des Agnostizismus, aufgrund der Möglichkeit, nun alles hinterfragen zu können. Sie formulierten ein Stufenmodell der epistemischen Entwicklung. Dieses umfasst drei Phasen: Die Phase des naiven Realismus geht davon aus, dass Wissen mit der Realität gleich gesetzt wird. Meinungsunterschiede werden demnach als unterschiedliche Wissensstände interpretiert. Darauf folgt die Phase des defensiven Realismus und des Skeptizismus. Hier verliert sich schon der Glaube, dass unterschiedliche Meinungen durch genaue Realitätsprüfungen geklärt werden können, da die Realität schon als Pool unterschiedliche Vorlieben und Interessen gedeutet wird. Diese neu gewonnene Erkenntnis führt zur Unsicherheit, da der Skeptiker nun alles bezweifelt. Dieses ist die Phase der größten Verunsicherung. Erst in der Phase des postskeptischen Rationalismus wird davon ausgegangen, dass es eine Relativität der Erkenntnis gibt und dass universelles Wissen demnach nicht existiert (vgl. Boys/Chandler in: Psychotherapie im Dialog, 5/2002, S.321). In diesem Modell zeigt sich, inwieweit sich die kognitiven Fähigkeiten, aber auch die Belastung, sich die Welt anhand dieser neu gewonnenen Möglichkeiten erklären zu müssen, zugenommen haben.

Auch die somatischen Veränderungen sind gekoppelt mit der kognitiven Entwicklung, da die körperlichen Entwicklungen eine Auseinandersetzung mit dem Körper hervorrufen. Ein Körperkonzept als Element des Selbstbildes scheint aufgrund der raschen körperlichen Veränderungen unabdingbar (Bauer 2002). Über die somatische Entwicklung gehört zu den Veränderungen in der Adoleszenz auch die Auseinandersetzung mit der Umwelt. Stone/Church (1978) und Ausubel (1979) sehen diesen Lebensabschnitt als

ambivalent gekennzeichnet, da der Pubertierende den Bereich der Kindheit verlassen muss, aber noch nicht als Erwachsener anerkannt ist. In diesem Schwellenbereich sehen Baur et al. die Immanenz des Körpers verortet, da über diesen die Definition des sozialen Alterstatus erfolgt (Stone/Church und Ausubel in Psychotherapie im Dialog /2002). Die Kleidung und Aufmachung, Frisur sind Indikatoren, über die die Jugendlichen sich nach außen hin repräsentieren. Auch die Zugehörigkeiten zu Peergroups können so vermittelt werden (Baur/Miethling 1991).

Darüber hinaus tritt in der Adoleszenz eine Tatsache zu Tage, die wichtiger wird als in den vorangegangenen Lebensabschnitten: Die Geschlechtlichkeit (Baur 1997). Die äußerlich erkennbaren Geschlechtsmerkmale lassen sich nicht verbergen, so dass Geschlechtstypisierungen nachhaltiger zum Tragen kommen. Doch während Jungen den sportlichen und kraftbetonten Körpereinsatz der Jugend aufrechterhalten können, verlangt die weibliche Geschlechtstypisierung gemäßigten Körpereinsatz.

Die psychologische Entwicklung in der Adoleszenz, die eine genauere Vorstellung von den psychologischen Anforderungen gibt, wird von Bauer in das „Modell der produktiven Realitätsverarbeitung“ von Hurrelmann verortet (vgl. Bauer, 2002, S.16). Dieses Modell beinhaltet eine mehrdimensionale Theoriekonstruktion, die gesellschaftliche Prozesse und Persönlichkeitsentwicklungen miteinander vereinbart. Hier werden die Elemente „äußere Realität“, die die Sozial- und Wertestrukturen beschreibt und die „innere Realität“, die sich auf psychische und physische Entwicklungen bezieht, voneinander unterschieden. Nach Baur vollzieht sich die Hurrelmann`sche Persönlichkeitsentwicklung entlang dieser Nahtstelle (vgl. Baur et al., 1997, S.16f). Das soziale System stellt danach den objektiven Rahmen, in den der junge Mensch zunächst integriert werden muss. Dieser verfestigt und entwickelt sich weiter während er jedoch vom Individuum interpretiert wird

*„Dieser Lebensraum wird zugleich in Form der subjektiven Aneignung der Realität rekonstruiert und interpretiert. Auf dem Hintergrund dieser subjektiven Aneignung und eines subjektiven Weltbildes agieren die Personen in sozialen Situationen“ (ebenda, S.17).*

Die innere Realität hingegen, die Physiologie, kognitive, psychische und emotionale Elemente wird durch Erfahrungen mit der äußeren Realität beeinflusst. So müssen die individuellen Dispositionen immer wieder auf die äußere Realität abgestimmt werden. Somit stellt sich die Persönlichkeitsentwicklung als Schnittstelle zwischen innerer und äußerer Realität dar (vgl. Hurrelmann et al. 1998, S.22).

*„Danach ist das Individuum einerseits identisch mit seinem Körper und mit seiner Bewegung; es „ist“ Körper und Bewegung (...) Andererseits „hat“ das Individuum Körper und Bewegung deshalb, weil es sich von ihnen bis zu einem gewissen Grad distanzieren und über sie verfügen kann“ (ebenda, S.23).*

Hurrelmann sieht diese distanzierte Haltung dem Körper gegenüber, ihn zu pflegen und ihm zu begegnen nicht in individueller Beliebigkeit begründet, sondern es sind soziale Normen und Werte, die diesen Umgang bestimmen (vgl. ebenda, S.35). Bezieht man die bisher erwähnten Veränderungen und Anforderungen hinsichtlich der Adoleszenz in dieses Schema ein, so erscheint diese Phase besonders starken Anforderungen ausgesetzt, die letztendlich diesen Lebensabschnitt als besonders wichtigen herausstellen, in dem die eigene psychische und physische Entwicklung in den Einklang mit den gesellschaftlichen Bedingungen gebracht werden muss. Gelingt dies nicht, so sieht Baur die Gefahr von Fehlentwicklungen.

*„Ob die Vielzahl von möglichen belastenden Situationen schließlich in auffälliges Verhalten umschlägt, hängt maßgeblich sowohl von den individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungskompetenzen als auch von den sozialen Ressourcen und sozialen Unterstützungsformen ab, auf die das Individuum bei der aktiven Auseinandersetzung mit Stress- oder Krisenphänomenen zurückgreifen kann“ (Baur, 1997, S.24)*

### **1.5 Adoleszenz aus psychoanalytischer Sicht**

Die Präadoleszenz und die Adoleszenz umfassen den gesamten Komplex psychologischer und entwicklungsbedingter Veränderungen, etwa zwischen

dem 10. und 20. Lebensjahr. Entwicklungspsychologisch gilt es einen adäquaten Umgang mit der eigenen sexuellen Reife zu finden. Die Anpassung des Körperbildes, die gesteigerte genitale Empfindungsfähigkeit sowie neue sinnlich-sexuelle Erlebnisse werden von der heranwachsenden Person oft verwirrend und bedrohlich erlebt. Eine hormonell bedingte Intensivierung der Triebregungen lassen phasen-spezifische Abwehrformationen einsetzen (s. A. Freud 1936), z.B. die zunächst eintretende Regression, die wiederum abgewehrt werden muss.

Die regressiven Tendenzen beim Mädchen vollziehen sich eher unterschwellig. Die erste Menstruation wird vom Mädchen als einschneidender Entwicklungsabschnitt erlebt.

*„Die Intensivierung sexueller und aggressiver Triebregungen hat eine Widerbelebung früher präödipler und ödipal-inzestuöser Wünsche und der damit verbundenen Konflikte zur Folge“ (Tyson 1997, S. 75).*

Die hormonellen Veränderungen führen zu einem körperlichen und kognitiven Wachstumsschub, was die Ich-Funktionen in sozialer Hinsicht beeinflusst (wandelnde Beziehungen innerhalb der Familie und der Peer Group). Die jugendlichen Mädchen reagieren mit starken Stimmungsschwankungen, impulsivem Verhalten und vorübergehender Symptombildung als Ausdruck massiver innerer Konflikte. Eine lange Phase des Ablösungs- und Individualisationsprozesses erfordert psychisch die Trennung von den Eltern (den idealisierten intrapsychischen Repräsentanzen).

Die wichtigsten Entwicklungsaufgaben des jungen Mädchens liegen einerseits in der Schaffung einer eigenen sexuellen Identität und andererseits in der Herstellung eines neuen psychischen Gleichgewichtes, das zwischen Ich und Überich, zwischen den Objekten der Vergangenheit und der Gegenwart vermittelt.

Auf der emotionalen Ebene erlebt das Mädchen einen schnellen Wechsel von Hochstimmung und Verzweiflung, von Liebe und Hass, von Omnipotenz und Depression. Diese affektive Labilität kann als Indikator der notwendigen Prozesse psychischer Reorganisation betrachtet werden. Erikson sieht in der

Präadoleszenz eine „normative Krise“, in der das stabile Ich der Latenzperiode zu einem massiven psychischen Ungleichgewicht wechselt. Der große innerseelische Druck verlangt vom Jugendlichen eine ständige Überarbeitung des eigenen Körperbildes und der bisher wirksamen Abwehrmechanismen. Objektbeziehungen, z. B. zum gleichgeschlechtlichen Elternteil, reaktivieren frühkindliche Identifikationen und Idealisierungen und können somit zum Wiederaufleben infantiler Abhängigkeit führen.

Der Individuationsprozess vollzieht sich durch alle Subphasen der Prä-, Mittel- und Spätadoleszenz. Erste Erfahrungen mit Drogen, Alkohol und sexuellen Kontakten stürzen die jugendlichen Menschen in große Loyalitätskonflikte mit den Eltern sowie auch mit dem eigenen, oft sehr restriktiven Überich. Die intrapsychische Überarbeitung der Objektbeziehungen führt die Heranwachsenden zu mehr Autonomie und Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen. Die neu gebildete Identität ermöglicht eine angemessenere Realitätswahrnehmung, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Selbstabstraktion sowie die Übernahme von Selbstverantwortung.

Die Spätadoleszenz erfordert die Bewältigung bzgl. der Aussöhnung der Traumata der Kindheit und der Abschied bisexueller Konflikte viel psychische Kraft.

Im Idealfall mündet das Ich in eine innerpsychische, affektive Stabilität, das Es-Impulse und Überich-Normen als leichter kontrollierbarer und modulierbarer markiert. Die nun erwachsene, junge Frau hat im günstigsten Fall eine neue Stufe innerpsychischer Integration mit einer eher affektiven Stabilität erreicht.

## **1.6 Fazit**

Die Adoleszenz als Phase der Veränderungen im menschlichen Leben basiert in ihren Ausprägungen auf dem spezifischen soziokulturellen Kontext. So ist der jeweilige kulturelle Background entscheidend für die adoleszenten Bedingungen, die unter verschiedenen wissenschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden können. Beschränkt man den Blick auf die gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen, so fällt auf, dass die Definition von Adoleszenz als zeitlich festgelegter Rahmen, innerhalb dem die definierten Entwicklungen der Adoleszenz stattfinden, so nicht mehr tragbar ist, da die Anforde-

rungen einer dynamischen Gesellschaftsstruktur eine Anpassung der pubertären Entwicklungsprozesse verlangen.

So ist eine zeitliche Verschiebung der somatischen Entwicklungen zu beobachten, die sich von den untersuchten Ergebnissen früherer Jahre deutlich unterscheidet. Auch die soziologischen Entwicklungen finden unter anderen Prämissen statt. Die Rollenakzeptanz und -übernahme der familialen Vorbildern weicht zunehmend einer Orientierung an modischen Vorbildern und Peer Group-Vorgaben in einer Gesellschaft, in der soziale Muster zugunsten einer zunehmenden Heterogenität an Lebensstilen aufgehoben werden. So findet eine Umorientierung hinsichtlich der adoleszenten Entwicklungsziele statt von der gemeinschaftlichen Orientierung auf Familie und einheitlicher Biografie hin zu einer individuellen Ausprägung mit Fokussierung auf Autonomie und Selbstverantwortlichkeit in dem Wissen um Brüche im eigenen Lebenslauf.

Zu dieser soziologischen Eigenverantwortlichkeit kommen noch somatische Veränderungen hinzu, die eine neue Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der eigenen Geschlechtlichkeit erfordern. Beide Bereiche müssen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung miteinander in Einklang gebracht werden. Störungen in dieser wichtigen Entwicklungsphase können Fehlentwicklungen hinsichtlich der Ausprägung der Persönlichkeit hervorrufen.

Betrachtet man das Krankheitsbild der Anorexie nervosa, so zeigen Untersuchungen, dass hauptsächlich pubertierende Mädchen zu den Erkrankten zählen. Inwieweit Fehlentwicklungen und Einflüsse in der pubertären Entwicklungsphase den Ausbruch dieser Krankheit begünstigen, sollen die nächsten Kapitel zeigen.

## **2. Gestörtes Essverhalten: Anorexia nervosa**

Im Folgenden findet eine Annäherung an das zweite Topos der Dissertation statt. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Definition, Diagnose, Symptomatik und ätiologischen Theorien der Anorexia nervosa. Im Mittelpunkt stehen somit die spezifische Erkrankung und ihre symptomatischen Erscheinungsformen, aber auch Erklärungsmodelle und Theorien zu Krankheitsentstehung.

### **2.1 Definition**

Die Anorexia nervosa ist eine psychogene Essstörung, die vorwiegend Mädchen und junge Frauen betrifft. (90-95% der Erkrankten) (vgl. Gerlinghoff/Backmund., 1997, S.21).

Die Krankheit ist durch ein extrem gestörtes Essverhalten gekennzeichnet. Das Ernährungsverhalten ist ein im Laufe des Lebens durch vielschichtige Einflüsse erworbenes Verhalten. Dabei ist an physiologisch-interne Mechanismen zu denken, aber auch an soziokulturelle, sozial-psychologische und psycho-physische Determinanten (vgl. Hamm, 1989, S.36). Zentrale Begriffe zum Verständnis der psycho-physischen Nahrungsaufnahme sind „Hunger“, „Appetit“ und „Sättigung“.

Diese stehen für Körpergefühle, die wir wahrnehmen und die Nahrungsaufnahme im Sinne von „Start“ und „Stopp-Signalen“ beginnen und beenden. Andererseits ist der Mensch aber auch in der Lage, ohne Appetit und Hunger zu essen. Die Nahrungsaufnahme kann beendet werden, ohne satt zu sein. Dies weist bereits auf die Bedeutung psychologisch-kognitiver Faktoren hin, die die menschliche Nahrungsaufnahme häufig nachhaltiger bestimmen als physiologische Signale (vgl. DGE, 1988, S. 203).

Ernährungsverhalten wird definiert als „... die Gesamtheit geplanter, spontaner und gewohnheitsmäßiger Handlungsvollzüge, mit denen Nahrung beschafft, zubereitet und verzehrt wird“ (Oltersdorf, 1984, S. 189). Vielfältige Einflussfaktoren formen das menschliche Essverhalten nachhaltig (gesellschaftliche Normen, familiäre Geflogenheiten, persönliche Neigungen) oder verändern es kurzfristig (Kummer, Stress, Geselligkeit), machen es störanfällig und wandlungsfähig.

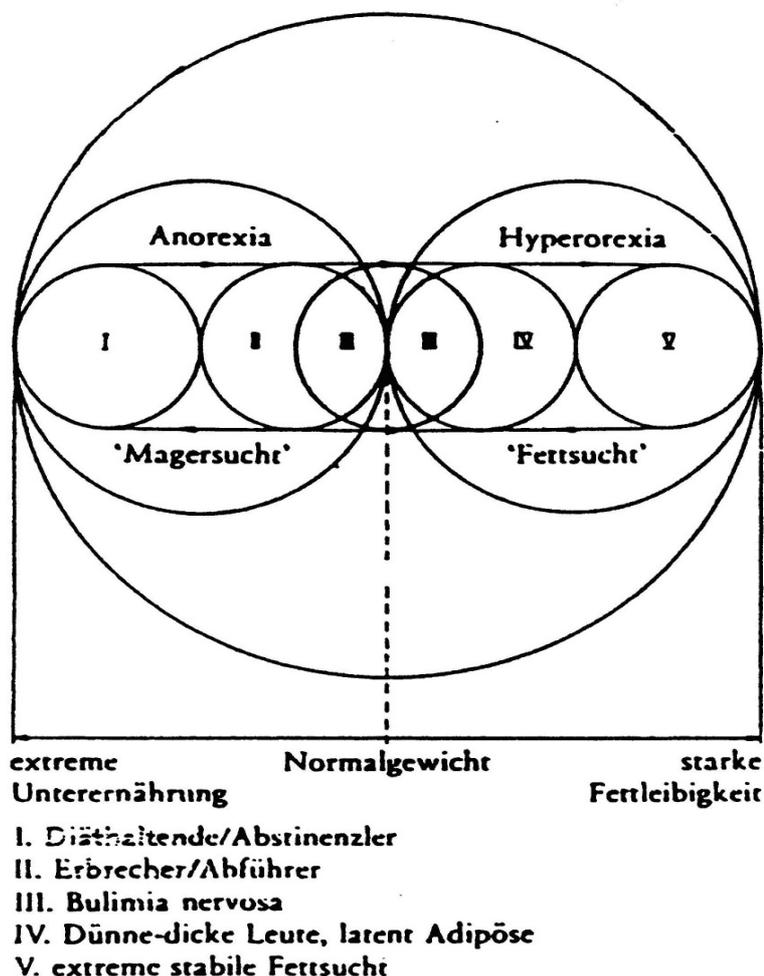
Durch die gesellschaftlichen Veränderungen, insb. der Ernährungs- und Essgewohnheiten der letzten Jahrzehnte, ist der größte Teil der westlichen Bevölkerung von einem durch biologische Notwendigkeit gelenkten Essverhalten mehr oder weniger entfernt.

Der weite Bereich gestörten Essverhaltens zeichnet sich durch eine verwirrende Vielfalt von Begriffen, Abgrenzungen und Konzepten aus. Das Wissen über die Ursachen und Folgen gestörten Essverhaltens ist zwar vielfältig, aber noch immer unklar. Bei gestörtem Essverhalten ist weniger das tatsächliche Körpergewicht als vielmehr dessen psychologische Bewertung das wesentliche Kriterium (vgl. Brand-Jacobi, 1984, S. 20). Es ist nicht die einzelne Verhaltensweise, die das gestörte Essverhalten ausmacht, sondern deren absolute Vorherrschaft.

Im Mittelpunkt steht die Unfreiheit zu anderem Verhalten und der zwanghaft wiederholte Versuch, durch Essen oder Nicht-Essen Wohlbefinden und Zufriedenheit zu erreichen. Bisher werden vier verschiedene Syndrome gestörten Essverhaltens voneinander unterschieden: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, latente Adipositas und psychogene Adipositas. Eine scharfe Abgrenzung ist nicht möglich, eher dagegen eine Überlappung der einzelnen Syndrome. So erleben z.B. etwa die Hälfte der anorektischen PatientInnen auch bulimische Phasen, d.h. Ess-Brechsuchtattacken.

Zur Klassifikation gestörten Essverhaltens bietet sich ein dynamisches und dimensionsorientiertes Modell an, welches einem statischen Diagnosesystem vorzuziehen ist. Der Begriff „dynamisch“ impliziert hier, dass der äußerst wichtige Zeitfaktor mit in den deskriptiven Ansatz eingebracht wird, da sich klinische Situationen verändern. Ein „dimensionales“ Modell berücksichtigt, dass die Heterogenität z.B. der Anorexia nervosa eine klinisch relevante Tatsache ist und dass die anorektische Pathologie eng mit anderen Essstörungen (Bulimia nervosa, psychogene Adipositas) zusammenhängen kann.

Abb. 1: Das Kontinuum der Syndrome gestörten Essverhaltens (Meermann, 1987, S. 5)



Das in Abb. 1 gezeigte Kontinuum ist ein Versuch, Essstörungen auf eine dynamische und dimensionale Art und Weise zu beschreiben. Auf der einen Seite des Kontinuums befindet sich das klassische Bild der Anorexia nervosa. Auf der anderen Seite des Kontinuums ist die mehr oder weniger stabile psychogene Adipositas angeordnet, bei der das Übergewicht das Resultat von verschiedenen Faktoren ist. Die Bulimia nervosa nimmt gewissermaßen eine zentrale Position zwischen den bulimisch-anorektischen PatientInnen und den adipösen-zwanghaft-überessenden PatientInnen ein. Diese fünf Symptomgruppen müssen als „Markierungspunkte“ verstanden werden. Manche Einzelfälle entwickeln nur eine dieser klinischen Formen, während andere sich von einer Position zur anderen bewegen.

Im weiteren Verlauf dieser Ausführungen wird ausschließlich das Erscheinungsbild, das Ursachengefüge und die Therapiemöglichkeiten der Anorexia nervosa behandelt, sodass der Bereich I des oben abgebildeten Kontinuums relevant wird. Andere lineare Diagnosesysteme werden im DSM-IV-TR, im ICD 10, im Multiaxialen Klassifikationsschema oder in den Feighner-Kriterien definiert.

Zunächst sind die Differenzierungen der WHO zu erläutern: Die Klinisch-diagnostischen Leitlinien (kurz ICD 10), die internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, sind zur Diagnosestellung für eine ambulante bzw. stationäre Psychotherapie für alle Berufsgruppen in der kassenärztlichen Versorgung maßgeblich (vergl. Psychotherapievereinbarungen von 1999).

Die WHO differenziert in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen unter der Rubrik F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren:

#### F50 Essstörungen

Der Begriff Essstörungen umfasst unter pathologischen Aspekten die Syndrome Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Diese Erkrankungen sind bei den betroffenen Personen sehr ernst zuzunehmen, da sich massive physische und psychische Folgeerscheinungen entwickeln. Es bestehen unterschiedliche Schweregrade. Alle Essstörungen weisen ätiologisch auf ein komplexes Symptom- und Ursachengefüge hin. Die klinischen Bilder nehmen in der Regel einen chronischen Verlauf.

#### F50.0 Anorexia nervosa

Anorexie mit absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenden Gewichtsverlust (mindestens 15 % unter dem erwarteten Queteletsindex, Gewichtsverlust durch Vermeidung hochkalorischer Speisen / selbst induziertes Erbrechen und Abführen/ übertriebene körperliche Aktivitäten/ Gebrauch von Diuretika oder Appetitzüglern/ Körperschema-Störung/ endokrine Störung/ Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklung

F50.00 Anorexia nervosa

Anorexie **ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme** (Erbrechen, Abführen, etc.)

- asketische Form der Anorexie
- passive Form der Anorexie
- restriktive Form der Anorexie

F50.01 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken)

- aktive Form der Anorexie
- bulimische Form der Anorexie

F50.1 atypische Anorexia nervosa

Anorexie mit abgeschwächter Symptomatik bzw. Fehlen eines Kernmerkmals

F50.8 sonstige Essstörungen

psychogener Appetitverlust

F50.9 Nicht näher bezeichnete Essstörungen

(vgl. ICD 10, 2000<sup>4</sup>, S.197f) .

Das Körpergewicht liegt 15% unter dem erwarteten Gewicht bzw. der BMI < 17,5 (Body-Maß-Index).

Je nach Schweregrad der Erkrankung sollte eine klare Diagnose mit einem entsprechenden Behandlungsplan für die betroffenen Menschen gestellt werden. Der umfangreiche Diagnosekatalog erschwert jedoch in der Praxis häufig eine exakte Diagnosestellung und wird zum Teil selbst unter den ExpertInnen strittig diskutiert. Bzgl. der Schweregradeinteilung bleibt festzuhalten, dass ein BMI <13 als prognostisch äußerst ungünstig einzuschätzen ist. Geht die Symptomatik mit Gewichtsreduktionsmaßnahmen oder bulimischen Attacken einher, so treten häufiger medizinische Komplikationen auf und sie haben eine schlechtere Prognose als der restriktive Typ.

## 2.2 Das Krankheitsbild

Das Krankheitsbild ist bekannt unter verschiedenen Definitionen: Anorexia nervosa, Anorexia mentalis, Pubertätsmagersucht, hysterische Anorexie oder „weight phobia“. Der geläufige Begriff Anorexia nervosa kommt aus dem griechischen und bedeutet Appetitlosigkeit mit seelisch bedingtem Charakter. Er wird in der Fachliteratur uneinheitlich übersetzt. So definiert Vernooij (1987) Anorexia als „Appetitlosigkeit“, Selvini-Palazzoli (1989) als „fehlendes Verlangen“. Die Erkrankten verstehen zumeist auch ihre Appetitlosigkeit glaubhaft zu machen. Doch eine verstärkte Beobachtung des gesamten Verhaltens von Magersüchtigen erlaubte einen anderen Blick auf die Ursachen: Während organisch Erkrankte oft Übelkeit beim Sprechen über Nahrung entwickeln, ist dies bei Anorexieerkrankten nicht der Fall. So kamen Bliss/Branch (1960), die sich in ihren Untersuchungen den intrapsychischen Vorgängen der Patientinnen näherten, schließlich zu dem Ergebnis, dass es sich hier vielmehr um eine Pervertierung des Appetits handele:

*„Allen Anorexia nervosa-Patientinnen ist gemeinsam, dass nicht die „Anorexia“, sondern das „nervosa“ den Gewichtsverlust verursacht. Der Appetit kann fehlen, er kann aber auch vorhanden, gesteigert oder pervertiert sein. Manche haben eine echte Anorexie und wirklich kein Verlangen nach Nahrung. Andere gieren nach Nahrung, weigern sich aber zu essen. (...) Manche haben Angst zu essen, weil sie fürchten, dass sie dick werden könnten, und es gibt einige, die gehorsam essen und sich dann mit Abführmitteln und Klistieren von den lästigen Nährstoffen befreien. Doch in jedem Fall – so verschieden die Gründe und Kniffe auch sein mögen – ist das Endergebnis eine Verringerung der Kalorienzufuhr, Gewichtsverlust und ein halbverhungertes Zustand (Bliss/Branch, 1960, S.79f.).*

Der Terminus „Anorexia“ ist daher irreführend, da Appetitverlust selten beobachtet wird und die Gedanken der PatientInnen fortwährend um das Essen kreisen. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 1% der Bevölkerung an Anorexia nervosa leidet, davon sind ca. 700.000 Frauen und 40.000 Männer. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um „psychogene Essstörung mit einer verzerrten Einstellung gegenüber der Nahrungsaufnahme, Angst vor Über-

gewicht, gestörtem Körperschema sowie einer massiven Krankheitsverleugnung“ (Pschyrembel, 1994, S. 76).

Unter Magersucht ist eine unbegründete, endogene, auf psychischer Fehlhaltung beruhende Essverweigerung zu verstehen. Das Schwanken des Appetits ist somit nicht so sehr die Ursache der Erkrankung, da in diesem Fall die Patientinnen keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben, sondern vielmehr stehen die Appetitformen in direkter Verbindung mit den innerpsychischen Vorgängen. Dieser Ausschluss von körperlichen Ursachen gewichtet einen neuen Blick auf die psychologischen Ursachen für die Krankheitsentstehung. In der neuen Fachliteratur wird von einem Suchtverhalten ausgegangen, dass ein starkes bewusstes Bedürfnis der Patientin impliziert, abzunehmen (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.123, Fichter (1985), Bachmann (1990), Dührssen (1988), Hänsel (1985)). So geht die moderne Medizin von einem anfänglich vorhandenen Willen zur Abmagerung aus, der sich in eine dadurch entstehende Sucht des Hungerns entwickelt. Der stetige Gewichtsverlust kann bis zur Kachexie führen und birgt daher immense gesundheitliche Gefahren. Vorherrschend bei dieser Störung ist der Wunsch nach einem dünnen Körper mit einer extremen Angst vor dem Dicksein (GewichtspHobie), ein geringes Selbstwertgefühl (vom Gewicht abhängig) sowie ein stetig kontrolliertes, gezügeltes Essverhalten mit minimalen Essensmengen. Im Erleben des PatientInnen bedeutet dies ein Kampf gegen den Hunger, der nur mit hohem Kontrollaufwand dauerhaft zu gewinnen ist. Abnorme Symptome wie Fressdurchbrüche, selbst induziertes Erbrechen/Abführen, Laxantienabusus (auch missbräuchliche Einnahme von Diuretika, Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonen) kommen begleitend vor. Unter Fressdurchbrüchen wird das hastige, anfalls-artige Hinunterschlingen sehr großer Nahrungsmengen verstanden, was anschließend häufig zu selbstinduziertem Brechen als gewichtsregulatorische Maßnahme führt (aktive Form vs. passive-restriktive Anorexia nervosa). Die selbstinduzierte Mangelernährung findet Befriedigung über die Leistung der Gewichtsabnahme. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch das Vermeiden hochkalorischer Speisen bzw. durch den fast vollständigen Verzicht auf Nahrungsmittel sowie durch übertriebene körperliche Aktivitäten (Hyperaktivität).

### 2.2.1 Geschichtlicher Hintergrund

Auch wenn anhand zahlreicher Publikationen der Anschein entsteht, die Erkrankung an Anorexia nervosa, die im Deutschen auch unter der Bezeichnung „(Pubertäts-)Magersucht“ bekannt ist, sei eine typische des 20. Jahrhunderts, ist dem nicht so. Sie wurde vermutlich zum ersten Mal in ihrer Symptomatik im Jahr 1689 von dem englischen Arzt Morton beschrieben (vgl. Morton, 1691, S.5). Er bezeichnete diese Erkrankung als „Nervöse Atrophie“ (Mangel an Nahrung/Auszehrung) und als „Phtisis“ (med. Schwindsucht). Bei Morton standen vor allem die Symptome wie Appetitverlust, Verstopfung, Abmagerung, Hyperaktivität und eine ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung im Vordergrund (vgl. Vandereycken et al., 1992, S.157). Ihren wissenschaftlichen Namen erhielt die Anorexia nervosa 1874 von Withney, Gull und Charles Lasague (vgl. ebenda). Diese beiden Mediziner betonten zum ersten Mal den psychischen Ursprung der Krankheit. Die Fehleinschätzung, diese Erkrankung als „moderne“ Krankheit zu betrachten, ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass zu Beginn der Aufzeichnungen über Anorexia nervosa eher relativ wenige Zahlen über diagnostizierte Magersuchtsfälle existierten. Erst seit den 60er Jahren findet sich in wissenschaftlichen Aufzeichnungen ein stetiger Anstieg von diagnostizierten Fällen.

## **2.3 Spezifische Aspekte der Nosologie, Ätiologie, Epidemiologie**

Dieser relativ moderne Ansatz erklärt auch, dass die lange Suche nach physiologischen Erklärungsmustern erfolglos bleiben musste. Constan (1991) erkannte durch den intrapsychologischen Ansatz, dass die mit der Anorexie einhergehenden physischen Störungen, Folgeerscheinungen des Hungerns seien. So sind als allgemeine Symptome folgende zu benennen:

### 2.3.1 Nosologie

Im Folgenden sollen Symptome der Anorexia dargestellt werden, die einen Eindruck vermitteln, wie multidimensional die Auswirkungen des bewusst herbei geführten Fastens sein können.

### Extremer Gewichtsverlust

Eine starke Gewichtsabnahme bis zu 40 % des Ausgangsgewichts führt häufig zu einem lebensbedrohlichen Nährmangelzustand (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.31).

### Hyperaktivität

Es ist festzustellen, dass bei Patientinnen mit diagnostizierter Anorexie ein erhöhter Drang nach körperlicher Betätigung beobachtbar ist (Dogs (1993), Gerlinghoff et al.(1997), Meermann/Vandereycken (1987), Petzold und Reindell (1980), Cooper (1994)). Es kommt nicht zur Entspannung und Ruhe, Sport steht neben Hungern oft im Vordergrund des Tagesablaufs. Daraus ist zu schließen, dass ein erhöhter Bewegungsdrang als Ausdruck eines unbefriedigten Hungergefühls zu werten ist.

### Störungen des Essverhaltens

Vernooij unterscheidet drei Formen des gestörten Essverhaltens (vgl. Vernooij, 1987, S.25):

- Nahrungsverweigerung bis zum absoluten Minimum
- Nahrungsaufnahme mit anschließendem Erbrechen
- Wechsel beider Formen

### Soziale Beziehungen

Soziale Abwehr und Rückzug kennzeichnet das anorektische Verhalten, das von Meister als „autistischer Rückzug“ beschrieben wird mit zum Teil hypochondrischer Selbstbeobachtung (vgl. Meister, 1981, S.45). Häufig folgt eine Konzentration auf die Familie. Diese sozialen Aspekte der Symptomatik werden in der späteren Untersuchung thematisiert.

### Psyche

Eine Veränderung der Grundstimmung äußert sich nach Meister in depressiver Verstimmung als auch in manischer Euphorie (vgl. Mester, 1981, S.44f.). Auch aggressiver Verhaltensweisen können beobachtet werden aufgrund der inneren Spannungen.

Nach Fichter (1985) ist der Patient ein primär physisch gesunder Mensch, der seinen Körper mit chronischer Mangel- und Unterernährung belastet (vgl. Fichter, 1985, S.66). Diese geringe Nahrungszufuhr und Versorgung des Körpers mit erforderlichen Nährstoffen, sorgt dafür, dass der Körper seine Leistung der Zufuhr anpasst. Es kommt zu somatischen Veränderungen, die sich als klinische Symptome klassifizieren lassen:

#### Amenorrhoe

Die Störungen der Monatsblutung wird von Fichtner als ein sicheres Zeichen gedeutet, dass, wenn mehrere Symptome zusammentreffen, eine Anorexia-Erkrankung anzunehmen ist (vgl. Fichtner, 1985, S.162). Umgekehrt gibt Fichtner an, dass eine Diagnose von Anorexia nicht vorgenommen werden sollte, wenn es keine Anzeichen einer Amenorrhoe gebe (vgl. ebenda). Die Amenorrhoe, die schon häufig vor Beginn der Symptomatik auftritt und auch nach der Normalisierung des Gewichtes noch erhalten bleibt, wirft Unklarheiten innerhalb der Forschung auf, inwieweit es sich um eine psychologische Folge aufgrund eines Konfliktes der Geschlechterrollenidentität handelt oder um eine somatische Folgeerkrankung handelt (Dogs (1993), Cooper (1994), vgl. Fichter, 1985, S.160f.). Als sicher gilt jedoch, dass bei den Anorexia-Erkrankten eine Unterfunktion der Hormonregulation vorliegt, die zur verminderten Ausscheidung von Gonadostamin führt. Es kann eine Untersuchung von Palazzoni angeführt werden, in der bei 10 anorektischen Frauen unter der Norm liegende Werte festgestellt wurden (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.29).

#### Herz- und Kreislaufstörungen

Als Folge der Mangel- und Unterernährung ist häufig ein Absinken des Blutdrucks festzustellen (90/60 mmHg), der in stärker kachektischen Zuständen noch darunter liegen kann (vgl. Mester, 1981, S.38). Auch eine Verlangsamung der Pulsschlagfrequenz (40-48) kann zu den klinischen Symptomen gehören (vgl. ebenda). Für die Erkrankten äußert sich eine Störung der Herz/Kreislaufleistung oft in vermehrten Schwindelgefühlen.

### Kälteempfindlichkeit

Die beschriebenen Kreislaufstörungen verursachen oft eine Erhöhung der Kälteempfindlichkeit, die sich im Frieren und Untertemperatur äußern kann – auch bei Zimmertemperatur (vgl. Fichtner, 1985, S.93f.). Die Temperaturempfindlichkeit ist demnach als „Sparmaßnahme“ des unterversorgten Organismus zu sehen, der aufgrund eines chronischen Mangelzustandes die Wärmeversorgung des Organismus nur noch vermindert betreibt.

### Haut und Haare

Als Folge einer lang anhaltenden Unterversorgung des Körpers ist oft bei den Patienten eine deutlich trockenere Haut feststellbar, die sich schuppt (vgl. Fichter, 1985, S.56). Auch die Haare verlieren an Elastizität, werden brüchig und fallen beim Kämmen oft büschelweise aus. Die Patienten entwickeln oft an einigen Körperpartien eine feine, flaumige Behaarung (Lanugohaar) (vgl. Fichter, 1985, S.56).

### Zahnschäden

Zahnerkrankungen werden ebenfalls durch eine Unterversorgung des Körpers mit den erforderlichen Nährstoffen hervorgerufen. Es kann sich hierbei um Erosion des Zahnschmelzes und Karies handeln, aber auch um Zahnausfall. Der Flüssigkeitsverlust spielt bei der Zahngesundheit eine entscheidende Rolle (vgl. Fichtner, 1985, S.66).

### Stoffwechsel- und Verdauungsbeschwerden

Darmträgheit und Obstipation sind häufige Folgen von Mangelernährung. Eine dauerhafte Obstipation kann dafür sorgen, dass nicht nur kalorienhaltige Nahrungsanteile ausgeschwemmt werden, sondern auch lebensnotwendige Elektrolyte, so dass Nierenfunktions- und Herzrhythmusstörungen die Folge sein können (vgl. Langsdorff, 1985, S.99ff.). In der Forschung wird neben einer Unterversorgung auch von einem Missbrauch von Abführmitteln ausgegangen, der häufig, aber nicht immer bei Anorexia-Erkrankten festzustellen ist. (vgl. Vernooij, (1987), Bräutigam & Christian (1981), Dogs (1993), Petzold & Reindell (1980), Hänsel (1985)). Der Missbrauch kann über die chronische Mangelversorgung hinaus zu erheblichen Störungen führen, wie

z.B. Darmblutungen oder sogar Darmverschluss, der lebensbedrohlich sein kann (vgl. Meermann, 1987, S.5).

#### Muskelschwäche

Die chronische physische Unterversorgung hat auch Auswirkungen auf die Muskelkraft. So vollzieht sich durch permanente Unterversorgung ein Muskelschwund, der häufig zunächst unbemerkt bleibt, bis die Muskelfunktionsfähigkeit plötzlich zusammenbricht (vgl. Gerlinghoff et al., 1997, S.51f.).

#### Ödeme

Fichter beobachtete bei rund einem Viertel aller beobachteten Erkrankten Flüssigkeitseinlagerungen im Unterhautgewebe. Als klinisches Symptom sind Ödeme auf eine Störung des Kreislaufs, wahrscheinlich aber auf eine Unterversorgung mit Eiweiß zurückzuführen (vgl. Fichter, 1985, S.56).

#### Störungen im Elektrolythaushalt

Ein weiteres Symptom chronischer Mangelernährung ist die Elektrolytstörung, die zu EKG-Veränderungen führt und chronischen Nierenschädigungen (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.30).

#### Diagnose

Wie das vorangegangene Kapitel gezeigt hat, zeichnet sich die Anorexia nervosa sowohl durch klinische Symptome als auch durch spezifische Verhaltensweisen aus. Trotzdem scheint eine nosologische Klassifizierung sich als sehr schwierig zu gestalten. Vielmehr gestaltet sich das Krankheitsbild als multidimensional. So stellt sich das Krankheitsbild in seiner Ätiologie als neurotische Störung dar, während die phänomenologische Betrachtung eher einer psycho-physiologisch beschriebenen Störung entspricht. Der Krankheitsverlauf ist aufgrund der Bemühungen der Patientinnen, ihre Erkrankung zu vertuschen sowie des unbedingten Willens, abzunehmen, den Suchtkrankheiten ähnlich (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S.26).

Diagnosekriterien sollten von daher nicht allein aufgrund somatischer Faktoren angeführt werden, sondern vielmehr mehrdimensionalen Bewertungsmaßstäben zugrunde liegen.

Das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM III und die spätere Revidierung aufgrund nicht eindeutig klarer Kriterien in DSM IV-TR) ist ein Klassifizierungssystem, welches geeignet ist, psychische Störungen zu ordnen und zu klassifizieren. Hier werden einheitliche Kriterien für eine Diagnose katalogisiert. Im DSM IV-TR werden dementsprechend nicht nur somatische Faktoren zur Klassifizierung herangezogen, sondern es stellt auch das subjektive Erleben der Patienten mehr in den Vordergrund (vgl. DSM IV-TR). Die genannten Diagnosekriterien haben sich also von einem rein medizinischen Rahmen fort entwickelt hin zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise.

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach dem DSM IV-TR wären folgende (DSM IV-TR):

- „Das Körpergewicht wird absichtlich nicht über dem der Körpergröße oder dem Alter entsprechenden Minimum gehalten, d.h. Gewichtsverlust auf ein Gewicht von 15% oder mehr unter dem zu erwartenden Gewicht bzw. während der Wachstumsperiode Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme mit der Folge eines Gewichts von 15% oder mehr unter dem erwarteten Gewicht.“
- Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht.
- Störung der eigenen Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe oder Form, d.h. die Person berichtet sogar im kachektischen Zustand, „sich zu dick zu fühlen“, oder ist überzeugt, ein Teil des Körpers sei „zu dick“, obgleich ein offensichtliches Untergewicht besteht.
- Bei Frauen Aussetzen von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen, deren Auftreten sonst zu erwarten gewesen wäre (primäre oder sekundäre Amenorrhoe)“

Die genannten Diagnosekriterien können dabei helfen, Anorexia nervosa von anderen Abmagerungskrankheiten zu unterscheiden, die z.T. andere Ursachen haben können, wie z.B. funktionale Störungen, chronische Anorexie, sekundäre neurotische Anorexie, Depressionen, auf die im Einzelnen einzugehen den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Es existieren weitere, ergänzende Kataloge zur Festlegung von diagnostischen Kriterien,

die den Medizinerinnen Unterscheidungen und Auswahl möglicher differentialer Behandlungsstrategien erleichtern kann (Fichtner et al. (1980). Erwähnenswert ist jedoch, dass Gerlinghoff et al. davon überzeugt ist, dass sich der „Untersucher auf Verhalten und Einstellung des Patienten konzentriert und nicht ausschließlich auf pathologische Körperfunktionen“ (Gerlinghoff et al., 1989, S.122).

### 2.3.2 Epidemiologie

Eine Zusammenfassung der epidemiologischen Daten gibt einen Überblick über die wichtigsten Zahlen zur Krankheit.

#### Verbreitung

Nach dem bisherigen Forschungsstand tritt die Anorexia nervosa vorzugsweise in Industrieländern auf (Petzold & Reindell (1980), Karren (1986), Bachmann (1990)). Innerhalb der Wohlstandsländer sind zudem Angehörige der Mittelschicht eher betroffen als Mitglieder der Arbeiterklasse (Schlipper (1992)). Doch es ist eine Ausbreitung auf andere soziale Schichten zu beobachten (vgl. Wolf, 1993, S.258). Daraus lässt sich vermuten, dass die spezifischen Lebensbedingungen und der hohe Standard der modernen Industriegesellschaften die Entstehung und Verbreitung dieser psychosomatischen Krankheit fördern.

Somit scheinen Essstörungen und ihre diagnostische Klassifizierung in einen kulturellen Kontext eingebunden zu sein.

#### Häufigkeit

Allgemein ist zu betrachten, dass die Zahl der Erkrankten in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Industrienationen stark angestiegen ist (vgl. Fichter in: Meermann, 1981, S.56). Den erhöhten Anstieg von Ersterkrankung als eine Zunahme der Häufigkeitsentwicklung zu betrachten, muss nicht richtig sein, vielmehr weist Mester darauf hin, dass es auch auf die größere Informiertheit und Sicherheit der Ärzte bei der Diagnosestellung zurückzuführen ist (vgl. Mester, 1981, S.63). Um eindeutige Daten über die Häufigkeit von Erkrankungen zu erheben, ist es weiterhin sinnvoll, nicht nur dokumentierte klinische Fälle zur Datenerhebung heranzuziehen. So bezieht sich Mester

auf eine Studie über 1129 Jungen und 1241 Mädchen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren, in der die Probanden über Körpereinschätzungen, Gewicht und Diätversuche befragt wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass fast 10 % der untersuchten Mädchen anorektische Symptome entwickelt hatten, während im gleichen Zeitraum den behandelnden Ärzten in der Umgebung nur 8 Fälle bekannt waren.

Anorexia nervosa stellt sich somit als oftmals nicht erkannte, jedoch verbreitete Erkrankung dar.

#### Erkrankungsalter

Mester geht aufgrund einer Untersuchung an 259 Patienten davon aus, dass das durchschnittliche Erkrankungsalter zwischen 16 – 17,5 Jahren schwankt (vgl. Mester, 1981, S.68). Andere Untersuchungen schließen sich dieser Beobachtung an, wobei teilweise ein höheres Erkrankungsalter beobachtet wurde (15-25 Jahre nach Gerlinghoff & Backmund (1997) und 18 Jahre nach Nitz (1987). Übereinstimmend geht die Fachliteratur jedoch von einem Erkrankungsalter innerhalb der Pubertät aus, womit sich vermuten lässt, dass es sich bei der Anorexia nervosa um eine Erkrankung handelt, die mit den somatischen und psychischen Entwicklungen in der Adoleszenz in direktem Zusammenhang steht.

#### Geschlechterverteilung

Der Anteil der erkrankten Personen weiblichen Geschlechts überwiegt eindeutig gegenüber dem Anteil des männlichen Geschlechts. Die Fachliteratur ist sich darüber einig, dass die Anorexia nervosa als Folge des frühen Einsetzens der Menarche zu werten sei; einige Autoren gehen davon aus, dass das männliche Geschlecht aufgrund unterschiedlicher Reifungsvorgänge gegen die Entwicklung der Anorexia nervosa geschützt sei (Crisp et al. (1977). Vernooij gibt ein Geschlechterverhältnis von 10:1 an (vgl. Vernooij, 1987, S.70). Vernooij meint jedoch, eine Erhöhung des männlichen Anteils zu bemerken, so dass die Erkrankung nicht ausschließlich als weibliche zu definieren ist (vgl. Vernooij, 1987, S.70). Obwohl bei der männlichen Gruppe spezifische, laut Fachliteratur als wichtig erachtete Diagnosekriterien wie Ame-

norrhoe fehlen, finden sich andere Faktoren, die es erlauben, die Diagnose zu stellen (vgl. Brautigam, 1981, S.246).

Festzustellen ist, dass sich die Erkrankung an Anorexia nervosa nicht als auf das weibliche Geschlecht allein beschränkt zeigt. Das von der Fachliteratur anhand Untersuchungen nachgewiesenen Geschlechterverhältnisses zeigt eine deutliche weibliche Prädisposition gegenüber der Erkrankung. Einige Autoren glauben, diese weibliche Überrepräsentation in pubertären Entwicklungen auszumachen. Im folgenden Kapitel soll daher auf mögliche Faktoren wie geschlechtsspezifische Unterschiede in biologischen Reifungsvorgängen und innerhalb der Sozialisation, aber auch medialen Einfluss und interpersonelle Faktoren, die die Krankheitsentwicklung möglicherweise begünstigen, eingegangen werden.

### 2.3.3 Ätiologie

Ätiologische Theorien betonen soziologische und historische Faktoren, psychobiologische Modellvorstellungen, prämorbid Persönlichkeitsfaktoren und Besonderheiten in der intrapsychischen Entwicklung, die genetische Disposition und nicht zuletzt die „typischen“ Kommunikations- und Interaktionsstile in einer Familie mit Anorexia nervosa.

Die Konstitutionstheorie führt die Erkrankung auf genetische Faktoren zurück. In Familien von AnorexiepatientInnen sind häufig Fettleibigkeit zu finden und einen frühen Eintritt der Menarche zu beobachten. An zunehmender Bedeutung gewinnen soziokulturelle Aspekte, die die Prädominanz des weiblichen Geschlechtes in gesellschaftlich tradierten Wertvorstellungen sieht. So propagieren Frauenmagazine vermehrt Beiträge zu „Reduktionsdiäten“ (Garfinkel & Garner, 1982), männliche Schönheitsideale diktieren immer rigidere Schlankheitsnormen. Weibliche Attraktivität wird zum Synonym für Wohlstand, Erfolg und Wohlbefinden. Bei spezifischen Berufen ist die Prävalenz von Essstörungen signifikant erhöht (z.B. Mannequins, Models, TänzerInnen, ...).

Verschiedene multidisziplinäre Ansätze beschäftigen sich mit den Entstehungsfaktoren der Anorexie, so scheint es sinnvoll, sozio-kulturelle, entwicklungspsychologische und biologische Hintergründe genauer zu betrachten, doch zunächst einmal sollen Faktoren einer genaueren Betrachtung unterzo-

gen werden, die bei der Entstehung einer Krankheit bedeutsam sind (vgl. Fichter, 1985, S.230ff.):

- Prädisponierende Faktoren – sind bereits vor Krankheitsbeginn wirksam und haben Einfluss darauf, welche Erkrankung entsteht
- Auslösende Ereignisse – bestimmen den Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns, führen ohne entsprechende Prädisposition nicht zum Krankheitsausbruch
- Bewältigungsversuche – die Krankheit selbst kann als entsprechender Bewältigungsversuch mit vorüber gehender Angst- und Spannungsreduktion gedeutet werden
- Faktoren, die zur Aufrechthaltung der Krankheit beitragen – diese können bei anhalten der Prädispositionen und dem weiteren Auftreten von einschneiden Erlebnissen eine Genesung verhindern

Diese Unterscheidung von Fichter macht deutlich, dass gerade für psychosomatische Erkrankungen eine eindeutige Krankheitsursache kaum festzumachen ist. Vielmehr scheint es sich um ungünstige Wechselwirkungen zu handeln, die eine latente Krankheit mit entsprechender Disposition sich manifestieren lässt, was die Ergebnisse der verschiedenen interdisziplinären Studien erklärt.

### 2.3.3.1 Sozio-kulturelle Hintergründe

#### Familiale Aspekte

In der Fachliteratur wird immer wieder auf einen Zusammenhang zwischen familiären Bedingungen und der Entstehung von Anorexia nervosa hingewiesen.

*„Bei vielen, sicherlich nicht allen Betroffenen, ist Anorexia nervosa als Produkt einer konflikthaften, alters-, geschlechts-, schicht- und kulturspezifischen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der sozialen, vor allem familiären Umwelt zu verstehen“ (Karren, 1986, S.18)*

Die familialen Strukturen von Anorexie-Erkrankten weisen oft charakteristische Verhaltensweisen auf, so dass Minuchin von einer „anorektischen Familie“ spricht (vgl. Minuchin et al., 1991, S.68). Auch bestimmte Persönlichkeitsstrukturen bestimmen oft das familiäre Bild.

So konnte beobachtet werden, dass diese Familien eher konventionell orientiert sind. Geld und Statussymbole werden in der eher gehobenen Mittelschicht als erstrebenswerte Ziele definiert. Es ist darüber hinaus eine nach außen konventionelle Rollenverteilung der Eltern zu beobachten, in der der Vater als Ernährer der Familie in Erscheinung tritt, die Mutter hingegen kümmert sich um Haushalt und Kindeserziehung (vgl. Vernooij, 1987, S.72). Das Verhältnis zu den Kindern ist charakterisiert durch sehr starke Fürsorge auf emotionaler und materieller Ebene, wobei im Gegenzug Benehmen und Leistung von den Kindern erwartet wird (vgl. Vernooij, 1987, S.73). Auffällig ist des Weiteren, dass die Eltern überproportional häufig von ihren eigenen Eltern abhängig sind, so dass der Einfluss der Großeltern, auch wenn diese längst verstorben sind, noch nachhaltige Wirkungen auf das Wertesystem ihrer Kinder besitzt (vgl. Gerlinghoff et al., 1998, S.42f.).

Das interpersonale Verhältnis der Eltern erscheint oft kühl und wenig emotional, oft sogar gestört, wobei ein starkes Harmoniestreben beobachtet werden kann, so dass Konflikte oft verdeckt oder gar nicht ausgetragen werden (vgl. Minuchin, 1991, S.57). Dies geschieht aus einer eigenen Konfliktunfähigkeit heraus, aber auch aus dem Bestreben, den eigenen Kindern gegenüber als perfekt zu erscheinen (vgl. Gerlinghoff et al. 1989, S.63). Durch diese verdeckten Konflikte glaubt Vernooij eine permanente Dauerspannung auszumachen, welche eine unzufriedene Grundstimmung innerhalb der Familie erzeugt (vgl. Vernooij, 1987, S.74). Leider waren trotz intensiver Recherche keine verwertbaren Studien zu finden, die die familialen Verhältnisse von Anorektikerinnen hinsichtlich der postmodernen Lebensformen genauer untersuchen, also wie viele Erkrankungen sich auf einen traditionellen Familienrahmen erstrecken und wie viele auf so genannte Patchworkfamilien. Interessant wäre es, einen Zusammenhang herzustellen, inwiefern die individuellen Bedürfnisse des Kindes in den neuen familialen Formen eher Berücksichtigung finden als in denen, die die Moderne als beste Lebensform herausstellte.

## Die Mutter

Verschiedene Charakteristika werden in der Fachliteratur der Mutter der Anorexie-Erkrankten zugewiesen. Sie hat oft auf eine eigene Berufskarriere aufgrund der Kindererziehung verzichtet und erscheint gedrückt, was sich in indirekten Vorwürfen oder auch psychosomatischen Störungen zeigt. Sie fühlt sich unerfüllt und vermittelt anderen Familienmitgliedern, dass sie nur für sie und durch sie lebt (vgl. Gerlinghoff et al., 1998, S.31). Insofern besteht ein symbiotisches anmutendes Mutter-Tochter-Verhältnis, welches sich gegenseitig bedingt und verstärkt (vgl. Gerlinghoff, 1998, S.64). Diese enge Bindung erschafft folgende Konfliktpotentiale (vgl. Gerlinghoff, 1998, S.36):

- Grenzenlose Bindung ohne Intimsphäre
- Jegliches Verhalten der Tochter wird kontrolliert und gesteuert
- Abweichendes Verhalten der Tochter von den Vorstellungen der Mutter wird als persönliche Kränkung empfunden
- Tochter wird zum Lebensinhalt der Mutter

Eine finnische Studie von Taipale et al., in der Mütter von 13 Patientinnen unersucht wurden, unterstützt diese Aussagen. So ergaben sich folgende Ergebnisse:

Die meisten Mütter waren über 30 Jahre alt bei der Geburt der späteren Patientin. Die Mütter wiesen einen hohen Intelligenzquotienten auf, wobei ihre Ausbildung oft unter ihren Fähigkeiten lag. Die Finnen stellten bei den Untersuchten hohe Frustrationen hinsichtlich ihrer Berufsaufgabe zugunsten der Kindererziehung fest. Auch in ihrer Ehe und in sexueller Hinsicht waren die meisten eher unzufrieden. Sie projizierten ihre eigenen unerfüllten Wünsche auf die Tochter, um eigene Enttäuschungen zu überwinden. Doch das Heranwachsen der Tochter und die damit einsetzende Unabhängigkeit verursachte bei den Müttern Unsicherheit und Furcht, da sie die Kontrolle über das Leben ihrer Tochter zu verlieren drohten (vgl. Taipale et al. in: Acta Paedopsychiatry, 1971/38, S.21ff.).

Beschreibungen der Mütter zeigten, dass diese als dominant, frustriert und kalt skizziert wurden. So vermutet Mester, dass diese Frauen in ihrer Auswahl aufgrund ihrer sexuellen Problematik eher zu „weichen“ Männern nei-

gen, den sie eigentlich nicht als ebenbürtig akzeptieren, was auch vor den Kindern thematisiert wird. Ihre Enttäuschung zeigen sie als dominantes Verhalten dem Mann gegenüber (vgl. Mester, 1981, S.169).

Auch den Kindern gegenüber wird dominantes Verhalten präsentiert, wenn die Mütter durch die eigene Unzufriedenheit funktionelle Beschwerden entwickelt und diese auf erpresserische Weise gegen die Familie einsetzt (vgl. Mester, 1981, S.151f.). Inwieweit diese Studienergebnisse symptomatisch für die Familienstruktur der Anorektikerinnen sind, wird in der späteren Untersuchung überprüft.

#### Der Vater

Wie bereits erwähnt, dominiert die Mutter der Anorexie-Patientin oft die Familie, so dass der Vater oft als abwesend erlebt wird. Auffällig ist, dass die Rolle des Familienoberhauptes von den Vätern nur auf äußerliche Weise ausgefüllt wird, die eigentliche Leitungsrolle der Familie obliegt der Mutter – was von den oft karrierebewussten Vätern als natürlich betrachtet wird (vgl. Gerlinghoff et al. 1998, S.27). Es besteht oft keine starke emotionale Bindung zum Vater, die von Anorexie-Erkrankten aber ersehnt wird (vgl. Gerlinghoff et al., 1998, S. 30). Auch hier findet eine Überprüfung der Ergebnisse anhand der späteren Untersuchung statt.

#### Geschwister

Es liegen erstaunlich wenige Untersuchungen hinsichtlich der Geschwisterstruktur Anorexie-Erkrankter vor. Gerlinghoff et al. stellte in ihren Untersuchungen jedoch fest, dass Geschwister erkrankter Mädchen sich nicht im gleichen Maß familienorientiert darstellen. Auffällig ist jedoch, dass ein hoher Prozentsatz ebenfalls an psychischen Erkrankungen leidet (5% ebenfalls Essstörungen, 20% Depressionen oder Alkohol/Drogenabhängig). Ein niedriges Selbstwertgefühl, psychische Probleme oder die Zuwendung zu Randgruppen wurden ebenfalls bei einem großen Teil beobachtet (vgl. Gerlinghoff et al. 1998, S.41).

Die Fachliteratur sieht in einem dysfunktionalen Familiensystem eine Begünstigung der Krankheit. So existieren verschiedene Ansätze, die sich mit den

familiären Strukturen im Hinblick auf die Entstehung von Magersucht befassen (Minuchin, 1991, Selvini-Palazzoli (1989), Weber & Stierlin (1997)). Trotz unterschiedlicher Ausrichtungen beschreiben sie das familiale Gefüge der Anorexie-Erkrankten in einigen, charakteristischen Punkten übereinstimmend:

- So wird die Familie beherrscht durch eine enge Mutter-Tochter-Beziehung
- Es findet eine Verhinderung der Autonomieentwicklung des Mädchens statt durch die Mutter/Eltern, die aber gesellschaftlich gefordert wird
- Die Ehe der Eltern stellt sich oft als konfliktbeladen dar
- Mädchen wählen Magersucht als Möglichkeit der Selbstbestimmung.

#### 2.3.1.1 Medialer Einfluss

Das westlich propagierte Schlankeitsideal dient zunächst sozioökonomischen Interessen, dass das Nahrungsangebot in den Industrienationen über längere Zeit vielfältig und kostengünstig zu erwerben ist (Ggs. Wohlgenährte Frauen als Statussymbol/Jahrhundertwende). Die gesellschaftliche Bedeutung des „Schlankeitswahns“ gipfelt im hohen Wert der „schlanken Jugendlichkeit“, in Super-Models mit vorgeschriebenen Körpermaßen von Brust-, Taillen- und Hüftumfang – nicht zuletzt um dem männlichen Modeideal zu entsprechen und eine langersehnte weibliche Aufmerksamkeitssehnsucht in einer patriarchalen Gesellschaft zu bekommen. Doch während das weibliche Schönheitsideal noch im 19. Jahrhundert von einer weiblichen Fülligkeit geprägt war, verkörpert im 20. Jahrhundert das weibliche Ideal einen androgyn erscheinenden, sehr schlanken Körperbau (Kreikebaum, 2000, S.21).

Spätestens seit Beginn der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts liegt der Trend in einem kontinuierlich dünner werdenden Idealkörper. Untersuchungen von Garner, Garfinkel, Schwarz und Thompson (1980) über die Maße von Miss America“ - Gewinnerinnen und Models des „Playboys“ im Zeitraum von 1959-1979 zeigten, dass konstant sinkende Körpergewichtswerte mit einer Abnahme von Hüft-, Brust- und Taillenumfang korrelierten. Aber auch spätere Untersuchungen von Silverstein, Perdue, Peterson und Kelly aus dem Jahre 1986 zeigten folgende Ergebnisse (vgl. Kreikebaum, 2000, S.22):

- So seien weibliche Fernsehcharaktere häufiger dünn und seltener übergewichtig als männliche,
- weibliche Filmcharaktere und Modells sind seit den 30er Jahren kontinuierlich dünner geworden
- Schlankheitsappelle in den Printmedien richten sich häufiger an Frauen als an Männer

Zwar stehen Männer und Frauen unter medialem und soziokulturellem Einfluss, wobei jedoch der weibliche Anteil einem viel stärkeren Druck standhalten muss. Eine Umfrage unter Jugendlichen durch Davies und Furman (1986) erwies, dass als ästhetisches weibliches Schönheitsideal extreme Schlankheit gewertet wird (in: Kreikebaum 2000).

Eine empirische Untersuchung von Levine, Smolak und Hayden (1994) zeigte, dass Mädchenzeitschriften ebenfalls Einfluss haben auf den Wunsch nach Schlankheit bei Mädchen. Aber nicht nur mediale Einflüsse wie Werbung, Filme oder Printmedien folgen einer ästhetisierten extremen Schlankheit. Auch auf der Ebene der Lehrbücher wiesen Davis und Oswald (1992) in ihrer Analyse über Abbildungen von Kindern in Schulbüchern der dritten Klasse eine Abnahme des Körpergewichtes nach – dies gilt für die abgebildeten Mädchen (vgl. Kreikebaum, 2000, S.24). Heranwachsende Mädchen sind somit in allen Bereichen ihres Lebens, von der ersten Sozialisationsinstanz Eltern abgesehen, soziokulturellen Einflüssen ausgesetzt, die es ihnen schwer machen, sich zu entziehen. Geht man davon aus, dass ein von mehreren Seiten vermitteltes Schönheitsideal in Verbindung steht mit sozialer Akzeptanz, so scheint es normal, dass sich weibliche Personen gerade in der Adoleszenz bemühen, dieses Ideal zu erreichen. Somit kann durchaus von einem Zusammenhang von der Vermittlung eines spezifischen Idealbildes und einem veränderten Essverhalten ausgegangen werden.

Stice und Shaw (1994), Hamilton und Waller (1993) und Irving (1990) wiesen durch experimentelle Untersuchungen einen Zusammenhang nach. So zeigten Stice und Shaw 157 Studentinnen Abbildungen aus der „Cosmopolitan“ mit entweder extrem schlanken Models oder Anzeigen oder Personenabbildungen. Die anschließende Befragung der Studentinnen zeigte, dass die Probandinnen nach der Exposition zu den Abbildungen schlanker Models

unzufriedener mit ihrem Körper waren und sich in ihrem Körpererleben stärker verunsichert fühlten als nach der Betrachtung von Bildern ohne Personendarstellungen. Stice und Shaw demonstrierten regressionsanalytisch, dass die eigene Körperunzufriedenheit zur Vorhersage von Symptomen von Essstörungen beitragen (vgl. Kreikebaum, 2000 S.24). Diese Studien unterstützen den vermeintlichen Zusammenhang zwischen ästhetisierter schlanker Weiblichkeit und eigenem Schlankeitswunsch, welcher im Extremfall zu gestörtem Essverhalten führen kann.

Auch der Einfluss der Medien steht im Vordergrund der durchgeführten Untersuchung. Die hier präsentierten Theorien werden im anschließenden Praxisteil anhand der durchgeführten Befragungen von anorektischen, gesunden und sportlich orientierten Mädchen auf ihre Entsprechung überprüft.

### 2.3.3.2 Psychodynamischer Zugang

#### 2.3.3.2.1 Ablösung

Bei den Patientinnen ist oftmals eine übermäßige Anpassung an bestehende gesellschaftliche und familiale Normen feststellbar. So zeigen sie gute bis sehr gute schulische Leistungen, sportliches Engagement, gutes Benehmen (vgl. Gerlinghoff et al. 1998, S.37). Trotz eines überproportional hohen Intelligenzquotienten, ist für den schulischen Erfolg eine große Anstrengung der Mädchen erforderlich, weil nach Meinung von Bruch, die in der Adoleszenz sich entwickelnden kognitiven Fähigkeiten bei diesen Patientinnen aufgrund fehlender familialer Aspekte wie Ablösung und Differenzierung nicht ausgebildet werden (vgl. Bruch, 1989, S.65f).

Auch Steiner-Adair erkennt als zentrales psychologisches Entwicklungsproblem und damit Ursache für Essstörungen die gescheiterte Ablösung der Mädchen vom Elternhaus an (vgl. Steiner-Adair, 1992, S.242). Die erfolglosen Autonomiebestrebungen als verfehltes Ziel eines pubertären Entwicklungsprozesses wirken ihrer Meinung nach gravierend auf die Identitätsentwicklung ein. Hier bezieht sie sich auf Erikson (1968), der die Ablösung als Stärkung der geschlechtlichen Identität definiert (vgl. Steiner-Adair, 1992, S.241). Diese Annahme wird auch aufgegriffen von anderen Theoretikern wie z.B. Selvini-Palazzoli, der behauptet, dass später magersüchtige Mädchen wird von ihren Eltern in die Rolle des unterwürfigen Mädchens ge-

presst, dass stets den elterlichen Befehlen gehorcht, um diese nicht zu enttäuschen (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.71). In den genannten Ansätzen stellt sich somit ein Familienbild dar, das vor allem durch eine enge Mutter-Tochter-Beziehung geprägt ist, wobei die Mutter eine dominierende Rolle aufgrund eigener Frustrationen innerhalb der Familie einnimmt. Hier wird das von Beck thematisierte Bild einer Individualgesellschaft widergespiegelt. Auf der einen Seite stehen die gesellschaftlichen Forderungen nach Autonomie und Eigenverantwortlichkeit, auf der anderen hingegen die familialen, die Ablösung und Autonomie unterdrücken. Somit gewinnen soziokulturelle Aspekte an Gewicht, die die Prädominanz des weiblichen Geschlechtes in gesellschaftlich tradierten Wertvorstellungen sieht. So ist zu vermuten, dass sich dieser Zwiespalt bei genügend hohem Leidensdruck in zwanghafter Kontrolle über das eigene Essverhalten äußert.

Die Häufigkeit des Krankheitsausbruchs in der Adoleszenzphase lässt einen weiteren psychologischen Hintergrund vermuten. So wird davon ausgegangen, dass Anorexia-Erkrankte unbewusst ihre weibliche Rolle ablehnen, die, wie bereits beschrieben, die Pubertät in somatischer und sozio-kultureller Hinsicht nachhaltig prägt. Das durch übermäßiges Hungern herbeigeführte Unterdrücken der sekundären Geschlechtsmerkmale zeugt davon, dass die weibliche Rolle für die Jugendlichen so negativ besetzt ist, dass sie abgelehnt wird (vgl. Mester, 1981, S.100f.). Aber auch das Beibehalten der kindlichen Rolle und die scheinbare Selbstkontrolle in einem Bereich des Lebens, der nicht von der Mutter bestimmt wird, wird durch die Magersucht kontrolliert (vgl. ebenda, S.100f). Unbewiesen ist es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt, ob das Unterdrücken der Geschlechtsmerkmale als Symptom der Krankheit gewertet werden soll, oder ob darin auch Angst vor der beginnenden Sexualität verortet werden kann.

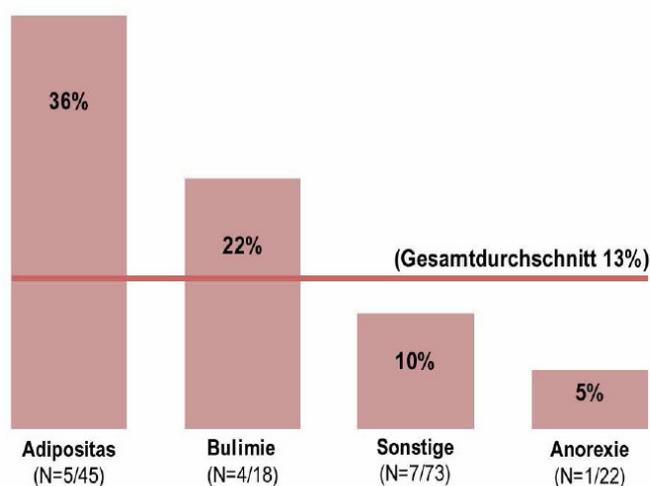
Die personale Einstellung zur Sexualität wird aus den Zusammenhängen der Befragung der verschiedenen Mädchengruppen im anschließenden Praxisteil untersucht. Es wird versucht herauszustellen, ob in der Gruppe der Anorektikerinnen tatsächlich eine unterdrückte Sexualität verortet werden kann.

### 2.3.3.2.2 Sexueller Missbrauch

Sexueller Kindesmissbrauch gehört hingegen zu einem möglichen Erklärungsansatz für das Entstehen der Anorexia nervosa. Eine Studie über essgestörte Frauen zeigte, dass 30% der Probandinnen in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, wobei jedoch auch Bulimie-Erkrankte zu den Untersuchten gehörten (Köpp et al. (2000)). Auch die enge Familienstruktur deutet auf einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Essstörungen hin, da diese häufig in Familien zu finden ist, in denen Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch registriert wurden.

In Studien über sexuellem Missbrauch werden u.a. Essstörungen neben Drogen- und Alkoholsucht als mögliche langfristige Störungen eines Missbrauchs beschrieben. An dieser Stelle jedoch muss betont werden, dass der sexuelle Missbrauch nur eine Möglichkeit darstellt, die Zusammenhänge liegen jedoch noch nicht offen.

**Häufigkeit sexuellen Missbrauchs** (bei 127 stationär behandelten Frauen)



Quelle: eigene Darstellung nach Köpp et al., 2000, S.62

Die Praxis weist im Weiteren eine enge Verbindung von Essstörungen und sexuellem Missbrauch bei Mädchen und Frauen auf, die beide durch die Abwehrmechanismen der Verdrängung und der Verleugnung gekennzeichnet sind.

Die Erkrankungen Anorexia nervosa („sich verdünnisieren“) und Bulimie („es ist zum Kotzen“) können als misslungene, weibliche Konfliktlösungs-

strategien verstanden werden, um gegen männlich orientierte Wertmaßstäbe und Rollenzuschreibungen zu protestieren.

### 2.3.3.3 Biologische Faktoren

Innerhalb der Biologie existieren drei verschiedene Zugänge, die versuchen biologische Faktoren in der Magersuchtsgenese auszumachen und die im Folgenden beschrieben werden sollen.

#### 1. genetischer Zugang

Die Konstitutionstheorie führt die Erkrankung auf genetische Faktoren zurück. In Familien von Anorexie-PatientInnen sind häufig Fettleibigkeit zu finden und einen frühen Eintritt der Menarche zu beobachten. Auch versucht die Biologie anhand von Zwillingsstudien den Einfluss genetischer Faktoren an der Entstehung von Anorexia nervosa zu belegen. So erhofften sich Biologen durch den Vergleich mit Übereinstimmungen bestimmter Merkmale bei Zwillingen, Aufschluss über das Ausmaß der Vererbung erzielen zu können. So schlossen Schepank et al. aus ihren Zwillingsstudien, dass eine erbliche Komponente bei der Ätiologie von Anorexia nervosa vorliegt. Bruch hingegen schließt genetische Vererbung aus, da sie Untersuchungen auswertete über eineiige Zwillinge, die beide nicht an Anorexia nervosa erkrankt sind. Daraus schließt sie, dass persönliche Erfahrungen eine größere Rolle bei der Entstehung dieser Krankheit spielen. Außerdem kritisiert sie die Beweisbarkeit anhand des Fehlens von Berichten über nicht zusammen aufwachsender eineiiger Zwillinge (vgl. Bruch, 1995, S.104).

#### 2. endokrinologischer Zugang

Auch der endokrinologische Zugang wird von der Biologie als möglicher Faktor der Anorexiegenese herangezogen.

Die durch die Mangelernährung auftretenden metabolischen und endokrinen Anpassungsvorgänge werden vom zentralen Neurotransmittersystem gesteuert, welches sich durch die unzureichende Ernährung zwangsläufig verändert. Untersucht wurden die Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin. Beide Transmitter beeinflussen das Verhalten und die Stimmung des Menschen (Stimmungslage, Schlaf, Hunger, Sättigung).

Die Hirnforschung lokalisierte hypothalamische Strukturen als Steuerungs-  
zentrum zur Nahrungsaufnahme und des Körpergewichtes. Neurohormonelle  
Veränderungen erteilen die Signale „Hunger“ oder „Sättigung“. Inwieweit je-  
doch die Aktivität der Neurotransmitter angeregt werden könnte, um dem  
Menschen eine adäquate Nahrungsregulation zu ermöglichen, bleibt for-  
schungsbedürftig, da die endokrinologischen Veränderungen nicht als ein-  
deutige Ursache herangezogen werden können, da diese ebenso als Folge  
einer anhaltenden Mangelernährung betrachtet werden können und der Stel-  
lenwert der endokrinologischen Abnormitäten somit ungeklärt ist. (vgl. Jans-  
sen et al.: hypothalamozentrische Theorie vs. hedonistische Enthemmungs-  
theorie vs. Synopsis serotoninerger Stoffwechselfunktionen).

Folgende Veränderungen wurden jedoch bei Anorexie-Erkrankten festge-  
stellt:

- Erhöhte Werte des Wachstumshormons – Die Gründe für eine Erhö-  
hung des Wachstumshormons unter Mangelernährung sind noch un-  
klar (vgl. Vigersky, 1977, S.109)
- Nebennierenrindenachse – hier sind Veränderungen festzustellen hin-  
sichtlich einer Erhöhung der Plasma-Kortisolwerte. Doch diese Erhö-  
hung wurde nicht nur bei Anorexie-Erkrankten festgestellt, sondern  
auch bei Unterernährten mit organischen Erkrankungen, die Erhöhung  
verschwand bei beiden Gruppen, sobald eine normale Nahrungsauf-  
nahme erfolgte (vgl. Fichter, 1985, S.79).
- Schilddrüsensystem – Veränderung der Stoffwechsellage (Obstipati-  
on, trockene Haut) ist durch einen Abfall des T3-Spiegels zu beobach-  
ten. Hier liegt die bereits erwähnte Vermutung nahe, dass der Körper  
bei Mangelernährung auf „Energiesparen“ umschaltet.
- Gonaden – hier ist eine Veränderung der Geschlechtsdrüsen festzu-  
stellen, die für die Produktion von Sexualhormonen zuständig sind.  
Bei Magersüchtigen konnten eindeutig zu niedrige Sexualhormonwer-  
te festgestellt werden, die nicht alterstypisch sind, sondern auf eine prä-  
pubertierende Person schließen lassen. Bei gesunden Probandinnen  
konnte diese Störung bei Fastenernährung ebenso nachgewiesen

werden. Auch hier trägt somit das Körpergewicht zum Funktionieren der Gonaden bei.

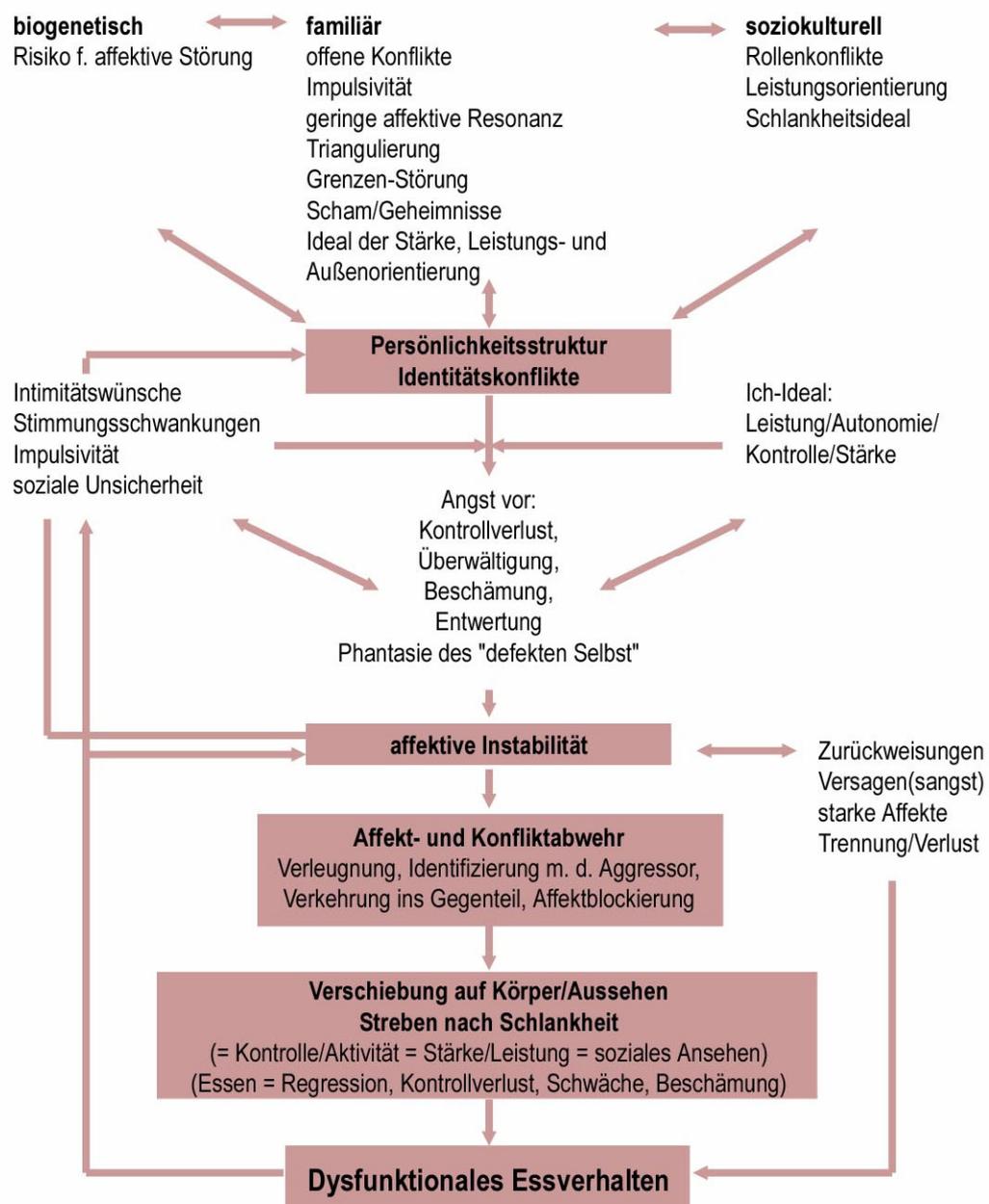
### 3. Neurologischer Zugang

Auch neurologisch versucht die Biologie, die Entstehungsbedingungen für Anorexia nervosa auszumachen. So zeigte eine neurologische Untersuchung, dass bei den magersüchtigen Probandinnen eine deutliche Erweiterung der kortikalen Windungsfurche sowie vergrößerte Seitenventrikel des Großhirns im Gegensatz zur gesunden Kontrollgruppe feststellbar waren. Es waren jedoch bei den Probandinnen keine auffälligen Intelligenzunterscheide im Gegensatz zur Kontrollgruppe zu beobachten, des Weiteren verschwanden die Auffälligkeiten bei normaler Ernährung wieder.

Die biologischen Beobachtungen zeigen, wie vielfältig sich die biologischen Veränderungen bei Anorexia nervosa gestalten. Diese zeigen Auffälligkeiten der Erkrankten auf - sie als mögliche Entstehungsbedingungen verantwortlich zu machen, dazu fehlen ausreichende empirische Untersuchungen. Darüber hinaus zeigt die hohe Reversibilität der Phänomene, dass es sich eher um Folgen der Krankheit handelt als um deren Ursache, da die meisten Auffälligkeiten bei einem extremen Untergewicht festgestellt wurden.

Die umfassende Körperbildstörung zeigt, dass als Entstehungsbedingung multidimensionale Ursachen vermutet werden können.

## Dysfunktionales Essverhalten (G. Reich)



Quelle: eigene Darstellung nach Reich und Cierpa., 1997, S.52

### 2.3.4 Aspekte der Diagnostik, Therapie und Prognose

Die Diagnostik und Therapieplanung der Erkrankung Anorexia nervosa sollte in enger Kooperation von medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen erfolgen.

#### **Die medizinische Diagnostik umfasst:**

- Anamnese/Symptomatik
- Fremdanamnese
- Exploration der Essgewohnheiten
- Zahnstatus
- Leitsymptome nach ICD 10
- Symptomentwicklung
- Ausführliche internistisch-neurologische Untersuchung mit den Laborparametern (Blutbild, Blutzucker, Harnstoff, Elektrolyte, zink, Transaminasen, Amylase, Cholesterin, Eiweiß, endokrinologische Parameter), EKG, EEG, Knochendichtemessung

Zur Differentialdiagnostik gehören diejenigen internistisch / neurologisch/ organischen Erkrankungen (Tumore, Diabetes mellitus, Morbus Crohn, Pankreatitis, Nierenschädigungen, Osteoporose, Vitamin D-Mangel ect.).

#### **Psychologische Diagnostik meint:**

- Anamnese/Symptomatik
- Fremdanamnese
- Familienanamnese
- Exploration der Essgewohnheiten
- Persönlichkeitstests (z.B. Freiburger Persönlichkeits-Inventar, Gießen-Test, Strukturiertes klinisches Interview)
- Spezifische Fragebögen der Essstörungen (z. B. Fragebögen zum Essverhalten, Anorexia nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung, Eating Disorder Inventory, Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen nach DSM IV-TR und ICD 10)

- Spezifische Tests zur Erfassung psychiatrischer Phänomene (z. B. Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, Stressverarbeitungsbogen für Kinder und Jugendliche)
- Spezifische Testverfahren für Kinder und Jugendliche (z. B. Szeno-Test, Baum-Test, Familie in Tieren, Problemfragebogen, Kinder-Angst-Test)

**Die Exploration der Begleitstörungen erfasst:**

Familieninteraktionen aller Art wie:

Überbehütung, Dominanz, Verwahrlosung, Konfliktverhalten (Vermeidung – Harmoniebedürfnis), Interaktion während der Mahlzeiten, Leistungsverhalten, Beziehungsprobleme, Umgang mit Nahrung und Gewicht.

**Psychiatrische Kormorbidität/Risikofaktoren (auch familiär) sind:**

Parasuizidale Handlungen, Suizidgefährdung, Angststörungen, Alkoholismus, Süchte aller Art, affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (emotional-instabil/F60.3, anankastisch/ F60.5, ängstlich-vermeidend/ F60.6, asthenisch/ F60.7, spezielle Persönlichkeitsstörungen/ F60.8)).

An weiteren Risikofaktoren sind zu erwähnen

Pathologische Körperwahrnehmung

Vernachlässigung

Sexueller Missbrauch

Hohes Schlankheitsideal

Mitglied einer high-risk peer-group

Bei der Indikation ist zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu differenzieren.

**Indikation für eine ambulante Psychotherapie:**

- Individueller Leidensdruck
- Modifikation von Fremd- in Eigenmotivation
- Gestörtes Interaktionsverhalten

- „magisches Denken“ zum Thema Essen
- beeinträchtigte Autonomieentwicklung

Indikationen für eine stationäre Behandlung:

- Kritischer Gewichtsverlust (Sondenernährung)
- Depression, Zwang, Angst
- Suizidalität
- Somatische Mit-Erkrankungen
- Pathologische Familieninteraktion
- Soziale Isolierung
- Gescheiterte Behandlungsversuche

Allgemeine Therapieziele sind:

- Allgemeine Symptomreduktion
- Gewichtszunahme (Ernährungsberatung, Essprotokolle, Nahrungsmittelzubereitung, Einkaufen)
- Ich-Stärkung (Bearbeitung biographischer Zusammenhänge, Förderung der Autonomiebestrebungen, sinnvolle Freizeitbeschäftigung, Stärkung sozialer Kompetenzen, verbessertes Körperschema)
- Familiären Interaktionsprozess anbahnen
- Evt. Fremdunterbringung, gerichtliche Betreuung

Folgende Determinanten gelten für günstige/ungünstige Prognose

Günstige Prognose:

- Gleichmäßige Gewichtszunahme
- Hoher Sozialstatus
- Kurzer Krankheitsverlauf
- Früher Beginn
- Eigentherapie der Eltern (Co-Abhängigkeit)

Ungünstige Prognose:

- Starker Bewegungsdrang
- Medikamenteneinnahme

- Erbrechen
- Massiver Gewichtsverlust
- Psychiatrische Störungen
- Langer Krankheitsverlauf
- Stetige Schuldzuweisungen
- Einseitige Behandlungsweise
- Überschätzung der Umstellungsfähigkeit

Behandlungsbesonderheiten:

- Notwendigkeit enger Verzahnung von somatischer, psychotherapeutischer und ernährungstherapeutischer Behandlung (eine monokausale Therapie ist völlig unzureichend)
- Regelmäßige Gewichtskontrollen (Arbeit mit Verstärkern, Gewichtsverträge, Anhebung der Schwierigkeitsgrade (verbotene Lebensmittel)
- Erarbeitung eines positiven Selbstbildes insbesondere durch kreative Medien
- Aufdeckung aller „Tricks“ und Täuschungsmanöver bzgl. des Gewichts und der Selbstregulation

Vor allem sei auf die psychischen Hauptabwehrmechanismen der anorektischen Patientinnen hingewiesen: Vermeidung, Spaltung, Wendung gegen das Selbst, Externalisierung. Häufig ist ein jahrelanger Behandlungsprozess indiziert, der mit verschiedenen Behandlungsschritten einhergeht. Nach einem stationären Aufenthalt ist eine ambulante „Nachbehandlung“ obligat.

### 2.3.5 Zusammenfassung

Hinsichtlich der nosologischen Einordnung des Krankheitsbildes werden verschiedene Ansätze diskutiert: so definiert Meyer (1972) Anorexia nervosa als Reifungskrise heranwachsender Menschen ohne vorherige Störungen in der Kindheitsentwicklung. Andere Autoren diskutieren die Nähe zu affektiven Störungen oder bezeichnen die Anorexie als wahnhaftige Verzerrung der Körperwahrnehmung (als monosymptomatische hypochondrische Psychose), vgl. Munro 1978.

So werden auch ätiologisch multidisziplinäre Faktoren, psychobiologische Modellvorstellungen, prämorbid Persönlichkeitsfaktoren und Besonderheiten in der intrapsychischen Entwicklung, die genetische Disposition und nicht zuletzt die „typischen“ Kommunikations- und Interaktionsstile in einer Familie mit Anorexia nervosa betont.

Die bisher vorliegenden epidemiologischen Studien zur Inzidenz und Prävalenz der Anorexia nervosa untersuchen entweder die Behandlungsinzidenz (d.h. wie viele Patienten unter allen Aufnahmen einer oder mehrerer Kliniken zeigen das Krankheitsbild der Anorexia nervosa) oder sie richten sich auf bestimmte Zielgruppen (z.B. SchülerInnen) und versuchen danach, Rückschlüsse auf das Vorkommen in der Gesamtbevölkerung zu ziehen. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Lebensbedingungen in industrialisierten Regionen mit hohem Lebensstandard nicht nur das kollektive Diätverhalten weiblicher Jugendlicher, sondern auch die Entwicklung und Verbreitung der Anorexia nervosa fördern (Karren, 1986, S.22).

„Risikogruppen wie BallettschülerInnen oder Models, die unter einem hohem „Schlankheitsdruck“ stehen, weisen eine Prävalenz von 7% auf“ (Janssen, 1997, S. 10). Zurzeit steigt die Zahl der männlichen Patienten stetig an. Die Erkrankung tritt gehäuft in der sozialen Mittel- und Oberschicht auf. Die überwiegende Anzahl der PatientInnen verfügt über eine gute bis sehr gute Intelligenz. Bei intelligenzgeminderten Jugendlichen ist diese Erkrankung außerordentlich selten.

Das Risiko an Anorexia nervosa zu erkranken, besteht vor allem für Jugendliche im Alter von 12 bis 20 Jahren. Eine Studie der Mayo-Klinik (Lucas, A.) beziffert die jährliche Inzidenzrate von 8,2 auf 100.000 Einwohner (vgl. Janssen, 1997, S. 10). Zwillingsuntersuchungen erbrachten eine Konkordanzrate von 50% bei eineiigen Zwillingen. Als klinische Beobachtung gilt auch die Häufung von Alkoholismus in Magersuchtsfamilien. Als störungsrelevante Rahmenbedingungen ließen sich weiterhin Angststörungen, affektive Störungen, Essstörungssymptome, Zwangstörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Sexueller Missbrauch in der Familienanamnese klinisch beobachten. Hinsichtlich der Familieninteraktion scheinen ständige Stimmungsverände-

rungen, Überbehütung/Dominanz/Autorität der Eltern eine besondere Rolle zu spielen.

Eine mehrdimensionale Betrachtungsweise sollte den patho-genetischen Mechanismus der Angst nicht außer Acht lassen. Ein Stressmodell zur Bedeutung der Angst wurde von Fichter & Wüschner-Stockheim erstellt, welches das Auftreten von Angst mit der Magersuchtssymptomatik beantwortet. Hinsichtlich der Prognose der Behandlung von Anorexia nervosa prägte Cremius 1978 die Prämisse „Ein Drittel bleibt anorektisch und zeigt einen chronischen Verlauf, ein Drittel wird psychisch schwer krank bzw. psychotisch nach Verlust (der) Anorexia Symptomatik, der Rest zeigt Syndromwandel und Besserung“. Nach Längsschnittuntersuchungen liegt das Mortalitätsrisiko zwischen 5 und 18%, bezogen auf den gesamten Lebenslauf. Viele PatientInnen zeigen noch nach Jahren erhebliche Sorgen um ihr Gewicht sowie zusätzliche psychiatrische Auffälligkeiten, insbesondere affektive Störungen wie Depressionen. Die Erzielung einer vollständigen Heilung und einer gesundheitlichen Wiederherstellung erfolgt jedoch leider nur für eine sehr geringe Anzahl von betroffenen Menschen mit Anorexia nervosa. „Ungünstige prognostische Faktoren sind: extreme Gewichtsabnahme, spätes Erkrankungsalter, häufiges Erbrechen, Bulimie und Laxantienabusus, zusätzliche psychopathologische Auffälligkeiten wie depressives und zwanghaftes Verhalten, eine problematische Familiensituation und eine ausgeprägte Störung des Körperschemas, die auch nach der Gewichtszunahme erhalten bleibt“ (Remschmidt, 1987, S. 245).

Um lebensbedrohliche Ausprägungen weitestgehend zu vermeiden, benötigen PatientInnen ein umfassendes Behandlungskonzept.

## **2.4 Geschlechtsspezifische Sozialisation**

Wie bereits erwähnt, kennzeichnet der Übergang vom Kind zum Erwachsenen einen psychosozialen Wandel, in dem biologische Veränderungen weitestgehend mit sozialen Rollenmodellen und spezifischen kulturellen Zuschreibungen vernetzt sind. Verschiedene Entwicklungsaufgaben hinsichtlich der eigenen geschlechtlichen Identität, Ausgestaltung eigener sozialer und Arbeitsverhältnisse und Ablösung vom Elternhaus (vgl. Kapitel 1) müssen in

dieser Zeit des psychisch-individuellem und sozio-kulturellem Vakuums („Weder Fisch noch Fleisch“) gelöst werden. Hurrelmann (1989) bezeichnet die Adoleszenz als erfolgreich überwunden, „wenn eine Synthese von Individuation und Integration erreicht wird, die sich in einer Kompetenz autonomen Handelns und einer zwischen personaler und sozialer Identität ausgewogenen Ich-Identität niederschlägt“. Hurrelmann differenziert hier jedoch nicht zwischen den Geschlechtern. Auch Flaake kritisiert an jugendsoziologischen Ansätzen, dass diese von einer geschlechtsneutralen Adoleszenz ausgehen würden, die sich jedoch an der männlichen Normalbiografie orientieren würden, so dass sie von einer „Unsichtbarkeit des Weiblichen“ spricht (vgl. Flaake in: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, Heft 1, 10 Jhrg., 1998, S.4). Zentraler Punkt der Adoleszenz ist jedoch die Ausbildung einer weiblichen bzw. männlichen Identität, die ausgelöst wird durch sexuelle Reifungsprozesse.

Es stellt sich die Frage, ob das Weibliche erst in der Phase der Adoleszenz zum „Verschwinden gebracht“, in das Männliche aufgelöst wird, oder ob es eine typisch weibliche/männliche Sozialisation gibt. In ihrer Untersuchung über den weiblichen Sozialcharakter führt Hagemann-White eine Untersuchung von Judith Arcana an, die 100 Frauen in ihrer Schwangerschaft befragt hatte. So war es 80% von ihnen wichtig, welches Geschlecht ihr Kind haben würde. Drei Viertel von ihnen wünschten sich ein Mädchen, aber für viele war es spürbar, dass ein Sohn von ihnen erwartet würde. Hagemann-White führt diese Haltungen auf die Erwartung der sozialen Umwelt zurück, die die Übernahme der gesellschaftlichen Verhältnisse unter Anleitung beschreibt (vgl. Hagemann-White, 1984, S.75). Die Ursachen vermutet Hagemann-White in einer kulturellen Reproduktion von Zweigeschlechtlichkeit, die sie interdisziplinär zu ergründen versucht. Die Eindeutigkeit von männlichen und weiblichen kulturell determinierten Eigenschaftszuweisungen, von Ortner und Mead bereits beschrieben, bestimmen im Vorfeld das Verhalten, d.h., eine Zuweisung zu einem Geschlecht erfolgt nicht erst, wenn die entsprechenden Eigenschaften unter Beweis gestellt worden sind.

Konstituierende Geschlechtszuweisungen sind zwar über eindeutige Geschlechtsmerkmale hinaus gehend nachweisbar (Birdwhistell, 1970), Einstufungen in der Regel jedoch kulturell determiniert, welche als Stereotypisierung in das kognitive System verankert wurden und schon Vorschulkindern erlaubt, Geschlechtsdifferenzierungen nach Verhaltensweisen vorzunehmen – wenn diese auch nur eine behelfsmäßige Konstruktion darstellt („nur Männer können Bus fahren“) (vgl. Birdwhistell in: Hagemann-White, 1984, S.84f.). Hagemann-White spricht in diesem Zusammenhang von einer Grammatik der Begierden (Zuwendung, Abenteuer und Geborgenheit), die Kinder eine eindeutige Geschlechtsdarstellung anstreben lässt – durch Aneignung von Vorgaben aus den sozialen Umfeld. Auffällig ist jedoch, dass Jungen in ihrer „Männlichkeitsdemonstration“ im Laufe der Entwicklung ihre Bemühungen verstärkten, während dies für Mädchen nicht zu gelten scheint (vgl. Kohlberg (1979) in: Hagemann-White, 1984, S.86).

Diese Entwicklung führt Hagemann-White auf Choderows (1978) Theorie zurück, dass die Mutter als erste und wichtigste Sozialisationsinstanz mit ihrem Sohn in einer Zweigeschlechtlichkeit lebt und diesen zur Abgrenzung ermuntert, während dem Mädchen keine Andersartigkeit und damit Abgrenzung vermittelt wird. Choderow glaubt sogar ein Verbot der Abgrenzung der Mutter gegenüber zu erkennen.

*„Dem Sohn werden Größenwahn und Trotz zugestanden, und die Mutter zögert einzugreifen, weil sie letztendlich doch nicht weiß, wie weit sie sich in ihn hineinversetzen kann: Vielleicht ist es doch besser, ich lasse ihn wie er will. Mit der Tochter wird im günstigsten Fall eher eine Beziehung angestrebt, in der jeder Teil sich in den andern hinein fühlt – wobei die Mutter gezielter daran arbeiten kann, weil sie sicherer ist, die Tochter zu verstehen“. (Hagemann-White, 1984, S.88)*

Betrachtet man die weibliche Sozialisation, so spricht Hagemann-White von einer von Geburt an determinierten Besserstellung des Jungen gegenüber dem Mädchen. Dieses psychosozial begründete und in feministischen Sozialisationstheorien verfolgte Konstrukt eines asymmetrischen Geschlechterverhältnisses beschreibt den weiblichen Differenzierungsprozess (vgl. Hage-

mann-White, 1984, S.87). Während vom Sohn die bewusste Abgrenzung gegen die Mutter und deren Herabsetzung hingenommen, sogar erwartet wird, verschwimmen die Grenzen zwischen Mutter und Tochter. Dem Jungen wird somit zugestanden, seine eigenen Bedürfnisse auszuleben unter der Prämisse, nicht auf die Bedürfnisse anderer Rücksicht zu nehmen, während von dem Mädchen Verständnis erwartet wird – trotz der Aufhebung traditioneller Rollenbilder.

Auch Kolip geht von einem in den ersten Lebensjahren herausgebildeten Geschlechtsbewusstseins aus, das sie durch genetische Anlagen, vor allem aber durch soziale Interaktion definiert sieht.

Für die Kinder bedeutet dieses mütterliche Verhalten, dass das Erwachsen werden den Jungen als „Entmachtung“ der Mutter vermittelt wird, während das Mädchen keine Möglichkeit sieht, die in der Kindheit allmächtige Mutter zu beherrschen, ihr auch geeignete Identifikationsmodelle fehlen. Als Konsequenz dessen sieht Hagemann-White folgende Entwicklung als voraussehbar an: der Junge wird seine aggressiven Wünsche nach Macht über das Weibliche nach außen wenden, es gegen andere Frauen oder gegen die Mutter selbst anwenden, das Mädchen jedoch muss diese Tendenzen gegen sich selbst einsetzen (vgl. Hagemann-White, 1984, S.90).

Vielmehr aus psychosozialen denn aus biologischen determinierten Gründen scheint sich „typisch“ männliches Verhalten auszubilden (vgl. auch Flaake, 1998). Die Spannung zwischen Abgrenzung und dennoch Angewiesensein auf die Mutter baut sich in aggressiven Verhalten von Jungen ab. Vorzugsweise in männlichen Gruppen geschieht dies durch die Verletzung der Grenzen des Anderen. So werden Mädchen über den Schulhof gejagt oder tätlich angegriffen. Diese von Benjamin als „rationale Gewalt“ definierte Form der Aggressivität findet sich kaum bei Mädchen (vgl. Hagemann-White, 19984, S.93). „Prosocial aggression“ besagt, dass Mädchen mit ihren Aggressionen anders umgehen, sie argumentieren mit „erwachsenen“ Argumenten, die oft zum verbalen Beschimpfungen genutzt werden. Aber Mädchen können auch aggressive Gefühle besser unterdrücken. Brechen diese angestauten Gefüh-

le doch einmal hervor, dann werden Mädchen oft als „hysterisch“ bezeichnet, was auf eine männliche Definition weiblichen Verhaltens zurückzuführen ist. Hagemann-White geht darüber hinaus davon aus, dass sich Mädchen weniger aggressiv verhalten, „weil ihnen Vorstellungen für die Bildung von Aggressionsphantasien fehlen“ (Hagemann-White, 1984, S.95). Das vermittelte Bild der Kindheit geht somit von einer Ausgeglichenheit der Mädchen aus und einem eher unbeherrschten Verhalten der Jungen. Hier kann schon die geschlechtliche Differenzierung vermutet werden mit ihren kulturell determinierten Vermittlung der Mangelhaftigkeit des weiblichen Geschlechts, da weibliche Individuation nicht erwünscht zu sein scheint.

In der Adoleszenz verfestigen sich diese geschlechtlichen Identitäten, sind ausschlaggebend für die Ausgestaltung des erwachsenen Weltbildes außerhalb des familiären Rahmens. Die in der Kindheit entwickelten Identitätsmuster werden in die Adoleszenzphase übernommen und verfestigt. So erkennt Flaake, dass sich in dieser Lebensphase aggressive Tendenzen mit Dominanz- und Konkurrenzverhalten der Jungen verstärken, soziale Tendenzen und Empathiefähigkeit bei Mädchen sich weiter entwickeln. Während Jungen positive Reaktionen aus dem sozialen Umfeld erhalten auf Verhaltensmuster wie Durchsetzung, Unabhängigkeit und Rationalität, sollen Mädchen sensibel, emotional und empathisch sein (Flaake 1998). Auffällig ist jedoch, dass das Zutrauen der Mädchen in ihre eigenen schulischen Fähigkeiten zu sinken scheint und sie ihr Selbstvertrauen nicht über individuelle Leistungen und Fähigkeiten beziehen können.

Hagemann-White führt diese Haltung zurück auf frühe Kindheitserfahrungen mit der eigenen Geschlechtsidentität. Die Überlegenheit im Sozialverhalten der Jungen gegenüber geht mit einem Mangel der „Risikoerfahrung mit dem eigenen Körper“ einher (vgl. Hagemann-White, 1984, S.97). Dieses Fehlen der Erfahrung des eigenen Körpers durch waghalsige Verletzungen rührt von einer sozial determinierten „Mädchenrolle“, aber auch von einem Fehlen eines Anreizes her. Die Angst vor Körperverletzungen wird ersetzt durch die Ausbildung eines Sinns für das Ästhetische. Zudem erleben Mädchen und Frauen ihren Bauch als Ort der potentiellen Gefühlsgefährdung durch die

enge anatomische Verbindung der Verdauungs- und Fortpflanzungsorgane, während die primären Sexualorgane des Mannes ausgelagert sind. Selbst im 21. Jahrhundert sind für viele junge Mädchen und Frauen die Rollenerwartungen klar definiert und „in höchstem Maße abhängigkeitsfördernd: Passivität, Unterordnung, Vermeidung von Aggression, Kultivierung der Attraktivität u.a.“ (Horstkotte-Höcker, 1987, S.88).

Auch im Bereich des Sports sind geschlechtstypische Tendenzen zu beobachten. So kamen Brettschneider und Brautigam zu dem Ergebnis, dass Mädchen im Gegensatz zu Jungen eher ruhigere Sportarten bevorzugen, da ihr Vertrauen in die eigenen Körperfähigkeiten eher gering anzusehen sind. Diese sportlichen Erfahrungen werden in die eigene Geschlechtsidentität übernommen (Brettschneider/Brautigam, 1997, S.126f.).

Auch die für Jungen typische Gruppenbildung mit einem Hinwegsetzen über Vorschriften und Verbote entfällt – hier entstehen unverbindliche weibliche Gruppen, die jedoch aufgrund des Fehlens einer libidinösen Besetzung als fragil anzusehen sind. Die zusätzlich zu Beginn der Adoleszenz einsetzenden Verbote von bestimmten Verhaltensweisen markieren das Mädchen als sexuelle gefährdetes Wesen - Weiblichkeit wird so als Einschränkung und Minderwertigkeit erfahren (vgl. Hagemann-White, 1984, S.99). Unterstützt wird diese Haltung durch das Fehlen von sozialen Angeboten, die in der Zeit der mangelnden Selbstbewusstseins Sicherheit vermitteln können. Diese sind männlich besetzt, während kulturelle Angebote, die sich auf weibliche Fähigkeiten stützen, Nischencharakter besitzen (vgl. Flaake, 1998, S.11).

Flaake sieht den Mangel an weiblichem Selbstbewusstsein in ihrem Wunsch, körperlich attraktiv für Jungen zu sein, begründet. Sie führt eine Untersuchung von Henning und Jardim an, in der es heißt:

*„Für Mädchen, besonders die leistungsorientierten, bringt die Pubertät oft eine traumatische Verschiebung in der Definition von Tüchtigkeit mit sich...Erfolgreich ist das Mädchen...das am meisten begehrt wird. Für*

*Jungen bleibt Tüchtigkeit, was sie immer gewesen ist: objektive Leistung, Erfolg bei dem, was man anpackt.“ (vgl. Flaake, 1998, S. 7).*

Auch in einer scheinbar emanzipierten Gesellschaft, in der der Mann als ökonomischer Faktor an Wichtigkeit verloren hat, ist die weibliche Identität immer noch an die Attraktivität für Männer gebunden - gerade im Bereich der medialen Sozialisation. Die Medien vermitteln z.B. in Musikvideos die zum schönen Objekt degradierte Frau, die dem erfolgreichen Mann zur Seite steht (vgl. auch Kapitel 2.3.3. Ätiologie). Die Gestaltung der Beziehung zu einem Mann steht in der weiblichen Werteskala über der autonomen Gestaltung der äußeren Welt. Während Männer sich über ihre Leistungen identifizieren, stellen diese Erfolge ihre Attraktivität für Frauen dar, während Weiblichkeit ihre Bestätigung durch männliches Begehren erhält. Noch immer ist eine Liebesbeziehung/Familie starker Identifikationsfaktor junger Frauen, während berufliche Leistungen kein starkes, kontinuierliches Selbstwertgefühl zu vermitteln im Stande sind (vgl. Bernard, Schlaffer, 1989).

Doch gerade in einer von Soziologen bezeichneten „Individualgesellschaft“, in der subjektiver Erfolg entscheidend ist für das Sozialprestige, findet die berufliche Orientierung immer stärkeren Eingang in die weiblichen Lebensentwürfe – ohne jedoch den Wunsch nach männlicher Anerkennung zu verdrängen. Seidenspinner und Keddi (2001) stellen dem männlichen Modell der Individualisierung das weibliche Konzept der aktiven Doppelorientierung (Familie/Beziehung UND Beruf) gegenüber, was dem Mädchen die pubertäre Entwicklung als konflikthaft gestaltet: Ist es beruflich erfolgreich, wird es oft als „unweiblich“ definiert, steht die potentielle Familie im Vordergrund, muss auf eigene Ziele verzichtet werden.

Die von der Feministin Schaef als White-Male-System konstituierte Gesellschaftsstruktur beschreibt ein kulturell entwickeltes System, welches bestimmend für die gegenwärtige Gesellschaftsstruktur sei und eine männlich dominierte Welt beschreibt (vgl. Kröner in: Brehm et al., 1997, S.37). Obwohl die Mädchen/Frauen im Gegensatz zu früheren Jahren eine hohe berufliche und schulische Qualifizierung wie nie aufweisen, besitzen sie Zweifel an den eigenen Kompetenzen – doch statt sich aufzulehnen gegen ein fremdbe-

stimmtes System, passen sich Frauen an. Kröner führt dies zurück auf eine geringe Solidarität unter den Frauen, welche Frauen zu Konkurrentinnen werden lässt. Auch Simmons hat in ihrem populärwissenschaftlichen Buch „Meine beste Feindin“ in empirischen Untersuchungen eine gleichgeschlechtliche Verachtung festgestellt, welche sie als große Belastung bezeichnet, die in psychosomatischen Krankheiten Ausdruck findet (vgl. Kröner in: Brehm et al., 1997). Die Evidenz dieser These muss sich jedoch in weiteren empirischen Untersuchungen beweisen.

*„Die meisten Frauen...haben Minderwertigkeitskomplexe, die in der Mängelliste ihrer Körperteile einen Spiegel finden. Die mit diesem Makel verborgenen Gefühle werden weggedrückt, vertuscht, und es werden Signale gesetzt, um mit dieser Erbsünde (eine Frau zu sein)...umgehen zu können. Sie entwickeln ein Gedächtnis für Details, sind die Güte in Person, verfolgen Fairnessstrategien auch dann noch, wenn sie ihnen schaden, ....halten sich strikt an die Regeln nach dem Motto: nur nicht auffallen, zeigen für alles Verständnis“ (Kröner in: Brehm et al., 1997, S.38).*

Sowohl die schon früh antizipierte Doppelbelastung als auch die nach männlicher Anerkennung strebenden Verhaltensweisen, von Schaef RWS genannt (reaktives weibliches System) stellen für das Mädchen in der Adoleszenz einen psychosozialen Stress dar (vgl. Kröner in: Brehm et al., 1997, S.38). Während für pubertierende Jungen ihre nach außen strebende Karriereorientierung mit ihrer Geschlechterrolle übereinstimmt, besteht für das Mädchen ein Spannungsfeld, welches sich jedoch kaum mit den individuellen Bedürfnissen deckt. So zeigen Mädchen in der Adoleszenz im höheren Maße psychische und somatische Belastungssymptome, welche auf die Diskrepanz zwischen erwartetem Verhalten und eigenen Möglichkeiten, aber auch auf fehlende Bewältigungsstrategien zurückzuführen ist.

Die in der Adoleszenz hinzukommende Geschlechtszugehörigkeit kann durch formale Ästhetisierungsformen betont werden sowie durch geschlechtlich konnotiertes Verhalten (vgl. Kolip in: ZSE, 17 Jhg. 1997, H.2, S.143). So sieht Kolip die spezifische Wahrnehmung körperlicher Beschwerden als Aus-

druck der Abgrenzung vom anderen Geschlecht. Die Reduzierung des eigenen Selbstwertgefühls, die Rollenzuschreibung des Sexualobjektes und den Fortpflanzungsaufgaben lassen trotz neuerer gesetzlicher Festschreibungen keine Gleichberechtigung für Frauen in einer männlich dominanten Welt möglich werden. Als geschlechtsspezifische Krankheitsindikatoren sieht Kolip die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen über Jugendliche bezüglich ihres Krankheitsempfindens und -verhaltens (Holler-Nowitzki (1994), Kupfer et al. (19992), Kerek-Bodden (1989), Sichrovsky (1984) (vgl. alle erwähnt in: Kolip in: ZSE, 17 Jhg. 1997, H.2, S.138). So sind Mädchen ab der Pubertät gesundheitlich benachteiligt:

- Sie leiden häufiger unter psychischen Störungen
- Sie haben mehr subjektive Beschwerden
- Sie suchen häufiger einen Arzt auf
- Sie bekommen mehr Medikamente verschrieben

Auch in subjektiver Hinsicht zeigt sich, dass Mädchen unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand sind und häufiger unter psychosomatischen Beschwerden und emotionalen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen leiden (vgl. Kolip in: ZSE, 17 Jhg. 1997, H.2, S.138).

Auch Bekleidungs Vorschriften bleiben überwiegend soziokulturell genormt. Die Magersucht führt zu einer „Dekonturierung des weiblichen Körperbildes, die als Selbstschutz aufgefasst werden kann und mit einer Ablehnung der weiblichen biologischen Rolle zusammenhängen mag“ (Jacoby 1998, S. 166). Die therapeutische Praxis weist typische Frauen- und Männerkrankheiten auf (z. B. Körperentfremdung der Pubertätsmagersucht bei Mädchen – Depersonalisationsgefühle bei Jungen, Essen als typisch weibliches Suchtmittel (Nährende in Schwangerschaft und Stillzeit) – Alkoholismus, Glücksspielsucht, sexuelle Deviationen als männliche Problemlösungsstrategien, Amenorrhoe bei Frauen – Impotenz bei Männern).

Feministische Ansätze gehen noch weiter und sehen die weibliche Sozialisation und die weibliche Rollenerwartung als ausschlaggebend an für die Entwicklung von Anorexia nervosa. So spielen die gesellschaftlichen Rollenerwartungen sowie die soziokulturelle Stellung der Frau eine wichtige Rolle.

In der Pubertät beginnt unter den einsetzenden psychosomatischen Einflüssen eine Neudefinition der Identität unter der genannten Doppelbelastung. In diesem Zwiespalt glaubt Selvini-Palazzoli die Ursachen für Essstörungen zu erkennen. Die diffusen Rollenerwartungen führen zu Unsicherheitsgefühlen, wodurch ein starkes Bedürfnis nach Selbstkontrolle und Perfektion entwickelt wird (vgl. Selvini-Palazzoli, 1989, S.51). Im weiblichen Lebenszusammenhang steht noch immer die Vermarktung des weiblichen Körpers, die Priorität des Hausfrauen- und Mutterleitbildes, die weibliche Identität als Gebende/Nährende sowie eine Erziehung zur Zügelung eigener emotionaler Abhängigkeitsbedürfnisse. Typische weibliche Konfliktlösungsstrategien stehen in unmittelbarer Nähe zu ihrer Rollendefinition: unauffällig, angepasst, konform und heimlich.

Aus feministischer Sicht ist die Anorexia nervosa eine unbewusste Rebellion gegen die Erfüllung der weiblichen Rolle in einer patriarchalen Gesellschaft, die Mädchen das Gefühl der geringeren Wertigkeit und Unzulänglichkeit durch die geschlechtsspezifische Sozialisation tradiert. Daher sehen feministische Therapeutinnen traditionelle Behandlungsansätze als Anpassungstherapien, die zudem größtenteils von männlichen Therapeuten durchgeführt werden, mit dem Ziel der Stabilisierung der weiblichen Rolle.

Feministische Therapie „setzt Bewusstseinsprozesse über die Hintergründe des subjektiven Leidens in Gang, die zur gemeinsamen politischen Aktion führen sollen. Die wichtigste Bedingung ist, dass Frauen mit Frauen arbeiten, wobei die Körpertherapie ein wichtiges Heilmittel des Feminismus ist“ (Horskotte-Höcker, 1987, S. 85).

Orbach hingegen geht von einer ambivalenten Position des Mädchens gegenüber dem Rollenbild aus. So versuchen Mädchen durch extreme Abmagerung ihre Weiblichkeit zu unterdrücken, wobei sie das Bild einer zerbrechlichen, hilfsbedürftigen Frau abgeben. Orbach spricht in diesem Zusammenhang von einer „Parodie auf die weibliche Zerbrechlichkeit“ (vgl. Orbach, 1979, S.139). Auch sie sieht in der übermäßigen Abmagerung den Wunsch nach Perfektionismus, geht aber davon aus, dass es sich nicht um gesellschaftliche Unsicherheitsgefühle handele, sondern um den Wunsch, die

Zweifel an der eigenen Existenzberechtigung („nur ein Mädchen“) zu überspielen und akzeptiert zu werden.

Im anschließenden Praxisteil wird eine Fokussierung stattfinden auf die Theorie der geschlechtsspezifischen Sozialisation. Es wird versucht, anhand der Selbstaussagen der Mädchen auf eine spezifische Sozialisationsform zu schließen. Ob eine weibliche Sozialisation tatsächlich häufiger in der Gruppe der Anorektikerinnen anzutreffen ist, wird einer genaueren Betrachtung unterzogen.

## **2.5 „Gestörte Körper“: Körperschemastörung und das Selbst**

Ein herausragendes Symptom der Anorexia nervosa stellt die Körperschemastörung dar, die in diesem Kapitel genauer betrachtet werden soll.

Anorexia nervosa erscheint als Krankheitsbild, bei dem sich in verhaltenskognitiver und emotionaler Hinsicht Probleme verknüpfen. Ein herausragendes Merkmal der Anorexia nervosa ist die Angst vor dem Dick-Werden auch bei tatsächlichem Untergewicht. In der „Kontinuum-Hypothese“ von Vandereycken & Meermann (1987) wurde Essverhalten anhand verschiedener Ausrichtungen katalogisiert. Diese reichten von „unauffällig“, über „normales Besorgtsein“ hinsichtlich Figur und Gewicht bis zur „kurzen Periode einer Essstörung“, die sich zu einer manifestierten Essstörung entwickeln kann, wobei jedoch die Stabilität bestimmter Ausprägungsgrade nicht untersucht wurde (vgl. Buddenberg-Fischer, 2000, S.10). Andere Untersuchungen zeigten, dass Mädchen, die in frühen Jahren aufgrund ihres Körpergewichtes gehänselt wurden, eine ausgeprägte Körperunzufriedenheit entwickelten (Thompson et al. (1988, vgl. Buddenberg-Fischer, 2000, S.10). Andere fanden in Verlaufstudien einen Zusammenhang zwischen Diätverhalten und einer Entwicklung von Essstörungen (Patton et al. (1990), Patton (1992), Drewnowski et al. (1994), Heatherton et al. (1995), Killen et al.(1996): erwähnt in: Buddenberg-Fischer, 2000, S.10). Diese Untersuchungsergebnisse lassen schließen, dass eine inkorrekte Körperwahrnehmung bei manifester Essstörung prognostisch als Zeichen für einen eher ungünstigen Verlauf zu werten ist und einen dementsprechenden Risikofaktor für die Entwicklung

einer Essstörung darstellen (vgl. Buddenberg-Fischer, 2000, S.10). Aus klinischer Sichtweise wird die Anorexia nervosa z.B. durch verschiedene Kategorisierungssysteme dargelegt: DSM-IV-TR-Kriterien (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), Feighner-Kriterien und den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). Diese Diagnosesysteme sind für den praktischen Gebrauch nicht unreflektiert zu benutzen, ermöglichen jedoch z. B. eine Differentialdiagnose (Beispiel: „Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht oder Quetelets-Index (BMI) von 17,5 oder weniger“ (ICD-10, 1997, S. 200)).

### 2.5.1 Störung der Körperwahrnehmung

Beobachtete Patientinnen sind häufig nicht in der Lage, sich selbst im Gegensatz zu anderen realistisch wahrzunehmen. Die Fehleinschätzung der eigenen Körperformen bezieht sich vor allem auf Gesicht, Hüfte, Bauch, Taille, Oberschenkel, die subjektiv als zu dick empfunden werden. Aber nicht nur das Gewicht steht bei der so genannten „Body Image Störung“ im Vordergrund, auch übrige Körpersignale wie z.B. Überanstrengung können nicht realistisch eingeschätzt werden (vgl. Vernooij (1987), Meermann (1994), Petzold & Reindell (1980)). In der Fachliteratur der letzten Jahre kommt der Body Image Störung bei der Anorexia nervosa eine erhöhte Stellung zu, da sie als Schlüsselrolle der Erkrankung bewertet wird (Vernooij, 1987, S.71).

### 2.5.2 Körperschemastörung und das Selbst

Menschen, die an Anorexia nervosa erkrankt sind, haben ein verzerrtes Bild von ihrem Körper. Die PatientInnen stehen nicht mehr zu ihrem Körper in Kontakt. Der Körper ist ein Feind, der bekämpft werden muss, um Begierde, Hunger und Bedürftigkeit abzuwehren. Lediglich der „Kopf“ darf kontrollieren und steuern. Die fortwährende Selbstkontrolle vermittelt Autonomie und Unabhängigkeit. Die Betroffenen von Anorexia haben gestörte Körper: ein verzerrtes **Körperschema** (die perzeptiv-kognitiven Leistungen bzgl. des eigenen Körpers) sowie ein verzerrtes **Körperbild** (die emotional-affektive Besetzung des Körpers und seiner Teile).

Der Körper, insb. dieser PatientInnengruppe, ist durch Selbsthass und Verachtung geprägt (vgl. Meermann, 1994).

Die Körperschemastörung manifestiert sich in einer unrealistischen Einschätzung des eigenen „body-image“. Die PatientInnen überschätzen ihren eigenen Körperumfang, halten sich trotz der extremen Gewichtsabnahme für zu dick und entwickeln eine Gewichtssphobie. Diese zugleich psychische Störung der Angst vor dem dick werden, stellt sich als wahnhaft, überwertige Idee dar. Die PatientInnen schätzen sich als normalgewichtig bzw. als adipös ein, obwohl sie extrem untergewichtig oder sogar kachektisch sind. Sie leugnen den Zustand der Ausgezerrtheit und finden Befriedigung über die Leistung der Gewichtsabnahme. Nur eine extrem niedrige Gewichtsschwelle kann von den Betroffenen toleriert werden. Auftretende Hungergefühle werden verdrängt und durch eine gedankliche Beschäftigung mit den Kalorienwerten der Nahrungsmittel kompensiert. Die Verleugnung des Hungers und der Krankheit implizieren den intrapsychischen Leitsatz „Ich brauche nichts“.

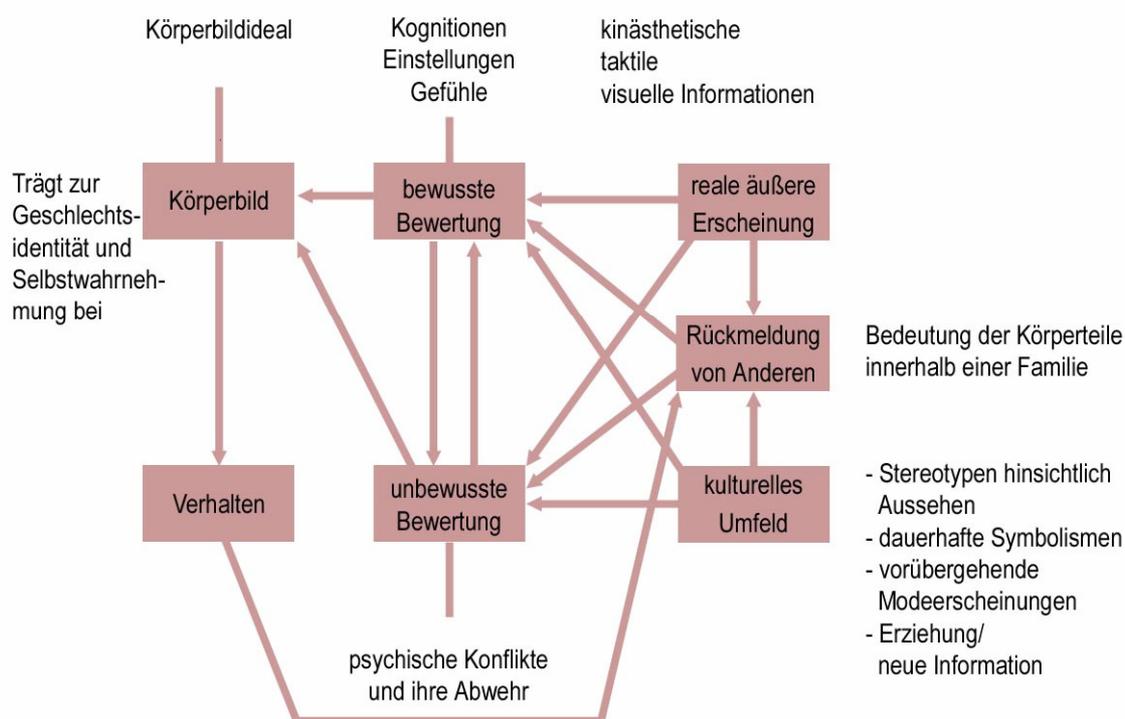
### 2.5.3 Körperbild

Der Ursprung der wissenschaftlichen Betrachtung des gestörten Körperbildes stammt aus dem Bereich der Neuropathologie. Hier wird dem Chirurgen Ambroise Paré die erste schriftliche Dokumentation einer Störung der Körpererfahrung im Zusammenhang mit dem so genannten Phantomschmerz zugeschrieben (vgl. Kreikebaum, 2000, S.11). Weitere Untersuchungen auf dem neuropathologischen Gebiet folgten (z.B. Lateralitätsstörungen, Halbseitenlähmungen). Für diese Störungen wurden Fehler in der zentralen Verarbeitung somato-sensorischer Informationen verantwortlich gemacht, welche in einem Modell eines im Gehirn verorteten topografisch organisierten Körperschemas dargestellt wurden.

So lässt sich das Körperbild als Weiterentwicklung des ursprünglich rein neurophysiologischen Konzeptes des Körperschemas auffassen. Verschiedene Forschungen erzeugten verschieden Modelle hinsichtlich des Körperschemas. Eine Weiterentwicklung der jüngsten Forschungen erweiterte den Blick auf ein komplexes und multidimensionales Konstrukt. Die heutige Betrachtung geht von differenzierten Komponenten des Körperbildes aus, welche

sich gegenseitig beeinflussen (Fisher (1986), Thompson (1990), erwähnt in: Kreikebaum, 2000, S.17). Das Körperbild beschreibt das individuelle Bild, das jeder Mensch von seiner körperlichen Erscheinung besitzt, es umfasst physikalische, physiologische, soziale und psychologische Komponenten. Bernstein (1990) bezeichnete es als „biopsychosocial phenomenon“ (vgl. Kreikebaum, 2000, S.18). So wird das Körperbild beschrieben anhand von verschiedenen Differenzierungen. Die wahrnehmungsbezogene Komponente, welche die Genauigkeit der Einschätzung von Gliedmaßen betrifft, die affektiv-kognitive, die Körperzufriedenheit, körperbezogene Gedanken und Empfindungen umfasst und die verhaltensbezogene, die – im Zusammenhang mit Körperbildstörungen – Verhaltensweisen betrifft, mit denen wahrnehmungs- und einstellungsbezogene negative Einschätzungen vom eigenen Körper gegenreguliert werden können (vgl. Kreikebaum, 2000, S.18).

### Die Entwicklung des Körperbildkonzeptes



eigene Darstellung

Gerade in Verbindung mit Essstörungen fanden wohl die umfangreichsten Untersuchungen hinsichtlich Körperbildstörungen statt. In einer von 1980 – 1991 laufenden Studie über Untersuchungen über Essstörungen zeigte sich, dass 11,4% aller veröffentlichten Studien zu diesem Thema sich mit dem Körperschema befassen (vgl. Fernández, 1996, S.56). Wie im letzten Kapitel bereits erwähnt, wurden diese auch im DSM-IV-TR niedergelegt und dienen als Diagnosekriterien. Die Körperbildstörung erscheint somit als ein wichtiges Kriterium in der Anorexie-Untersuchung, obwohl im wissenschaftlichen Bereich Unklarheiten herrschen hinsichtlich verschiedener Einschätzungsverfahren und -instrumente und widersprüchlichen Ergebnissen. Trotz dieser Ungenauigkeiten bezüglich der teils unklaren Ergebnisse, wird überproportional häufig die Wichtigkeit der so genannten Körperbildstörung im Hinblick auf Anorexia nervosa betont, so dass im Folgenden versucht werden soll, ein möglichst multidimensionales Bild des Konstruktes zu geben.

Auffällig ist, dass sich bei Essgestörten fast immer eine Körperbildstörung auf allen drei Ebenen feststellen lässt, obwohl Störungen hinsichtlich des Körperbildes auch bei nicht-klinischen weiblichen Populationen zu verzeichnen sind (Whitaker et al (19989), in: Kreikebaum, 2000, S.19). Bei Anorexie-Patientinnen findet auf der Wahrnehmungsebene eine Fehleinschätzung der eigenen Körpermaße statt, wobei sich die Perzeptionsstörung insb. auf die Körperpartien wie Oberschenkel, Hüften und Bauch bezieht. Diese Prädispositionen nehmen die PatientInnen trotz ihres extremen Untergewichtes als zu dick wahr.

Wie im letzten Kapitel bereits erwähnt, handelt es sich bei Anorexie-Erkrankten oft um eine Überschätzung der tatsächlichen Körpermaße. Im affektiv-kognitiven Bereich besteht Angst vor einer Gewichtszunahme, permanenter gedanklicher Beschäftigung mit dem Essen und eine nicht durch das Gewicht begründete Unzufriedenheit mit der eigenen Figur. Auf der Verhaltensebene sind dann eindeutige kompensatorische Maßnahmen erkennbar, die zur Regulierung der perzeptiven Fehleinschätzung und der affektiv-kognitiven Symptome dienen (vgl. Kreikebaum, 2000, S.19).

Je nach Standpunkt des Autors/der Autorin wird die verzerrte Körperwahrnehmung von Menschen mit Pathologien unterschiedlich definiert und ausgewertet.

Marianne Frostig prägte die begriffliche Trias *Körperimago* – *Körperschema* – *Körperbegriff*. Diese modellhafte Einteilung ist wesentlich für die seelische und körperliche Entwicklung des Kindes, für das Körperbewusstsein.

- **Körperimago:** „der Körper, wie er sich anfühlt“, die Summe aller auf den Körper bezogenen Empfindungen
- **Körperschema:** automatische Anpassung von Teilen des Skelettsystems und der Muskelspannung, die benötigt wird, um eine Körperhaltung willentlich beizubehalten
- **Körperbegriff:** faktische Kenntnis des Körpers/Wissen über Körperfunktionen und Anatomie

Jede bewusste Körperbewegung, jede freie Bewegung und schöpferischer Ausdruck wirken steigernd auf das Körperbewusstsein, da der Körper bei der kreativen Bewegung das Ausdrucksmittel ist (vgl. Frostig, 1984, S. 44f). Frostig entwickelte in Theorie und Praxis ein Konzept zur kreativen Bewegungserziehung, das ursprünglich auf Kinder (mit und ohne Auffälligkeiten) ausgerichtet war. Eine Erweiterung des Konzeptes, zur Förderung des Körperbewusstseins für die Behandlung von anorektischen PatientInnen, wäre in Ansätzen denkbar.

Andere Bedeutungszusammenhänge für die „gesunde“ und auffällige Entwicklung eines Kindes (in Bezug zu seinem körperlichen Erleben und seiner psychischen Befindlichkeit) wird von Renate Zimmer herausgearbeitet:

Die Identität und das Selbstkonzept eines Menschen prägen das Selbstbild und das Selbstwertgefühl (vgl. Zimmer, 1999, S.51f).

Sie definiert das **Selbstkonzept** als Einstellungen und Überzeugungen zur eigenen Person, es beinhaltet das

- **Selbstbild** (neutral beschreibbare Merkmale der Persönlichkeit wie Aussehen, Fähigkeiten etc.) und das
- **Selbstwertgefühl** (Bewertung der Merkmale, Zufriedenheit mit den Fähigkeiten).

Das Selbstkonzept eines Menschen kann sich eher positiv oder eher negativ in seiner Lebenslinie herausbilden. Als früheste Stufe der Selbstentwicklung sind aus präverbaler Zeit die Körper-Erfahrungen (in Analogie zur aktuellen Lebenssituation). Körper-Erfahrungen sind Selbst-Erfahrungen, die dem Individuum das Erleben von Fähigkeiten und Grenzen, von Erfolg und Misserfolg real werden lässt. Das Körper-Selbst erhält seine Informationen über die Sinnessysteme, sodass der Körper als Bindeglied zwischen dem Selbst und der Umwelt fungiert.

Daniel Stern (1992) beschreibt ein Stufenmodell des Selbstempfindens (Auf-tauchendes Selbstempfinden: 0-2 Mon., Kernselbstempfinden: 3-9 Mon., subjektives Selbstempfinden: 7-9 und 15-18 Mon., verbales Selbstempfinden: 15-18 Mon.), das eine idealtypische Entwicklung der Wahrnehmungsverarbeitung des Babys beschreibt.

In Anlehnung dessen entwickelt Lichtenberg (1991) die Bedürfnispyramide des Selbst und seiner fünf Motivationssysteme:

1. Grundbedürfnis nach psychischer und physischer Regulation
2. Grundbedürfnis nach Bindung
3. Grundbedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung
4. Grundbedürfnis nach Rückzug und Selbstregulation
5. Grundbedürfnis nach sinnlichem Vergnügen und sexueller Erregung.

Die Modelle des Selbstkonzeptes (Zimmer), des Selbstempfindens (Stern) und seiner Motivationen (Lichtenberg) können als Erklärungsansätze zum Verständnis pathologischer Vorgänge herangezogen werden. Die verzerrte Körperwahrnehmung von anorektischen PatientInnen geht einher mit einem negativen Selbstkonzept und dem misslungenen Prozess des Selbstempfindens.

Diese frühkindlichen Körper-Erfahrungen bilden sich auf anatomischer und psychischer Ebene ab. Hinsichtlich der Therapie der anorektischen PatientInnen, wären bedeutsame Behandlungsmöglichkeiten für die Erfahrung des Körpers und der emotionalen Nachreifung der Betroffenen abzuleiten.

Die medizinische Sichtweise der Körperschemastörung, das gestörte Körper-Erleben einer anorektischen Patientin kann durch das Erlernen des Prinzips Selbst-Verantwortung beeinflusst werden: „Da sich das Selbstkonzept ... in sehr frühen Lebensjahren entwickelt, ist es für ein Kind ganz entscheidend, in seinem alltäglichen Umgang mit Dingen und Menschen die Erfahrung zu machen, dass es den Geschehnissen nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern sein Schicksal selbst in die Hand nehmen kann“ (Zimmer, 1999, S. 72). Je nach Individuallage und situativem Kontext bedarf das Prinzip Selbst-Verantwortung einer speziellen Auslegung. Die Theorien des Selbst erweitern das therapeutische Verständnis und belegen Freuds These „dass das erste Selbst eines Menschen ein Körper-Selbst ist“ – welches bei anorektischen PatientInnen extrem geschwächt ist und elementarer Unterstützung bedarf.

Im anschließenden Praxisteil wird auch die Körperschemastörung Thema der Befragung sein. Es wird anhand der Ergebnisse versucht werden, Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen Körperschemastörung und gestörtem Essverhalten aufzuzeigen.

### **3. Therapeutische Konsequenzen**

Im Folgenden stehen die therapeutischen Konsequenzen, die sich aus den in Kapitel zwei gewonnenen Ergebnissen herstellen lassen, im Vordergrund. Anhand verschiedener Therapiekonzepte sollen interventive Handlungskonzepte vorgestellt werden.

Bei der Therapie von Anorexia nervosa ist einerseits der lebensbedrohliche körperliche Zustand und andererseits das krankhaft gestörte Essverhalten zu berücksichtigen. Auch wegen der vielfältigen symptomatischen und ätiologischen Erscheinungsformen ist eine mehrdimensionale Behandlungsweise indiziert. Psychotherapeutische und somatische Verfahren bedürfen der Integration innerhalb der Behandlung. In akut lebensbedrohlichen Situationen sind viele PatientInnen psychotherapeutisch nicht zugänglich und stellen die Notwendigkeit einer Infusionsbehandlung oder einer Sondenernährung her. Alle Therapieansätze versuchen zunächst den akuten Mangelzustand zu be-

heben und anschließend das abnorme Essverhalten zu korrigieren. Der Fokus der Behandlung liegt in der Psychotherapie, um das pathologische Essverhalten zu beeinflussen und (im günstigsten Fall) die tief greifenden neurotischen Verhaltensmuster aufzulösen. Obwohl sich im Laufe der Zeit bestimmte Kombinationen als günstig erwiesen haben, konnte bisher kein „Patentrezept“ verschiedener garantiert erfolgreicher Therapieansätze zur Bewältigung der Anorexia nervosa konstatiert werden. Bewährte Behandlungsverfahren sind tiefenpsychologisch-psychodynamische Psychotherapien, verhaltenstherapeutische Therapieprogramme, Familientherapie, Gesprächstherapie und körperorientierte Psychotherapie.

Hinsichtlich der Prognose seien zudem die ambulante Nachsorge, die Rückfallprophylaxe und vor allem die Einbeziehung des sozialen Umfeldes erwähnt.

### **3.1. Ambulante/Stationäre Therapie**

Für die Entscheidung, ob die Erkrankung ambulant oder stationär behandelt wird, muss die individuelle Krankengeschichte berücksichtigt werden. Häufig sind die Betroffenen, aber auch die Eltern zu einer stationären Therapie nicht bereit. Die Frage nach der Fremd- oder Eigenmotivation ist für die Behandlung von großer Bedeutung. Diese Problematik stellt sich im Besonderen bei adolescenten, noch minderjährigen Mädchen. Die fehlende Krankheitseinsicht, die verstrickten Beziehungsmuster zu den Eltern und der intrapsychische Druck des jungen Mädchens fördern psychischen Widerstand und verschiedenste Abwehrreaktionen. Die Notwendigkeit und Bereitschaft zur Therapie muss von den Betroffenen oft mühsam erarbeitet werden, stellt sich bei vielen PatientInnen bereits als Ergebnis einer ambulanten oder stationären Therapie dar. „Ein stationärer Aufenthalt ist u.a. dann indiziert, wenn das Gewicht kritisch, d.h. auf 55-60% oder weniger des Idealgewichts abfällt (30 kg Grenze) oder es zu ausgeprägten Depressionen bis hin zur Suizidgefährdung bzw. anderen lebensbedrohlichen Komplikationen kommt“ (Baeck, 1994, S. 67). Bei massivem Untergewicht kann oft keine therapeutische Arbeit durchgeführt werden, da die Konzentrationsfähigkeit und die Vitalwerte fehlen. Eine Krankenhauseinweisung mit einer Zwangsernährung kann jedoch ohne die Zustimmung der Sorgeberechtigten nicht erfolgen. Das statio-

näre Setting bietet für die gesamte Familie die Möglichkeit der Entzerrung und des Abstandes. Als nachteilig erweist sich für die PatientInnen der „Glaslockeneffekt“ nach Beendigung der Behandlung. Daher sollten bereits in einer Klinik die Fragen der Nachsorge geklärt werden.

Remschmidt benennt medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Kriterien, die für eine stationäre Behandlung maßgeblich sind. In vielen Fällen wird der Schritt zu einem Klinikaufenthalt erst dann gemacht, wenn eine ambulante Therapie scheitert oder nicht mehr ausreichend ist.

Die Wahl der medizinisch-therapeutischen Institution ist eng mit einem potentiellen Kostenträger geknüpft und orientiert sich an den Leistungen gegenwärtiger Gesundheitspolitik. Ambulant tätige PsychotherapeutInnen und ErnährungstherapeutInnen sowie die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Fachkliniken sollten im Rahmen von Interdisziplinarität ein gemeinsames Ziel zur Gesundung der PatientInnen verfolgen bzw. die Spaltungsversuche der erkrankten Menschen weitgehend unterbinden.

### **3.2 Therapiekonzept einer Fachklinik für gestörtes Essverhalten**

Bei der Klinik am Corso handelt es sich um ein Fachzentrum für gestörtes Essverhalten im Kurviertel von Bad Oeynhausen/NRW.

Das Fachzentrum verfügt insgesamt über 92 Behandlungsplätze, davon sind 22 Plätze einer Jugendlichenabteilung zugeordnet. Die Spezialeinrichtung behandelt Menschen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und mit psychogener Adipositas. Die Spezialklinik für essgestörte Menschen arbeitet mit einem integrativen psycho-dynamischen Behandlungskonzept unter Einbeziehung körper-therapeutischer Verfahren. Seit der Klinikeröffnung im März 1985 wurden bisher insgesamt über 7000 PatientInnen behandelt.

Anorektische PatientInnen, deren BMI mit einem Wert von unter 12 gemessen wird, werden zunächst zur Gewichtszunahme in ein Akutkrankenhaus bzw. in eine (Kinder- und Jugend-) psychiatrie verlegt.

In der Jugendlichenabteilung werden 13-17 jährige PatientInnen aufgenommen. Eine entsprechende Behandlungsmotivation sollte – wie an anderer

Stelle bereits erwähnt – Voraussetzung sein, ist aber eher selten der Fall. Eine stationäre Aufnahme ist kontraindiziert sobald PatientInnen eine medizinische Intensivtherapie bedürfen (z. B. Sonden- oder parenterale Ernährung). PatientInnen mit einer akuten Psychose, mit Alkohol-, Medikamenten- oder einer Drogenabhängigkeit, mit gestörtem Essverhalten infolge organischer Störungen wie z.B. Diabetes mellitus oder anderen endokrinologischen Erkrankungen werden nicht in die Klinik aufgenommen. Die therapeutische Arbeit sollte u.a. symptombezogen sein, da alle Einsichten und Absichten ergebnislos bleiben, solange der süchtige und zwanghafte Teufelskreis im Essverhalten nicht durchbrochen wird. Die Therapie sollte sich aber nicht auf das Angehen der Symptomatik beschränken, sondern vor allem die zugrundeliegenden krankmachenden Konflikte aufdecken und bearbeiten. Je nach Art und Schwere der Erkrankung ist ein differenziertes therapeutisches Angebot mit einer entsprechenden Dauer von 12 Wochen nötig. Abweichungen sind nach sorgfältiger Prüfung im Einzelfall möglich.

Für eine Aufnahme in der Klinik am Corso verfährt die Einrichtung folgendermaßen: Nach Eingang des Aufnahmeantrages werden die Betroffenen zu einem ambulanten Erstinterview eingeladen. In dessen Verlauf wird abgeklärt, ob eine Behandlung in der Klinik sinnvoll und Erfolg versprechend ist. Danach erfolgt die Entscheidung über die Aufnahme und später die Mitteilung des Aufnahmetermins. Eine Kostenzusage durch einen Leistungsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger o.ä.) ist jedoch Bedingung.

Das bereits beschriebene Behandlungsziel ist für die PatientInnen ein schwieriges Unterfangen:

- zunächst geht es darum die Krankheit als solche zu akzeptieren und sich auf die Behandlung einzulassen
- es folgt die Aufarbeitung der persönlichen Biographie und der Krankheitsgeschichte, besonders im Hinblick auf das Essverhalten
- wesentlicher Therapiebestandteil ist eine Veränderung des gestörten Selbstbildes, damit das Selbstwertgefühl nicht mehr allein durch Gewicht und Aussehen bestimmt wird
- erst der geschützte Klinikrahmen ermöglicht eine tief greifende Selbst-Erfahrung und Selbst-Erkenntnis um krankmachende Verhaltenswei-

sen und Denkmuster aufzugeben und neue, der Realität angemessene Handlungsstrategien auszuprobieren

- auf der Grundlage eines gestärkten Selbstbewusstseins in Verbindung mit der Entwicklung einer besseren Introspektionsfähigkeit und größeren Selbstverantwortung sollen die PatientInnen zu einer offeneren, lebensbejahenden und sinnerfüllten Lebenseinstellung gelangen
- sie sollen die sozio-kulturellen Voraussetzungen ihrer Krankheit erkennen lernen, um einen für sie ganz persönlich akzeptablen Umgang mit den gesellschaftlichen Normen zu finden.

Es wird eine therapeutische Gemeinschaft angestrebt, in die alle PatientInnen und MitarbeiterInnen einbezogen sind und die geprägt sein sollte durch Wertschätzung, Toleranz und Vertrauen. Durch offene Fragen sollen Fragen, die das Zusammenleben betreffen, thematisiert und aufgearbeitet werden. Ein Aspekt einer so verstandenen Gemeinschaft ist die Übernahme wichtiger Funktionen durch die PatientInnen (z.B. Patenschaften, Organisation des Plenums, Sprecherfunktionen). In jedem Fall ist die aktive, selbstverantwortliche Mitarbeit der PatientInnen gefordert. Elemente der Therapieformen werden zu einem multimodalen Vorgehen aufeinander abgestimmt, sodass ein Krankheitsbild- und patientenorientiertes therapeutisches Vorgehen ermöglicht wird. Dabei kommt unter Einbeziehung von Elementen, die der humanistischen Psychologie, verschiedenen körperorientierten Verfahren, der Verhaltenstherapie sowie der Familientherapie entstammen, ein tiefenpsychologisches Krankheits- und Therapiekonzept zur Anwendung.

Das Therapieangebot umfasst Einzel- und Gruppentherapie, Angehörigen- und Partnerseminare, Familientherapie, Gestaltungstherapie, Ernährungstherapie und -beratung, Nachsorge- und Selbsthilfe-Therapieeinheiten, medizinische Betreuung, Körpertherapie.

Die Jugendlichenabteilung wird durch intensive sozialpädagogische Betreuung ergänzt. Zudem erhält die Einbindung des familiären Umfeldes einen hohen Stellenwert und setzt eine hohe Kooperations- und Teilnahmebereitschaft der Bezugspersonen voraus. Eine verstärkte Strukturierung des Tagesablaufes und eine verstärkte Betreuung, z.B. auch beim Essen, erweist

sich in der Therapie von Jugendlichen als notwendig. Die inhaltliche Zentrierung auf Probleme bei der Selbstfindung, Schwierigkeiten mit der Geschlechtsrolle und Autonomiekonflikte wird den Bedürfnissen dieser Altersgruppe gerecht. Außerhalb der Ferienzeiten ist eine schulische Betreuung durch die Krankenhausschule NRW möglich. Freizeitangebote runden das Programm ab.

Die Therapien finden vorwiegend in Gruppen statt. Gleich zu Beginn der stationären Behandlung werden die PatientInnen den Gruppen zugeteilt. Die Gruppenzugehörigkeit stellt ein wichtiges Strukturierungsangebot und Sozialisierungsprinzip dar. Die PatientInnen nehmen an den verschiedenen Therapieangeboten immer in der gleichen Gruppenzusammensetzung teil. Sie teilen auch die Doppelzimmer miteinander und essen zusammen. Im Rahmen des therapeutischen Angebotes wird mit „offenen Gruppen“ gearbeitet. Das führt dazu, dass sich in der jeweils gleichen Gruppe PatientInnen mit unterschiedlichem Entwicklungsstand auseinander setzen, sich im anderen wiedererkennen und die Einsichten anderer Gruppenmitglieder nutzen können.

Die stationäre Behandlung erfolgt unter medizinischen, psychologischen und ernährungswissenschaftlichen Aspekten. Sie kann in drei Phasen eingeteilt werden:

**a) Eingangsphase (Motivationsphase)**

Die PatientInnen machen sich zunächst mit dem Alltag in der Einrichtung vertraut. In den ersten 14 Tagen der Behandlung sind die Kontakte zur Außenwelt sehr eingeschränkt. Diese Regelungen sind notwendig, um die PatientInnen aus ihren pathologischen Alltagsmechanismen zu helfen und sie vor krankmachenden Interaktionen mit ihrer Umgebung zu schützen. Sie bekommen stattdessen die Möglichkeit, sich mit sich selbst zu beschäftigen, in die Gemeinschaft hineinzuwachsen sowie ihr Essverhalten unter Kontrolle zu bringen bzw. zu normalisieren.

**b) Phase der spezifischen Konfliktbearbeitung**

Die Therapiephase ist gekennzeichnet durch intensive Einzel- und Gruppentherapie, die vor allem der Aufdeckung und Bearbeitung spezifischer Konflikte in der Lebensgeschichte und der Entwicklung neuer Verhaltensweisen dienen. Im Rahmen der Angehörigenseminare lernen die PatientInnen mit ihren Bezugspersonen familienspezifische Konstellationen und damit verbundene krankmachende Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern.

**c) Ablösephase (Realitätstraining und Reintegration)**

Die Ablösephase dient der Vorbereitung auf die Entlassung aus der Klinik und der Rückkehr in den Alltag. Das Realitätstraining am Heimatort beinhaltet eine weitere Klärung der im Therapieverlauf und während des Angehörigenseminars bzw. in der Familientherapie bearbeiteten Konflikte, dient aber vor allem der Erprobung neuerwerbener Verhaltensweisen. Im Idealfall sind zum Zeitpunkt der Entlassung möglichst klar umrissene Therapieziele erreicht worden, Konzepte zur Bewältigung der anstehenden Problematik entwickelt worden und neue Zukunftsperspektiven entstanden.

Eine ambulante Nachsorge durch ÄrztInnen, TherapeutInnen oder durch Beratungsstellen wird jedem Patienten dringend empfohlen.

**3.2.1 Einzel- und Gruppenpsychotherapie**

Die Psychotherapie ist die wichtigste Art der Behandlung von Anorexia nervosa. Sie untersucht bei den PatientInnen die emotionalen, motivationalen und kognitiven Aspekte der Krankheit, um damit anschließend therapeutisch zu arbeiten. Je nach persönlicher Ausbildung und entsprechend der therapeutischen Notwendigkeit werden neben der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenarbeit und auf der Basis eines psychodynamischen und gruppendynamischen Verständnisses der Interaktionen folgende Therapieverfahren in der Klinik angewandt: Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, Themenzentrierte Interaktion, Systemische Therapie u.a. . Das Spektrum therapeutischer Techniken ist sehr groß. Die Grundsätze der humanistischen Psychologie vertreten eine holistische Sichtweise des Men-

schen und wehren sich gegen den naturwissenschaftlich-reduktionistischen Ansatz. Selbstbestimmungsrecht, Achtung der Integrität der Persönlichkeit und Selbstentfaltung bilden die Basis therapeutischer Arbeit, laden jedes Individuum im Konzept des sozialen Lernens ein zur Selbst-Erfahrung, Einsicht, intersubjektiven Begegnung, zum Feed-Back und zum Hier-und-Jetzt-Prinzip. So ist einerseits über den Weg der Einsicht, des Verstehens, des Aufarbeitens von bewussten und unbewussten Konflikten eine Behandlung möglich. Andererseits sind aber auch Gestaltung, Entspannung, Meditation u.a. hilfreiche Mittel zur Heilung bzw. zur Besserung des anorektischen Syndroms. Das Ziel ist immer gleich, nämlich Körper, Seele und Geist den individuellen Möglichkeiten entsprechend, wieder in ein Gleichgewicht zu bringen und so dem Menschen die Option zu eröffnen, sein Leben besser zu bewältigen.

Begleitend zur Gruppentherapie werden mit den PatientInnen Einzelgespräche durchgeführt, die der intensiven Aufarbeitung der individuellen Problematik und der Entwicklung von Lösungen dienen.

Grundsätzlich ist es möglich, fast alle psychotherapeutischen Verfahren sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppentherapie anzuwenden. Die Gruppe zeichnet sich durch ihr Gemeinschaftsgefühl aus, was sich im „Wir-Gefühl“, in Anteilnahme, Vertrauen und in Solidarität ausdrückt. Das Leben in der Klinik stellt für die PatientInnen einen Schonraum dar, der für eine angstfreie Entwicklung und eine emotionale Nachreifung notwendig ist. Im Idealfall sollen die PatientInnen am Ende der Behandlung so weit gewachsen sein, dass die Ich-Stärke und die Fähigkeit zur Selbstregulation ausreichen, um das Leben wieder selbständig in die Hand zu nehmen.

Die Gruppe (sozialer Mikrokosmos) bietet dem Einzelnen Spielraum für Kontakt und Austausch mit anderen. In der Gruppe kommt es selten zur Verstärkung der Märtyrerhaltung durch gegenseitige Bemitleidung der PatientInnen. Vielmehr werden die PatientInnen, die sich auf diese Weise Zuwendung holen, bald mit dem Ärger der anderen GruppenteilnehmerInnen konfrontiert. Die Intensität des Erlebens ist in der Gruppe meist größer als in der Einzelsituation. Ängste und Abwehr werden oft deutlicher und lassen sich eher bearbeiten. Die Gruppe bietet vielfältige Möglichkeiten, Übertragungsvorgänge zu

bearbeiten, da nicht nur der Therapeut, sondern viele verschiedene Menschen als Projektionsfläche zur Verfügung stehen. „Viele neurotische und auch psychotische Reaktionen im Erwachsenenalter sind durch Lernvorgänge innerhalb der Primärgruppe (meist der Familie) mitbedingt. Die Gruppe belebt diese frühkindliche Familiensituation eher wieder, als das die Einzeltherapie tut. Die Gruppe wird zu einer zweiten Familie. Die anfängliche Projektion des Über-Ich und der beobachtenden, kritischen Eltern in der Gruppe wird allmählich korrigiert“ (Schmidbauer, 1997, S. 145). Auch schwer gestörte PatientInnen gelangen durch das Zuhören zu der Erkenntnis, dass andere Menschen ähnliche Probleme haben, die gelöst werden können. Vertrauen kann gewonnen und die Fähigkeit zur Selbst-Akzeptanz gestärkt werden. Die Einzeltherapie droht manchmal als Ersatz für das reale Leben zu werden, hingegen die Gruppe eine Mini-Gesellschaft darstellt.

Ziel ist stets die Veränderung der Persönlichkeit und des Bewusstseins der einzelnen Teilnehmer, sowie die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Introspektionsfähigkeit. Häufig fällt es den Betroffenen in einem Einzelgespräch leichter, nur mit dem Therapeuten ihre Probleme zu besprechen. Gerade dann ist es genau so wichtig, die PatientInnen zwar nicht drängend, aber bestimmt darauf aufmerksam zu machen, dass auch ein Sich-Öffnen in der Gruppe wichtig ist. Zunächst erscheint dies viel schwieriger, der befreiende Effekt ist jedoch umso deutlicher spürbar.

Einzel- und Gruppentherapie können/sollten sich gegenseitig ergänzen (vgl. Mader, 1988, S. 29f). Eine duale Therapiesituation ist für Jugendliche nicht immer leicht auszuhalten. Anorektische Jugendliche schenken den MitpatientInnen häufig mehr Glauben als dem erwachsenen Therapeuten. In der Gruppe fühlt sich der Jugendliche sicherer und sieht sich dem Therapeuten nicht allein ausgeliefert. Er kann auch andere GruppenteilnehmerInnen erleben, die bereits eine tragende Beziehung zum Therapeuten haben und bekommt auf diese Weise den Mut, sich auf eine solche einzulassen. Die an einer Pubertätsmagersucht erkrankten Jugendlichen erleben in ihrer peer-group die fast wichtigste Sozialisationsform, um eine Gesundung zu ermöglichen. Die nicht gelungene Triangulierung in den frühkindlichen Phasen kann auf diese Weise nachgeholt werden.

### 3.2.2 Familientherapie

Ein wesentlicher klinischer Therapiebestandteil ist die Durchführung familientherapeutischer Sitzungen. Auf der theoretischen Ebene wurde immer wieder versucht, typische Formen der Interaktionen und spezifischen Beziehungsmuster für die Familien der anorektischen PatientInnen herauszuarbeiten und das Beobachtete auf alle Familien zu generalisieren. Jedoch muss festgehalten werden, dass es **die** typische anorektische Familie nicht gibt, sondern die sozialen Umgangsformen außerordentlich variabel und heterogen sind. Hilde Bruch kam aufgrund klinischer Interviews zu dem Schluss, dass die individuelle psychologische Entwicklung der PatientInnen schon in der Kindheit in Bezug auf die Wahrnehmung körperlicher Vorgänge gestört war. Auffällig erscheint jedoch die Vermeidung von Konflikten und von Aussprachen innerhalb des familiären Systems, die Unterdrückung von Gefühlen wie Wut und Ärger, die Rollendiffusion, da Geschlechter- und Generationsgrenzen aufgehoben sind („Ehe zu dritt“) und eine hohe Erwartungshaltung bzgl. rigider Anpassungsleistungen der heranwachsenden Kinder.

Für die jugendlichen PatientInnen der Klinik, die ja in der Regel noch bei den Eltern/Erziehungsberechtigten leben, ist die Einbeziehung dieser Personen von besonderer Bedeutung.

Pioniere der Familientherapie sind V. Satir, S. Minuchin, P. Watzlawik und M. Selvini-Palazzoli. Vertreter der strukturellen Familientherapie sind Minuchin und Haley. Die Mailänder Schule wird mit ihrem Ansatz der Kurztherapien paradoxaler Ausprägung von Selvini-Palazzoli und von Watzlawik vertreten. V. Satir begründet den Ansatz der integrativen Familientherapie.

Systemorientierte Modelle (vs. Psychodynamische/lineare Modelle) gehen davon aus, dass Beziehungsprobleme, Konflikte und Symptome nicht primär auf die PatientInnen bezogen sind, sondern unter Berücksichtigung des gesamten Systems der Familie betrachtet werden müssen. Die Familie wird dabei immer als System gesehen, in dem sich die einzelnen Personen in ihrem Verhalten wechselseitig beeinflussen. Das Verhalten der Gesamtfamilie bestimmt sich durch Interaktions- und Kommunikationsregeln, sowie durch die Struktur der Familie (Form der wechselseitigen Beziehungen). In Familien sind ständig komplexe Rückkoppelungsprozesse am Werk, um einerseits die

Homöostase des Systems zu erhalten (negative Rückkoppelung) oder andererseits eine Veränderung herbeizuführen (positive Rückkoppelung). Geschlossene Systeme (Ggt. Offene Systeme) lassen es nicht zu, dass von außen Informationen in das System aufgenommen werden. Ein solches System ist nur beschränkt in der Lage, sich Veränderungen in der Außenwelt anzupassen. Pathologische Systeme weisen die Tendenz auf, die einmal gelernten Lösungen im Dienste der Homöostase automatisch zu wiederholen.

Die Erkrankung des Kindes ist als Ausdruck einer tief greifenden Störung des Systems zu verstehen. Problematische Interaktionsmuster werden in den Sitzungen thematisiert, Befürchtungen und Schuldzuweisungen können ausgesprochen werden und entlasten einzelne Familienmitglieder.

Die Vorgehensweise in der systemischen Familientherapie wird mit Hilfe verschiedener Phasen strukturiert:

- a) Die erste Phase: Kontaktaufbau und –festigung
- b) Die zweite Phase: Neudefinition/Umdeutung des Problems
- c) Die dritte Phase: Veränderung der Interaktionsstruktur
- d) Abschluss.

Eine besondere Bedeutung für den Erfolg der Therapie haben die Erstgespräche. Je nach therapeutischer Ausrichtung werden sie mit der gesamten Familie oder auch mit Teilen der Familie geführt. In den ersten Gesprächen versucht der Therapeut verschiedene Informationen zu sammeln: über Familiensprecher, Häufigkeit der Interaktionen zwischen einzelnen Familienmitgliedern, Sitzordnung, Koalitionen, Übereinstimmung zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation, Motivation der einzelnen Familienmitglieder, Generationsgrenzen usw.. Das von der Familie vorgetragene Problem wird nicht als Problem des identifizierten Patienten gesehen (IP), sondern als Problem der Gesamtfamilie. Alle Familienmitglieder sind gleichermaßen wichtig für die Behandlung und werden für das Gelingen der Therapie verantwortlich gemacht. Abschluss der ersten Phase stellt der therapeutische Vertrag dar. Er besteht in der Definition des therapeutischen Ziels und stellt zugleich die Verpflichtung jedes einzelnen Familienmitgliedes dar, auf das angestrebte

Ziel hinzuarbeiten. Die in der ersten Phase gebildeten Hypothesen über die Organisation der Familie werden im Laufe der Therapie ständig überprüft und modifiziert (Prozessdiagnostik).

In der zweiten Phase der Familientherapie erfolgt eine Umdeutung des Problems, in der die Krankheit des einen Familienmitgliedes als Problem der gesamten Familie betrachtet wird. Die Familie muss als Ganzes die Verantwortung für die Interaktionsstörungen übernehmen. Beim Umdeuten stellt der Therapeut seinen „Rahmen“ beständig der Sichtweise der Familie gegenüber (Reframing). So erhält das Symptom einen neuen Stellenwert und bewirkt für alle Familienmitglieder eine Entlastung.

In der dritten Phase besteht für die Familie die Aufgabe, die bisherigen starren Regeln aufzugeben und sich anders zu verhalten. Über verschiedene Vorgehensweisen kann der Therapeut Impulse setzen: Erteilen von direkten Aufgaben / Arbeit mit Metaphern / Paradoxe Aufgaben / Eingehen von Bündnissen / Arbeit mit Genogrammen / Skulpturen o.ä..

Auch in einer „Familientherapie ohne Familie“ können die Standpunkte der Familienmitglieder reflektiert werden. Neue Beziehungsregeln bieten Raum, die eine Individuation ermöglichen und Ablösungsprozesse anregen. Zu den Gesprächsmethoden und therapeutischen Techniken gehören z.B. spezielle Explorationsmethoden (zirkuläre Befragung), positive Umdeutung (Reframing) sowie aktionale und nonverbale Momente (Rollenspiel, Familienskulptur, Familienverträge, ...) (vgl. Remschmidt, 1987, S.362f).

*Die Familienbehandlung ist eine überaus sinnvolle Maßnahme, um eine Ablösung der Patientin zu erreichen und die vielfältigen Verstrickungen im familiären System deutlich zu machen. „ ... die Patientin muß verstehen, dass sie gelernt hat, ihren Platz als Mittler zwischen zwei Menschen einzunehmen, die einen unausgesprochenen Konflikt haben“ (Meermann, 1982, S. 127), für den sie sich verantwortlich fühlt.*

### 3.2.3 Körperpsychotherapeutische Verfahren

Körperorientierte Psychotherapie sollte die Grundlage für die Behandlung von Essstörungen, insbs. der Anorexia nervosa bilden. Noch immer herrscht das Bewusstsein vor, dass die körperpsychotherapeutischen Verfahren die

verbalen Therapien „ergänzen“. Edgar Rümmele schreibt in seiner bewegungstherapeutischen Standortbestimmung: „Ich kann mir das nur aus der kopflastigen Tradition der Psychologie erklären, deren Vertreter sich zieren, auf die „niedrigeren Ebenen“ der Körpersprache herabzusteigen“ (1990, S. 2). Sowohl in der Theorie als auch in der Praxis ist das Missverhältnis Psychotherapie – Medizin – Körperpsychotherapie (noch) nicht geklärt. Verschiedene körperorientierte Verfahren beinhalten verschiedene Methoden, Techniken, Weltanschauungen und Menschenbilder, die bisher nicht zu einem einheitlichen Konzept zusammengefasst werden konnten. So plädiert Rümmele für den Terminus Bewegungspsychotherapie.

Körperorientierte Psychotherapie bearbeitet Defizite und Störungen in der Körperwahrnehmung und will die Betroffenen dazu befähigen Emotionen und Wahrnehmungen adäquat auszudrücken. Die gestörte Wahrnehmung von körperlichen Signalen (z. B. Hunger oder Sättigung) und die extreme Ablehnung des eigenen Körpers sollen durch die körpertherapeutische Arbeit positiv beeinflusst werden. Da die PatientInnen versuchen ihre Probleme über ihren Körper zu bewältigen, verbunden mit einem gestörten „body-image“, ist dies ein bedeutender Ansatz für die Therapie. Die Körperpsychotherapie beinhaltet verschiedene Verfahren und Entspannungstechniken: Konzentrierte Bewegungstherapie, Bioenergetik, Biodynamik, Gestalttherapie, Psychodrama, Sporttherapie, Leibtherapie, Heilpädagogische Bewegungs- und Tanztherapie, Atemtherapie, Autogenes Training, Eutonie, Yoga, Tai Chi Chuan, Feldenkreis, Konzentrierte Bewegungstherapie, etc. .

Den Körperbild- und Körperstörungen liegen oft frühe Störungen aus der präverbalen Zeit zugrunde, die in der Körpertherapie ganzheitlich wiedererlebt und empathisch verstanden werden können (vgl. Petzold, 1991). Seelische Fehlfunktionen bewirken körperliche Fehlfunktionen. Bei Spiegelübungen konfrontieren sich die PatientInnen mit ihrem verzerrten Körperbild, mit dem Ziel der Wiederannahme des eigenen Körpers. Durch die Stimulierung der Körpergrenzen werden Körperschema und Körperbild verbessert. Der eigene Körper mit seinen Spannungen, Haltungen, Blockierungen, mit seinem Ausdruck und seinen Verunstaltungen bildet die Basis für die Therapie. Die an Anorexie erkrankten PatientInnen haben gestörte Körper: ein verzerrtes Körperschema sowie ein verzerrtes Bild vom Körper. In der körperorien-

tierten Psychotherapie können PatientInnen lernen, sich selbst wahrzunehmen und auszudrücken, sich anzunehmen, sodass es zu einer Wiederannäherung an den eigenen „Fremd-Körper“ kommt. Zentrale Themen der körperorientierten Vorgehensweisen sind Grounding, Zentrieren, Entspannung, Atemübungen, imaginierte Körperreisen, Materialerfahrung und Massagen. Beckenübungen der Bioenergetik sowie Bauchtanz lösen sexuelle Blockaden, während szenisches und spielerisches Schlagen, Stampfen, Stoßen, Schreien dem Ausdruck, der Abfuhr und Verarbeitung aggressiver Impulse dienen. Die intensiven Gefühle, die bei der Körperarbeit entstehen, werden anschließend verbalisiert. Auf diese Weise können Körpererleben und Sprache miteinander integriert werden. Eine „Rückeroberung“ des Körpers vollzieht sich nicht durch eine Gewichtszunahme. Die PatientInnen mit Anorexia nervosa müssen in einem langen therapeutischen Prozess lernen, eigene Bedürfnisse und Gefühle wieder wahrzunehmen. Über Jahre internalisierten die PatientInnen subjektiven Wahrnehmungen zu misstrauen und den eigenen Körper aufzugeben. Körperpsychotherapie möchte diesen Prozess stoppen und umkehren. Entgegen der Harmonietendenzen und der Vermeidung von Konflikten soll der Selbstzerstörungsprozess der Betroffenen aufgehalten werden, damit ein Umlernen ermöglicht werden kann. Übungen und Spiele zur Körperwahrnehmung und zur Entspannung können neue positive Erfahrungen im Erleben des eigenen Körpers entstehen lassen, aber auch Schmerzen. „Alle diese Methoden haben jedoch den Nachteil, dass sie besonders aggressive Gefühle nicht mobilisieren helfen“ (Meermann, 1982, S.129). Vor allem Übungen der bioenergetischen Analyse auf der Grundlage von Wilhelm Reich und Alexander Lowen bieten Zugang für vertiefte Körpererfahrungen, die einerseits sanfte Gefühle erlauben, andererseits tief verschüttete Aggressionen hervorholen können. Negativ bewertete Gefühle wie Ärger, Wut und Hass können von den PatientInnen durch die Therapie eine Daseinsberechtigung bekommen. Eine Vertiefung der Atmung führt zur Änderung der Muskelspannung. So kann die Fixierung auf Körper, Gewicht und Kalorien langsam gelöst werden und von inneren Zwängen befreien. Die Umgangssprache präsentiert die Brisanz der Erkrankung, die sich jede Patientin vergegenwärtigen muss, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen: „bis auf die Knochen“, „nur noch Haut und Knochen“, „in Mark und Bein“ so-

wie „das geht mir bis in die Knochen“. Die Arbeit am Skelett und an dessen Basiserfahrungen ermöglicht die Biodynamik, die von ihrer Vorgehensweise deutlich sanftere Körpererfahrungen ermöglicht. „Erst einmal tief durchatmen“ stellt eine Verbindung zwischen Atmung und aktueller Lebenssituation her, um eine elementare, wohlwollende Beziehung zum eigenen Körper zu entwickeln – um Angst, Schmerz und Verachtung durch körperliches Urvertrauen zu ersetzen. Je nach Ausbildung des Therapeuten/der Therapeutin kann Körperpsychotherapie auf unterschiedlich Weise durchgeführt werden. Die Wiederherstellung der Ganzheit von Körper - Seele - Geist ist Anfang und Ende körperpsychotherapeutischer Arbeit.

### **3.3 Therapiekonzept pathways**

Die intensivtherapeutische Wohngruppe pathways wurde 1994 als Pilotprojekt gestartet und ist inzwischen eine anerkannte intensivtherapeutische Jugendhilfeeinrichtung. Pathways in München richtet sich an essgestörte jugendliche Erwachsene zwischen 14-30 Jahren (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge eating, atypische Essstörung). Diese Einrichtung zielt nicht ausschließlich auf weibliche Patientinnen, bisher kam jedoch aufgrund mangelnder Nachfrage keine männliche Wohngruppe zustande, weswegen im weiteren Verlauf von Patientinnen die Rede sein wird. Träger dieser Wohngemeinschaft ist ANAD e.V., ein gemeinnütziger Verein, der die bundesweit größte Beratungsstelle für Essstörungen in der bayerischen Hauptstadt unterhält. Die Kosten für die Betreuung werden von den Jugendämtern und anderen Kostenträgern übernommen, die therapeutische Leistungen mit der Krankenkasse abrechnen.

Bei pathways versuchen Diplompsychologinnen, Fachärzte für Psychosomatische Medizin, Diplomsozialpädagoginnen und Ernährungswissenschaftlerinnen gemeinsam mit den Patientinnen neue Wege aus der Essstörung zu beschreiten. Jede Patientin besitzt drei Bezugspersonen bei pathways: eine Psychotherapeutin, eine Sozialpädagogin und eine Ernährungsberaterin. In der Regel wohnen die Patientinnen sechs Monate in der Einrichtung. Pathways unterhält sechs Wohngemeinschaften mit insgesamt 24 Plätzen in München.

Pathways vereinigt in sich die wesentlichen Vorteile eines ambulanten und eines stationären Settings. So gewinnen die Patientinnen Abstand vom häuslichen Umfeld, lernen, sich selbständig zu versorgen und leben mit Gleichaltrigen mit ähnlichen Problemen zusammen. Auf der anderen Seite bleiben sie schulisch/beruflich integriert. Falls sie aus München kommen, können sie ihre Ausbildung fortsetzen, Patientinnen aus anderen Bundesländern werden entweder in Münchener Schulen integriert oder erhalten Praktika in Münchener Unternehmen.

### Die Aufnahme

Aufnahmevoraussetzung ist ein BMI (Body-Mass-Index) von mindestens 16. In Vorgesprächen wird geklärt, ob bei den Patientinnen eine Veränderungsmotivation und die Bereitschaft, sich in eine Wohngemeinschaft einzugliedern, besteht. Ausgeschlossen werden an Essstörungen Erkrankte, wenn eine akute Suizidalität, eine floride Psychose, ein Alkohol- oder Drogenproblem sowie akute Selbstverletzungsgefahr vorliegen. Des Weiteren muss eine diagnostische Abklärung das Vorliegen von Symptomen aufzeigen. Diagnosekriterien-Katalog ist hier u.a. der bereits erwähnte DSM-IV-TR. Die verschiedenen Kriterienkataloge werden nach zwei bis fünf Monaten noch einmal eingesetzt, um eventuelle Therapiefortschritte zu evaluieren. Eine zusätzliche wissenschaftliche Begleitung findet durch die Universität Lübeck statt unter der Leitung von Frau Dr. Sipos.

### Psychotherapeutische Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung gliedert sich in drei Phasen:

1. Phase – hier werden Krankheitsverlauf und familiäre Bedingungen exploriert. Es findet der Aufbau einer therapeutischen Beziehung statt. Ziel ist, das Autonomiebedürfnis der Patientin zu stärken und eine Balance herzustellen zwischen Veränderungsdruck und Selbstverantwortlichkeit der Schwierigkeiten und Bemühungen der Patientin. In der sechswöchigen ersten Phase müssen Patientinnen ihre Veränderungsbereitschaft anhand gemeinsam erarbeiteter Ziele beweisen.

*Barbara T. (20 Jahre) kommt zu pathways nach mehreren erfolglosen Klinikaufenthalten. Sie leidet seit vier Jahren an Anorexie. In der ersten Phase ist sie sehr misstrauisch und wirkt verschlossen. Die Bezugs-Therapeutin spiegelt der Patientin ihr soziales Verhalten wider, in dem sie sich selbst abgrenzt (Sie untersagt den Kontakt während ihres Urlaubs). Anschließend zeigt sie Verhaltensalternativen im sozialen Umgang miteinander auf. In dieser Phase finden Spiegelübungen statt, die der Patientin helfen, sich von außen selbst zu betrachten, die verzerrte Sicht auf ihren Körper zu objektivieren und diesen realistischer einzuschätzen.*

2. Phase – hier werden erstellte Essverhaltensprotokolle gemeinsam besprochen. Diese Besprechungen sollen helfen, aktuelle Auslöser der Essstörungen zu erkennen und die Fähigkeit der Patientin stärken, sich selbst zu beobachten und zu kontrollieren. Darüber hinaus ergeben sich durch die therapeutischen Sitzungen wichtige Themen für die therapeutische Behandlung, z.B. familiäre Konfliktpotentiale, Grenzverletzungen durch andere, überhöhte Leistungsansprüche oder soziale Unsicherheiten. Im Gegensatz zur ersten Phase ist diese zweite Phase mit etwa drei Monaten angesetzt.
3. Phase – die dritte, ebenfalls sechswöchige Phase behandelt die Auseinandersetzung mit der Zukunft nach pathways. Wichtig ist pathways ein konstruktiver und ressourcenorientierter Umgang mit Rückfällen. So sollen Patientinnen Wochenprotokolle führen, in die sie auslösende Gedanken, Bedingungen und denkbare alternative Verhaltensweisen eintragen. Diese werden in den Sitzungen besprochen und gestärkt. Die meisten Patientinnen ziehen nicht zurück in ihr Elternhaus, sondern in sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaften. In der letzten Phase wird das Thema Ablösung und Abschied behandelt – sowohl von der Therapie als auch vom Elternhaus.

Folgende Ziele verfolgt die psychotherapeutische Behandlung bei pathways:

- Aufbau und Aufrechterhaltung einer ausreichenden Behandlungsmotivation

- Abbau therapiegefährdender Verhaltensweisen (Gewichtsabnahme, Selbstverletzung)
- Rückkehr zu einem angemessenen Essverhalten
- Modifikation bisheriger Schemata bezüglich Figur, Gewicht, Ernährung
- Aufbau sozialer Kompetenz
- Unterstützung der Patientin hinsichtlich ihrer individuellen Ziele (Ausbildung, Familienablösung, Partnerschaft und Sexualität)
- Auflösen, zumindest Verminderung der Symptomatik

Es finden zwei Therapiesitzungen pro Woche statt, bei Bedarf werden weitere Termine vereinbart. Des Weiteren wird die Patientin einer von vier Therapiegruppen zugeteilt, welche ebenfalls zweimal wöchentlich stattfinden. Die Therapiegruppen differieren nach Indikatoren, so existieren Gruppen für Patientinnen mit Borderline-Störung, Gruppen mit Patientinnen mit stabilerer Ich-Struktur gliedern sich in verbale Gruppen, die sich mit aktuellen Problemen der Patientinnen befasst und weitere thematische Schwerpunkte setzt (Entspannungsübungen zur Körperwahrnehmung, Selbstsicherheitstraining mit Video-Feedback), und verbale Gruppen mit kunsttherapeutischen Vorgehen. Pathways ist es wichtig, dass auch die non-verbale Ebene genutzt wird, um Erleben, Affekte und Konflikte auszudrücken. Darüber hinaus bietet Pathways auch Familiengespräche an, die sowohl von Psychologinnen als auch von Sozialpädagoginnen gemeinsam gestaltet werden.

*Auch mit Barbara Ts Familie finden Gespräche statt. Der Umgang mit den Mahlzeiten daheim ist hier ein wichtiges Thema. In den Gesprächen werden die anderen Familienmitglieder ermutigt, sich von Barbara in ihrem eigenen Essverhalten nicht kontrollieren zu lassen. In einem späteren Gespräch zeigen Mutter und Schwester sogar den Wunsch, dass Barbara nicht jedes Wochenende nach Hause käme, um mehr Zeit für sich zu haben. Barbara, die diesem Wunsch als Zurückweisung deutet, werden Alternativprogramme für das Wochenende geboten, die gemeinsam mit den Gesprächsleitern erarbeitet werden.*

### Sozialpädagogische Betreuung

Die sozialpädagogische Betreuung zielt darauf ab, mit den Patientinnen zusammen eine individuelle Lebensperspektive zu entwickeln und eine realistische schulische und berufliche Zukunft zu planen. Im Vordergrund steht neben der schulischen und beruflichen Integration vor allem die Förderung einer eigenverantwortlichen und aktiven Freizeitgestaltung sowie die Stärkung der sozialen Kompetenz. Darüber hinaus werden über die Wohngemeinschaft hinausgehende Hilfen geplant und organisiert. Die sozialpädagogische Betreuung bietet neben der Einzelarbeit auch Gruppenarbeiten an. So findet in jeder Wohngemeinschaft einmal wöchentlich eine WG-Gruppe statt. Auch Aktivgruppen existieren, innerhalb derer Patientinnen ihre Unternehmungen am Wochenende planen können.

*Innerhalb der sozialpädagogischen Einzelarbeit werden wichtige Themen für Barbara T. behandelt. So geht es beispielsweise um ihre Ausbildung, aber auch um ihre Weigerung, Geld für Lebensmittel auszugeben.*

*Da Barbara sehr ehrgeizig ist, versucht die Sozialpädagogin mit ihr realistische Ansprüche bezüglich ihrer Ausbildung zu erarbeiten. So entscheidet sich Barbara nach mehreren Gesprächen, die Stundenanzahl, die sie für ihre Ausbildung verwendet, zu reduzieren, um sich Freiräume zu realisieren, in denen sie z.B. mit ihren WG-Partnerinnen gemeinsame Freizeitaktivitäten unternimmt.*

*Um die Weigerung, teure Lebensmittel zu finanzieren, aufzugeben, besucht die Bezugs-Sozialpädagogin zusammen mit Barbara Restaurants, so dass Barbara die Erfahrung macht, sich auf eigene Kosten ein – immer teurer werdendes – Gericht zu bestellen.*

### Ernährungsberatung

Bei der Ernährungsberatung in der Einzelarbeit steht im Vordergrund, die Patientin in Bezug auf ihr Essverhalten zu stärken und ihr die Zusammenhänge zwischen Nahrungsdeprivation und Heißhungerattacken zu verdeutlichen. Darüber hinaus finden Übungen statt, um besser die Körpersignale wie Hunger oder Sättigung wahrzunehmen. Auch in der zweimal wöchentlich stattfindenden Gruppenarbeit werden diese Themen aufgegriffen. Darüber hinaus werden in der Gruppe Wege erarbeitet zu einem gesünderen Essver-

halten. Dies kann durch kleine Schritte stattfinden, wie z.B. dem Verzehr von Schokoladenstückchen, die sich die Patientin selbst verbietet, oder aber dem mehrmals die Woche stattfindenden gemeinsamen Kochen und Essen, womit den Patientinnen der Eindruck vermittelt werden soll, dass Kochen und Essen Spaß machen kann und kommunikativ ist.

*Da Barbara T. sich verweigert, kalorienhaltige oder teure Lebensmittel zu kaufen, werden diese langsam in ihren Speiseplan integriert, wobei kleine Fortschritte im Sinne des ressourcenorientierten Vorgehens besonders gewürdigt werden. Beim gemeinsamen Kochen und Essen lernt Barbara, ihr kontrollierendes Verhalten anderen gegenüber abzubauen. Darüber hinaus ist es wichtig, für Barbara zunächst einmal eine Mahlzeitenstruktur aufzubauen.*

#### Multidisziplinäre Teamarbeit

Es handelt sich bei pathways um multidisziplinäre Teamarbeit. In wöchentlich stattfindenden fachübergreifenden Teams wird die Betreuung der einzelnen Patientinnen zwischen den Fachbereichen abgestimmt. Wöchentliche Teams eines spezifischen Fachbereichs bieten jederzeit die Möglichkeit zur Intervention. Ärztliche Betreuung der Patientinnen findet zudem regelmäßig durch niedergelassene Ärzte statt. Die Therapie und Wohngruppen werden in der Regel von zwei Personen geleitet, da gerade die Arbeit mit Patientinnen mit sozialen Störungen hohe Anforderungen an Psychotherapeutinnen und an Sozialpädagoginnen stellt.

#### Fazit

Pathways ist, wie bereits erwähnt wurde, eine inzwischen anerkannte intensivtherapeutische Jugendhilfeeinrichtung. Das Konzept wurde im Laufe der Jahre überarbeitet und weiterentwickelt. Ein Beispiel wäre die Erweiterung des Therapiekonzeptes für Patientinnen mit emotional instabilen Persönlichkeitsakzentuierungen. Auch therapeutisches Reiten oder ein Selbstverteidigungskurs wurden in das Angebotsprogramm aufgenommen. Grenzen werden dem pathways durch strukturschwache Patientinnen gesetzt, die ihren Alltag nicht selbständig organisieren können und für die ein Klinikaufenthalt angebracht wäre.

In der Regel geht einer Aufnahme bei pathways ein Klinikaufenthalt voraus. Nach dem Aufenthalt bei pathways folgt oft die Form des betreuten Wohnens, häufig in Zusammenhang mit weiterer, ambulanter Therapie. Somit schließt pathways die Lücke zwischen ambulanter und klinischer Versorgung – was dieses Projekt zu einem einmaligen Angebot in Deutschland macht.

*Auch Barbara T. schließt im Lauf ihres Aufenthaltes bei pathways Freundschaften zu andern Mädchen der Wohngruppen. Barbara nimmt während ihres Aufenthaltes um 7 Kilo zu, womit ihr Gewicht dem unteren Normalgewichtsbereich zuzuordnen ist. Auch sie zieht nach ihrem Aufenthalt bei pathways in eine sozialpädagogisch betreute Wohngruppe und nimmt an einer ambulanten Therapie teil. Auch mehrere Wochen nach ihrem Abschied hat sie ihr Gewicht gehalten.*

### **3.4 Das Hagener Modellprojekt**

Im folgenden Modellbeispiel wird aufgezeigt, welche sozio-kulturellen Problemlagen und psychische Entwicklungen der psychosomatischen Erkrankung an Essstörungen vorangehen. Im Falle des Hagener Projektes wurden Mädchen in der Pubertät angesprochen, die sich von Essstörungen betroffen fühlten. Dabei ging es nicht hauptsächlich um Anorexia nervosa als eine Essstörung, sondern um Essstörungen wie Binge eating, Bulimie und Anorexia nervosa, wobei nicht als Zielvorstellung des Projektes eine konkrete Gewichtszu- oder Gewichtsabnahme stand. Vielmehr stand in der Projektplanung die Inhalte des Integrativen Beratungs- und Therapieansatzes im Vordergrund, der Essstörungen wie alle Suchterkrankungen als Bemühungen des Individuums betrachtet, sozial und psychisch zu überleben. Essstörung, welcher Art auch immer, werden als Reaktion auf Überforderung und Widersprüche in konkreten Lebenssituationen verstanden. Unter dieser Betrachtung sind Essgestörte als aktiv Handelnde zu verstehen.

Das Präventionsprojekt „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“ wurde von der AWO-Beratungsstelle für Alkohol, Medikamenten-, Ess- und Magersucht in Hagen unter der Leitung von Klaudia Becker und Karin Birk-Hau speziell für junge Mädchen initiiert und durchgeführt. Die Beratungsstelle verzeichnete über die Jahre eine Zunahme an Essstörungen. Erkrankte

Frauen wandten sich jedoch erst an die AWO bei einer Manifestation einer Essstörung. Die Zunahme an Essstörungen, aber auch die erst späte Hilfe-suche der jungen Frauen veranlassten die Projektleiterinnen, durch präventi-ve Maßnahmen diesen Störungen rechtzeitig zu begegnen. Langjährige praktische Erfahrungen im Beratungsbereich erwiesen sich als sinnvoll bei der Planung eines präventiven Projektes, wussten doch die Leiterinnen, dass junge Frauen über eine spezifische Thematik wie Diäten und Körperlichkeit gut zu erreichen sind. So bot sich in diesem Fall eine projektorientierte Arbeit an, die sowohl den Betroffenen die Schwellenangst nimmt und für die Durch-führenden zeitlich überschaubar ist. So wurde 1992 die zeitliche und inhaltli-che Konzeption geplant, so dass bereits im Jahr 1993 die erste Projektphase mit 12-15jährigen Mädchen durchgeführt werden konnte. Im Jahr 1994 folgte dann eine zweite Projektphase mit einer älteren Zielgruppe von 16-20jährigen Mädchen. Gefördert wurde dieses Projekt bereits in der Pla-nungsphase durch das Bundesministerium für Frauen und Jugend, welches im Jahr 1994 abgelöst wurde durch das Bundesministerium für Familie, Se-nioren, Frauen und Jugend. Es fand zudem eine wissenschaftliche Begleit-forschung statt. Während die erste Begleitforschung während der ersten Pro-jektphase im August desselben Jahres von der Durchführenden aufgelöst wurde, fand eine umfassende wissenschaftliche Begleitung der zweiten Pro-jektphase durch die Mitarbeiterinnen des Interdisziplinären Frauenfor-schungszentrums der Uni Bielefeld statt. Im Folgenden sollen die beiden Pro-jektphasen, ihre Rahmenbedingungen und Konzeption sowie die Auswertung und Ergebnisse vorgestellt werden.

#### Projektphase 1993: Zielgruppe 12-15jährige Mädchen

Die erste Projektphase wurde in zwei Gruppen eingeteilt:

1. begann im Januar 1993 mit 16 Teilnehmerinnen, die sich einmal (für 3 Stunden) pro Woche 30 Wochen lang trafen
2. begann im August 1993 mit 12 Teilnehmerinnen, die sich einmal pro Woche (für 3 Stunden) 26 Wochen trafen

Einige Treffen fanden außerhalb der Beratungsstelle statt, um spezifische öffentliche Erfahrungen zu machen, aber auch um Aktivitäten zu gestalten, die aus organisatorischen Gründen in der Beratungsstelle nicht durchzufüh-

ren waren (gemeinsames Kochen, Kinobesuche). In dieser ersten Projektphase ging es den Planern darum, potentiell, aber auch von Essstörungen betroffenen Mädchen zu erreichen und über die projektorientierte Arbeit innerhalb einer ambulanten Gruppe einer Manifestierung einer möglichen oder tatsächlich vorhandenen Essstörung präventiv zu begegnen. Für die erste Phase wurden dementsprechende Zielsetzungen formuliert:

- Den jungen Frauen sollte ein Zugang zur eigenen Körperlichkeit ermöglicht werden
- Ein positiver Umgang mit der eigenen Körperlichkeit sollte unterstützt werden
- Eine Vorstellung von Alternativen zu gesellschaftlich favorisierten Frauen- und Schönheitsidealen
- Bewusstwerdung und Förderung eigener Stärken
- Stärkung von Selbstbewusstsein und Unterstützung in der Konzeption und Entwicklung des eigenen Selbstbildes
- Angebot von Räumen, in dem Wünsche und Träume, aber auch Ängste und Unsicherheiten der jungen Mädchen thematisiert werden konnten

#### Kontaktaufnahme und Gruppenbildung

Zur Kontaktaufnahme mit der spezifischen Zielgruppe entwarfen die Projektleiterinnen Materialien und Plakate, die im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in Hagen z.B. durch Radiosender oder Lokalzeitungen publik gemacht wurden. Ebenso wurden Mädchengruppen in Schulen, außerschulischen Einrichtungen und psychosoziale Praxen angesprochen. Informationsgespräche fanden in dieser Planungsphase sowohl in direktem Kontakt, als auch telefonisch statt, wobei nicht nur die betroffenen Mädchen involviert wurden, sondern auch deren Mütter.

Überwiegendes Lob von mütterlicher Seite gab es hinsichtlich der anerkannten Institution, auch die Ansprechpartnerinnen in den Schulen äußerten begeisterte Zustimmung, in deren Alltag sehr wohl essgestörte Mädchen bekannt waren, zu denen sie aber keinen Zugang bekamen. Zweifel äußerten die Mitarbeiter von Jugendzentren, die annahmen, dass gerade ausländische Mädchen eine fremde Einrichtung eher meiden würden und dass es nicht

allen Mädchen möglich sei, die Fahrtkosten zu tragen. Überdies bestand die Frage danach, wie junge Mädchen über einen sehr langen Zeitraum zu motivieren seien.

Vor Beginn des Projektes fand ein erstes Treffen zwecks gemeinsamen Kennenlernens statt. Hieran nahmen 34 Mädchen teil, aus denen sich die erste Gruppe formte, die sich fortan einmal die Woche und an manchen Wochenenden traf. (Ähnlich wurde mit der zweiten Gruppe, die im August 1993 begann, verfahren.) Der Einstieg in die Thematik wurde von den Mitarbeiterinnen erleichtert, in dem sie kleine Spielszenen über die Themen Missbrauch von Abführmitteln, Schönheitsideale und Diäten vorführten. Aber auch die Schilderung von eigenen Erfahrungen erleichterte den Mädchen den Einstieg, über eigene Erfahrungen zu berichten, wobei sich einige der betroffenen Mädchen sehr engagiert zeigten. Die Darstellung eigener Szenen, die von den Mitarbeiterinnen auf Video aufgenommen wurden, half bei der anschließenden gemeinsamen Betrachtung, Distanz zur eigenen Geschichte einzunehmen. Während des Spiels hatten die Mädchen die Möglichkeit, angestauter Wut ihren Ausdruck zu geben. Fragen, die sich durch die anschließende gemeinsame Betrachtung ergaben, wurden in einer Gesprächsrunde diskutiert. Diese technische Möglichkeit der Selbstdarstellung wurde von den meisten Mädchen begeistert angenommen. Diese Faszination wurde von den Mädchen geäußert, bei denen ein hohes Aktivitätsniveau zu verzeichnen war. Auch gab es Mädchen innerhalb der Gruppe, die kleinere Gesprächsrunden bevorzugten. Natürlich versuchten die Mitarbeiterinnen, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Mädchen entgegen zu kommen. Zu diesem Zweck fand die Projektarbeit in zwei Gruppen statt, so dass sich jede Gruppe ihren Bedürfnissen entsprechend entfalten konnte. In beiden Gruppen wurden jedoch Gruppenregeln eingeführt, an die sich jedes Mädchen zu halten hatte:

- Akzeptanz jeder Teilnehmerin bei gleichzeitigem Aufzeigen der Belastbarkeiten
- Anfangsrunde - hier berichten die Teilnehmerinnen über ihr aktuelles Empfinden und Erfahrungen der vergangenen Woche

- Abschlussrunde – hier berichten die Teilnehmerinnen, mit welchem Gefühl sie die Sitzung verlassen und welche Erfahrungen mit in den Alltag genommen werden
- Schweigepflicht – jede Teilnehmerin verpflichtet sich, nichts innerhalb der Gruppe Besprochenes nach außen zu tragen

So gab es die „extrovertierte Gruppe“ – hier wurden aktionsorientierte Formen der Projektarbeit gewählt, wie tanzen, laufen, springen. Auch die Planung und Durchführung einer Mini-Playback-Show wurde an die Mädchen übertragen. Die „introvertierte Gruppe“ traf sich in einem selbst gestalteten Raum mit gedämpfter Atmosphäre. Den Mädchen wurde die Chance gegeben, Gefühle wahrzunehmen und zu äußern. Auch die Ermunterung der Mädchen, sich raumgreifender zu verhalten, wurde von den Mitarbeiterinnen übernommen. So verhielten sich die Mädchen nach einiger Zeit offener, da sie auch innerhalb der Gruppe erlebten, dass sie mit ihren Gewichtsproblemen nicht alleine waren, so dass auch außerhalb der Gruppen Freundschaften entstanden.

#### Sozialepidemiologischer Hintergrund/Suchtgefährdung

In der ersten Projektgruppe nahmen 5 ausländische Mädchen punktuell an den Treffen teil. Es handelte sich um zwei dunkelhäutige Mädchen, ein italienisch-deutsches Mädchen und zwei türkische Schwestern. Drei Mädchen besaßen allein erziehende Mütter, es gab unter den Teilnehmerinnen zwei Einzelkinder. Die Sozialstruktur setzte sich wie folgt zusammen:

Väter: 5 Angestellte, 9 Arbeiter und ein arbeitssuchender Vater

Mütter: 8 Hausfrauen, 2 Erwerbstätige, 4 halbtags Erwerbstätige

Nur zwei Mädchen der Gruppe besaßen kein eigenes Zimmer, 10 teilten sich ihr Zimmer mit Geschwistern und vier besaßen kein Zimmer, wobei ein Mädchen auch keinen festen Schlafplatz besaß.

#### Überprüfung der familiären Situationen

In der Mehrzahl mussten die Mädchen innerhalb ihrer familiären Situation die traditionelle Frauenarbeit übernehmen. Die Beteiligung an hausfraulichen Pflichten gehörte für viele zum Alltag, wobei einige diese Arbeiten sogar

selbständig ausführten. Auch andere verantwortungsvolle Aufgaben gehörten zum Tagesprogramm wie z.B. die Pflege von Familienangehörigen und Betreuung von kleinen Geschwistern. Die Mädchen fühlten sich durch diese Aufgaben einem enormen Erwartungsdruck ausgeliefert, fühlten aber auch die eigene emotionale Verantwortlichkeit für den reibungslosen Ablauf. Auffällig war, dass viele Mädchen ihre eigenen Bedürfnisse und Person zurückgesetzt sahen zugunsten der männlichen Familienmitglieder. Die Brüder mussten oft nicht im Haushalt helfen, man erwartete von ihnen im Gegenteil, dass sie sich um eine gute Ausbildung bemühten.

### Mütterbeziehung

Einige Teilnehmerinnen berichteten davon, dass sie von der Mutter die Sündenbockrolle zugeschrieben bekamen („Wenn du nicht so dick wärst, wäre unsere Situation besser...“). Mütterliche Sanktionen der Essgewohnheiten bestimmten den Alltag. Dazu gehörten mütterliche Kommentare hinsichtlich des Gewichtes der Tochter sowie die Überwachung von Diäten. Süßigkeiten wurden versteckt oder von der Mutter selbst verzehrt.

Von den meisten Mädchen wurde das Verhältnis zur Mutter als problematisch empfunden, sie fühlten sich unverstanden. Probleme wurden eher mit Freundinnen besprochen. Das Gefühl, dass die Mutter als nicht belastbar wirkte und die eigenen Figurprobleme auf die Tochter übertrug, überwiegte bei den meisten Teilnehmerinnen.

### Väterbeziehung

Die Väter wirkten meistens desinteressiert oder waren zum Teil abwesend. Von Seiten der Väter gab es größtenteils keinen bewertenden Kommentar hinsichtlich Figurproblemen oder Diäten. Das Verhältnis zwischen den Mädchen und den Vätern basierte oft auf Erbringung von Dienstleistung seitens der Mädchen.

### Peer groups

Oft entwickelten sich tiefe Vertrauensbeziehungen zwischen gleichaltrigen Mädchen, die aber oft durch ein starkes Konkurrenzverhalten hinsichtlich der

Figurprobleme bestimmt wurden. Dünne Mädchen wurden von übergewichtigen meistens als arrogant und hinterhältig empfunden.

Begegnungen mit Jungen waren häufig durch tätliche Übergriffe gekennzeichnet. Viele Mädchen hatten Angst davor, durch häufigen Kontakt zu Jungen als Hure gesehen zu werden.

### Sexualität

Keine der Teilnehmerinnen besaß tief greifende sexuelle Erfahrungen. Auch Selbstbefriedigung wurde von den Mädchen tabuisiert. Ekelgefühle vor den Anblick der weiblichen Geschlechtsorgane wurden von den meisten Teilnehmerinnen geäußert. Das Einsetzen der Menstruation wurde den Mädchen von den Müttern als einschneidender Schritt in Richtung Erwachsensein vermittelt („Jetzt bist du eine Frau“). Die Menarche war zumeist der Beginn des Medikamentgebrauchs der Mädchen. Hier konnten die Projektleiterinnen den Teilnehmerinnen Alternativen zur Medikamenten-Einnahme vorstellen, wie z.B. autogenes Training.

### Gewalt

Viele Mädchen waren in ihrem Lebensalltag mit Gewalt konfrontiert. 7 Teilnehmerinnen wurden regelmäßig von ihren Vätern geschlagen, drei von ihren Müttern, vier von ihren Brüdern. Gewaltformen beherrschte oft die Familienstruktur (Gewalt gegen die Mutter). Ein Mädchen wurde von ihrem Vater und ihren Brüdern mit der permanenten Präsenz von Horrorvideos konfrontiert, deren Geräusche das Mädchen ständig verfolgten und deren Poster die gesamte Wohnung beherrschten. Auch in der Öffentlichkeit waren die meisten Mädchen konfrontiert durch Brutalitäten (Schulhof/Schulweg), die sich schlimmer gestalteten, wenn die Kleidung der Mädchen freizügiger wurde. Im Projekt wurden die Mädchen darin bestärkt, dass es ihr Recht sei, anderen Menschen Grenzen zu setzen. Auch verbale Abwehrmechanismen wurden erprobt. Die langjährigen Erfahrungen der Projektleiterinnen führten dazu, dass bei einzelnen Mädchen aufgrund ihres Verhaltens sexueller Missbrauch vermutet wurde. Die Weigerung der Mädchen, darüber zu reden, wurde akzeptiert. Speziell diese Mädchen wurden darin bestärkt, ihr „Geheimnis“ jemanden anzuvertrauen.

### Suchtstrukturen

In zwei Familien wurde verstärkt Alkohol konsumiert, wobei der Alkoholkonsum der Mütter kritischer beurteilt wurde als der der Väter. In allen Familien existierte ein sorgloser Umgang mit legalen Drogen wie Alkohol, Zigaretten und Tabletten (insbesondere Abführmittel, Schmerztabletten und Appetitzügler). Aus den Äußerungen der Mädchen konnten die Projektleiterinnen schließen, dass in nahezu allen Familien ein suchtartiger und unkontrollierter Umgang mit den visuellen Medien bestand.

### Methoden und Materialien

Inhalte und Themen des Projektes wurden so konzipiert, dass sie sich schwerpunktmäßig am Alltag der Mädchen orientierten. Folgende Wünsche wurden von den Mädchen geäußert:

- Über Probleme reden
- Tanzen/Trommeln
- Freundschaften schließen
- Diäten besprechen
- Problem niederschreiben/zeichnen
- Videofilmen und Fotografieren
- Modenschau
- Schminken
- Mini-Playbackshow initiieren
- Feste feiern
- Gemeinsame sportliche Aktivitäten

So wurden anhand der Wünsche der Mädchen folgende Projekte initiiert:

### Dick- und Dünnschau

Hier wurde eine Talkshow nachgestellt, bei der jedes Mädchen einmal in die Rolle der Befragten/ der Fragenden schlüpfen konnte.

### Gespräch mit Ernährungsberaterin

Anhand eines von der Ernährungsberaterin erstellten Fragebogens konnte der Esstyp der Mädchen bestimmt werden, so dass Aufklärung über be-

stimmte Essgewohnheiten stattfinden konnte. Auch Fragen der Mädchen z. B. nach der richtigen Diät fanden Beachtung.

### Rollenspiele

Typische Esssituationen wurden anhand von Rollenspielen aufgeführt und auf Video aufgezeichnet, so dass eine anschließende distanzierte Beobachtung, Verhaltensweisen überprüfte.

### Theaterspielen

Nach dem Statuentheater von Auguste Boal wurden typische Esssätze auf Plakate niedergeschrieben, zu denen das jeweilige Mädchen anschließend ihre Erfahrungen berichten sollte. Jedes Mädchen durfte sich anschließend zu einem Satz eine Teilnehmerin auswählen, die die Haltung, die der realen Erfahrung entspricht, nachahmen musste. Gleich einer Bildhauerin konnte die Schöpferin nun die Situation aus der Distanz erleben. Anschließend sollte daraus ein „Idealbild“ geformt werden, welches von den Mädchen versucht werden sollte, mit in den Alltag genommen zu werden.

### Bauchtanz

Die Teilnehmerinnen lernten unter Anleitung einer professionellen Bauchtänzerin, sich lustvoll zu bewegen und ihre Körperlichkeit zu präsentieren.

### Auswertung

Zur Auswertung wurde der Bericht, den die bereits erwähnte wissenschaftliche Begleitforscherin erstellt hatte, herangezogen, ebenso die Gruppenprotokolle und Einschätzungen und Erfahrungen der Projektleiterinnen.

Die Rückmeldungen der Mädchen waren durchweg positiv, sie fühlten sich angenommen und durch die gemachten Erfahrungen selbstbestimmter.

Die Projektleiterinnen selbst verkörperten für die Teilnehmerinnen nicht nur ein spezifisches Lebensgefühl, sondern sie nahmen auch eine Komplementärrolle ein, die dem Verhalten der Mädchen darüber, was ihnen fehlte, entsprach.

So konnte sich in Hagen eine sehr vertrauensvolle Beziehung zwischen Teilnehmerinnen und Projektleiterinnen entwickeln, die es ermöglichte, die Teil-

nehmerinnen auf ihrem weiteren Weg therapeutisch zu begleiten (2. Weg der Heilung, Integrative Therapie). Als weiteres Ergebnis konnte festgehalten werden, dass es zum größten Teil gelang, den Mädchen eine deutliche Stabilisierung und Stärkung ihres Selbstbewusstseins zu ermöglichen. Die von ihnen gemachten Erfahrungen innerhalb der Gruppe wurden mit in den privaten Bereich übernommen. Folgende Änderungen wurden registriert:

- Sie beanspruchten „Raum“ für sich
- Veränderte Kleidung
- Lernten, Forderungen zu stellen, und sich familialen Ansprüchen zu widersetzen
- Eigene Bedürfnisse wurden durchgesetzt

Wichtig war für die Mädchen darüber hinaus, dass es im außerfamilialen Bereich Ansprechpartner gab, gegenüber denen Probleme thematisiert werden konnten. Bei dieser Erfahrung war es wichtig, dass nicht das Sachgebiet, sondern Gefühle im Vordergrund standen. Dieses für viele Mädchen neuartige Gefühl, ernst genommen zu werden half ihnen auch über das Projekt hinaus, sich gegenüber der Umwelt zu öffnen und intensivere Kontakte, z.B. zu anderen Jugendlichen zu knüpfen.

## II Methodisches Vorgehen

Die folgenden Kapitel wenden sich dem Forschungsteil der Arbeit zu. Anhand der Methodik der qualitativen Sozialanalyse wurden Befragungen zu Körperlichkeit und Sozialbezügen durchgeführt. Die Befragten setzten sich aus einer Gruppe von anorektischen Mädchen, einer Gruppe von Gesunden und einer Gruppe von sportlich orientierten Mädchen – alle in der Adoleszenz – zusammen. Im Mittelpunkt des Interesses stand, die in Kapitel zwei gewonnenen theoretischen Ergebnisse zu überprüfen und aus den gewonnenen Ergebnissen Impulse für den interventiven und präventiven Handlungsbedarf zu entdecken.

Im Folgenden wird zunächst einmal die angewandte Methodik theoretisch erläutert und anhand einer Einzelfalldarstellung exemplarisch belegt.

### 4. Qualitative Forschungsmethoden

#### 4.1 Grundlagen qualitativer Sozialforschung

Die Abgrenzung von quantitativer Forschung zu qualitativer besteht vor allem auf formaler Ebene (Mayring 2003).

*„Sobald Zahlbegriffe und deren In-Beziehung-Setzen durch mathematische Operationen bei der Erhebung oder Auswertung verwendet werden, sei von quantitativer Analyse zu sprechen, in allen anderen Fällen von qualitativer Analyse.“ (Mayring, 2003, S.16)*

Zu Beginn einer Untersuchung ist demnach die Untersuchungsmethode immer qualitativ, da im Vorfeld über das Nominalskalenniveau diskutiert werden müsse, also die Forschung sich auf die inhaltsanalytische Ebene begeben. Erst nach dem Festlegen des Instrumentariums entscheide sich, ob quantitative oder qualitative Analyseschritte erfolgen. Welche Forschungsmethode die geeignete ist, steht in direkter Abhängigkeit zum Untersuchungsgegenstand. Dabei gilt zu beachten, dass die meisten empirisch erfassbaren Phänomene nicht als isolierte Merkmale zu betrachten sind, sondern erst in der sie umgebenden Komplexität zu erfassen sind. Ein Kennzeichen der qualitativen Sozialforschung liegt darin, dass sie komplexere Zusammenhänge untersu-

chen kann. Sie kann nicht nur Tendenzen aufzeigen, sondern auch verschiedenen subjektive Perspektiven der Befragten innerhalb der sozialen Zusammenhänge analysieren (vgl. Flick, 2002, S.19).

#### 4.1.1 Aktualität

Qualitative Forschung gewinnt gegenüber der quantitativen immer mehr an Gewicht. In dieser Forschungsrichtung wird versucht, Methoden offen zu gestalten, so dass sie der Komplexität des zu untersuchenden Phänomens gerecht werden. Diese Tendenz ist nicht nur auf eine wissenschaftliche Zuwendung zu neuen Trends zurückzuführen, sondern auch auf die zunehmende Heterogenität von Lebenswelten aufgrund einer dynamischen Gesellschaftsstruktur, die sich zunehmend differenziert (Beck 1986). Der rasche soziale Wandel schafft immer wieder neue Lebensmuster und Subkulturen, die sich von bekannten unterscheiden, so dass sich Forschungsfragen aus der Theorie nur noch schwerlich an der Empirie überprüfen lassen. Flick spricht in diesem Zusammenhang von einer Verlagerung, nicht von einem Verschwinden der theoretischen Inhalte (vgl. Flick, 2002, S.13). Vielmehr sollten in einer pluralen Gesellschaft theoretische Inhalte aus empirischen Untersuchungen heraus entwickelt und Handlungskonzepte auf lokale Wirksamkeit untersucht werden, wollen sich Sozialwissenschaft und Psychologie nicht dem Vorwurf der fehlenden Alltagsrelevanz aussetzen. Ziel der Untersuchungen liegt darin, Neues zu entdecken und empirisch begründbare Theorien zu entwickeln als Bekanntes zu überprüfen. Wichtig in diesem Zusammenhang sei die Untersuchung von individuellem Erleben und Handeln, aber auch die Zuwendung zu Erzählungen und Diskursen (Bruner 1991, Sarbin 1986, Harré 1995; erwähnt in: Flick, 2002, S.13).

Aktuelle Diagnosen der Wissenschaft sprechen von Dysfunktionalität der modernen Wissenschaften generell, die die Aufgaben der modernen Gesellschaftsstruktur verkennen. Einen Ausweg aus diesem Dilemma glaubt Toulmin in folgenden Tendenzen zu erkennen (vgl. Flick, 2002, S.30):

- Rückkehr der Wissenschaft zum Mündlichen, die sich an der Kommunikation orientiert

- Rückkehr zum Besonderen, die sich von abstrakten theoretischen Problemen abkehrt und sich besonderen, konkreten Problemen zuwendet.
- Rückkehr zum Lokalen, die sich mit Problemen innerhalb des kulturellen Kontextes beschäftigt, statt universelle Gültigkeit vorauszusetzen
- Rückkehr zum Zeitgebundenen, die Probleme innerhalb eines temporären Kontextes verortet, womit einer dynamischen Gesellschaftsstruktur entsprochen wird.

Damit entsprächen die Methoden der qualitativen Sozialforschung den Tendenzen der postmodernen Wissenschaftsforderung nach Aktualität, Individualität und Lokalität und böte die nötige wissenschaftliche Flexibilität in einer pluralistischen Gesellschaft.

Qualitative Sozialforschung liegt jedoch nicht in einem einheitlichen theoretischen oder methodischen Verständnis begründet, sondern folgt auch in der spezifischen Ausrichtung verschiedenen Entwicklungslinien, die im Folgenden erwähnt werden.

#### 4.1.2 Entwicklung in Deutschland

Die qualitative Sozialforschung lässt sich auf verschiedene Ansätze zurückführen. Zum einen wird der „symbolische Interaktionismus“ angeführt, der davon ausgeht, dass menschliches Handeln von Bedeutungen, die diese ihrer Umwelt zuweisen, bestimmt ist. Bedeutungen entstehen und verändern sich innerhalb der sozialen Interaktion. Die wichtigen Elemente der darauf zurückzuführenden Forschungsmethodologie sind nach Denzin (1978 in Mayring 2003):

- Orientierung an Prozessen der sozialen Interaktion
- Orientierung an der Perspektive des Subjekts
- Orientierung am sozialen Hintergrund
- Orientierung an der jeweiligen Situation (vgl. Terhart in: Mayring, 2003, S.29).

Auch die Ethnomethodologie, die routinisierte Handlungen und deren Regeln untersucht, ist maßgeblich als Ansatz der qualitativen Sozialanalyse zu betrachten (Weingarten 1976). Methodologische Ansätze sind hierbei:

- Begreifen menschlichen Handelns ist auf Fremdverstehen zurückzuführen
- Menschliches Handeln ist als interpretatives Paradigma zu verstehen (Wilson 1973)
- Handeln ist als dokumentarische Interpretation eines Rollenmusters zu verstehen (Garfinkel 1973)

Der dritte Ansatz ist die Feldforschung, die den Menschen unter natürlichen Bedingungen beobachten will, z.B. durch teilnehmende Beobachtung. Die Feldforschung wird charakterisiert durch Wahrnehmungen von komplexen Deutungssystemen, so dass eine umfassende Analyse von Handlungskontexten erstellt werden kann.

In Deutschland wird Ende der 60er Jahre durch Habermas der Blick auf eine amerikanische Forschungstradition gelenkt, die von der Ethnomethodologie und dem symbolischen Interaktionismus bestimmt ist. Die sozialwissenschaftliche Forschung beschäftigte sich darauf hin vor allem mit der Frage, ob man mit der interpretativen Methode dem Forschungsgegenstand besser gerecht werden kann als mit der quantitativen (Hoffmann-Riem 1982, Kleinig 1982, Schatzmann/ Strauss 1973). So beginnt Ende der 70er Jahre eine Diskussion über qualitative Methoden zur Anwendung, Auswertung und methodologischen Fragen zu Interviews (Kohli 1978, Mühlefeld et al. 1981, Kleinig 1982). Die narrativen Interviews von Schütze (1977) und die objektive Hermeneutik von Oevermann et al. (1979) sorgten für einen weiteren Entwicklungsschub innerhalb der qualitativen Sozialforschung, obwohl Kritiker meinten, darin einen Modetrend zu erkennen (Küchler 1980). Immer mehr begann sich die deutsche Entwicklung von der amerikanischen Forschung abzugrenzen, z. B. durch die biografische Forschung von Kohli und Robert (1984). In den 80er Jahren fokussierte sich der wissenschaftliche Blick immer mehr auf die Kriterien der Überprüfung und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse (Gerhardt 1985; Flick 1987; Legewie 1995). Die qualitative Sozialfor-

schung fand schließlich Ende der 80er Jahre Eingang in die Lehrbücher, was sicherlich auch in den bereits erwähnten sozialen Verhältnissen begründet lag (alle in: Flick 2002 und Mayring 2003).

#### 4.1.3 Gütekriterien

Kennzeichen der quantitativen Forschung ist die klare Isolierung von Ursachen und Wirkungen, um allgemein gültige Aussagen treffen zu können. Die Bedingung der objektiven Befragung ist von jeher Bedingung der repräsentativen Untersuchungssituation. Verbindliche Standards sollten gewährleisten, dass subjektive Einflüsse des Interviewers und Interviewten ausgeklammert sind. Objektivität ist jedoch nur gegeben bei größtmöglicher Transparenz des Vorgehens und Standardisierung. Die Frage nach der Validität und Wissenschaftlichkeit dieser Befragungssituation wurde von Weber (1991) und Bonß/Hartmann (1985) als „Entzauberung der Wissenschaftlichkeit“ in Frage gestellt, indem letztere bemerkten, dass Wissenschaft keine uneingeschränkten Wahrheiten mehr produziere, die fraglos übernommen werden könnten (vgl. Bonß/Hartmann in: Flick, 2003, S.15).

In der qualitativen Sozialforschung hingegen steht das subjektive, innere Erleben des Befragten im Mittelpunkt. Befragungssituationen werden in der quantitativen Forschung offen und flexibel gestaltet, um der jeweiligen Person des Befragten gerecht zu werden (vgl. Bortz et al., 1995, S.302). Im Fokus der Betrachtung steht bei der qualitativen Untersuchung daher nicht die Objektivität, sondern vielmehr die Validität, die u.a. durch folgende Fragen geprägt ist (vgl. Bortz et al., 1995; S. 303): Sind die Äußerungen des Befragten als authentisch anzunehmen? Besitzt der Interviewer die Fähigkeit und Aufmerksamkeit, relevante Äußerungen herauszuarbeiten? Die Validierung von Daten ist geprägt durch Vergleiche des Materials auf Widersprüchlichkeiten in inter- und intrapersonaler Hinsicht. In neuerer Zeit spielt die Handlungsvalidierung eine immer größere Rolle hinsichtlich der Gültigkeitsforschung. Hierbei geht es um empirisch nachweisbare Zusammenhänge zwischen der „Rekonstruktion subjektiver Erfahrungen und beobachtbaren Verhalten“ (vgl. Bortz et al., 1995, S.304).

## 4.2 Forschungsaufbau und -durchführung

### 4.2.1 Vorbereitung

Im Vorfeld der qualitativen Sozialforschung müssen seitens des Forschers Entscheidungen getroffen werden, die für den Erfolg der Auswertung entscheidend sind. Darüber hinaus wird durch den Grad der systematischen Vorbereitung die Wissenschaftlichkeit bestimmt.

In der quantitativen Forschung wird ein Modell der zu untersuchenden Phänomene konstruiert. Die theoretischen Überlegungen, aus denen Hypothesen abgeleitet werden, werden dabei in empirischen Untersuchungen überprüft. Dabei sollen Zusammenhänge in Variablen zerlegt werden, damit deren Wirksamkeit isoliert geprüft werden kann. Die vorherrschende Theorie erhält dabei den Vorzug gegenüber dem Gegenstand der Betrachtung. Die qualitative Forschung hingegen versucht dem zu untersuchenden Gegenstand die größte Aufmerksamkeit beizumessen, indem ein größtmöglicher Blick auf die Komplexität des Phänomens gelegt wird durch die Einbeziehung des Kontextes und die Gegenstandsangemessenheit des zu untersuchenden Falls geprüft wird.

*„Das Prinzip der Offenheit besagt, dass die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat“ (Hoffmann-Riem, 1980, S.343 in: Flick, 2003, S.69).*

Flick spricht in diesem Zusammenhang von einem zirkulären Prozessmodell, welches dem Charakter der qualitativen Forschung gerecht wird, gegenüber dem linearen, da durch den relativen Stellenwert von Theorien als zu reformulierende Versionen des Gegenstandes der Konstruktion von Wirklichkeit im Forschungsprozess in stärkerem Maße Rechnung getragen wird (vgl. Flick, 2003, S.74).

Der Erfolg von qualitativer Sozialforschung ist eng mit der Fragestellung verbunden. Die Annäherung an das zu untersuchende Gebiet kann unter ver-

schiedenen Gesichtspunkten erfolgen (vgl. Bergold/ Flick 1986; Hitzler/Enerle 2000, Holzkamp 1986; Oevermann 1983 in: Flick, 2003, S.80):

- Die Sichtweise eines oder mehrere in dem zu untersuchenden Feldes agierender Objekte
- Deskription einer Lebenswelt
- Rekonstruktion subjektiver oder objektiver Handlungsgründe
- Verhältnis subjektiver Deutungen zu objektiv beschreibbaren Strukturmerkmalen

Im Vorfeld der qualitativen Befragung ist es wichtig, dass der Ausschnitt, der untersucht werden soll, und die Fragestellung festgelegt werden, so dass sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln beantwortet werden können. Fragen sollten so klar mit gerichteter Zielrichtung formuliert werden, dass sie nicht eine Vielzahl weiterer Fragen hervorrufen und eine klare Orientierung durch die Untersuchung geben.

Wichtig für den Forscher ist es, dass er eine klare Vorstellung besitzt hinsichtlich der Fragestellung und methodischen Entscheidung und trotzdem noch offen bleibt für neue Erkenntnisse. Dieser Zwiespalt zwischen Offenheit und Entscheidung führt den Forscher oft in ein Dilemma: Zu konkrete Formulierungen können Antworten fokussieren, zu offene können schwer interpretierbare Antworten bedingen. Auch die Methodenangemessenheit muss im Vorfeld problematisiert werden, z.B. ob sich die Fragestellung mit den verwendeten Methoden lösen lässt.

Flick beschreibt die Entscheidung für eine konkrete Fragestellung als eine *Reduktion der Vielfalt*, indem bestimmte Aspekte in den Fokus der Betrachtung rücken und andere in den Hintergrund treten (vgl. Flick, 2003, S.79). Damit die Herausarbeitung des vermeintlich Wesentlichen nicht mit dem Verlust an Authentizität einhergeht, bietet der Ansatz der Perspektiven-Triangulation eine Möglichkeit, den Verlust von möglicherweise relevanten Daten zu verringern.

Ausgangspunkt ist „die Annäherung an die Daten unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven und Hypothesen, wobei verschiedene theoretische Sichtweisen nebeneinander gestellt werden, um ihre Nützlichkeit und Erklärungskraft zu prüfen“ (Denzin, 1978, S.297). Nach Denzin dient die Triangu-

lation, für die Validierung von Ergebnissen konzipiert, vor allem dazu, den begrenzten Blick einer Ausrichtung zu vergrößern und die Sicht auf einen komplexen Zusammenhang freizugeben.

Gerade die Fragestellung dient als „Tür“ zum Forschungsfeld. Von ihrer Formulierung hängt der Erfolg der Befragung ab, aber auch die Methoden Angemessenheit, wer oder was in die Untersuchung eingeht.

Ist durch die Formulierung der Fragen die Entscheidung getroffen, welche Personen befragt werden sollen, so stellt sich dem Forscher die Frage, wie er sich Zugang zu dem spezifischen Feld beschaffen soll.

Neben der Bereitschaft von Einzelpersonen oder Institutionen, ist auch die Frage nach Erreichbarkeit ein Problem, welches im Vorfeld der qualitativen Sozialforschung gelöst werden muss.

Gerade im Bereich der qualitativen Befragung soll nicht die Außendarstellung von Gruppen oder Einzelpersonen in die Ergebnisse eingehen, vielmehr die Innensicht der Befragten aus ihrer Perspektive herausgestellt werden.

Hier entsteht für den Forscher ein Spannungsfeld zwischen Fremdheit und Vertrauen, Nähe und Distanz, Aushandlung von wechselseitigen Erwartungen, Transparenz und Datenschutz. Von der Form des Zugangs, dem ihm das Feld ermöglicht, ist der Erfolg der Untersuchung abhängig.

#### 4.2.2 Befragungsmethoden

Im Folgenden werden verschiedene Formen der Befragung vorgestellt (vgl. Flick 2003):

Zunächst ist die Interviewform als wissenschaftliche Befragung zu nennen. Hier ist formal zu unterscheiden zwischen dem strukturierten und unstrukturierten Interview, der geschlossenen und offenen Befragung, den standardisierten und dem nicht- standardisierten Interview.

Wird die Befragung anhand eines Fragebogens durchgeführt, spricht man von einem strukturierten Interview. Inhalt und Anzahl der Fragen sind, wie bereits erwähnt, im Vorfeld strukturiert, so dass über den Untersuchungsgegenstand möglichst vollständige Informationen erhoben werden können. Die Anordnung der Fragen muss sich an den inhaltlichen Forderungen als auch

an psychologische Vorgaben orientieren. Fragen sollten jedoch nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Der Forscher entscheidet, ob die Fragen logisch aufeinander folgen, oder ob er Gedankensprünge vom Befragten verlangt.

Das unstrukturierte Interview wird in seiner Reihenfolge vom Interviewer bestimmt, der dadurch einen größtmöglichen Spielraum besitzt und individuell auf die Dispositionen des Befragten eingehen kann.

Die geschlossene Befragung ist so konzipiert, dass der Befragte aus einer Antwortauswahl die für ihn zutreffende Antwort wählen muss. Die offene Befragung verlangt vom Befragten sowohl eine inhaltliche als auch sprachlich individuelle Antwort.

Als standardisiertes Interview wird die Befragung bezeichnet, wenn sich die Antworten in Kategorien zusammenfassen lassen, so dass sich Häufigkeitsverteilungen ergeben. Die Kategorisierung kann sowohl im Vorfeld der Befragung festgelegt werden als auch nach der Befragung.

Das nicht-standardisierte Interview hingegen verzichtet auf Kategorisierungen.

Es existieren verschieden Varianten von Interviewtypen der Einzelbefragung, die in der qualitativen Befragung von Bedeutung sind. Die Entscheidung für einen bestimmten Interviewtyp liegt in der Person der Befragung, im Thema oder der Technik. Die wichtigsten nach Bortz et al. sollen im Folgenden genannt werden (vgl. Bortz et al., 2004, S.290):

- Assoziatives Interview – nach Vorgabe eines biografischen Themas freies Assoziieren des Befragten
- Biografisches Interview – Lebensgeschichte des Befragten in meist narrativer Form
- Deutungsanalyse – Erfassung von Interpretationsmustern und deren Begründung in sozialen Systemen
- Dilemmaanalyse – Vorgabe eines Dilemmas, dessen Lösung vom Befragten vorgegeben werden soll
- Diskursives Interview – Diskussion der Ergebnisse zwischen Interviewer und Interviewtem

- Experteninterview – Befragung von Experten zu einem spezifischen Thema
- Exploration – Abfrage spezifischer Lebensbereiche, um ein ganzheitliches Bild des Befragten zu erhalten
- Feldgespräch – Befragung innerhalb der Feldforschung
- Fokussiertes Interview – Leitfadeninterview zu bestimmtem Objekt
- Lautes Denken – Verbalisieren von Gedanken
- Leitfadeninterview – Technik des Fragens anhand eines vorbereiteten Fragekatalogs
- Narratives Interview – Befragter erzählt Lebenssituationen
- Oral History – Befragung von Zeitzeugen zur Ergänzung der Geschichtsschreibung
- Lebenslaufanalytische Methode – Erfassung von biografischen Daten durch meditative Verfahren
- Problemzentriertes Interview – Thematisierung gesellschaftlich immanenter Probleme
- Tiefeninterview – Befragung, um unbewusste Motive aufzudecken
- Verhaltensanalyse – Erfassung von Verhalten in vorgeschriebenen Situationen
- Vertikale Verhaltensanalyse – Erfassung von handlungsleitenden Motiven

Weitere Typen der qualitativen Sozialforschung sind Gruppenbefragung, non-reaktive Verfahren und Beobachtungsanalyse.

#### 4.2.2.1 Leitfadeninterview / Fragebogen

Als Methode wurde die schriftliche Befragung mittels eines Fragenkataloges mit einer bestimmten Anzahl von Fragen gewählt, welcher der Form des strukturierten Interviews entspricht.

Nach der Auswahl des Personenkreises wurde ein thematischer Leitfaden zur Befragung erstellt. Durch meine berufliche Tätigkeit, aber auch durch meine Forschung interessierte mich vor allem, wie sich Mädchen wahrnehmen, aber auch wie sie glauben, von anderen wahrgenommen zu werden. Mein Hauptthema *Körperwahrnehmung in der Adoleszenz* wurde von mir

weiter differenziert. Es sollten die Items *Biografie, Entwicklung der Beziehung zum eigenen Körper, Körper in Bewegung*, aber auch soziale Themen wie *Beziehung zu den Eltern* und zur *Peergroup* enthalten. Hierbei wurde auf eine Blockbildung homogener Items verzichtet.

Bei der Konzeption der Fragen wurde Wert darauf gelegt, dass diese vom ausgewählten Personenkreis verstanden und akzeptiert würden. Da es sich um teils erkrankte Mädchen in der Adoleszenz handeln würde, sollten die Fragen nicht einen zu hohen wissenschaftlichen Standard entsprechen, aber auch nicht zu einfach strukturiert sein, um das Interesse der Mädchen an der Beantwortung nicht abflauen zu lassen. Die Fragestruktur, aber auch die Items variieren innerhalb des Fragebogens, um eine gewisse Standardisierung der Antworten von vorneherein auszuschließen. Die Struktur der Fragen wurde folgendermaßen konzipiert:

Die konkrete, offene Fragestellung – diese wurde gewählt für die Erkundung konkreter Sachverhalte. Eine Untersuchung von Kreutz und Tischer zeigte, dass ca. 70 % aller Wörter wertenden Charakter haben. Hager et al. Hingegen untersuchten 580 Adjektive hinsichtlich ihrer Bildhaftigkeit, Konkretheit und Bedeutungshaltigkeit (vgl. Kreutz und Tischer, 1974 u. Hager et al., 1985, in: Bortz et al., 1995, S. 233). Fragen können daher selten völlig neutral formuliert werden, dennoch wurde bei der Konzeption des Fragebogens versucht, möglichst ohne vorherige Bewertung, Fragen zu formulieren, die keine eindeutige Stellungnahme voraussetzen und die möglichst eindeutig interpretierbare Antworten zulassen. So wurden quantifizierende und absolute Formulierungen gemieden. Geschlossene Fragen, die ein ja oder nein als Antwort voraussetzen wurden ebenfalls aufgrund der mangelnden Differenzierung der Antworten nicht gewählt.

Eine Fragestellung des Fragebogens lautet z.B.: *Welche besonderen Fähigkeiten hat mein Körper?* Hier wurde den Probandinnen die Möglichkeit gegeben, die Länge und Differenziertheit der Antwort selbst zu bestimmen.

Darüber hinaus bot sich auch eine assoziative Fragestellung an, eine abgewandelte Form des Satzergänzungsverfahrens, das, obwohl zielgerichtet,

den Mädchen genügend Spielraum lässt zur freien, individuellen Äußerung, wobei diese über Art und Länge der Äußerung entscheiden. Dieses Verfahren ist innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit gängige Methode der Kinderanalyse. Diese Methode geht auf Untersuchungen der Gedächtnisleistung als auch auf das in der Psychoanalyse benutzte „freie Assoziieren“ zurück (vgl. Roth et al., 1995, S.468). Auf diese Weise soll der Probandin ermöglicht werden, Antworten zu geben, ohne dass sie sich bloß gestellt fühlt, und sich Inhalte dem Bewusstsein zugänglich zu machen, die sonst nicht ohne weiteres zu erfragen sind. Der Vorteil dieser Fragestruktur liegt in der Möglichkeit, Aufschluss über Gefühle und Einstellungen zu erhalten, so dass die Gefahr, dass die Probandin aus Angst vor falscher Rechtschreibung und stilistischen Fehlern eher kurz antwortet, als eher gering eingeschätzt wird.

Hierbei werden der Probandin Satzanfänge geboten, die sie zu vollenden hat. Diese Items beziehen sich auf intrapersonale, selbstreflektorische Wahrnehmungen.

## **Einstellungen zu meinem Körper**

Bitte vervollständige die Sätze und beantworte die Fragen:

Im Moment finde ich meinen Körper...

An meinem Körper gefällt mir besonders...

Welche besonderen Fähigkeiten hat mein Körper?

Wann nutze ich diese?

Als ich ein Baby war, liebte ich an meinem Körper besonders...

Als ich im Kindergartenalter war, liebte ich an meinem Körper besonders...

Als ich im Grundschulalter war, liebte ich an meinem Körper besonders...

Was mag ich an meinem Körper am wenigsten?

Wie war das früher?

Welche Körperteile sind mir eher unwichtig?

Welche Botschaften/Gefühle hat mir meine Mutter in Bezug auf meinen Körper vermittelt?

Welche Botschaften/Gefühle hat mir mein Vater in Bezug auf meinen Körper vermittelt?

Welche anderen wichtigen Personen (z.B. Geschwister, Verwandte, Freunde) haben mir wesentliche Botschaften über meinen Körper mitgeteilt?

Welche schweren Erkrankungen/Unfälle hat mein Körper erlebt?

Wann habe ich mich in meinem Körper am wohlsten gefühlt?

Mein Körper sollte lieber aus ... sein.

Meine Hautfarbe ...

Meine Körpertemperatur ...

Mein Herzschlag ...

Meine Augen sehen oft...

Meine Ohren ...

Meine Hände ...

Meine Nase ...

Mein Bauch ...

Mein Becken ...

Meine Beine ...

Mein Herz ...

Mein Körper beschwert sich bei meinem Kopf über...

Deshalb wünscht sich mein Körper...

Welche Erinnerungen habe ich an den Sportunterricht?

Welche Bewegungsvorlieben hat mein Körper?

Welche Bewegungen mag mein Körper gar nicht?

Wann habe ich mich in meinem Körper am wohlsten gefühlt?

Wie möchte ich in 10 Jahren aussehen?

Was sollte mein Körper unbedingt noch lernen?

Was wünscht sich mein Körper in der Körpertherapie?

Was ich noch sagen wollte...

zu meinem Körper

zu diesem Fragebogen

Datum

Alter

Behandlungswoche

Klasse/Schule

Wohnort

#### 4.2.3 Stichprobenanalyse

Die Vorbereitung und Auswahl der Interviewtechnik stellt einen wichtigen Faktor für den Erfolg der qualitativen Befragung dar.

Es wurde die Form der schriftlichen Befragung gewählt, d.h., dass die Probandinnen einen Fragebogen vorgelegt bekommen haben, den sie ohne Einwirkung des Interviewers und ohne Zeitvorgabe ausfüllen konnten. Im Gegensatz zur quantitativen Befragung, die durch die massenhafte Versendung von Fragebögen eine möglichst große Anzahl von Daten zu erhalten wünscht, ging es bei dieser von mir bewusst gewählten Interviewform um eine ideale Interviewform für den von mir gewählten Personenkreis. Die Zeit der Reflexion sah ich durch die kommunikative Situation in face-to-face-Interviews nicht als gegeben an, vielmehr ging ich davon aus, dass die Mädchen des ausgewählten Personenkreises hier eher den Erwartungen des Interviewers entsprechen zu müssen glaubten. Darüber hinaus musste ich mir bewusst machen, dass gerade die Beschäftigung mit dem eigenen Körper für die Altersgruppe ein sensibles Thema darstellt. Trotz oder gerade aufgrund der psychischen und somatischen Veränderungen während der Adoleszenz sind die Jugendlichen oft gehemmt in Bezug auf ihre Körperwahrnehmung. Die Zeit der Pubertät ist geprägt durch Unsicherheiten bezüglich des eigenen Körpers und aufgrund der eigenen persönlichen sozialen Stellung oft auch in Bezug auf soziale Interaktionen, gerade wenn altersmäßige Differenzen bestehen. Um möglichst authentische, verwertbare Antworten zu erhalten, sah ich es als Notwendigkeit an, den Mädchen eine weitgehend neutrale Situation zu bieten. Durch die distanzierte Befragung mit Hilfe des Fragebogens wurde den Mädchen auch Zeit gegeben, die Antworten ihrem eigenen Rhythmus entsprechend zu geben. Durch die fehlende Kontrollsituation mussten die Fragen nicht chronologisch beantwortet werden. Fragen, die eventuell beim ersten Sichten nicht zugänglich waren, konnten so im Nachhinein beantwortet werden. Die Gefahr, dass die Klärung von Missverständnissen, die der Beantwortung der Fragen vorausgehen, nicht vorgenommen werden konnte, sah ich aufgrund der von mir gewählten Fragestruktur als gering an.

Trotz der scheinbaren Neutralität der Interviewsituation ist mir dennoch klar gewesen, dass die Befragungssituation nicht frei von unkontrollierten mögli-

chen Einflüssen ist. Dass sich die Probandinnen bestimmte Vorstellungen/Erwartungen hinsichtlich des Interviewers machen, kann die Interviewsituation durchaus beeinflussen, wurde von mir allerdings als gering eingestuft.

#### 4.2.4 Probandinnen

Für die durchgeführte Befragung galten folgende Voraussetzungen: Es sollten anorektische Mädchen in der Adoleszenz befragt werden, die sich in ambulanter psychotherapeutischer Einzeltherapie gemäß der Psychotherapierichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung oder in stationärer Behandlung befanden. Die Auswahl wurde nach Alter, Geschlecht und Erkrankung getroffen.

Die erkrankten Mädchen hatten die Information, dass dieser Fragebogen nicht Teil der Therapie war, sondern sie um Hilfe für eine wissenschaftliche Dokumentation gebeten wurden, so dass unsere therapeutische Verbindung in diesem Augenblick unerheblich für die Befragung war. So gehe ich davon aus, dass diese distanzierte Form der Befragung dazu beigetragen hat, möglichst authentische Antworten zu der ausgewählten Thematik zu erhalten, ohne dass es zu Verzerrungen gekommen ist.

#### **Vergleichsgruppe 1**

Gleichaltrige Mädchen, die keine psychosomatischen Auffälligkeiten zeigten, stellten die Vergleichsgruppe dar. Während die erkrankten Mädchen durch meine therapeutische Arbeit für mich vergleichsweise gut zu erreichen waren, stellte die Vergleichsgruppe eine mir unbekannt Gruppe dar. Um die unauffälligen Mädchen zu erreichen, bin ich an Schulsozialarbeiter herangetreten, die sich bereit erklärt haben, der entsprechenden Thematik in Gesprächen Zeit zu widmen und den Fragebogen darin einzubauen.

Die fehlende Erkrankung bzw. das Alter und Geschlecht bei der Vergleichsgruppe galt als einziges Auswahlkriterium. Es wurde keine weitere Einschränkung nach sozialer Herkunft, Bildung oder ethnischer Zugehörigkeit vorgenommen.

Während ich den meisten erkrankten Mädchen durch die therapeutische Situation bekannt war, wusste die Vergleichsgruppe nur, dass die Befragung im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung stattfand und sie um ihre

Mithilfe gebeten wurden. Ansprechpartner in diesem Fall war der jeweilige Schulsozialarbeiter.

### **Vergleichsgruppe 2**

Auch hier handelte es sich um gleichaltrige Mädchen ohne sichtbare Verhaltensauffälligkeiten. Auch hier gab es keine Einschränkung hinsichtlich sozialer Herkunft, Bildung oder ethnischer Zugehörigkeit. Im Gegensatz zu Vergleichsgruppe 1 handelte es sich hier um Freizeitsportlerinnen, die ihren spezifischen Neigungen im Verein nachgingen. Es handelte sich um verschiedene Sportarten: Jazztanz, Basketball und Rollschuh fahren. Um diese Mädchen zu erreichen, bin ich an die jeweiligen Trainer des Sportvereins herantreten, die die Fragebögen an die Mädchen weitergeleitet haben. Auch diese erhielten die Information, dass es sich um eine wissenschaftliche Befragung handelte, bei der ihre Mithilfe erbeten wurde.

Erwähnenswert ist, dass die Vergleichsgruppen im Durchschnitt eher dazu bereit war, den Fragebogen auszufüllen, während sich die anorektischen Mädchen, die es durch ihre therapeutischen Erfahrungen gewohnt sein sollten, sich mit den im Fragebogen enthaltenen Thematiken auseinander zu setzen, eher verweigerten. Während die Rücklaufquote bei der Vergleichsgruppe bei ca. 100% lag, was natürlich auf auch die schulische Situation zurückzuführen ist, waren die anorektischen Mädchen zu 80% bereit, den Fragebogen wieder abzugeben.

#### **4.2.5 Auswertungsmethodik**

Wie der theoretische Teil gezeigt hat, ist die Anorexia nervosa nicht ein Krankheitsbild mit eindeutiger Ursache, sondern stellt sich vielmehr als multidimensionales Faktorenmodell dar, welches vor allem für Mädchen in der Adoleszenz eine hohe Affinität besitzt. Um sich den verschiedenen möglichen Ursachen zu nähern und ein möglichst vollständiges Bild von den auf die pubertierenden Mädchen Einfluss nehmenden Faktoren zu erhalten, erwies sich die Form der qualitativen Befragung, wie bereits erwähnt, als besonders erstrebenswert, da diese Analysemethode es erlaubt, unter einer Fragestellung mehrere Faktoren zu beleuchten. Da mögliche, die Wahrneh-

mung betreffenden Strukturen typisch für den temporären Zeitraum der Adoleszenz anzusehen sind und nicht als mögliche Verzerrungen der Selbstwahrnehmung, schien es sinnvoll, eine Vergleichsgruppe von Mädchen in der Adoleszenz zwischen 14 und 17 Jahren in die Befragung aufzunehmen, die jedoch keine gesundheitsbeeinträchtigenden Auffälligkeiten aufweisen. Die zentrale Fragestellung des Fragebogens betrifft die Selbstwahrnehmung des Körpers, wobei die Fremdwahrnehmung durch die Eltern bzw. die Peer Group ebenso erfragt wird und als zentraler Punkt der theoretischen Grundlage als Entstehungsursache der Erkrankung einen hohen Stellenwert erfährt.

In der Fülle der Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse wurde die der *Strukturierung* gewählt, da sie als zentralste inhaltsanalytische Technik sich zum Ziel gesetzt hat, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern (vgl. Mayring, 2003, S.82 ff.). Des weiteren scheint sie für das schriftliche Ausgangsmaterial als besonders geeignet, da die anderen Analysemethoden wie z. B. Zusammenfassung oder Explikation sich sehr auf die durch die verbale Dialogform entstehenden Kontextmerkmale berufen, die durch diese besondere Form der Befragung nicht gegeben sind.

Bei der Strukturierung wird ein bestimmtes Kategoriensystem an das Material herangetragen, so dass alle Textbestandteile, die den Kategorien entsprechen, aus dem Material extrahiert werden können.

Die verschiedenen Aspekte der Körperwahrnehmung beziehen sich auf den perzeptiven Aspekt des Körperschemas. Das Phänomen der eigenen, oft falschen Einschätzung des Körperumfangs bezeichnet die Prozesse der kognitiven Informationsverarbeitung der eigenen körperlichen Erfahrungen, woraus sich die Wahrnehmung der eigenen Körperdimension entwickelt. Ein wahrnehmungspsychologischer Ansatz wird hier der Fragestellung zugrunde gelegt. Hierbei wird auf bisher geltende Einschätzungen der Körperdimensionen Bezug genommen, dass zwar ein allgemeiner abgemagerter Zustand wahrgenommen werden kann, einzelne Körperbereiche jedoch überschätzt werden. Diese so genannte Körperschemastörung wurde bisher als entscheidender Indikator der Klassifikation der Anorexia nervosa zu Rate gezo-

gen. Inwieweit die Körperwahrnehmung sich als ein generelles Problem in der Adoleszenz darstellt und inwiefern sich hieraus ein Krankheitsindikator ablesen lässt, ist somit zentraler Teil der Fragestellung. Ein weiterer Aspekt der Körperwahrnehmung ist das Körperbild, welches den affektiven Aspekt der Körperwahrnehmung darstellt. Hier stehen bewusste Meinungen und Gefühle zum eigenen Körper und dessen Attraktivität im Vordergrund.

### **4.3 Einzelfallanalyse als Beispiel des methodischen Vorgehens**

Den vorangestellten theoretischen Überlegungen zum Krankheitsbild der Anorexia nervosa und zu seinen therapeutischen Konsequenzen, soll im folgenden Teil eine Zusammenführung versucht werden und exemplarisch an der Krankengeschichte einer Patientin (deren Name geändert wurde) erörtert werden. Im Hinblick auf den qualitativen Forschungsansatz soll mit Hilfe eines Fragebogens und einem „Problemzentrierten Interview“ (Mayring, 1996) die Einstellung zum Körper und möglichen Zugangsweisen zum Körper über bewegungs-orientierte Themen untersucht werden. Abschließend stellt sich die Frage, welche körperpsychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für PatientInnen mit Anorexia nervosa abgeleitet werden können, damit der Gesundungsprozess vorangetrieben werden kann.

Die ausgewählte befragte Person ist Patientin der Klinik für Essstörungen und ist mir durch Einzel- und Gruppenpsychotherapie bekannt. Mit einer Tonbandaufnahme war meine Interviewpartnerin einverstanden.

Die Interview-Leitfragen waren folgende:

- Welche Bedeutung hat Dein Körper, hat Bewegung für Dich?
- Wie erlebst Du Deinen Körper im Alltag?
- Wie fühlt sich Dein Körper in Bewegung an?
- Welche Bewegungsformen machen Dir Spaß, welche nicht?
- Was bedeutet Dir Sport?
- Welche Bedeutung hat Dein Körper für Deine Befindlichkeit?
- Wenn Dein Körper eine Stimme hätte, welche Botschaft/welchen Rat würde Dir diese Stimme vermitteln?
- Was wünschst Du Dir für Deinen Körper?

Die Leitfragen beziehen sich auf den persönlichen und den sozialen Kontext der Befragten, beziehen Zukunftsperspektiven mit ein. „Die Interviewsituation ist eine Inszenierung unter vielen möglichen, sein Selbst zu präsentieren“ (Stelter, 1996, S. 80). Die Darstellung muss nicht der in anderen sozialen Kontexten entsprechen.

Das Interview wurde wörtlich transkribiert, wobei unwichtige Textpassagen von der Verfasserin weggelassen wurden. Aufgrund der Verwendung von offenen Fragen, sind die Angaben der Patientin als Spontan-Aussagen zu verstehen. Bei dem Gebrauch von geschlossenen Fragen wären tendenziell andere Antworten möglich gewesen.

Darüber hinaus bearbeitete die Patientin einen Fragebogen, um ihre Einstellung zu ihrem Körper noch exakter herauszufiltern. Für die Beantwortung war ausreichend Zeit und Ruhe vorhanden.

#### 4.3.1 Falldarstellung

Die Patientin stellte sich mit ihren Eltern im Frühjahr in der Klinik vor (Name und Adresse geändert). Im ambulanten Erstgespräch wurde folgende Anamnese erhoben:

Karin Meier, geboren 03.05.1985, wohnhaft Schillerstr. 11,  
59223 Oelde/Westfalen

Größe 173 cm

Gewicht 44,5 kg

BMI 14,9kg/m<sup>2</sup>

Diagnose F50.0 (ICD 10) Anorexia nervosa

#### Psychotherapievorerfahrung

Die Patientin hat zwei Klinikaufenthalte von vier bzw. zwei Monaten hinter sich (Kinder- und Jugendpsychiatrie). Dort habe sie eigentlich nicht viel gelernt, man sei kaum auf sie eingegangen, auch z.B. nicht darauf, ob ihre Essstörung mit der Pubertät zu tun haben könnte. Da sei es immer nur um

Gewichtszunahme gegangen. Sie sei dort nicht allzu gern gewesen. Sie habe nun sechs Gespräche bei einem Psychologen hinter sich, der nett sei und der auch auf Gewichtszunahme achte.

#### Zur Symptomatik

Seit ihrem 13. Lebensjahr habe sie abnehmen wollen. Sie konnte sich gut disziplinieren und geriet in eine Magersucht. Danach (vielleicht auch vorher?) habe sie keine Lust zu irgendetwas gehabt und viel weinen müssen. Ihre Eltern sagten, sie sei als Kinde immer froh gewesen. Sie habe mit 11 Jahren einmal menstruiert und letztes Jahr ebenfalls einmal. Sie fände es gut regelmäßig zu menstruierten, das würde ihr willkommen sein. Manchmal, wenn sie sich im Spiegel betrachte, habe sie noch das Gefühl, an manchen Stellen zu dick zu sein. Eine Gewichtszunahme auf ein Normalgewicht könne sie sich allerdings überhaupt nicht vorstellen. Ihr Wunschgewicht sei 48 kg.

Sie habe keine Schlafstörungen, schläft aber wohl acht Stunden durchschnittlich, keine Dissoziationsneigung, kein übertriebener Rückzug, indem sie unansprechbar wäre.

#### Aktuelle Lebenssituation

Sie sei auf dem Gymnasium (10.Klasse). Sie sei eine gute Schülerin mit guter sozialer Anpassung, sie habe viele Freundinnen und auch einen Freund, der sie bei ihrer Gewichtszunahme unterstütze. Ab dem vierten Lebensjahr habe sie Ballett gemacht, in letzter Zeit jedoch nicht mehr soviel Lust dazu, auch seien ihre Eltern dagegen gewesen. Sie mache nun keinen Sport mehr. Wenn sie zunehme, dann wünsche sie sich Kickboxen oder einen Tanzkurs.

#### Herkunftsfamilie

Die Schwester (+ 7) studiert Sonderpädagogik. Die Pat. möchte beruflich ebenfalls mit Menschen zu tun haben. Sie denke da z.B. an Kinderärztin. Zwischen den Schwestern gebe es eine gute Beziehung. Die Schwester sei das Gegenteil der Pat. : emotional und impulsiv. Sie könne gut ihre Meinung sagen. Die Pat. habe gehört, dass die Schwester auch zum Psychologen gehe, sie wisse aber nicht warum. Die Schwester sei der Mutter ähnlich, wie die Pat. dem Vater ähnlich sei.

Die Mutter (48 J.) sage was sie denke, sei aber auch leicht verletzt. Sie sei gelernte Bürokauffrau und habe die Tätigkeit beendet, als die Schwester zur Welt kam. Die Großeltern sehe die Pat. recht selten. Die Oma sei zurückhaltend und werde vom Großvater unterdrückt. Die Mutter habe sich von ihm früher ebenfalls unterdrücken lassen und als sie ihr Verhalten änderte, habe der Großvater sauer reagiert und gesagt, er werde nie mehr zu Besuch kommen, was er auch eingehalten habe.

Der Vater (50 J.) sei ziemlich ruhig, vertrete aber trotzdem gut seine Meinung. Er halte aber Aggressionen lange zurück, bis er platze. In dieser Hinsicht sei ihm die Pat. leider ähnlich. An dieser Stelle wäre sie lieber wie die Mutter. Der Vater sei Maschinenbauingenieur, seit einem Jahr aber wegen Schließung der Firma im vorgezogenen Ruhestand.

Die Schwester habe vor drei Jahren einen gefährlichen Autounfall gehabt, wobei sie fast gestorben wäre. Das habe sie aber verarbeitet.

#### Motivation

Die Eltern und die Pat. betonen, dass die Pat. selbst die Wahl haben soll, in die Klinik zu kommen, damit sie sich nicht unter Druck fühlt. Ansonsten habe sie mit stationärer Therapie eher demotivierende Erfahrungen gemacht. Sie erscheint aber recht aufgeschlossen dafür zu sein, in die Klinik kommen zu wollen, wenn sich in ihrem Essverhalten und in ihrem Gewichtsverlauf nicht entscheidendes ändert. Sie denke nicht viel über sich nach, sie könne sich vorstellen, dass ihr möglicherweise Dinge bewusst werden, bevor sie ihre magersüchtige Tendenz einstellen kann.

#### Zusammenfassung und Empfehlung

Die Pat. ist im augenblicklichen Schönheitsideal verfangen (sie wollte auch einmal Model werden). Dazu kommt ein vermutlich mangelnder Umgang mit Aggressionen. Auch ist Autonomie Thema der Pat., wie bei der Mutter. Die Verabschiedung von einer fröhlichen Kindheit gelingt weder der Pat. so ganz, noch den Eltern. Eine Behandlung in der Jugendlichenabteilung der Klinik erscheint für die Bearbeitung der Problematik sinnvoll.

#### 4.3.2 Leitfadeninterview

Der Prozess der Transkription birgt verdeckte Probleme. Durch die Transformation kommt es zu einer Fragmentarisierung des lebendigen Dialoges zweier Subjekte, die den ersten Schritt der Auswertung und der Analyse des Interviews beinhaltet (vgl. Stelter, 1996, S. 90).

Die Verfasserin wählte folgende Textpassagen aus:

(T=Therapeutin, P=Patientin)

T: Wie hast Du Dich hier in der Klinik eingelebt?

P: Eigentlich ganz gut. Ich hab´ gleich am ersten Tag ´ne Freundin gefunden. Das Freiwillige fand ich sehr gut. Nur mit dem Essen war es für mich schrecklich, dass es morgens kein Knäckebrötchen gibt und ich ein Brötchen essen sollte. Und überhaupt sollte ich plötzlich wieder regelmäßige Mahlzeiten zu mir nehmen, mit Gemüse und Fleisch und so. Das hab´ ich schon ewig nicht mehr getan. Das war voll komisch. Und sonst hatte ich wahnsinnige Angst vor diesen Therapeuten und ich hatte noch mehr Angst vor dieser Körpertherapie. Ja, und diese Gruppenabläufe, das war für mich ziemlich schlimm, jedes Mal, wenn irgendeiner was erzählt hat, dann konnte ich mich nicht mehr zurückhalten und musste heulen, denn ich fand´ deren Lebensgeschichten immer so traurig. Aber inzwischen hat sich das gelegt.

T: Und wie fühlt sich Dein Körper an, wenn Du wieder mehr Mahlzeiten zu Dir nimmst? Wie ist das dann in Deinem Bauch?

P: Naja, im Speisesaal für die Jugendlichen ist es ordentlich turbulent. Ich krieg´ immer die Panik wenn ich die anderen stochern seh´. Aber es ist wie in einer großen Familie, wenn alle zusammen essen. Bei uns wurde gar nicht mehr zu Hause zusammen gegessen. Deswegen fiel das auch alles gar nicht auf. Naja, und hier, nach einem halben Brötchen ist mein Bauch ganz schön dick, der ist dann wirklich dick, wie aufgedunsen. Dann hab´ ich solche Angst, dass der am nächsten Morgen dann nicht wieder weg ist, deswegen ess´ ich jetzt mittags von den meisten Sachen nur noch eine Gabel. Weil, wenn ich mich im Spiegel seh´, dann ist mein Bauch richtig fett. Und die Jun-

gens finden mich dann wieder doof. Ich meine immer, dass ich für die ´ne gute Figur haben muss, wenn ich bei denen ankommen will.

T: Was sagen denn die Jungens zu Deinem Körper?

P: Manche gucken immer so - dann weiß ich nicht, was die von mir wollen. Nich´das Sie denken das ich schon mal mit einem gegangen wäre. Einer hat mal gesagt „na du Flachbrett“. Naja, war ganz schön doof – ich hab´ ja oben nix, wegen dieser Krankheit.

T: Würdest Du Dich denn gern mal verlieben? Und wie glaubst Du kämst du dann mit Deinem Körper klar?

P: Äh, weiß nicht´. So knutschen und so was find´ ich voll ekelig. Aber eigentlich will ich später mal Kinder kriegen oder überhaupt mal wieder die Tage kriegen. Mein Papa sagt immer, dass ich doch endlich essen soll – der weiß´ ja gar nicht wie schwer das ist.

T: Was hat denn Dein Vater früher zu Deinem Körper gesagt?

P: Das er zu dick ist. Und das ich so nicht schön aussehe und so nie ´nen Mann krieg´.

T: Wie findest Du denn im Moment Deinen Körper?

P: Vom Aussehen gerade richtig, aber er ist etwas zu schlapp. Mir ist immer kalt und oft spür ich ihn gar nicht. Ich merke das nicht. Die anderen hier sagen mir dann, dass ich nicht bauchfrei ´rumlaufen soll. Meine Füße sind auch ein bisschen blau. Die Ärztin hat mir gesagt, dass das zur Krankheit gehört. Dann kann man wohl nichts machen.

T: Was fällt Dir bei den Wörtern Bewegung oder Sport ein?

P: In der Schule war es erst schön, aber irgendwann war es nur noch anstrengend. Weil ich das alles gar nicht mehr geschafft habe und dann auch wieder in so´ner Klinik war. Früher hab´ ich gern Ballett gemacht, so mit Auftritten und so. Bis ich dann umgekippt bin. Mein Ballettlehrer hat immer gesagt „Aus dir wird nie eine richtige Primaballerina“. Dabei habe´ ich mir solche Mühe gegeben. Heute würde ich gern wieder viel Fahrrad fahren, Seil springen, joggen, schnell rennen oder so was. Aber hier darf man ja gar

nichts mehr – angeblich wegen der Kalorienverbrennung. Ich mach´ sowieso meine Sit up´s auf´m Klo, vor allem vor´m Wiegen. Dann halt ich wieder mein Gewicht.

T: Wieviele Sit up´s machst Du denn täglich und wieviel Zeit nimmst du Dir dafür?

P: Ooch, bestimmt jeden Tag fünf mal fünf Minuten, oft auch länger. Meine Spitzenleistung war 100 pro Minute. Nach dem Essen laufe ich immer durch den Garten – hat noch keiner gemerkt. Oder ich stehe um fünf vor sechs auf und jogge unten durch die Turnhalle. Neulich hat mich eine andere hier bei den Therapeuten verpetzt. Das fand ich echt gemein. Mit der spreche ich jetzt nicht mehr.

T: Hast du jetzt Du jetzt im Moment auch diesen starken Bewegungsdrang oder was signalisiert Dir gerade Dein Körper/Deine Beine/Dein Po/Deine Arme? Welchen Impuls gibt es in Deinem Körper?

P: Äh, ich kann gleich nicht mehr denken. Können Sie nicht noch eine Massage für mich machen? Ich weiß gar nicht, wie mein Körper sich gerade anfühlt. Ich spüre das nicht. Ich sehe das nur, dass meine Füße noch blauer sind. Irgendwie bin ich in mir drin, aber mein Körper ist nur eine Hülle von mir. Eigentlich will ich mit dieser Hülle nichts zu tun haben. Dieser blöde Körper soll mich doch endlich mal in Ruhe lassen. Eigentlich möchte ich lieber jemand anderes sein. Oder besser noch gar nicht mehr da sein. Ich hab´ schon mal drei Schachteln Tabletten genommen - bloß die Oma hat mich gefunden und ich bin wieder aufgewacht. Das fand ich scheiße. Ich hab´ mir auch schon öfters die Arme aufgeritzt, war nich´ so schön, aber ich hab´ mich wenigstens gespürt. Hier sehen Sie mal die vielen Narben, das tut manchmal noch weh. Also, kriege ich jetzt noch ´ne Massage? Am Besten an den Füßen!

#### 4.3.3 Fragebogen

Die Patientin füllte folgenden Fragebogen aus:

##### **Einstellungen zu meinem Körper**

Bitte vervollständige die Sätze und beantworte die Fragen:

Im Moment finde ich meinen Körper...

*Nicht gerade sehr schön*

An meinem Körper gefällt mir besonders...

*Eigentlich gar nichts, vielleicht meine Augen oder Ohren*

Welche besonderen Fähigkeiten hat mein Körper?

*Er kann hohe Leistungen bringen*

Wann nutze ich diese?

*Beim Ballett war er früher sehr gelenkig*

Als ich ein Baby war, liebte ich an meinem Körper besonders...

*Meine Daumen*

Als ich im Kindergartenalter war, liebte ich an meinem Körper besonders...

*Ich erinnere mich nicht*

Als ich im Grundschulalter war, liebte ich an meinem Körper besonders...

*Ich glaube mein Körper gehörte einfach dazu. Er war nichts besonderes. Ich habe noch nie darüber nachgedacht.*

Was mag ich an meinem Körper am wenigsten?

*Meinen Bauch, meine Oberschenkel - die sind einfach zu fett*

Wie war das früher?

*Da war es mir egal, bis auf Papa's Sprüche dazu*

Welche Körperteile sind mir eher unwichtig?

*Füße*

Welche Botschaften/Gefühle hat mir meine Mutter in Bezug auf meinen Körper vermittelt?

*Sie meinte, ich wäre nie dick gewesen. Sie selbst sagt auch manchmal, sie müsste auf ihre Figur achten und nicht soviel essen. Für mich ist das Zeichen: „Schlank=Beliebt“*

Welche Botschaften/Gefühle hat mir mein Vater in Bezug auf meinen Körper vermittelt?

*Er hat mir immer gesagt, dass ich nicht so dick werden sollte wie Mama, weil ich sonst keinen mitkrieg´*

Welche anderen wichtigen Personen (z.B. Geschwister, Verwandte, Freunde) haben mir wesentliche Botschaften über meinen Körper mitgeteilt?

*Oma und Opa, beim Essen haben sie immer aufgepasst*

Welche schweren Erkrankungen/Unfälle hat mein Körper erlebt?

*Früher bin ich oft umgekippt, weil ich so schnell gewachsen bin.  
Die Magersucht, vielleicht, dass ich Tabletten genommen hab´*

Wann habe ich mich in meinem Körper am wohlsten gefühlt?

*Im Kindergarten*

Mein Körper sollte lieber aus... *gar nichts* sein.

Meine Hautfarbe... *könnte etwas bräuner sein*

Meine Körpertemperatur... *ist, glaube ich, zu niedrig (?)*

Mein Herzschlag... *ist, glaube ich, unregelmäßig*

Meine Augen sehen oft... *meinen Körper anders, als wie er ist*

Meine Ohren... *sind o.k.*

Meine Hände... *sind zu groß und kalt*

Meine Nase... *ist, glaube ich, gerade gewachsen*

Mein Bauch... *ist nicht schön und zu dick*

Mein Becken... *ist relativ breit*

Meine Beine... *sind manchmal unzufriedenstellend*

Mein Herz... *ist etwas angeschlagen*

Mein Körper beschwert sich bei meinem Kopf über...

*Das ihm immer kalt ist*

Deshalb wünscht sich mein Körper...

*Mehr Wärme*

Welche Erinnerungen habe ich an den Sportunterricht?

*Eigentlich gute, obwohl ich in Leichtathletik nie super war*

Welche Bewegungsvorlieben hat mein Körper?

*Früher Ballett. Heute weiß nicht*

Welche Bewegungen mag mein Körper gar nicht?

*Zu anstrengende*

Wann habe ich mich in meinem Körper am wohlsten gefühlt?

*Vor der Magersucht*

Wie möchte ich in 10 Jahren aussehen?

*Gute Figur (schlank aber trotzdem gesund), Ausstrahlung haben (fröhliche), sportlich*

Was sollte mein Körper unbedingt noch lernen?

*Auf Hunger und Satt zu reagieren*

Was wünscht sich mein Körper in der Körpertherapie?

*Entspannung, sich spüren lernen*

Was ich noch sagen wollte...

zu meinem Körper

*ich mag meinen Körper nicht, weiß auch nicht warum. Ich weiß nicht, was für ihn gut ist*

zu diesem Fragebogen

*war schwer zu beantworten*

Datum 1.Oktober 2001

Name K. Meier

Alter 16

Behandlungswoche 8.

Klasse/Schule Stufe 11, Gymnasium

Wohnort in NRW

#### 4.3.4 Auswertung

Die Angaben der Patientin, die keine Relevanz für den Therapieverlauf hatten, wurden weggelassen. Die angesprochenen Themen kamen im Interview sicher nicht in der gleichen Reihenfolge zur Sprache, wie dies im Leitfaden vorgegeben wurde. Eine Trennung der Themenbereiche, der jeweiligen Fragestellungen und deren Antworten, sind kaum möglich, sodass es zu Über-

schneidungen kommt. Die Spontan-Aussagen der Patientin erlauben dem außen-stehenden Betrachter jedoch einen Einblick in das subjektive Empfinden und in die Vorstellungswelt der Patientin:

Zu Beginn der stationären Therapie hatte Karin die Vorstellung, dass sie in der Klinik genauso weiteressen könne wie zu Hause und damit auch noch zunehmen würde. Von Anfang an wurde sie mit ihren Ängsten konfrontiert („vor dem Essen, den Therapeuten, dem Gruppenablauf und vor der Körpertherapie“). Karins verzerrte Körperwahrnehmung zeigt sich z.B. in ihrer Sorge „vor dem dicken Bauch nach einem halben Brötchen“. Diese unrealistische und absurde Vorstellung entspricht dem typischen Denkmuster einer anorektischen Patientin (s. Krankheitsbild). Große Bedeutung hat das Thema Sexualität, was sich jedoch nur auf kognitiver Ebene abbildet. Ihre ekeligen Gefühle beim Aussprechen der Worte „Knutschen/Kinder kriegen/Tage kriegen“ repräsentieren lang ersehnte Wünsche, die sogleich von einem äußerst rigiden Überich abgewertet werden müssen. Ihre normative Einstellung zur Mode („bauchfrei rum-laufen“) und zum Frauenideal („Flachbrett/so nie ´nen Mann abkriegen“) symbolisieren ihren Hunger nach Anerkennung, Aufmerksamkeit und nach Liebe. Die Botschaften des Vaters hat Karin internalisiert und als sich selbst-erfüllende Prophezeiungen in ihr Lebenskonzept aufgenommen. Das Lebensmotto des mütterlichen Objektes „Schlank = Beliebt“ greift bei der Patientin nicht.

Selbst optisch sichtbare Körpersignale („blaue Füße“) werden von ihr ignoriert bzw. auf resignative Weise beantwortet („dann kann man wohl nichts machen“).

Karins Balletterfahrungen weisen auf eine innere und körperliche Anstrengung hin, die von ihrem Lehrer abgewertet wurde, der nicht an ihr Können, ihren Erfolg glaubte. Ihr männliches Lehrervorbild reaktiviert den negativ geprägten Denkstil und die Misserfolgsprophezeiungen des Vaters.

Die Patientin kommt ihrem Bewegungsdrang durch regelmäßige Sit up´s nach, über deren Enthüllung sie sich ärgert. Sie erwartet ein co-abhängiges Verhalten ihrer Mitpatientin und nutzt nicht die Chance der Auseinandersetzung. Die Verleugnungsmechanismen sind aber dennoch soweit entzerrt, dass sie ihr zwanghaftes Verhalten benennt, obgleich es nicht reflektiert wird.

Karin's Eingeständnis „ihren Körper nicht zu spüren“, ihr selbstverletzendes Verhalten sowie auch ihren Suizidversuch zu benennen, verweisen minimal auf ein Nachlassen ihres psychischen Widerstandes. Ihr Wunsch nach einer Fußmassage lässt erkennen, dass ihr Körper durchaus angenehme Gefühle wahrnehmen kann, die die Patientin verbal auch einfordert.

Ihre jedoch insgesamt (noch) negativ geprägte Einstellung zu ihrem Körper spiegelt sich in den Antworten des Fragebogens wieder („mein Becken ist relativ breit/meine Beine sind manchmal unzufrieden-stellend“). Die Patientin gefällt sich selbst gar nicht, kann (will) sich nicht erinnern bzw. behält ihre Verdrängung bei („ich habe noch nie darüber nachgedacht“). Auffällig erscheint, dass ihr die Körperteile der Füße unwichtig sind. Diese Einstellung revidiert sie im zeitlich späteren Interview mit ihrem Wunsch nach einer Fußmassage und in einem „subjektiv-intuitivem Wissen“ (Stern), dass die Füße besondere Aufmerksamkeit bedürfen. Der „Volksmund“ teilt sich in den Weisheiten mit „auf sicherem Fuße stehen/mit den Füßen durch's Leben zu gehen“.

Karins Bedürfnis nach einer progressiven Entwicklung entspricht den inneren Körpersignalen „auf Hunger und Satt zu reagieren lernen/sich spüren lernen wollen“. Ihre Fiktion in 10 Jahren „eine gute Figur/eine fröhliche Ausstrahlung“ zu haben, „gesund zu sein“ widerspricht ihrem autoaggressivem Verhalten („mein Herz ist etwas angeschlagen“) und ihren suizidalen Tendenzen („mein Körper sollte lieber aus gar nichts sein“).

Die Ambivalenz der Patientin ihre Identitätskrise und ihre Autonomie-Bestrebungen zu bewältigen, differieren mit ihrer Klinikentlassung in der achten Behandlungswoche und einer einhergehenden Verlegung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotz kleinster therapeutischer Fortschritte hatte die Patientin innerhalb des Klinikaufenthaltes einen Gewichtsverlust von über acht Kg, wies einen BMI von  $12,2 \text{ Kg/m}^2$  auf, zeigte sich zunehmend apathischer und dissoziativ. Sie regulierte ihr Körpergewicht durch konsequente Nahrungsverweigerung und durch Nicht-Einhalten des Gewichtsvertrages.

PatientInnen mit Anorexia nervosa können in der Körperpsychotherapie neue Wege zu ihrem Selbst und zu ihrem Körper finden. Ihr Wunsch nach Aufmerksamkeit, Zuwendung und basalen Körperreizen erscheint unersättlich und gibt ein existentielles „Ausgehungert-sein“ Preis. Eine intensive, kontinuierliche Stimulation der Tiefensensibilität kann die Körperwahrnehmung schärfen und psycho-motorische Prozesse einleiten.

Für einige PatientInnen könnte diese Vorgehensweise den Krankheitsprozess mildern – für andere PatientInnen nicht.

### III Ergebnisse

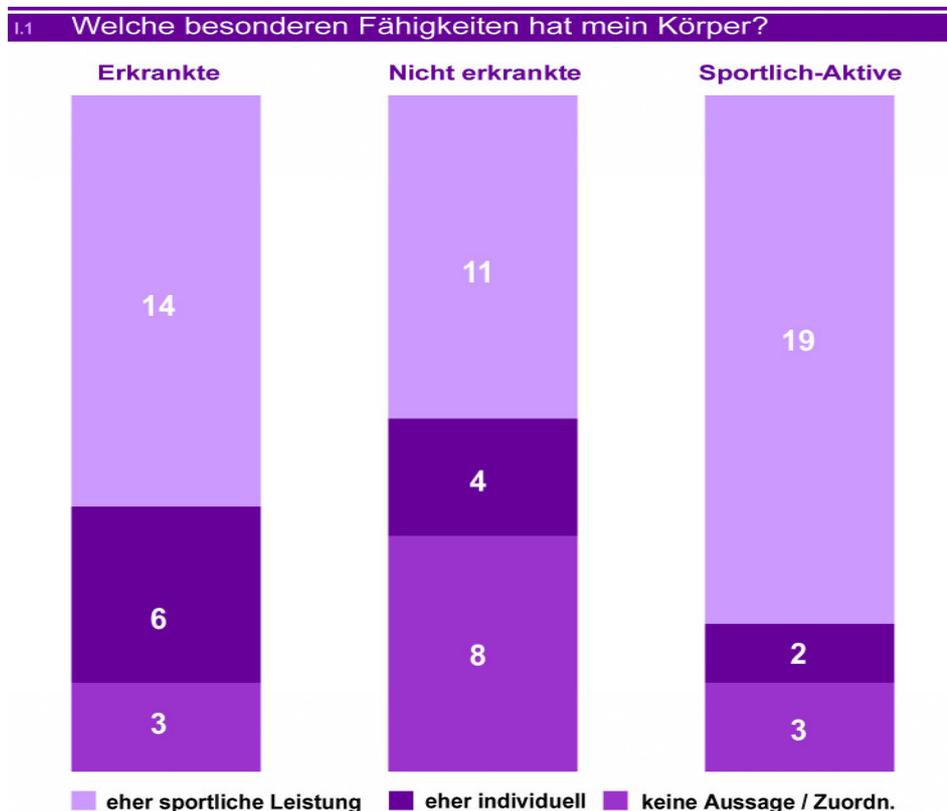
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung vorgestellt. Jeder Auswertungsfaktor beginnt mit einem Ergebnisüberblick in Form eines Säulendiagramms, um zunächst einen optischen Überblick über die Antwortstruktur zu geben. Die hier verwendeten Zahlen sind absolute Zahlen. Anhand der gewonnenen und diskutierten Erkenntnisse soll in der anschließenden Diskussion versucht werden, die neuen Parameter auf bestehende theoretische Konzepte zu übertragen.

## 5. Kategorienbildung

### 5.1 Sport und Bewegung

Einige Fragen des Fragebogens beziehen sich auf die individuelle Erfahrung des Körpers in Bewegung. Hierbei geht es nicht nur um motorische Körpererfahrungen, sondern auch um die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Fähigkeiten/Grenzen in der Gruppe.

#### „Welche besonderen Fähigkeiten hat mein Körper?“



Auffälligstes Merkmal dieser Kategorie ist, dass für die **Gruppe der Erkrankten** die körperlichen Fähigkeiten mit sportlicher Leistung und mit Bewegung in Zusammenhang gebracht werden. So antwortet ein überwiegender Teil der Mädchen auf die Frage nach der körperlichen Fähigkeit mit Bezugnahme auf Sportlichkeit. „Gelenkig, sportlich“ sind hierbei häufig benutzte Attribute, um körperliche Fähigkeiten zu definieren.

*„Er lässt sich prima dehnen“*

*„Mein Körper ist sehr sportlich“*

*„sportlich, ausdauernd“*

*„Er hat sehr viel Gelenkigkeit“*

*„Man kann ihn sich sehr verbiegen“*

*„lässt sehr viel mit sich machen“*

Die vielfach benutzten Adjektive lassen auf eine gewisse Sportlichkeit der erkrankten Mädchen schließen, wobei keine offensichtlichen Differenzierungen vorgenommen werden, die auf individuelle positive Erfahrungen schließen lassen. Die Körperlichkeit bzw. die Leistungsfähigkeit des Körpers bezieht sich auf motorische Fähigkeiten und wird nur in den erwähnten Ausnahmefällen als komplexes physisches Leistungssystem, welches dem Suchtverhalten standhält, betrachtet. Hier ist festzustellen, dass die Körperlichkeit als funktionaler (und funktionierender) motorischer Motor empfunden wird, weniger als biologisches System.

In der **Gruppe der Mädchen ohne gesundheitliche Auffälligkeiten**, ist augenscheinlich, dass auf die Frage nach den besonderen Fähigkeiten des Körpers bzw. nach der Nutzung dieser Fähigkeiten weniger häufig Antworten gegeben wurden. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sich diese Altersklasse kaum kognitiv mit Körperfunktionen auseinandergesetzt hat. Vielmehr wird der Körper und dessen reibungsloses Funktionieren als selbstverständlich empfunden. Aber auch in der Gruppe der unauffälligen Mädchen wurde bei der Beantwortung Bezug auf den sportiven Bereich genommen, wobei auffällt, dass hier weitaus häufiger differenziert wurde als in der Gruppe der Erkrankten, die allgemeiner geantwortet haben.

Die Differenzierung findet hier in spezifischen Teilbereichen des Sportes statt. Es lässt sich vermuten, dass hier Bereiche erwähnt werden, in denen die Mädchen Erfolge vorzuweisen haben, eventuell im Verein oder im Sportunterricht positive Verstärkung erfahren haben.

*„weit werfen“*

*„Beine hinter dem Kopf verschränken“*

*„weit springen“*

*„sehr weit laufen“*

Diese Erfahrungen des eigenen Körpers in Bewegung weist darauf hin, dass hier sehr wohl eine Wahrnehmungskonstruktion vorliegt. Seine eigenen körperlichen Fähigkeiten spezifisch zu beschreiben, kann somit nur in einem sozialen Umfeld stattfinden, welches Vergleichen gestattet. Denn „weit springen“ als besondere Fähigkeit zu nennen, gelingt nur, wenn das eigene Vermögen im Vergleich zu der geringeren Sprungweite der anderen betrachtet wird.

In der Kontrollgruppe der **sportlich aktiven Mädchen** offenbart sich, dass die Antworten auf die Frage nach den besonderen Fähigkeiten stark mit sportlichen Aktivitäten und spezifischen Bewegungen in Verbindung gebracht werden. Die überwiegende Mehrheit der Mädchen stellt an dieser Stelle einen solchen Zusammenhang her, was aufgrund der Interessen und Aktivitäten der Gruppe nicht überraschend ist.

*„Er kann prima den Rhythmus halten“*

*„kann gut balancieren“*

*„Er kann gut tanzen“*

*„Ich kann toll werfen“*

**Zusammenfassend** ist zu festzuhalten, dass sich auffällige Unterschiede in der Beantwortung der Frage nach den körperlichen Fähigkeiten in den drei Gruppen ergeben. In den beiden Gruppen der **Erkrankten** und der **sportlich aktiven Mädchen** wurde die Antwort weitaus häufiger in den sportlichen Bereich verortet, als es bei der **nicht erkrankten Kontrollgruppe** der Fall wäre.

Die Gründe hierfür scheinen jedoch unterschiedlicher Natur zu sein: Bei den **sportlich aktiven Mädchen** ergibt sich die Verortung sehr wahrscheinlich aus der persönlichen Perspektive – da diesen Mädchen durch ihre Interessen Sport und damit zusammenhängende Bewegungsabläufe sehr bewusst sind und sie fast ausnahmslos entsprechende Antworten gaben.

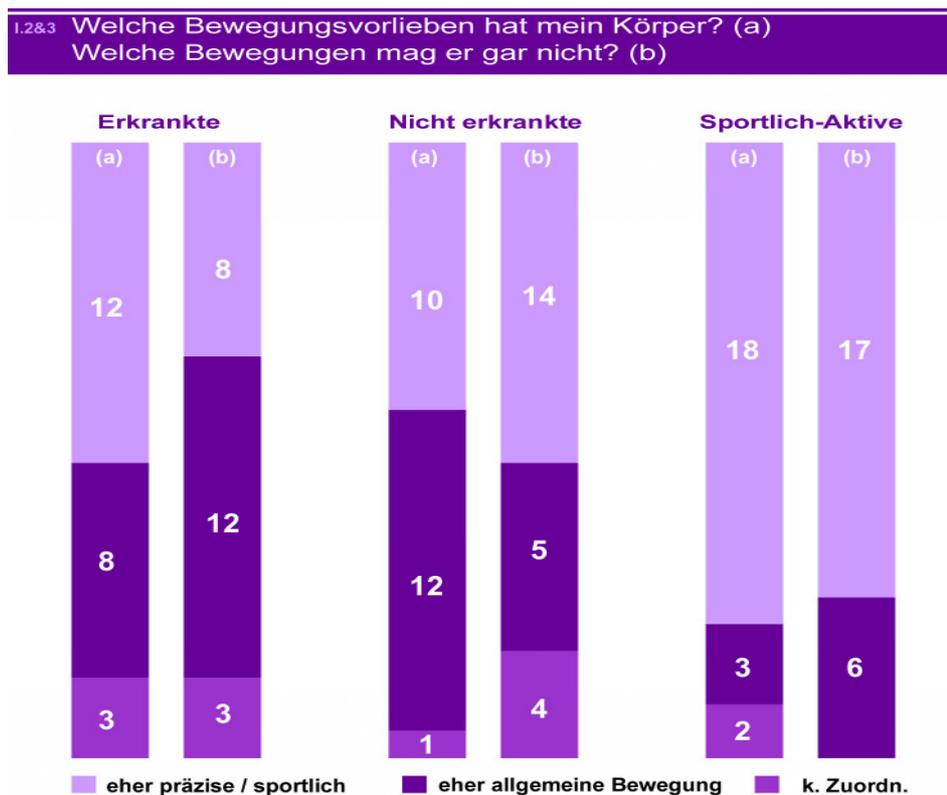
Anders sieht es bei der Gruppe der **Erkrankten** aus:

Nicht das in dieser Gruppe körperliche Fähigkeiten anders eingeschätzt würden, vielmehr ergibt sich die Schwankung vor allem aus der Enthaltensamkeit der Mädchen. So wurde diese Frage zu einem Drittel nicht beantwortet, während der Rest der Gruppe ebenfalls auf den sportlichen Bereich verwies. Die häufige Nichtbeantwortung der Frage lässt auf eine fehlende Selbstreflexion der eigenen Körperlichkeit schließen. Dieser Mangel geschieht weniger aus einer Ignoranz oder einer Verdrängung der eigenen Körperlichkeit heraus, sondern aus einer Selbstverständlichkeit, die darauf hindeutet, dass ein funktionierender Körper als „normal“ gedeutet wird.

Im Bereich der sportiven Fähigkeiten ist ebenfalls ein Unterschied zwischen den Gruppen auszumachen. Weitaus häufiger wird von den Gruppen der **unauffälligen Mädchen** und der **sportlich aktiven Mädchen** eine konkrete Spezifizierung der sportlichen Fähigkeiten vorgenommen als von der **Gruppe der Erkrankten**. Hier liegen wahrscheinlich positive Erfahrungswerte und Vergleiche für die Einschätzung zugrunde.

Diese Erfahrungen treten in der **Gruppe der Erkrankten** nicht so auffällig zu Tage, da die Antworten sich zwar auf den sportlichen Bereich beziehen, aber allgemeiner gehalten sind und somit eine Distanz vermitteln der Mädchen zu ihrem Körper in Bewegung.

**„Welche Bewegungsvorlieben hat mein Körper?“**



In dieser Kategorie werden von der **Gruppe der Erkrankten** die Bewegungsabläufe sehr häufig charakterisiert anhand von Sportarten, die auch dem Leistungssportbereich zuzuordnen wären, wobei viel Wert auf gemäßigtes Tempo und Zwanglosigkeit gelegt wird.

Die Bewegungsvorlieben des Körpers differenzieren sich je nach bevorzugter Sportart, so mögen einige Mädchen Ballspiele und Leichtathletik, andere entscheiden sich für Gymnastik oder Tanzen.

„Er tanzt ganz gerne“

„Er mag es, ausdauernd zu laufen“

„Mein Körper dehnt sich schön“

„Volleyball“

In der **Gruppe der nicht erkrankten Mädchen** wurde nicht ausschließlich mit der Nennung von Sportarten geantwortet. Vielmehr ist hier die Tendenz zu sehen, dass neben Joggen Spazieren gehen zu den präferierten Bewegungen gehört. Spezifische Bewegungen/Sportarten wie Federball, Fußball, Reiten, Spagat, Schwimmen, Springen, wurden nur vereinzelt genannt.

*„Spazieren gehen“*

*„Er joggt ganz gerne“*

*„Draußen unterwegs sein“*

*„ein bisschen laufen mag er“*

Auch in dieser Gruppe zeigt sich, dass Wert auf Zwanglosigkeit und Stressfreiheit gelegt wird in Bezug auf angenehme Bewegungsabläufe des Körpers.

Zu den Bewegungsvorlieben gibt es in der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** ebenfalls eine deutliche Tendenz zu Antworten, die konkrete Bewegungsabläufe und Sportarten beschreiben. Auffällig ist auch die hohe Anzahl an Antworten. Beides erklärt sich teilweise sicherlich - wie in der vorigen Frage - vornehmlich durch die persönliche Perspektive der Mädchen dieser Gruppe. So sind als typische Antworten entweder konkrete Sportarten genannt oder Bewegungsabläufe, die eindeutig sportlichen Aspekten zugeordnet werden können.

*„Er mag Dehnübungen“*

*„rhythmische Sportgymnastik“*

*„zur Musik bewegen“*

*„Ball werfen“*

*„Aufwärmübungen“*

In dieser Frage der kognitiven Einschätzung der eigenen Bewegungsvorlieben fällt auf, dass allen Gruppen der Rahmen, in denen die Bewegungen durchgeführt werden, sehr wichtig ist. Stressfrei und zwanglos sollte dieser sein, damit Bewegungen des Körpers als angenehm empfunden werden. Doch während die Gruppen der **erkrankten** und der **sportlich aktiven Mädchen** Bewegungsvorlieben fast ausschließlich anhand von Sportarten charakterisiert, trifft die **Gruppe der nicht Erkrankten** Aussagen, die sich vom typischen sportiven Rahmen entfernen. Hier zeigt sich ein zwangloserer Umgang mit den eigenen Bewegungsvorlieben, der in der **Gruppe der Erkrankten** so nicht zu finden ist. Der Bezugsrahmen wird größtenteils vom Schul-/Leistungssport gesteckt, so dass es den Anschein erweckt, als ob Körperbewegung kaum außerhalb dieses Rahmens beschrieben werden kann. Zu

vermuten ist, dass hier Bewegungen, die von der Kontrollgruppe als normal und angenehm empfunden werden, von der **Gruppe der Erkrankten** so nicht wahrgenommen werden.

Welche Faktoren diese Einschätzung beeinflussen, lässt sich nur vermuten. Wenn sich das anorektische Suchtverhalten als sehr destruktiv auf somatische Bedingungen auswirkt, von den Betroffenen allerdings nicht als zerstörerisch wahrgenommen wird, dann verwundert es nicht, dass potentiell angenehme physische Erfahrungen nicht empfunden werden können. Anders verhält es sich mit den unangenehmen Erfahrungen wie die nächste Frage zeigen wird.

*„Welche Bewegungen mag er gar nicht?“*

Bei der Beantwortung dieser Frage hingegen entfernt sich die **Gruppe der Erkrankten** von der Nennung von Sportarten und bewegt sich zu einer persönlichen Auseinandersetzung mit Bewegungsabläufen. So gibt es exemplarisch folgende Einzelantworten:

*„kurze, hetzende Bewegungen“*

*„stressige Bewegungen“*

*„Treppensteigen“*

*„hinfallen“*

*„rumsitzen“*

*„aufstehen“*

*„verbiegen“*

*„gar keine Bewegungen“*

*„treten“*

*„anstrengende Bewegungen“*

*„Bewegungen, die Stress und Druck und Zwang auslösen“*

Bei der Kontrollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** ist ebenfalls die Tendenz zu beobachten, dass anstrengende Bewegungen wie „Dehnübungen/-Spagat,“ oder „schnelles Rennen“ häufiger genannt wurden. Vereinzelt wurde „langes Stehen“, „Klettern“, „alle“, „wenn wir im Sport etwas machen, das ich nicht mag“, „springen“ genannt.

In der Kontrollgruppe der **sportlich aktiven Mädchen** besteht – analog zu den Antworten auf die vorausgegangene Frage - eine deutliche Tendenz zu konkreten Nennungen von Bewegungsabläufen oder Sportarten, die als unangenehm empfunden werden. Dieser Umstand mag sich wiederum dadurch erklären lassen, dass die persönliche Perspektive dieser Mädchen eine durch sportliche Aktivität geprägte ist. Dafür spricht zum einen die hohe Zahl der Beantwortungen in der Gruppe, zum anderen die überdurchschnittlich qualifizierten Antworten wie „Langes Laufen“ oder „Dehnen“, die einen entsprechenden Erfahrungshorizont vermuten lassen können.

*„Weitsprung mag ich gar nicht“*

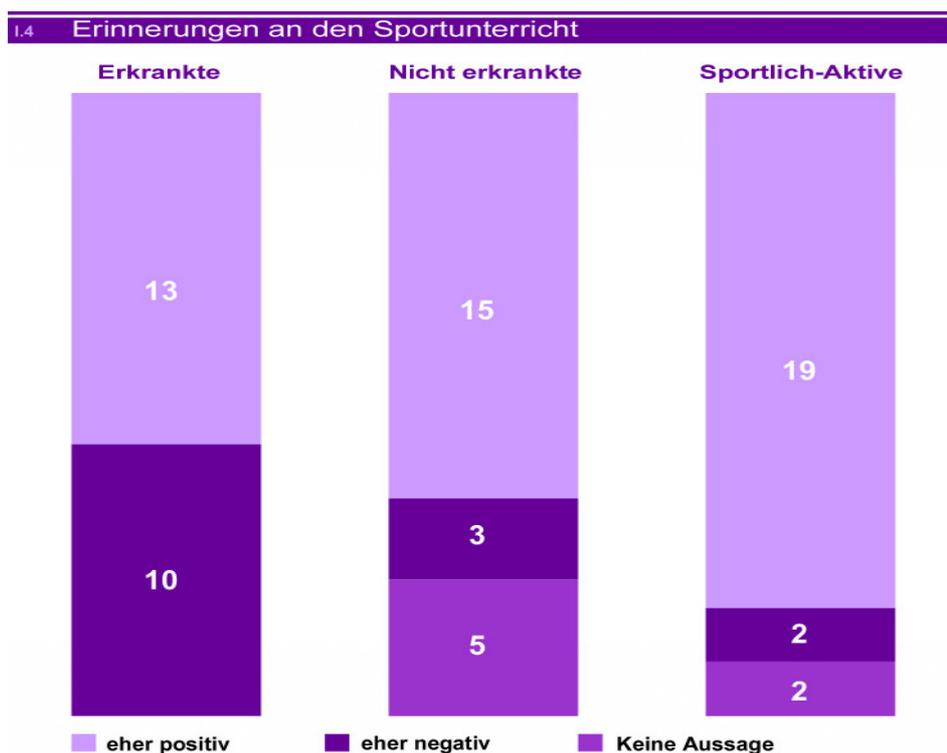
*„Langlauf ist blöd“*

*„Sich so zu verbiegen, dass es wehtut“*

Insgesamt gibt es eine Unterscheidung bei den Antworten innerhalb der drei Gruppen, die sehr auffällig ist: Während die Gruppen der **erkrankten** und die Kontrollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** kaum Bezug auf konkrete Sportarten nehmen, tun dies die **sportlich aktiven Mädchen** aus der zweiten Kontrollgruppe mit starker Tendenz. Diese starke Abweichung mag sich – wie insgesamt in dieser Kategorie – durch die sportlich orientierten Interessen dieser Gruppe erklären.

Interessant erscheint an dieser Stelle aber eher ein Vergleich zwischen den **erkrankten** und **den nicht erkrankten Mädchen**: In der Frage der als unangenehm empfundenen Bewegungsabläufe unterscheiden sich beide Gruppen kaum in ihren Antworten. Auffällig ist, dass hier von der **Gruppe der Erkrankten** kaum Bezug auf Sportarten genommen wird. Unangenehme Bewegungen können also im Gegensatz zu angenehmen von der **Gruppe der Erkrankten** genau erkannt und spezifiziert werden. Interessant ist die Frage, worauf dieser Unterschied in der Wahrnehmung angenehm/unangenehm zurückzuführen wäre, ob die destruktive, ignorierende KörperEinstellung der an Anorexie Erkrankten physische Wahrnehmungen verhindert, die als angenehm empfunden werden können.

**„Welche Erinnerungen habe ich an den Sportunterricht?“**



In der Gruppe der **erkrankten Mädchen** ist eine starke Polarisierung festzustellen. So bewerteten über die Hälfte der Mädchen den Schulsport als schön, da sie sportlich waren/sind und so entweder die eigenen Leistungen einbringen konnten oder die Gruppendynamik lobten. Die andere Hälfte der Mädchen erinnert sich jedoch nicht gerne an ihre Schulzeit, da sie sich selbst entweder als unsportlich bezeichnet und das Verhalten der Mitschüler als negativ empfand.

*„War sehr, sehr blöd“*

*„ich war immer die Schlechteste“*

*„ich wurde immer als Letzte gewählt“*

*„Ich habe mich nicht so getraut, mich zu präsentieren“*

*„Mochte ich gar nicht“*

Die Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** antwortete zum größten Teil positiv auf die Frage nach den Erfahrungen im Sportunterricht. Nur etwa 10% bewerteten die Erfahrung des Schulsports als negativ.

*„Am Besten waren die Gruppenspiele“*

*„Mein Lieblingsfach“*

*„Da konnte ich zeigen, dass ich gut springen kann“*

*„Habe ich sehr gerne gemacht“*

Bei der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** setzt sich dieser Trend weiter fort: Der mehrheitliche Teil der Mädchen äußert sich klar positiv, es besteht somit eine klare Tendenz in dieser Gruppe.

*„Sehr gut, besonders im Team“*

*„Habe ich viel Lob bekommen“*

*„Immer gern, da kann man sich endlich bewegen“*

Weitaus häufiger wird von den Mädchen beider Kontrollgruppen der Schulsport als positive Erfahrung genannt. So lässt sich vermuten, dass auch beide Kontrollgruppen sportlicher wären als die **Gruppe der Erkrankten**. Dies mag in Bezug auf die sportlich aktiven Mädchen sicherlich auch zutreffen.

Mitentscheidend ist bei der Beantwortung dieser Frage aber sicher auch, dass die personale Einschätzung der eigenen Körperlichkeit und der physischen Fähigkeiten der erkrankten Mädchen denen der gesunden gegenüber geringer ist. Hier zeigt sich, dass die Präsentation des Körpers und dessen Leistung als unangenehm bezeichnet wird. Ebenso lässt sich vermuten, dass die durch die somatischen Veränderungen geringere körperliche Kraft auch dazu beiträgt, den Schulsport als unangenehm zu empfinden, da dieser auch immer eine Vergleichssituation der eigenen Körperlichkeit mit der von anderen darstellt.

### **Zusammenfassung:**

Betrachtet man die Kategorie der Körperbewegung, so ergeben sich einige Auffälligkeiten:

Besondere Fähigkeiten des Körpers werden von allen drei Gruppen tendenziell in den sportiven Bereich verortet. Die Einschätzung des Körpers erfolgt somit nach funktional-motorischen Maßstäben. Die Verortung des Körpers in den biologisch-psychischen Bereich ist dabei unterrepräsentiert.

Während sowohl die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** wie auch die der **erkrankten Mädchen** die besonderen Körperfähigkeiten größtenteils dem allgemein sportiven Bereich bzw. konkreten Bewegungsabläufen, die mit Sport in unmittelbarem Bezug stehen, zuordnen, differenziert die Kon-

trollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** stärker in individuelle Bereiche, in denen eventuell positive Erfahrungen gemacht worden sind. In Bezug auf die sportlich aktiven Mädchen lässt sich das Antwortschema zum Teil sicher mit dem persönlichen Erfahrungshorizont dieser Gruppe begründen. Im Gegensatz dazu fehlt den beiden anderen Gruppen dieser Horizont, was deren Unterschiedlichkeit betont. Die in der Kontrollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** formulierten Antworten wirken somit oft authentischer und persönlicher als die Antworten der **erkrankten Mädchen**.

Ebenso verhält es sich mit den angenehmen Bewegungsvorlieben. Diese werden sowohl von der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** als auch von der **erkrankten Mädchen** mit bestimmten Sportarten beschrieben, während die Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** deutlicher im Stande ist, als angenehm empfundene Bewegungen zu definieren. Auch hier wirkt das Verhältnis der Erkrankten zu ihren körperlichen Fähigkeiten, Annehmlichkeiten distanzierter und unpersönlicher zu betrachten.

Auffällig ist, dass es sich bei der Frage nach unangenehmen Bewegungen anders verhält. Auch hier ist – kategorietyisch – bei den Antworten der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** eine deutliche Tendenz zur Nennung spezifischer Bewegungsabläufe und Sportarten festzustellen. Demgegenüber sind auffälligerweise sowohl die Kontrollgruppe der **nicht erkrankten** als auch die **Gruppe der anorektischen Mädchen** in der Lage, Bewegungsabläufe zu sezieren und zu definieren. Hier liegt die Vermutung nahe, dass Anorexia nervosa möglicherweise in Verbindung stehen könnte zu positiven Körperempfinden. Ob das offensichtliche Unvermögen, positives Körpererleben zu empfinden, durch die Erkrankung entsteht oder ob ein physisches Missempfinden eine mögliche Disposition darstellt, müsste untersucht werden.

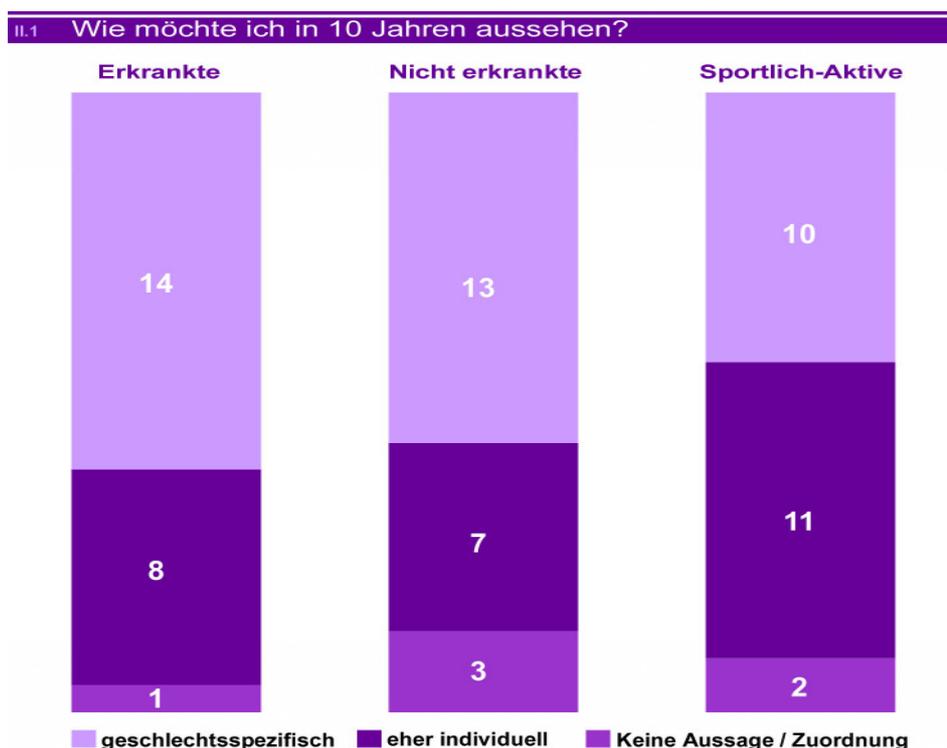
Die genannten Tendenzen werden weiterhin unterstützt durch die Frage nach der Erfahrung des Schulsports. Es ist die **Gruppe der Erkrankten** im eindeutigen Gegensatz zu **beiden Kontrollgruppen**, die zur Hälfte die sportliche Erfahrung im Rahmen des Unterrichts als unangenehm empfindet.

Auch hier scheint die eigene Körperlichkeit und die Erfahrung der bewerteten Körperbewegung und vergleichenden Körpersituation als negativ empfunden zu werden.

## 5.2 Medialer Einfluss

Nach medialen Vorbildern oder Wünschen wurde in den Fragebögen nicht explizit gefragt, trotzdem scheint ein direkter medialer Einfluss durch viel Antworten hindurch. Wie bereits im Theorieteil erwähnt wurde, ist das aktuelle Schönheitsideal abhängig von medialen Vorbildern. Gerade in Zeiten besonderer Unsicherheiten – wie auch die Adoleszenz als Übergangsphase eine Zeit der Umorientierung darstellt – wird Zuflucht genommen zu soziokulturellen Idealtypen. Wie der gängige Schönheitstyp aussieht, kommt gerade durch die Beantwortung der folgenden Frage sehr deutlich zum Ausdruck:

**„Wie möchte ich in 10 Jahren aussehen?“**



Hier fällt auf, dass in der **Gruppe der Erkrankten** überproportional häufig ein ähnlicher Idealtyp beschrieben wurde. Dieser ist mit folgenden physischen Attributen ausgestattet:

- Attraktiv
- Schlank (nicht zu dünn)

- Sportlich
- Gebräunt

Auffällig ist, dass sich die Mädchen auf einen fast identischen Idealtyp einigen, so dass die Vermutung nahe liegt, das gängige Schönheitsideal ist nicht ein auf individuelle Vorstellungen beruhendes, sondern eine sozio-kulturell bedingte Formalisierungsästhetik.

*„schön schlank, ohne Falten, sportlich, so eine Businessfrau eben“*

*„sportlich, frisch, schöne Haut, schöne Bräune“*

*„Jugendlich, schlank und ohne Falten“*

*„ein Hingucker eben“*

Auch in der Vergleichsgruppe **nicht erkrankter Mädchen** fällt auf, dass der in der anderen Gruppe genannte Idealtyp ebenfalls den Wünschen der Mehrheit entspricht. In dieser Gruppe haben zudem einige Mädchen ihr konkretes aus den Medien übernommenes Vorbild genannt. Die mediale Sozialisation hat, den Antworten nach zu urteilen, einen nicht geringen Einfluss auf die Wünsche pubertierender Mädchen.

*„so wie Anabell“*

*„schön und attraktiv, ein neue Jlo“*

*„Wie die Moderatorinnen im Fernsehen, immer schöne Kleider“*

Demgegenüber zeigen die Antworten der **sportlich aktiven Mädchen** ein ausgeglicheneres Bild. Hier können ungefähr die Hälfte der Antworten einem Idealtypus wie den anderen Gruppen zugeordnet werden, die andere Hälfte zeigt in ihren Antwortschemata andere Wünsche in Bezug auf ihr Äußeres in 10 Jahren:

*„gesund und vital“*

*„immer noch mit viel Energie, straffer Körper“*

*„Hauptsache gesund“*

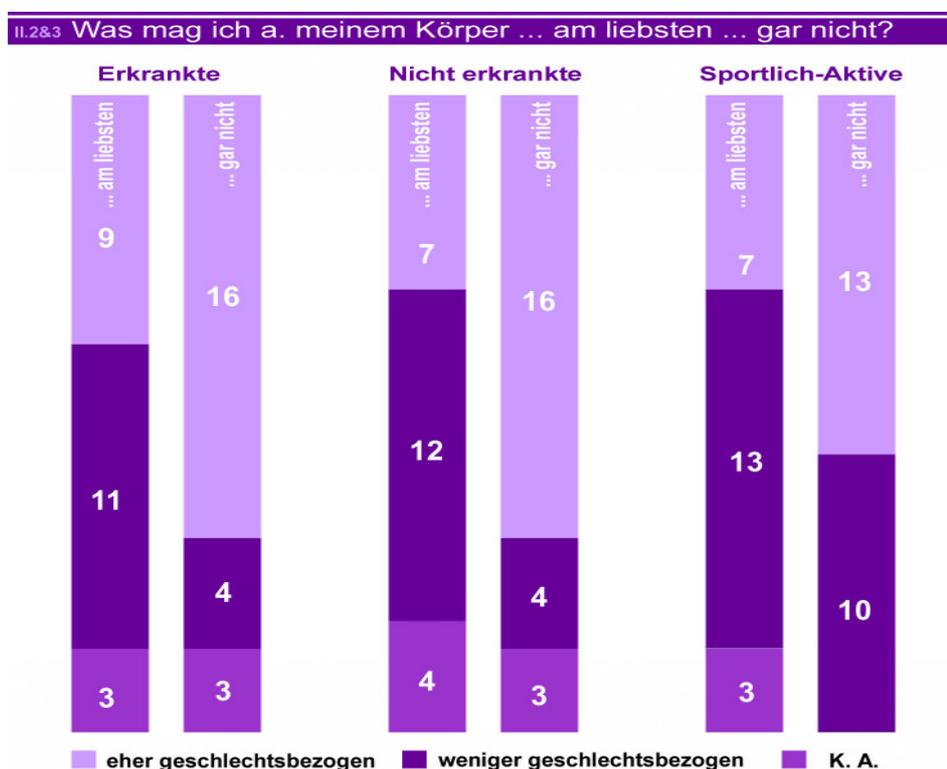
*„Fit und sportlich“*

*„Gesund“*

Bei dieser Frage unterscheiden sich die **sportlich aktiven** interessanterweise von den **nicht Erkrankten** ebenso wie von den **erkrankten Mädchen**

insofern, dass es bei ihnen ein ausgeglichenes Bild hinsichtlich des Schönheitsideals zu geben scheint. Währenddessen gehen die anderen beiden Gruppen der **nicht erkrankten** und der **erkrankten Mädchen** mit den Einflüssen der Medien konform und zeigen ein starkes homogenes Ästhetisierungsbestreben. Inwiefern dieser nicht geringe Einfluss Auswirkungen auf die Entstehung gestörten Essverhaltens hat, besonders, wenn die individuelle physische Erscheinung nicht mit dem gängigen Ideal konform geht, ist den Antworten nicht zu entnehmen. Eindeutig hingegen bleibt festzustellen, dass die medial vorgegebene Ästhetik große Auswirkungen gerade in der Zeit der Adoleszenz besitzt.

**„An meinem Körper gefällt mir besonders...“**



Auf die Frage nach den Körperteilen, die von den Mädchen als positiv betrachtet werden, wurden in der Gruppe der **Erkrankten** sehr häufig figurbetonte Antworten gegeben (Bauch, Po, Beine, Hüfte). Weniger häufig wurde auf das Gesicht/Augen verwiesen.

„Sehr schlank, Modellfigur“

„Schlanke Beine“

„Guter Po“

„Gute Figur, nicht so dick“

Ähnlich aufgeteilt zeigt sich die Antwortstruktur in der **Gruppe der Gesunden**.

Auch hier wurde sich am häufigsten auf die Figur bezogen, dann erst auf die Augen, das Gesicht.

*„Weibliche Figur“*

*„Meine Beine“*

*„Schlanke Figur“*

Demgegenüber weisen die Antworten in der Gruppe der sportlich aktiven Mädchen eine weniger deutliche Verteilung nach. Zwar werden auch hier figurbezogene Inhalte angegeben, eine Tendenz lässt sich jedoch eher in anderer Richtung sehen. Entsprechend ihrer sportlichen Ausrichtung scheinen diese Mädchen ein eher sportlich-funktionelles Körperschema zu haben als ein ästhetisch-figurbezogenes.

*„Straffer Körper“*

*„definierte Muskeln am Bauch“*

*„immer noch sehr straff am Po“*

Es zeigt sich, dass sekundäre Geschlechtsmerkmale in der Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit eine wichtige Rolle spielen. Die eigene Wahrnehmung der Körperlichkeit scheint von der Figur beeinflusst. Diese spezifische Wahrnehmung ist teilweise auch bei den sportlich aktiven, in jedem Fall jedoch stark bei den Gruppen der **erkrankten** und der **nicht erkrankten Mädchen** festzustellen und kann damit in den Bereich der Adoleszenz verortet werden. Weniger häufig wurde Bezug genommen auf individualistisch kennzeichnende Merkmale wie z.B. Augen, Lippen, Gesichtsausdruck. Doch nicht immer bieten die individuellen Anzeichen von Weiblichkeit Anlass zur Zufriedenheit, wie die nächste Frage aufzeigen wird.

**„Was mag ich an meinem Körper am wenigsten?“**

Sehr häufig wurde in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** Bezug genommen auf die eigene Figur. Hier zeigt sich eine große Unzufriedenheit mit der physischen Erscheinung (Po, Oberschenkel, Bauch, Beine).

*„meine Figur“*

*„Schreckliche Oberschenkel“*

*„Schwabbelbauch“*

*„Hässlich! Fett!“*

Fast exakt identisch behandelt die Antwortstruktur in der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen**. Auch hier herrscht die größte Unzufriedenheit mit der Figur.

*„meine dicken Beine“*

*„Meine Hüften – einfach fürchterlich“*

*„Ich hab´ einen dicken Bauch“*

In der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** ist wiederum eine deutlich breitere Verteilung der Aussagen ersichtlich. Zwar lassen sich Antworten teilweise einem figurorientierten Körperschema zuordnen, beinahe ebenso viele Antworten lassen diese Zuordnung jedoch eindeutig nicht zu.

*„die Beine“*

*„Meine kurzen Stummelbeine“*

*„meine Größe“*

*„ich bin so klein und pummelig“*

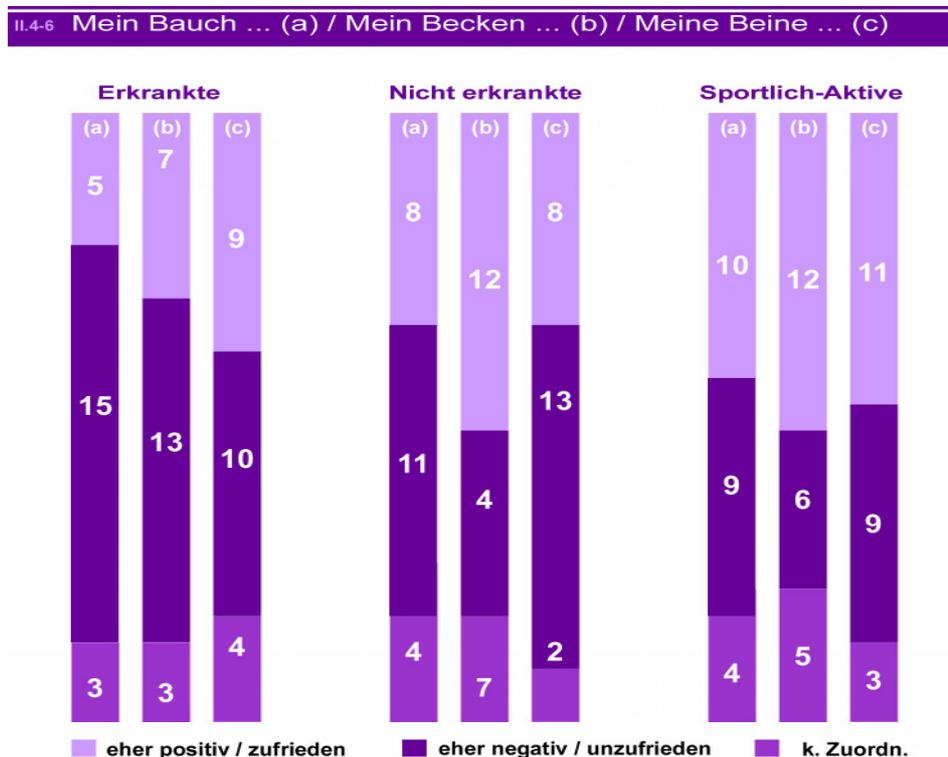
*„meine Hüftknochen“*

Es zeigt sich, dass, obwohl typisch weibliche Attributierungsmerkmale sehr wichtig für die pubertierenden Mädchen sind. Dieser Bereich ist jedoch auch derjenige, in dem die größte Unzufriedenheit mit der eigenen Erscheinung anzutreffen ist.

Dies trifft jedoch, wie bei den beiden zuvor ausgewerteten Fragen auch, auf **die sportlich aktiven Mädchen** am wenigsten stark ausgeprägt zu – obwohl es auch in dieser Gruppe als altersgemäß gelten müsste und somit zu erwarten wäre.

In den auf dem Fragebogen gestellten assoziativen Antworten werden auch diese Bereiche genauer untersucht.

**„Mein Bauch ...“**



Die **Gruppe der Erkrankten** gab bei der Befragung an, dass knapp die Hälfte der Mädchen mit ihrem Bauch unzufrieden sind und sich zu dick fühlen. Ein Fünftel zeigte sich jedoch zufrieden mit der physischen Erscheinung des Bauches.

*„ist schwabbelig“*

*„ist unzufrieden“*

*„naja, ist ok“*

Auch in der Kontrollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** antwortete die Hälfte der Mädchen ebenso. Hier war es jedoch etwa ein Viertel der Mädchen, die ihren Bauch akzeptabel fand.

*„ist straff“*

*„ist sehr weiß“*

*„hat einen schönen Nabel“*

Bei den **sportlich aktiven Mädchen** stellte sich ein besonders ausgewogenes Verhältnis in der Antwortstruktur dar: Etwas weniger als die Hälfte empfindet den Bauch als „zu dick“, aber ebenso viele äußern sich eher zufrieden.

*„könnte weniger sein“*

*„hat Muskeln“*

*„sieht gesund aus“*

*„Muss schlanker werden“*

Ebenso wie in der vorhergehenden Frage unterscheiden sich die Antworten der Mädchen nicht stark voneinander. Ungefähr die Hälfte aller Mädchen empfinden ihren Bauch als zu dick, weniger zeigten sich zufrieden. Die zufriedenen Antworten finden sich proportional am häufigsten in der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen**.

Ein Indiz könnte in der **Gruppe der Erkrankten** zu finden sein, in der zwei Mädchen ihren Bauch „fremdartig“ fanden und ihn nicht zu spüren glaubten.

Eine ähnliche Antwortstruktur in der **Gruppe der Erkrankten** ist auch in der nächsten Frage zu entdecken.

***„Mein Becken ...“***

Die Mädchen der **Gruppe der Erkrankten** beurteilten überproportional häufig ihr Becken negativ (zu breit, zu knochig). Nur ein Drittel zeigte sich zufrieden. Auch hier gaben wieder zwei Mädchen zu, ihr Becken als fremdartig zu empfinden.

*„ist viel zu breit“*

*„passt nicht zum übrigen Körper“*

*„steht so vor“*

Die Kontrollgruppe der **nicht erkrankten Mädchen** beurteilte größtenteils die Frage nach dem Becken positiv. Hier gab es nur ca. 20% negative Beurteilungen. Da sich aber über die Hälfte der Mädchen der Antwort enthielt, ist darauf zu schließen, dass das Becken als physisches Merkmal nicht im Vordergrund der pubertären Betrachtung zu stehen.

*„passt zu mir“*

*„sieht weiblich aus“*

*„ist ganz ok“*

Bei der Kontrollgruppe der **sportlich aktiven Mädchen** liegen die Antworten ähnlich wie bei der anderen Kontrollgruppe eher im positiven Bereich. Hier fällt auf, dass diese Gruppe die Frage nach dem Becken am häufigsten beantwortete, nur ca. 20% beantworteten diese Frage nicht.

*„kann schön schwingen“*

*„zeigt meine Weiblichkeit“*

*„ist schön schlank“*

*„gehört einfach zu mir“*

Anders verhält es sich mit den Beinen, hier liegt die Antwortquote bei fast 100 %, woraus zu schließen ist, dass gerade die Beine als ein besonderes Merkmal weiblicher Schönheit im Vordergrund der Betrachtung steht.

**„Meine Beine ...“**

In der Gruppe der **erkrankten Mädchen** beurteilten knapp unter der Hälfte der befragten Mädchen ihre Beine positiv, während ein Drittel der Mädchen sich nicht zufrieden zeigte.

*„sind schlank“*

*„sind sehr lang“*

*„ganz nett“*

*„total krumm“*

*„sind sehr dünn“*

In der Kontrollgruppe der **gesunden Mädchen** äußerten sich nur ein Drittel der Mädchen positiv über ihre Beine, während hier knapp zwei Drittel ihre Beine als zu dick befanden.

*„fürchterlich dick“*

*„haben schwabbelige Oberschenkel“*

*„könnten dünner sein“*

*„sind sehr moppelig“*

Die Antworten der Kontrollgruppe der **sportlich aktiven Mädchen** verteilen sich auch bei dieser Frage der Kategorie ausgewogen, so dass sich keine Tendenz erkennen lässt.

*„schlanke Beine“*

*„sind sehnig“*

*„zu dicklich, müssen dünner werden“*

## Zusammenfassung

Die Befragung hebt hervor, dass sich gerade im Hinblick auf die physische Erscheinung die Antworten der Mädchen in Bezug auf Vorstellungen und Wünsche stereotyp darstellen. Der Idealtyp der „erwachsenen“ Frau scheint somit einem sozio-kulturellen verbindlichen Ästhetisierungsmuster zu entsprechen. Hierbei unterscheiden sich die untersuchten drei Gruppen nicht wesentlich voneinander.

Auch die Verortung der Wichtigkeit einzelner Körperteile wird von allen Gruppen tendenziell mit den typischen weiblichen Merkmalen wie Po, Beine, Bauch, Brust vorgenommen. Bei allen Gruppen ist eine Unzufriedenheit in diesem Bereich mit der eigenen Erscheinung festzustellen. Ein großer Teil der Mädchen aller Gruppen empfand die eigenen erfragten Körperteile als zu dick, zu breit – und somit nicht einem gängigen Schönheitsideal entsprechend.

Die Frage nach den Entstehungsbedingungen von Essstörungen kann somit kaum allein auf den terroristischen Einfluss von Medien zurückgeführt werden, da es den Anschein macht, dass gerade die Adoleszenz im Allgemeinen besonders anfällig für von außen angebotene formale Ästhetisierungstendenzen gesehen werden kann.

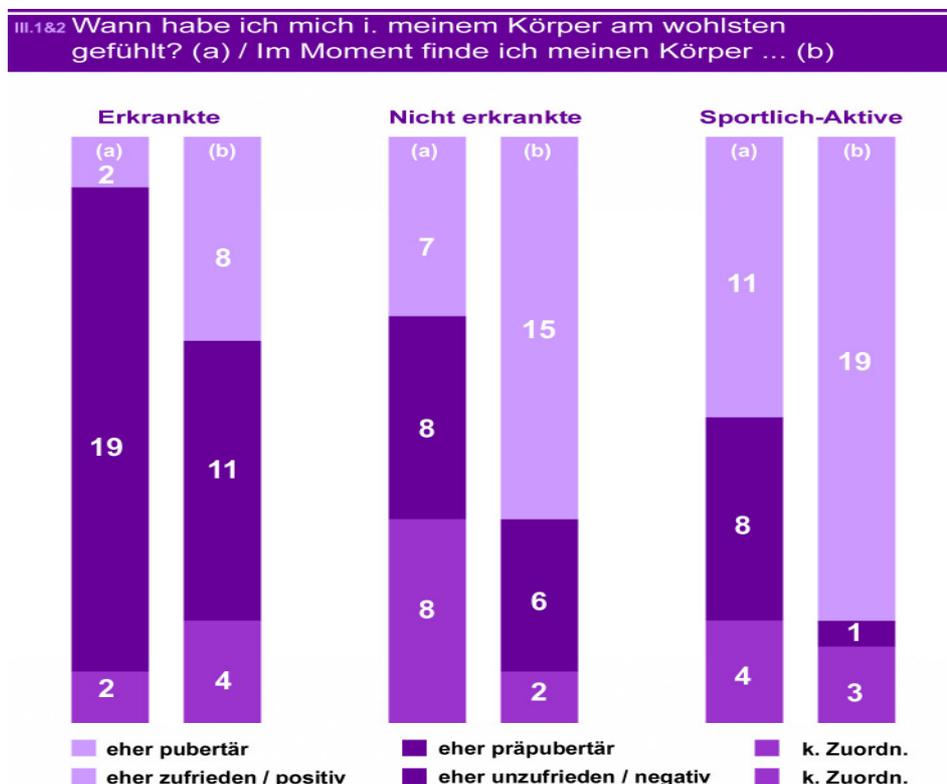
Es fällt auf, dass die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** in ihren Antworten dieser Kategorie insgesamt am wenigsten starke Tendenzen aufwiesen. Teilweise lässt sich diese Beobachtung innerhalb dieses Fragekomplex wiederum durch die persönliche Perspektive dieser Gruppe begründen: Die Fokussierung auf sportliche Bewegung mag diesen Mädchen auch in der Pubertät ein Gegengewicht zum ästhetisch-orientierten Körperschema bieten.

Eine gewisse Körperunzufriedenheit kann aber in allen Gruppen nachgewiesen werden, so dass sich hier die Frage stellt, wieso die eine Gruppe unauffällig bleibt, während die andere pathologische Muster aufweist. Ein Indiz kann in den vereinzelt Antworten vermutet werden, die in der **Gruppe der Erkrankten** gegeben wurde und auf eine in dieser Form in den **beiden Kontrollgruppen** nicht zu beobachtende Distanzierung von der eigenen Körperlichkeit hinweist. Dieser Aspekt soll in der anschließenden Diskussion vertieft werden.

### 5.3 Körpergefühl

Einige Fragen bezogen sich direkt auf das individuelle Körpergefühl.

#### „Wann habe ich mich in meinem Körper am wohlsten gefühlt?“



In der Gruppe der **erkrankten Mädchen** fällt auf, dass hier eine eindeutige Tendenz zu entdecken ist. Auf die Frage nach dem Zeitpunkt, zu dem die Mädchen sich am wohlsten in ihrem Körper gefühlt haben, wurden Antworten gegeben, die sich auf die Vergangenheit beziehen. Über die Hälfte der Antworten lassen sich auf den Zeitraum der Präpubertät datieren.

„Bis zum Ende der Grundschule“

„als ich noch nicht zur Schule musste“

„Als ich noch ein kleines Mädchen war“

„Ca. bis zum achten Schuljahr“

Die Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** fühlt sich fast zur Hälfte entweder „immer“ wohl im eigenen Körper oder „momentan“ besonders. Ein weiteres Drittel bezieht sich, wie die Mädchen der erkrankten Gruppe, auf einen Zeitpunkt der Vergangenheit. Sieben Mädchen nannten einen zurückliegenden Zeitpunkt der Präpubertät.

*„Jetzt!“*

*„Ich fühle mich immer wohl“*

*„Wenn ich mit meinem Freund zusammen bin“*

*„Als ich noch in die Grundschule gegangen bin“*

Die Antworten in der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** weisen ein ausgewogenes Verhältnis auf, etwas mehr als die Hälfte der Mädchen fühlen sich „jetzt“ oder „im Augenblick“ am wohlsten, etwa ein Drittel nennt Zeitpunkte, die deutlich präpubertär liegen.

*„Als ich noch klein war“*

*„jeden Morgen, wenn ich aufwache“*

*„wenn ich mich bewege und meinen Körper spüre“*

*„eigentlich immer“*

Unübersehbar ist in diesen Antworten impliziert, dass sich in der **Gruppe der Erkrankten** ein Unwohlsein im eigenen Körper herauskristallisiert. Während in den **Kontrollgruppen** trotz der somatischen und psychischen Umbruchphase ein Zufriedensein mit dem eigenen Körper vorhanden ist, scheint diese Zufriedenheit in der **Gruppe der Erkrankten** gar nicht vorhanden zu sein. Noch deutlicher wird diese Tendenz in der nächsten Frage.

*„Im Moment finde ich meinen Körper...“*

Die Fragestellung bezieht sich auf die persönliche Einschätzung des eigenen Körpers in der augenblicklichen Situation. Bei den **erkrankten Mädchen** antwortet ca. ein Drittel, dass es zufrieden wäre mit dem eigenen Körper, während ein weiteres Drittel sich als hässlich empfindet. Auch eine gewisse Fremdartigkeit dem eigenen Körper gegenüber wird erwähnt.

*„hässlich!!“*

*„unerträglich“*

*„fremdartig“*

*„ganz ok“*

Die **nicht erkrankten Mädchen** empfinden ihren Körper zu zwei Drittel als „ok“. Weniger als ein Drittel empfindet sich als zu dick.

*„sehr ok!“*

*„schön und schlank“*

*„prima“*

*„etwas zu dick“*

In der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** besteht eine auffällig deutliche Tendenz: Fast eindeutig werden auf diese Frage positive Antworten gegeben, bei einer einzigen negative Antwort.

*„sehr gut!“*

*„schön sportlich und straff“*

*„schön“*

*„ganz ok“*

Insgesamt fällt bei dieser Frage auf, dass weniger **erkrankte Mädchen** ihren Körper als gut annehmen als die Mädchen **beider Kontrollgruppen**.

Außerdem empfinden sich relativ viele Mädchen gerade in der Gruppe der **Erkrankten** als „hässlich“. Diese Einschätzung ist weder in der Gruppe der **nicht erkrankten** noch in der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** zu finden und kann demnach möglicherweise als typisch für die Erkrankten zu sehen sein.

### **Zusammenfassung:**

Ein positives Körpergefühl ist in der **Gruppe der Erkrankten** kaum zu finden. Im Gegensatz dazu fühlen sich in den **Kontrollgruppen** viele Mädchen auch in der momentanen Situation wohl in ihrem Körper. Hier ist ein regressives Denken in Bezug auf das eigene Körperempfinden nachweisbar. Ob die momentane Ablehnung des eigenen Körpers eine Disposition zur Erkrankung darstellt oder ob sich die Ablehnung erst im Lauf der Erkrankung eingestellt hat, ist nicht eindeutig festzustellen.

Die Frage nach dem Zeitpunkt der positiven Körperempfindung wird von den **erkrankten Mädchen** ausschließlich in die Vergangenheit verortet. In eine Zeit, in der typische weibliche Körpermerkmale noch nicht entscheidend für die soziale und personale Akzeptanz waren. Dass diese aber trotzdem als

entscheidend im Hinblick auf die physische Erscheinung betrachtet werden, zeigte die vorherige Kategorie und weist damit ein Kluft auf zwischen dem Bewusstsein, frauliche Attribute aufweisen zu müssen, sich aber mit den äußerlich sichtbaren Zeichen der Weiblichkeit nicht wohl zu fühlen.

Diese Annahme wird auch durch die vorhergehende Frage unterstützt: Weit- aus weniger **erkrankte** als **nicht erkrankte** oder **sportlich aktive Mädchen** sind mit ihrem Körper zufrieden, gerade in der ersten Gruppe ist zudem der eigene Körper als hässlich beschrieben worden. Das eigene Körperbild scheint somit einen Einfluss auf die Entstehungsbedingungen der Anorexia zu besitzen. Dieser Aspekt soll in der folgenden Diskussion genauer betrachtet werden.

#### 5.4 Reife und Sexualität

Obwohl der Bereich der Sexualität nicht explizit abgefragt wurde, ist die beginnende Geschlechtsreife in den Antworten der Mädchen ablesbar.

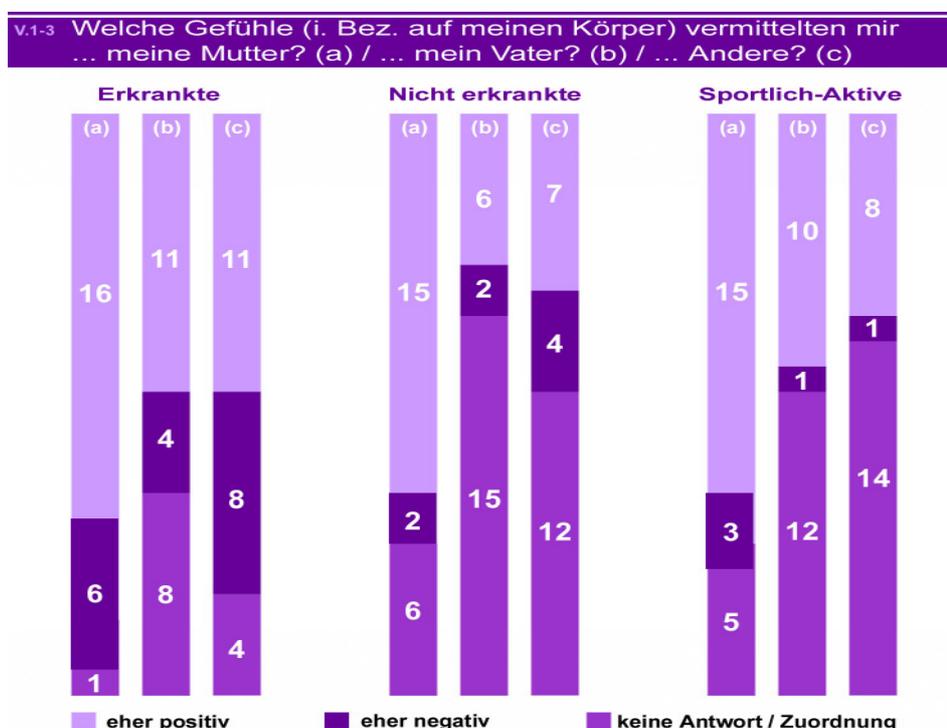
Betrachtet man die letzte Kategorie, so wird offensichtlich, dass sich die **Gruppe der Erkrankten** eher regressiv orientiert und dass typische sekundäre Geschlechtsmerkmale kaum thematisiert werden. In der Gruppe der Gesunden scheinen sich sowohl die somatischen als auch die psychisch-kognitiven Entwicklungen parallel zu vollziehen. In der **Gruppe der Erkrankten** ist hingegen ein Ungleichgewicht feststellbar. Nicht nur, dass die Präpubertät als letzter Zeitpunkt des Wohlfühls verortet wird, darüber hinaus scheint die somatische Entwicklung kaum mit Sexualität konnotiert zu werden. Nur in der **Gruppe der Gesunden** und der **Sportlichen** wird en passant der Bereich der Sexualität thematisiert. Während in der **Gruppe der Erkrankten** der Blick starr auf die Figur als ästhetisches Phänomen gerichtet ist, scheint der eigene Körper bei den **Gesunden** und der **Sportlichen** auch immer ein Medium der gegengeschlechtlichen Begegnung zu sein. Antworten wie „ich fühl mich wohl, wenn ich bei meinem Freund bin“ oder „meine Mutter sagt, ich krieg` jeden, den ich haben will“ lassen eine sowohl intellektuelle als auch körperliche Auseinandersetzung mit dem Bereich der Sexualität erahnen. In der Gruppe der Erkrankten hingegen wird dieser Bereich ausgeklammert. Inwiefern diese sich durch die Fragebögen herauszeichnende Kluft zwischen Weiblichkeit und Kindheitsdenken als Rückschluss auf die

Entstehungsbedingungen für eine Erkrankung interpretieren lassen, sollte in der abschließenden Diskussion geklärt werden.

## 5.5 Feed Back

In dieser Kategorie beziehen sich die Fragen auf die Meinungen und Äußerungen der sozialen Umwelt auf die körperliche Erscheinung der Mädchen. Da es zu vermuten ist, dass die Befragten die Fremdäußerungen sehr subjektiv interpretieren, wurde in der Fragestellung darauf Rücksicht genommen und explizit nach den fremdvermittelten Gefühlen gefragt.

### „Welche Botschaften/Gefühle hat mir meine Mutter in Bezug auf meinen Körper vermittelt?“



In der Gruppe der **erkrankten Mädchen** fielen die Antworten größtenteils positiv aus. Fast zwei Drittel der Mädchen äußerte sich wohlwollend über die mütterliche Meinung. Die Antworten bezogen sich häufiger auf die physische Erscheinung, aber auch die Akzeptanz des eigenen Körpers, so, wie er sei, spielte eine wichtige Rolle. Knapp ein Viertel der Befragten empfand die Botschaften der Mutter als negativ, wobei hier differenziert werden muss zwischen verschiedenen Aussagen: So lässt sich einerseits mögliche Konkurrenz zwischen Frauen vermuten, besonders durch „bewertende Blicke“, an-

dererseits impliziert die Aussage, „die Mädchen müssen aufpassen, dass sie nicht zu dick würden“ eine Strenge und Dominanz der Mutter.

*„Meine Mutter hat mir immer gesagt, dass ich genau aufpassen muss mit dem Essen“*

*„ich sollte meinen Körper mehr pflegen“*

*„Gesagt hat sie nichts, aber wenn ich Chips gegessen habe meinte sie: Reicht das nicht mal?“*

*„Sie hat mich immer so komisch angeguckt, wenn ich aus dem Bad kam“*

*„Sie hat gesagt, man strahlt das aus, was man fühlt“*

*„Stand immer hinter mir und hat mich ermutigt, mein eigenes Ding zu machen“*

*„sagte, dass ich hübsch bin“*

In der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** ist es knapp die Hälfte der Mädchen, die die Botschaft der Mutter als positiv bewerteten. Hier bezogen sich mehr Antworten auf die Akzeptanz des Körpers als auf ein Lob der physischen Erscheinung. Nur ein verschwindend kleiner Teil der Mädchen äußerte sich negativ über die Botschaften der Mütter, die ihnen das Gefühl des Dickseins vermittelt hätten. Auffällig ist, dass knapp ein Viertel der Mädchen sich der Antwort enthielt. Die Gründe hierfür sind nur zu vermuten. So könnte ein mangelndes Interesse beider Parteien aneinander vorliegen oder die mangelnde Reflexion der Mädchen über interpersonale familiäre Verhältnisse.

*„Sie sagte, dass es nicht aufs Aussehen ankommt, sondern auf die inneren Werte“*

*„Hat mir immer den Rücken gestärkt“*

*„man soll sich im Körper schon wohlfühlen“*

*„Das Aussehen ist egal“*

Die Antworten in der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** zeigen eine ähnliche Verteilung wie die andere Kontrollgruppe, etwas mehr als die Hälfte der Mädchen bewerten die Botschaften der Mutter als positiv, nur sehr wenige negativ. Ein Viertel der Mädchen beantwortete die Frage nicht.

*„Liebe ist wichtiger als alles andere“*

*„Hat mich gestärkt“*

*„Man ist so, wie man ist“*

Es fällt auf, dass in allen Gruppen die Botschaften der Mütter eher positiv empfunden wurden. Diese bezogen sich sowohl auf die äußere Erscheinung als auch auf die psychische Unterstützung. Während in der Gruppe der **Erkrankten** doch einige Mädchen die Botschaften der Mütter als negativ empfunden haben, sind es in den **beiden Kontrollgruppen** verschwindend wenige.

***„Welche Botschaften/Gefühle hat mir mein Vater in Bezug auf meinen Körper vermittelt?“***

In der **Gruppe der erkrankten Mädchen** beurteilten knapp die Hälfte der Mädchen die Botschaften des Vaters als positiv. Auch hier gab es neben dem Lob der physischen Erscheinung auch mentale Unterstützung in Bezug auf die Akzeptanz des Körpers. Ein Fünftel der Mädchen hingegen empfand die Meinung des Vaters als negativ. Hierbei stand die äußere Erscheinung im Vordergrund. Auffällig ist, dass knapp ein Viertel der Mädchen sich der Antwort enthielt. Hier ist entweder ein Desinteresse des Vaters zu vermuten oder die Omnipräsenz der Mutter.

*„Fand mich immer hübsch“*

*„Er hat so nichts gesagt, nur dass es wichtig ist, regelmäßig zu duschen“*

*„Er nennt uns Dünni und Dicki“*

*„sagte, dass ich schön schlank bin“*

In der **Gruppe der gesunden Mädchen** fällt auf, dass weit über die Hälfte der Mädchen sich der Antwort enthielten. Auch hier lassen sich die Gründe, wie bereits bei den Erkrankten, nur vermuten. Positive Meinungen vermittelten nur ein Viertel der Väter, während negative Meinungen nur zu einem verschwindend kleinen Prozentsatz auftraten.

*„Man soll damit zufrieden sein, was man hat“*

*„Er sagte, dass ich zu dick bin“*

*„sehr hübsch“*

*„Ich wäre ganz ok“*

Die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** deckt sich bezüglich ihrer Antwortstruktur bei dieser Frage beinahe vollständig mit der anderen Kontrollgruppe.

*„Nicht soviel auf die Meinungen anderer geben“*

*„ich bin hübsch“*

*„Innere Werte sind wichtig“*

*„Man muss sich Wohlfühlen im Körper“*

Auch in Bezug auf die Väter fiel die Gruppierung der Antworten ähnlich aus wie in der Fragestellung zuvor. Überwiegend positiv wurden die Botschaften der Väter empfunden. Auch hier ist es eher die Gruppe der **Erkrankten**, die die Meinung der Väter negativ beurteilten, während als unangenehm empfundene väterliche Einstellungen in den beiden **Kontrollgruppen** fast gar nicht auftauchen. Doch im Gegensatz zur vorhergehenden Frage fällt auf, dass sich in allen Gruppen viele Mädchen der Antwort enthielten – wobei die Gruppe der Gesunden prozentual stärker vertreten ist. Hier wäre es interessant, zu überprüfen, ob die Ursachen wirklich das Desinteresse der Väter vermuten lässt oder die Omnipräsenz einer dominanten Mutter.

***„Welche andern wichtigen Personen (z.B. Geschwister, Verwandte, Freunde) haben mir wesentliche Botschaften über meinen Körper mitgeteilt?“***

In der **Gruppe der Erkrankten** empfand nur ein Fünftel der Mädchen die Botschaften der weiteren sozialen Umwelt als positiv. Hierbei ging es fast ausschließlich um die äußere Erscheinung. Über ein Drittel hingegen empfand die Äußerungen anderer als negativ. Auch diese bezogen sich auf die Figur. Ein Viertel der Mädchen enthielt sich der Antwort.

*„Ich wurde lange als Dicke gesehen und gehänselt“*

*„Mein Bruder meinte immer, ich wäre so hässlich, mich mag ja eh keiner“*

*„Meine Cousine sagte, dass ich schon irgendwie komisch aussehe“*

Den Antworten in der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** nach war es knapp ein Drittel, die die Meinung der anderen als positiv (hübsch) empfand.

Auch diese Antworten bezogen sich fast ausschließlich auf die Figur. Ein Viertel der Mädchen enthielt sich der Antwort.

*„Meine Freundinnen finden mich hübsch“*

*„Ich hätte eine gute Figur“*

*„Sehr schöne Beine habe ich, meinte jedenfalls mein Freund“*

Bei der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** enthielt sich mehr als die Hälfte der Mädchen der Antwort. Die gegebenen Antworten sind wiederum fast ausnahmslos positiv, so dass auch hier ein Drittel der Mädchen Äußerungen aus dem eigenen Umfeld als positiv betrachtet.

*„Meine Sportlichkeit und meine Figur werden immer gelobt“*

*„Positive Blicke“*

*„Meine Figur ist top“*

Diese Aussagen belegen, dass die Haltung der sozialen Umwelt von den **erkrankten Mädchen** eher als negativ in Bezug auf die Figur empfunden wird. In den **beiden Kontrollgruppen** wird die Meinung der Anderen eher positiv geschätzt. Doch zu einem gleichen Prozentsatz enthielten sich Mädchen aus allen Gruppen der Antwort. Ob hier die Gewichtung von Meinungen der sozialen Umwelt eher in den familiären Bereich zu verorten ist, oder ob die Meinung anderer wirklich als nicht so wichtig wahrgenommen wird, als dass sie in die Einschätzung des eigenen Körperbildes eingeht, ergibt sich nicht aus der Antwortstruktur.

### **Zusammenfassung:**

Es ist ersichtlich, dass sowohl die Komplexität der Antworten als auch die der Quantität, die Meinung der Mutter als wichtiger Faktor in der Vermittlung von Gefühlen über den eigenen Körper für die Befragten als sehr wichtig empfunden wird. Überwiegend positiv stellt sich die Botschaft der Mutter für alle drei untersuchten Gruppen dar. In der Gruppe der erkrankten Mädchen indes bestimmen auch negative Gefühle die Antwortstruktur. Hier ist durch die Gewichtung in die eher positive Apperzeption ein Bruch zu der herkömm-

lichen Theoriebildung zu beobachten, der in der folgenden Diskussion vertieft werden soll.

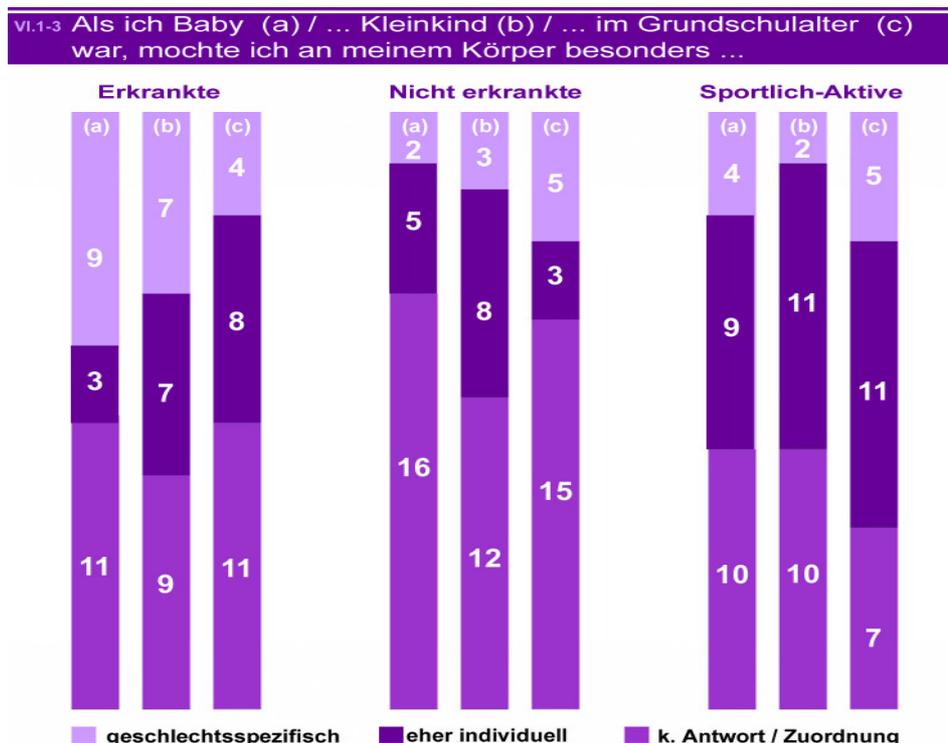
Bei den Vätern sieht die Antwortstruktur ähnlich aus. Auffällig ist jedoch, dass sich hier in allen Gruppen einige Mädchen der Antwort enthalten. Diese Tendenz entspricht zwar der Theorie, da hier die (psychische) Absencé des Vaters innerhalb der Erziehung als ein typischer Faktor der familiären Strukturen der Anorexia gesehen wird, betrifft jedoch beide Gruppen, so dass hier eher eine ordinäre gesellschaftliche Tendenz vermutet werden kann.

Das weitere soziale Umfeld wird von den beiden Kontrollgruppen überwiegend eher als positiv wahrgenommen als von den Erkrankten. Jedoch enthielten sich bei dieser Frage in allen drei untersuchten Gruppen übermäßig viel Mädchen der Antwort, so dass entweder die Ehrlichkeit bzw. die Authentizität der gegebenen Antwort zur Disposition steht oder von einer Überbewertung der Peergroup-Meinung innerhalb der Theorie ausgegangen werden kann.

## **5.6 Selbstwahrnehmung**

Die körperliche Selbstwahrnehmung, auch als dynamischer Prozess, ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt der kognitiven Entwicklung in der Adoleszenz und wurde auch in die Befragung aufgenommen. Zunächst einmal wurden biografische Erinnerungen erfragt.

**„Als ich ein Baby / im Kindergartenalter / im Grundschulalter war, liebte ich an meinem Körper besonders ...“**



**„... Babyalter ...“**

Auffällig ist in der Gruppe der **erkrankten Mädchen**, dass auf die Frage nach der Wahrnehmung des Körpers im Babyalters über ein Drittel als Antwort „Mein Daumen“ gaben. Noch mehr enthielten sich aufgrund mangelnder Erinnerung der Antwort.

„Meine Hände“

„Meine Daumen“

In der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** war es sogar weit über zwei Drittel der Mädchen, die sich der Antwort aus diesem Grund enthielten.

„meine Finger in den Mund zu nehmen“

„alles zu begreifen“

Bei der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** enthält sich knapp die Hälfte der Mädchen der Antwort.

„zu krabbeln“

„meine Finger“

**„... Kindergartenalter ...“**

Auch hier enthielten sich in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** weit über ein Drittel. Ein weiteres Drittel nannte die - fast immer langen - Haare als besonderes körperliches Merkmal, aber auch den Beinen kam hier schon neben den Daumen besondere Beachtung zu.

*„Meine schönen langen Haare“*

*„Meine kurzen Stummelbeine“*

*„Die Haare“*

*„Meine süßen Locken“*

In der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** enthielten sich wieder fast die Hälfte aller Mädchen der Antwort. Die übrigen Mädchen stellten die Hände in den Mittelpunkt der Betrachtung, auch die Größe und Beweglichkeit wurde vereinzelt genannt.

*„dass ich endlich laufen konnte“*

*„Mit den Händen zu basteln“*

*„endlich die Welt auf eigenen Beinen erkunden“*

*„Dinge anfassen zu können“*

In der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** findet sich wiederum eine Enthaltungsquote von knapp 50%. Die gegebenen Antworten verteilen sich breit und zeigen keine Tendenzen.

**„... Grundschulalter ...“**

Die Enthaltungen in der **Gruppe der erkrankten Mädchen** erreichten hier wieder fast die Hälfte der Antworten, den übrigen waren die Haare und die Beine sehr wichtig.

*„Meine schönen langen Locken“*

*„Meine langen Haare“*

*„Meine tollen langen Beine“*

Die Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** enthielt sich zu zwei Drittel der Antwort, die übrigen, vereinzelt Antworten bezogen sich auf die Hände, die Beine, das Gesicht.

*„Meine Beine machten mich immer schneller“*

*„Ich konnte feine Dinge mit meinen Händen machen“*

*„Mein süßes Gesicht“*

Die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** enthielten sich hier zu einem Drittel der Antwort. Die gegebenen Antworten verteilen sich unauffällig.

**„Meine Beine trugen mich den langen Schulweg“**

*„Meine Hände lernten schreiben“*

*„Meine Beine konnten in der Schulzeit stillhalten“*

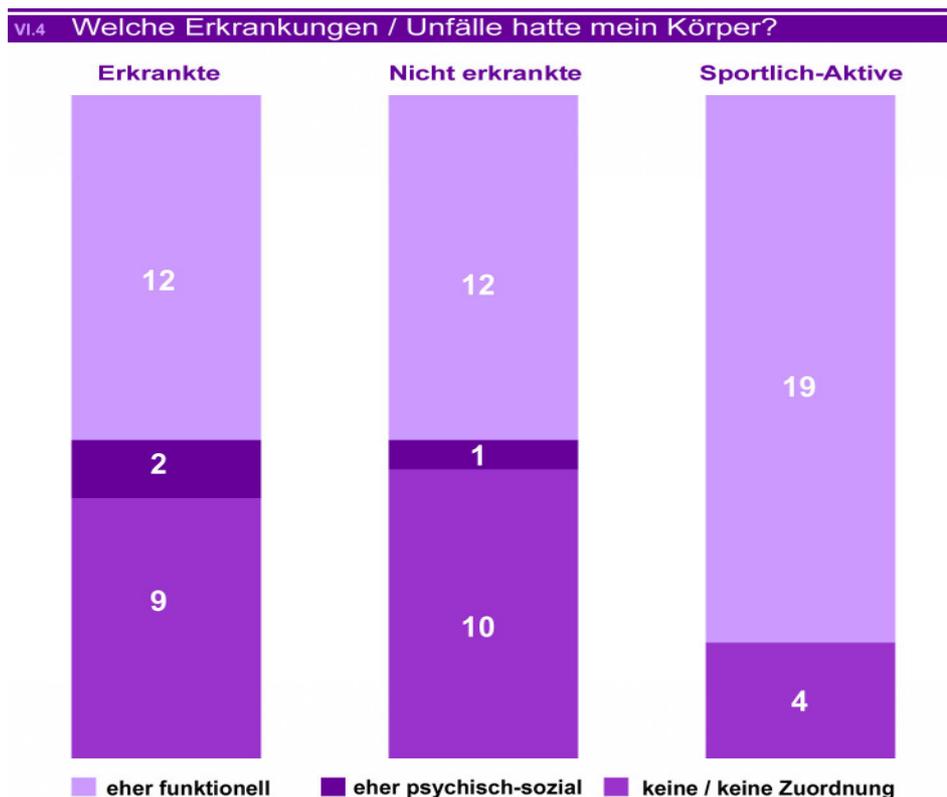
Wie zu erwarten war, unterliegt hier die biografische Körperwahrnehmung in allen drei Gruppen tendenziell kulturellen Stereotypisierungen. Die Assoziation des daumenlutschenden Babys ist hier vorherrschend, ebenso wie die des agilen Kindergartenkindes.

Auch die Grundschulerinnerungen stammen eher aus anderen Quellen denn aus eigener kognitiver Erinnerung. Fragen nach der frühen Kindheit und den damit zusammenhängenden Körpererfahrungen scheinen nicht exakt wiedergegeben werden zu können.

Zu vermuten ist hier, dass sowohl assoziative Stereotypisierungen und Kindheitserzählungen für die Nennungen verantwortlich zu machen sind. Da in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** häufig die „langen Haare“ als niedliches Mädchenattribut Erwähnung finden, während in **beiden Kontrollgruppen** diese Dominanz nicht zu finden ist, ist eine Tendenz festzustellen, dass kulturelle Geschlechtstypisierungen in der Gruppe der Kranken anscheinend eher verankert sind als in den Kontrollgruppen. Ob diese gesellschaftlichen Zuschreibungen letztendlich auch als eine Ursache der Erkrankung angesehen werden können, soll in der anschließenden Diskussion vertieft werden.

In Bezug auf die Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers wurde auch nach Extremsituationen körperlicher Erfahrung gefragt.

**„Welche schweren Erkrankungen/Unfälle hat mein Körper erlebt?“**



Auffällig ist, dass in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** über ein Drittel der Mädchen keine schwerwiegenden körperlichen Erfahrungen gemacht zu haben glauben, während über die Hälfte von physischen Erkrankungen berichteten. Nur zwei Mädchen nennen die Magersucht als schwere Erkrankung des Körpers.

„Blinddarmentzündung“

„Gehirnerschütterung“

„Masern“

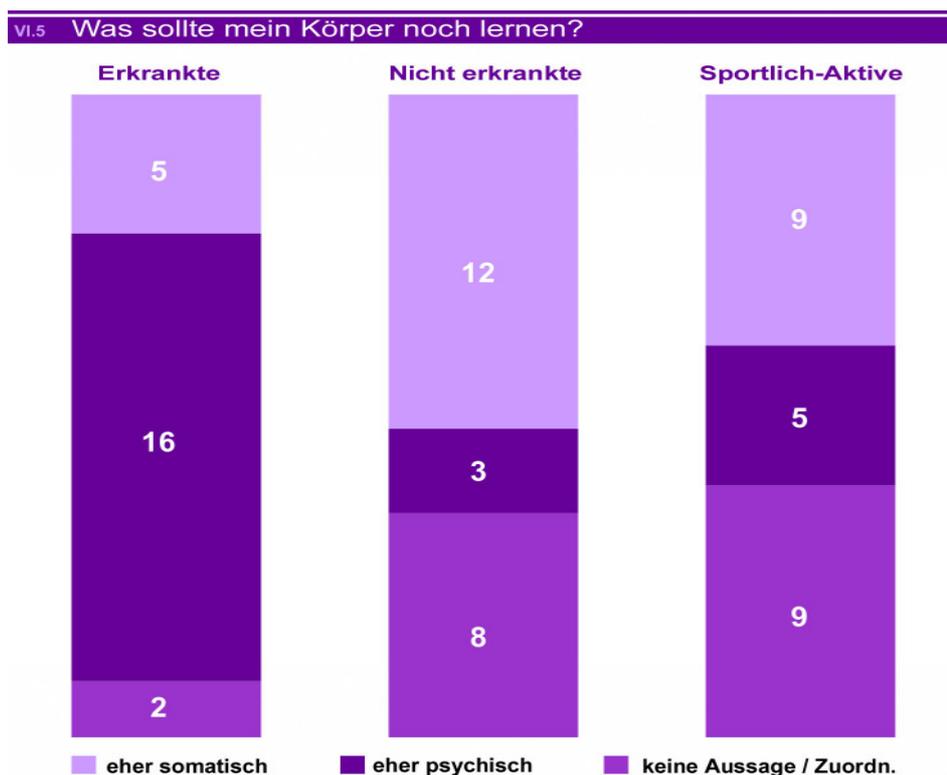
In der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** berichten über die Hälfte der Mädchen von physischen Erkrankungen, die sich vom Beinbruch bis zur Operation des Blinddarms erstrecken. Die andere Hälfte hat keine schwer wiegenden körperlichen Erfahrungen gemacht.

Die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** zeigt in ihrer Antwortstruktur eine ähnliche Verteilung wie die andere Kontrollgruppe, wobei die Zahl der Mädchen, die keine Angaben gemacht haben, in dieser Gruppe wieder am geringsten ist.

Es fällt auf, dass in allen drei Gruppen körperliche Erkrankungen als temporäre Defekte eines funktionierenden Systems wahrgenommen werden, psychische Erkrankungen mit somatischen Auswirkungen hingegen fast gar nicht erwähnt werden. Das Funktionieren des Körpers wird als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeit wahrgenommen.

Als besondere Auffälligkeit bei dieser Frage bleibt festzuhalten, dass gerade die Gruppe der **erkrankten Mädchen** die psychosomatische Erkrankung Anorexia nervosa als nicht erwähnenswert ansieht. Dies kann einerseits daran liegen, dass diese sich zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung/Therapie befanden und die Frage auf weiter zurückliegende Ereignisse verstanden haben, andererseits kann diese Verdrängung als Krankheitssymptom interpretiert werden.

### „Was sollte mein Körper unbedingt noch lernen?“



In der **Gruppe der erkrankten Mädchen** ist bei dieser Frage nun eine Auseinandersetzung mit der Krankheit auffällig. Die Antworten schließen die Akzeptanz des eigenen Körpers, aber auch größtenteils psychische Aspekte, aber auch somatische mit ein.

„sich selbst zu genügen“

„Auf Hunger zu reagieren“

*„Nicht mehr fremdartig zu sein“*

*„Der Kopf sollte den Körper akzeptieren“*

*„zuzunehmen“*

*„Kondition und Kraft“*

In der **Gruppe der Gesunden** wird die Priorität auf körperliche Ausdauer gelegt. Darauf fielen fast die Hälfte der Antworten. Die übrigen Mädchen bezogen sich größtenteils auf spezifische Fertigkeiten im sportiven Bereich. Auffällig ist, dass sich ein Drittel der Mädchen der Antwort enthielt.

*„mehr Ausdauer zu erreichen“*

*„Spagat zu können“*

*„Handstand zu lernen“*

*„keinen Muskelkater mehr zu haben“*

Ebenfalls etwa ein Drittel beträgt die Enthaltungsquote bei der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen**. Die gegebenen Antworten stellen sportliche Bewegungsabläufe oder konkrete Sportarten in den Vordergrund, wenn es darum geht, Lernziele für den Körper zu definieren.

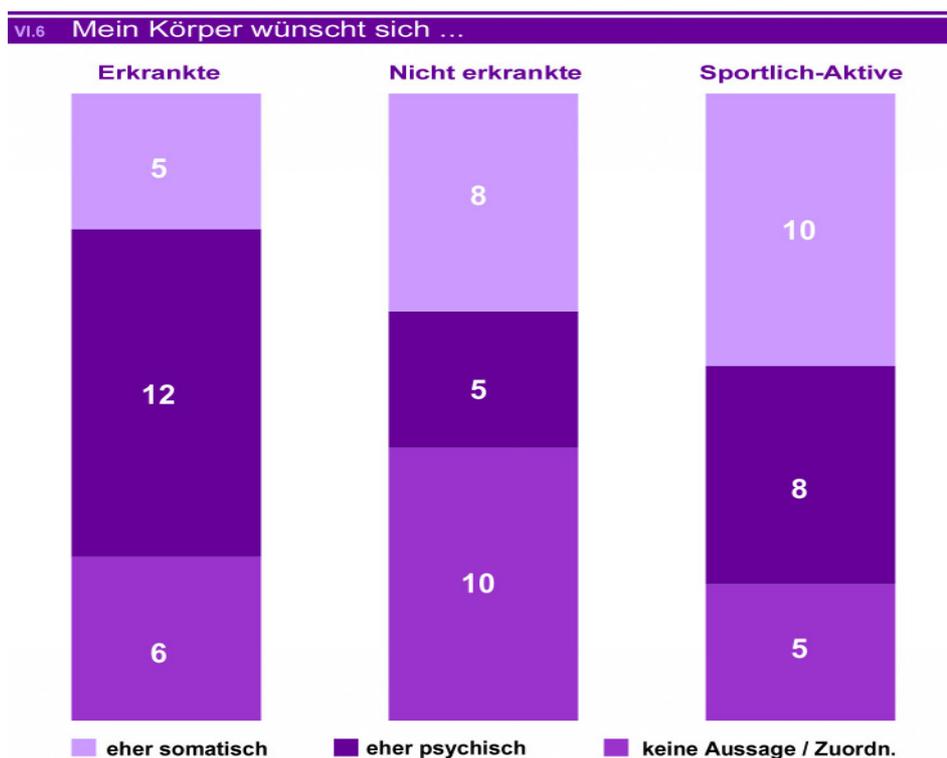
*„besser den Rhythmus zu halten“*

*„höher zu springen“*

*„elastischer zu werden“*

Eine zentrale Auseinandersetzung mit der Krankheit ist in der Gruppe der **Erkrankten** festzustellen. Hier werden die Lernziele sowohl in den psychischen als auch in den somatischen Bereich verortet, was bereits als Therapieerfolg bewertet werden kann. Beide **Kontrollgruppen** hingegen gehen unbefangener mit Lernzielen des Körpers um, hier stehen durchaus sportliche Kondition oder spezifische Fähigkeiten im Vordergrund.

### „Mein Körper wünscht sich ...“



Auch hier wurde in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** in über der Hälfte der Antworten Bezug auf die Erkrankung genommen. Ein Viertel der Mädchen enthielt sich jedoch der Antwort.

„Besser mit der Krankheit umzugehen“

„Mehr zu essen“

„Noch viel Kraft“

„Mehr Verständnis von mir“

In der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** fällt auf, dass sich die Hälfte der Antwort enthielt. Vereinzelt wurde Bezug auf die körperliche Erscheinung genommen, wobei jedoch körperferne Antworten wie „mehr Ruhe, mehr Schlaf“ überwogen. Ob dieser körperliche Mangel wirklich aus einem persönlichen Wunsch entstammt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Hier erscheinen die Antworten jedoch als Wiederholung von Ratschlägen.

„Mir mehr Ruhe zu gönnen“

„Eine bessere Kondition zu erreichen“

„dass ich ihm mehr Schlaf gebe“

„längere Ruhepausen“

Bei der Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** enthielten sich nur knapp 20% der Antwort auf diese Frage. Die übrigen gaben als Antwort zum Teil körperlich-funktionell orientierte Wünsche an wie z.B. bestimmte Fertigkeiten oder „mehr Ruhe“, zum Teil deuten aber die definierten Wünsche des Körpers auch auf eine Auseinandersetzung mit diesem hin. Dieser Aspekt ist stärker betont als bei der anderen Kontrollgruppe.

*„viel mehr Ruhe“*

*„dass ich ihn gesünder ernähre“*

*„eine bessere Kondition“*

*„dass ich ihm für seine Leistungen mehr Ruhe gönne“*

Auch diese Frage verdeutlicht, dass die Gruppe der **erkrankten Mädchen** sich mit den Wünschen des Körpers aufgrund der quantitativen Antworten viel stärker auseinandersetzen. Diese Reflexion kann als Therapiererfolg zu werten sein. Ebenso scheint bei den **sportlich aktiven Mädchen** eine Auseinandersetzung mit dem Körper auf mehreren Ebenen möglich zu sein.

Die Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** hingegen antwortete insgesamt nicht so häufig und ihre Antworten assoziieren elterliche Ermahnungen, so dass eine kognitive Umsetzung mit körperlichen Bedürfnissen eher unwahrscheinlich erscheint.

### **Zusammenfassung:**

Die ermittelte Antwortenstruktur ergibt, dass die körperliche Selbstwahrnehmung der frühen Kindheit weniger bestimmt ist durch reale Erinnerungen, sondern eher durch kulturelle Stereotype und Assoziationen (Baby = Damenlutschen). Ausgehend von den Ergebnissen weisen die **erkrankten Mädchen** eine stärkere Affinität zu geschlechtsspezifischen Typisierungen auf. Hier greift viel stärker das „niedliche Mädchen“-Schema als bei den Gesunden Mädchen, die eine größere Betonung auf die eigene Beweglichkeit legten.

Die Selbstwahrnehmung des Körpers in Extremsituationen wie Krankheiten oder Unfällen erweist, dass alle drei Gruppen hier ganz vorwiegend somatische Erkrankungen erwähnen, die die körperliche Funktionsfähigkeit des ei-

genen Körpers temporär außer Kraft setzt. Währenddessen werden psychosomatische Aspekte weniger betont, so wie überraschenderweise auch in der Gruppe der **erkrankten Mädchen** die gegenwärtige Erkrankung kaum erwähnt wird. Es ist anzunehmen, dass diese Tatsache in der therapeutischen Situation zu verorten ist, da die nachfolgenden Fragen bei den Erkrankten eine Auseinandersetzung mit der Krankheit vermuten lassen, während die Gesunden viel unbefangener mit den Lernzielen des eigenen Körpers umgehen.

### 5.7 Zusammenfassung der Befragungsergebnisse

Im Folgenden soll eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Kategorien die Resultate der Befragung veranschaulichen.

Einige Fragen haben aufgrund ihrer unergiebigsten Antwortstruktur keinen Eingang in die Auswertung gefunden; sie hätten die Übersicht über die einzelnen Kategorien unübersichtlicher gestaltet und sind - im Ermessen der Autorin – aus der Auswertung herausgenommen worden.

		<b>Erkrankte Mädchen</b> ( <i>distanziert, pathol.</i> )	<b>Unauffällige Mädchen</b> ( <i>größere Authentizität</i> )	<b>Sportliche Mädchen</b> ( <i>eher positiv</i> )
<b>Kategorien:</b>	<b>Beispielfragen:</b>	<b>Ergebnisse:</b>		
<b>Sport und Bewegung</b>	-Bewegungsvorlieben bzw. -abneigungen -Erinnerungen a.d. Sportunterricht	-formulieren kein angenehmes Bewegungserleben -benennen jedoch unangenehme Bewegungen und Sportunterricht	-benennen individuelle Bereiche authentisch, Sportunterricht	-benennen ihre spezifische Sportart, Sportunterricht
<b>Medialer Einfluss</b>	-Was gefällt mir besonders? -Aussehen i. 10 Jahren -Mein Bauch... / Beine ... / Becken ...	-Starkes Ästhetisierungsbestreben	-Starkes Ästhetisierungsbestreben	-Selbstbild eher unabhängig v. ästhet. Norm -sportlich-gesundheitliche Aspekte
<b>Körpergefühl</b>	-Wann am wohlsten gefühlt? -z.Zt. finde ich meinen Körper...	-Kein Wohlgefühl	-ca. zwei Drittel sind jetzt zufrieden mit sich	-fast alle sind jetzt zufrieden mit sich
<b>Reife und Sexualität</b>	-Gesamteindruck der Reife	-Regressives Denken -Verharren in Pubertät	-eher altersangemessene Antworten	-eher altersangemessene Antworten
<b>Feed Back</b>	-Welche Botschaften u. Gefühle hat mir ... Mutter / Vater / Andere ... zu meinem Körper vermittelt?	-Größter Einfluss d. Mutter z. Teil negativ erlebt -Wenig Mitteilung v. Vater	-Größter Einfluss d. Mutter insgesamt positiv erlebt -Wenig Mitteilung v. Vater	-Größter Einfluss d. Mutter insgesamt positiv erlebt -Wenig Mitteilung v. Vater
<b>Körperwahrnehmung</b>	-Erkrankungen / Unfälle -Wünsche an Körper -Wie war das als ... Baby / im Kindergarten / in der Grundschule?	-somatische Erkrankungen -hohes Schönheitsideal -hohe sozio-kulturelle Geschlechtstypisierung -"niedliches Kleinkind-Schema" (lange, blonde Haare)	-Mangelzustände ("Zu wenig Schlaf") -individuelle Entwicklung	-Stärkung motorischer Fähigkeiten -sportliche Ziele -individuelle Entwicklung

In der **Kategorie Körperbewegung und Sport** lässt sich festhalten, dass die Einschätzung der Körperbewegung und Körperleistung in allen Gruppen nach sportiven Maßstäben vorgenommen wird. Die Gruppe der **sportlich aktiven Mädchen** hebt in dieser Kategorie eine generelle Tendenz hervor, ihre persönliche Interessenslage bei der Antwortstruktur einfließen zu lassen – so antworten sie durchweg zu positiv.

Eine stärkere Differenzierung der Gruppe der **nicht erkrankten Mädchen** zeugt hier von einer größeren Authentizität, so dass die Aussagen der **erkrankten** oft distanziert und in der Theorie verhaftet erscheinen.

Den **erkrankten Mädchen** gelingt es überdies kaum, als angenehm empfundene Bewegungen zu benennen, im Gegensatz zu unangenehm empfundenen. Auch der Sportunterricht weckt in der Gruppe der Erkrankten oft unangenehme Erinnerungen. Der herausgearbeitete Aspekt in dieser Kategorie beschreibt die Entfremdung des eigenen Ichs vom Körper und die damit verbundene Scham in der Präsentation des Körpers vor anderen. Dieses Thema soll in der anschließenden Diskussion vertieft werden.

In der **Kategorie Mediale Sozialisation** stellt sich ein durch mediale Überformungen gestalteter Idealtyp der erwachsenen Frau dar, der von beiden Gruppen in ähnlicher Weise definiert wird. Auch die Platzierung, Gewichtung und Zufriedenheit von wichtigen „weiblichen“ Merkmalen wird von beiden Gruppen in gleicher Weise vorgenommen, so dass es sich nicht beweisen lässt, dass der mediale Einfluss in der Gruppe der Erkrankten stärker wirken würde als in der unauffälligen Gruppe. Die mediale Sozialisation hat demnach eine Wirkung auf die Adoleszenz in der Herausbildung eines ästhetischen Schönheitsideals, aber dieser scheint in der Gruppe der Erkrankten keine stärkere Beeinflussung auszuüben.

Interessant ist, dass dieses Ästhetisierungsbestreben in der Gruppe der **Sportlichen** fast gar keine Rolle einnimmt, diese orientieren sich eher an sportlich-gesundheitlichen Maßstäben.

Die **Kategorie Körpergefühl** belegt, dass die **Gruppe der Erkrankten** ein weitaus negativeres besitzen als die **Gesunden** und die **Sportlichen**. Diese fühlen sich zum größten Teil wohl in und mit ihrem Körper, wobei die **Sport-**

**lichen** zufriedener mit dem eigenen Körper sind als die **Gesunden**. Auffällig ist, dass in der **Gruppe der Erkrankten** ein regressives Denken festzustellen ist, dass ein positives Körpergefühl eindeutig auf den präpubertären Bereich verortet, der eindeutig frei von weiblichen Geschlechtmustern ist.

In der **Kategorie Sexualität und Reife** wird aufgezeigt, dass in den Antworten der **gesunden/sportlichen Mädchen** häufiger sexuelle Bezüge zu verorten sind als in den Antworten der Kranken, die eher dem Bereich der Kindlichkeit verhaftet bleiben. Die **Gruppe der Gesunden/Sportlichen scheint** sich sowohl in kognitiver als auch in somatischer Hinsicht parallel zu entwickeln, während die kranken Mädchen eindeutig in kognitiver Hinsicht dem kindlichen Bereich verhaftet bleiben wollen. Ob diese anscheinende Entwicklungsstörung als Ursache oder Folge der Erkrankung bewertet werden kann, soll in der anschließenden Diskussion vertieft werden.

In der **Kategorie Feedback** ist in allen Gruppen ersichtlich, dass die Mutter als sozialer familiärer Interaktionspartner gilt im Gegensatz zum Vater und der übrigen sozialen Umwelt. Somit ist die typische anorektische Familienstruktur „anwesende Mutter – abwesender Vater“ ein eher gesellschaftliches Phänomen.

Die Botschaft der Mutter wird in allen Gruppen überwiegend als positiv empfunden. In der Gruppe der Erkrankten zeigt sich, dass auch negative Bewertungen vorgenommen werden, aber auch hier zeigt sich eine vornehmlich positive Haltung, die konträr zu den herkömmlichen Theorien zu sehen ist und in der anschließenden Diskussion vertieft werden soll. Es zeigt sich sowohl in der Komplexität der Antworten als auch in der Quantität, dass die Meinung der Mutter als wichtiger Faktor in der Vermittlung von Gefühlen über den eigenen Körper für die Befragten als sehr wichtig empfunden wird. Überwiegend positiv stellt sich die Botschaft der Mutter für alle Gruppen dar. In der **Gruppe der Erkrankten** indes bestimmen auch negative Gefühle die Antwortstruktur. Hier ist durch die Gewichtung in die eher positive Apperzeption ein Bruch zu der herkömmlichen Theoriebildung zu beobachten, der in der folgenden Diskussion vertieft werden soll.

Die **Kategorie körperliche Selbstwahrnehmung** gibt an, dass die **Gruppe der erkrankten Mädchen** eine stärkere Gewichtung zur geschlechtsspezifischen Typisierungen besitzen als die **Gesunden** und die **Sportlichen**, die eine Unbefangenheit mit dem eigenen Körper vermuten lassen. Dieser Aspekt der schon frühen Polarisierung in der **Gruppe der Erkrankten** ist indes auffällig und soll in der Diskussion vertieft werden.

Abschließend ist festzustellen, dass die Antworten der **Gruppe der Gesunden/Sportlichen** in vielen Aspekten unbefangener und – was besonders in Bezug auf die eigene Körperlichkeit auffällt – altersgemäß reif wirken. In den Antworten der **Kranken** lässt sich eine kognitive Auseinandersetzung mit der Erkrankung feststellen, aber die Antworten in Bezug auf die eigene Körperlichkeit sind größtenteils von einer alterunangemessene Unreife geprägt, die sich in den präpubertären Bereich verorten lässt.

Interessant ist, dass bei den **Sportlichen**, im Gegensatz zu den **Gesunden**, eine geringere medial bedingte Formalästhetisierung festzustellen ist. Vielmehr sind es hier gesundheitlich-sportive Aspekte nach denen gestrebt wird. Somit würde sich die Frage stellen, ob es der Sport und die Erfahrungen damit ist, der die Mädchen in ihrer Wertebildung dahingehend stabilisiert, gegenüber der medialen Beeinflussung unanfälliger zu bleiben. Die Erfahrung der sportlichen Aktivität würde demnach zumindest teilweise eine Schutzfunktion gegenüber medialen Einflüssen darstellen.

## 6. Diskussion

Die anschließende Diskussion orientiert sich an spezifischen, im Theorieteil gewonnenen Ergebnissen. Folgende Aspekte, die sich als besonders auffällig bei den erkrankten Mädchen erwiesen haben, werden dabei in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt:

- Geschlechtsspezifische Sozialisation
- Familiäre Struktur
- Mediale Sozialisation/Peergroup
- Körperliche Selbstwahrnehmung
- Sportlichkeit

Diese aus der Theorie gefilterten Aspekte werden nun mit den aus der durchgeführten Befragung gewonnenen Untersuchungsergebnissen in Beziehung gesetzt, um so die theoretischen Erkenntnisse zu überprüfen.

Es steht jedoch außer Frage, dass die **in der Befragung gewonnenen Ergebnisse** als **subjektiv** gewertet werden müssen. Dieses ist einkalkuliert und gewollt, denn nur in der Verbindung der eigenen Wahrnehmung mit den theoretischen Erkenntnissen, lassen sich Schlüsse über die Lebenswelt der erkrankten Mädchen ziehen, so dass gezielte Aussagen über ihre Denk- und Gefühlsstrukturen getroffen werden können und so interventive Konzepte entwickelt werden können, die die Lebenswelt der Mädchen einbeziehen und so den Zugang zu den Erkrankten ermöglichen können.

### **6.1 Geschlechtsspezifische Sozialisation**

Wie die vorliegenden Untersuchungsergebnisse der **Kategorie Selbstwahrnehmung** zeigen, weisen die erkrankten Mädchen eine starke geschlechtsspezifische Sozialisierungsstruktur auf. Es ist festzustellen, dass bereits in der personalen Erinnerung an die frühe Kindheit von den erkrankten Mädchen eine sozial bestimmte Position des Weiblichen eingenommen wird. So bezeichnen sich die Mädchen in der biografischen Rekonstruktion als niedliche Geschöpfe, die besonders ihrer weiblichen Haarpracht wegen gelobt wurden. Hier ist schon eine frühe „Kultivierung der weiblichen Attraktivität“ (Horstkotte-Höcker, 1987, S.88) zu erkennen, die eher in soziale Determination zu positionieren ist als in individueller Erfahrung des eigenen Körpers. Diese soziale Rollendisposition wird als abhängigkeitsfördernd bezeichnet, da die eigene Attraktivität in permanenter Konkurrenz zu der übrigen ästhetischen Umgebung steht und somit eine Überanpassung an die erwartete Rolle den eigenen Erfolg als Belohnung durch das Wohlwollen der anderen garantieren lässt.

Anders verhält es sich mit den gesunden und den sportlichen Mädchen. Hier wird im Bereich der biografischen Erinnerung weniger Bezug zu kulturellen Stereotypisierungen genommen. In der eigenen Erinnerung wird auf die weit zurückliegende Zeit eher Stellung zur individuellen Entwicklung genommen.

Die eigene Körperlichkeit, entsprechenden Fähigkeiten und sich entwickelnden Fertigkeiten des eigenen Körpers werden hier besonders thematisiert. Von dem in der Theorie benannten „Mangel der „Risikoerfahrung mit dem eigenen Körper“ (vgl. Hagemann-White, 1984, S.97) ist in den Antworten der beiden Kontrollgruppen wenig zu spüren. Hier wird vor allem die Erfahrung des eigenen Körpers benannt, während (fremdbestimmtes) Ästhetisierungsbestreben eher seltener benannt wird.

Weiter ist zu beobachten, dass das von den erkrankten Mädchen vermittelte weibliche Ästhetisierungsverhalten keinen linearen Verlauf nimmt, sondern im präpubertären Zeitraum verhaftet bleibt. In der **Kategorie Körpergefühl** antworteten die erkrankten Mädchen eindeutig, dass sie sich vor der Pubertät am wohlsten in ihrem Körper gefühlt hatten. Die Kontrollgruppen hingegen nannten den gegenwärtigen Zeitpunkt als positiv für ihr Körperempfinden. Hier ist ein starkes regressives Denken der Erkrankten in Bezug auf ihr personales Körpergefühl zu verorten. Auch die Theorie erkennt ein Verharren innerhalb der frühkindlichen weiblichen Determinanten und Ablehnung der eigenen Geschlechtlichkeit. Zwei Gründe werden dafür angeführt: So ist zum einen eine unbewusste Ablehnung der weiblichen Rolle aufgrund der negativen Besetzung durch die Mutter genannt, zum anderen wird das Beibehalten der Kindlichkeit und Unterdrücken der eigenen Geschlechtlichkeit die Selbstkontrolle in einem Bereich des Lebens, der nicht von der Mutter bestimmt wird, ausgeübt (Mester, 1981).

Während die Theorie davon ausgeht, dass sich frühkindliche geschlechtliche Identitäten der Adoleszenz verfestigen und so das soziale weibliche Rollengefüge repräsentieren, das geprägt ist von Ästhetik, Sensibilität und Empathie, scheinen sich zumindest die Kontrollgruppen von dieser Einschätzung entfernt zu haben. So erweckt es den Anschein, dass von Sozialisationstheorien eher als männlich definierte Wahrnehmungsmuster wie die Erprobung der eigenen Körperlichkeit zu einem insgesamt positiveren Körpergefühl in eher unsicheren Phasen wie die der Adoleszenz führen. Hier wird die gängige Theorie unterstützt, die behauptet, dass es eine männliche Überlegenheit im Sozialverhalten von Jungen geben würde, das diese aufgrund ihrer sozia-

len Freiheit, Risikoerfahrungen mit ihrem eigenen Körper machen dürften. Das Fehlen dieser Erfahrung in der weiblichen Rolle würde hingegen kompensiert durch ein hohes Ästhetisierungsbestreben (vgl. Hagemann-White, 1984, S.97).

Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass die Übernahme von frühkindlichen weiblichen Stereotypisierungen anscheinend hingegen eher zu Schwierigkeiten in psychischen und somatischen Umbruchphasen führt, da die weiblichen Rollenmuster sich nicht an das biologische Alter anpassen, sondern eher statisch im frühkindlichen geschlechtlosen Status verhaftet bleiben. Die These, dass das Geschlecht ausschließlich sozial konstruiert und somit sich ein Unbehagen an der Weiblichkeit äußern würde durch ein konflikthafes Beziehungsgefüge zwischen somatischen Bedürfnissen und soziokulturellen Instanzen, führt zu der Annahme, dass sich die Sozialisationsbedingungen voneinander differenzieren (vgl. Ebrecht in: Köpp/Jakoby, 2000, S. 13f.)

Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese personale Einschätzung der Mädchen auf tatsächlichen unterschiedlichen Sozialisationsbedingungen beruht. Es ist eher nicht anzunehmen, dass einige Mädchen eher weiblichen und andere eher männlichen Sozialisationsbedingungen ausgesetzt waren. Die genaue Ursache dieser unterschiedlichen Aussagen ist den Untersuchungsergebnissen nicht zu entnehmen; sie kann nur aus dem Gesamtzusammenhang der Untersuchungsergebnisse interpretiert als Hypothese formuliert werden. Hier sollten weitere Untersuchungen angestrebt werden.

Da die erkrankten Mädchen in ihren Antwortstrukturen eher unsicher wirken und auch in der **Kategorie Feedback** zu einer Abhängigkeit von den Aussagen anderer tendieren, ist anzunehmen, dass diese viel stärker als die anderen Gruppen eine positive soziale Rückmeldung erhalten wollen. Diese ist von der ersten und wichtigsten Sozialisationsinstanz Mutter durch eine Überanpassung und eine Rollenanpassung zu erzielen. Die Kontrollgruppen können individueller und unabhängiger ihre Selbstwahrnehmung und ihre Körperlichkeit formulieren. So lässt sich interpretieren aussagen, dass den ge-

sunden Mädchen aufgrund ihrer personalen Konstitution die Entwicklung als Individuum eher gestattet war als den unsicheren Erkrankten innerhalb ihres familialen Gefüges. Dafür sprechen würden auch die finnischen Untersuchungsergebnisse, die von einer starken Dominanz der Mutter innerhalb der Familienstruktur der erkrankten Mädchen ausgehen( Taipale et al. 1971).

## **6.2 Familiäre Struktur**

Die Theorie legt ein besonderes Augenmerk auf die innerfamiliären Familienstrukturen der Anorexie-Erkrankten. So wird immer wieder auf einen Zusammenhang zwischen familiären Bedingungen und der Entstehung von Anorexia nervosa hingewiesen. Die von Minuchin als „anorektisch“ beschriebene Familienstruktur wird als eine traditionelle in Bezug auf die familiäre Rollenaufteilung bezeichnet (Minuchin et al., 1991, S.68f.). Der außerhäusig arbeitende Vater übernimmt die Rolle des (abwesenden) Familienernährers während die Mutter die zentrale Erziehungsposition übernimmt (vgl. Vernooij, 1987, S.72). In anorektischen Familien zeigte sich gegenüber unauffälligen Familien eine oft versorgendere Haltung der Tochter gegenüber, die jedoch der personalen Verantwortungsübernahme der Tochter im Weg stand (Herzog et al., 2004, S.148). Gerade die Mutter erscheint als die gesamte Familie dominierende und kontrollierende Person, die gerade im Mutter-Tochter-Verhältnis, dieser kaum Raum zur individuellen Persönlichkeitsentwicklung gestattet. Dieser extrinsische Druck durch spezifische Verhaltenserwartungen an die Tochter unterdrückt die autonome Entwicklung (vgl. Herzog et al., 2004, S.148). Taipales finnische Studie, in der die Mütter von 13 Patientinnen untersucht wurden, erwies zudem, dass die meist hoch intelligenten Mütter ihre eigenen Frustrationen durch Erwartungsprojektionen auf die Tochter zu überwinden versuchte. Die in der Adoleszenz einsetzenden Autonomiebestrebungen der Tochter verursachten bei den Müttern Angst vor dem Kontrollverlust, so dass die Fürsorge und Erwartungshaltung noch verstärkt wurde (vgl. Taipale et al., 1971, S.21ff.)

Durch die Dominanz der Mutter wird der Vater oft als physisch, aber auch psychisch abwesend erlebt.

Auch in der **Kategorie Feedback** der Befragung zeigt sich, dass die Meinung der Mutter quantitativ häufiger erwähnt wird als die der Väter. Auch die Quantität der Antworten erweist, dass die Meinung der Mütter für die Befragten als sehr wichtig erachtet wird. Die Mutter als direkte Bezugsperson nimmt scheinbar eine überproportional große Rolle ein. Diese Gewichtung entspricht im Wesentlichen der Einschätzung der Theorie. Auffällig ist jedoch, dass diese Verteilung nicht nur in der Gruppe der Erkrankten auftritt, sondern sich ebenfalls in den Kontrollgruppen zeigt. Die in der Theorie aufgezeigte formale Familienstrukturierung mit einer überproportionalen Präsenz der Mutter und Absence des Vaters kann dementsprechend nicht als auffällig gewertet werden. Vielmehr scheint es eine auf gesellschaftspolitische Bedingungen zurückzuführende Familienstrukturierung zu geben. So entspricht es trotz individualgesellschaftlichen Tendenzen der Norm, dass der Vater die Rolle des ökonomischen Versorgers übernimmt, ebenso wie es häufig noch die Frau ist, die sich dem Haushalt und der Erziehung widmet. Auch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich hier nicht nur um ein Eltern-Kind-Verhältnis handelt, sondern in erster Linie um ein Eltern-Tochter-Verhältnis, so dass zu vermuten ist, dass sich der männliche Familienpart gerade in der Meinungsäußerung im Hinblick auf die körperlichen Entwicklungen der Tochter eher zurückhaltend äußert. Die Gründe mögen in der eigenen körperlich-männlichen Scham liegen, lassen sich jedoch auch im sozio-kulturellen Bereich verorten, um nicht sexuell-übergriffig erscheinen zu wollen.

Eine weitere Auffälligkeit ergibt sich im inhaltlichen Bereich. So sind die Aussagen der Mütter gerade von den Erkrankten fast ausschließlich positiv, warmherzig und liebevoll zu bewerten, während sich in der Theorie ein Bild einer kalten, beherrschten und dominanten Mutter ergibt. Hier ist zu beachten, dass es sich bei den Antworten in erster Linie um subjektive Wahrnehmungen der Mädchen handelt, so dass sich kein objektives Bild der Person der Mutter ergeben kann. Gerade diese Wahrnehmungsverzerrung der Familienmitglieder sei jedoch typisch für die anorektische Familie stellten Herzog et al. 2000 in einer Studie heraus und gilt als Ausdruck der Verleugnung (vgl. Herzog et al., 2004, S.149).

### 6.3 Mediale Sozialisation/Peergroup

Das medial propagierte Schönheitsideal entspricht einem überschlanken, fast androgyn erscheinenden Frauenbild (vgl. Kreikebaum, 2000). Nicht nur in der überproportional vertretenen Präsenz der Medien, auch innerhalb von Gruppen von Jugendlichen, erscheint Überschlantheit als erstrebenswert (Davies /Fuhrmann, 1986). Dass sich gerade pubertierende Mädchen der extrinsischen Beeinflussung schwer entziehen können, wiesen mehrere Studien nach, in denen sich Probandinnen nach dem Betrachten von Bildern mit Superschlanken unzufriedener mit dem eigenen Körper zeigten (Vgl. Stice/Shaw, 1994).

Auch in den Antworten in der **Kategorie Medialer Einfluss** der hier Befragten, belegen deutliche Tendenzen einer medialen Beeinflussung. Als erstrebenswert wurde häufig ein medialer Idealtyp genannt, manchmal traten auch reale „Stars“ an die Stelle des Erwünschten. Es wurde aufgezeigt, dass sich hier die Gruppe der Erkrankten kaum von der Gruppe der Gesunden unterschied. Sogar fast identisch präsentierte sich ihr auf mediale Wurzeln zurückzuführendes Wunschbild, so dass hier von einer typischen in der Adoleszenz wirksamen Anfälligkeit für mediale Beeinflussung gesprochen werden kann, die als Orientierungshilfe und Stereotypisierung die zu erreichende Weiblichkeit skizziert.

Auffällig ist jedoch, dass sich die Gruppe der sportlichen Mädchen deutlich von den anderen beiden unterscheidet. Ebenfalls im adoleszenten Alter scheinen sich diese Mädchen weit weniger für mediale Idealtypen zu interessieren. Als erstrebenswert erscheint ihnen weniger die Ästhetik zu sein als vielmehr ein gesundheitlich-sportiver Aspekt: die eigene Fitness. Von einer pubertären Unsicherheit und Orientierungslosigkeit ist in den Antworten wenig zu lesen. Das in den übrigen Gruppen vorhandene Ästhetisierungsbestreben scheint in der Gruppe der sportlich aktiven Mädchen weniger vorhanden zu sein. Aus diesem Ergebnis lässt sich die Aussage ableiten, dass das Alter der Adoleszenz eine Phase der Suche nach Orientierung beschreibt, die häufig durch die mediale Präsenz die entsprechenden Ästhetisierungsformen findet. Sport hingegen bietet den pubertierenden Mädchen

anscheinend eine adäquate Orientierungshilfe in der Zeit der personalen Verunsicherung. So ist zum einen davon auszugehen, dass mit der Bewegung der eigene Körper „erfahren“ wird, so dass er auch während der somatischen Veränderungen als positiv erfahren werden kann, zum anderen ist gerade im organisierten Sport von einer kompetenten Betreuung auszugehen, die neben den sportlichen Aspekten auch Informationen über Ernährung und den ganzheitlichen Zusammenhang von Geist und Körper vermittelt. Es kann festgehalten werden, dass sich sportliche Betätigung in der Adoleszenz positiv auf die extrinsische Beeinflussung auswirkt und als Orientierungshilfe und Wegweiser gerade bei pubertären Problematiken herausstellen kann. Allerdings muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Befragung der sportlichen Mädchen ausschließlich nach sportlichen Aspekten erfolgt ist, so dass keine Aussagen getroffen werden können, inwiefern diese Mädchen ebenfalls von Essstörungen betroffen sind. Gerade die in der Theorie erwähnte Überanpassung und Selbstkontrolle zeigte bei den erkrankten Mädchen ein erhöhtes sportliches Engagement (vgl. Gerlinghoff et al., 1997), das häufig bis zur Erschöpfung vollzogen wurde, so dass es nicht auszuschließen ist, auch unter den sportlich aktiven Mädchen eventuell Essgestörte anzutreffen. Unter dem Gliederungspunkt „Sportlichkeit“ wird noch einmal ausführlicher auf dieses Thema eingegangen.

Ein weiterer Aspekt ist, dass in Zeiten erhöhter personaler Unsicherheit und notwendiger Ablösung von familialen Strukturen häufig der Peergroup eine erhöhte Gewichtung zukommt. Die **Kategorie Feedback** hebt erstaunlicherweise hervor, dass die Meinung u.a. von Freunden und Bekannten quantitativ nicht so häufig erwähnt wurde wie die der Mutter. Daraus ist zu schließen, dass die so genannte Peergroup doch weitaus weniger Einfluss auf die Mädchen in der Adoleszenz hat als angenommen, wäre sicher nicht richtig. Vielmehr muss von einer subjektiven Antwortstruktur ausgegangen werden, die auf der persönlichen Wahrnehmung der Mädchen beruht. Ob die persönliche empfundene Nähe zu der Peergroup die Mädchen vor einem Dritten die Antwort verweigern ließ oder ob über eigene Körperlichkeiten nicht so häufig gesprochen wird – es steht fest, dass die Antworten als subjektiver Gradmesser der Lebenswelt der Mädchen betrachtet werden müssen. Davon

ausgehend erklärt sich, dass quantitativ die Fremdwahrnehmung von den erkrankten Mädchen häufiger erwähnt wurde als von den beiden Kontrollgruppen – obwohl diese in der Theorie eher als ungesellige Einzelgänger beschrieben wurden aufgrund der Angst vor Entdeckung. Des Weiteren fällt auf, dass die erkrankten Mädchen proportional weitaus häufiger die Fremdmeinung bezüglich ihrer körperlichen Erscheinung als negativ (zu dick) bewerteten als die übrigen Gruppen, die fast durchgehend eine positive Resonanz vermerkten. Hier bildet sich das Dilemma der erkrankten Mädchen ab: Oft stark verunsichert und abhängig von der Außenmeinung aufgrund der durch die Dysfunktionalität der Familie verursachte fehlende Ausbildung der eigenen Identität, versuchen diese Mädchen durch Überanpassung und Übererfüllung der Erwartungen von außen eine positive Resonanz zu erhalten. Durch das mangelnde Selbstbewusstsein wird jedoch die Außenmeinung verzerrt – in diesem Fall negativ – wahrgenommen (vgl. Herzog et al., 2004, S.148). So werden weitere Anstrengungen unternommen, die Außenwelt positiv zu stimmen.

#### **6.4 Körperliche Selbstwahrnehmung**

In der bereits erwähnten „Kontinuum-Hypothese“ von Vandereycken & Meermann (1984) wurde Essverhalten von pubertierenden Mädchen anhand verschiedener Stärken analysiert. Diese reichten von „unauffällig“ über „normales Besorgtsein“ hinsichtlich Figur und Gewicht bis zur „kurzen Periode einer Essstörung“, die sich allerdings manifestieren kann (vgl. Buddeberg-Fische, 2000). Somit scheint Essverhalten und die damit einhergehende Körperwahrnehmung gerade innerhalb der Adoleszenz nicht immer stabil zu sein. Doch während die Störung der eigenen Körperwahrnehmung als kurzfristiges Phänomen in dem genannten Zeitraum durchaus üblich zu sein scheint, kommt es doch bei einigen Mädchen zu einer Manifestierung.

Speziell Anorektikerinnen hingegen besitzen aufgrund des fehlenden Kontaktes zu ihrem Körper eine manifestierte verzerrte Körperwahrnehmung, die sich sowohl auf das Körperschema bezieht – die perzeptiv-kognitiven Leistungen – als auch auf das Körperbild – die emotional-affektive Besetzung des Körpers (vgl. Meermann, 1981).

Auch in der Befragung der **Kategorie Körpergefühl** ergibt sich, dass sich die erkrankten Mädchen weitaus häufiger unwohl in ihrem Körper fühlen als die anderen Gruppen. Nur in dieser Gruppe wurde der eigene Körper sogar als „Hässlich“ eingestuft. Die anderen Gruppen gaben weitaus häufiger ein positives Körpergefühl an, welches bei den sportlich aktiven Mädchen sogar eindeutig überwog.

Die Gruppe der erkrankten Mädchen war zudem kaum in der Lage, positive Gefühle hinsichtlich der eigenen Körpererfahrung zu benennen, im Gegensatz zu den anderen Gruppen. Die **Kategorie Sport und Bewegung** demonstrierte deutlich, dass die Gruppe der erkrankten Mädchen weniger als die beiden Kontrollgruppen in der Lage ist, positive Bewegungsabläufe des Körpers zu benennen bzw. zu verorten. Bei den als negativ empfundenen Bewegungen scheinen die Mädchen allerdings weitaus weniger Schwierigkeiten zu besitzen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass Anorektikerinnen sich in ihrer eigenen Körperwahrnehmung im affektiven Bereich stark von ihrem eigenen Körperempfinden entfernt haben, so dass positive Körperbewegungen nicht mehr bemerkt und empfunden werden. Dass ein mangelndes positives Empfinden natürlich auch mit einer aus somatischen Gründen einhergehenden allgemeinen körperlichen Schwäche erklärt werden kann, steht außer Frage, sollte allerdings hier nicht in den Vordergrund gestellt werden, da gerade im negativen Bereich konkrete Äußerungen von den Erkrankten sehr wohl gemacht werden können. Diese in als negativ empfundenen Bereich verorteten Bewegungen können allerdings kaum mit somatischen Unzulänglichkeiten erklärt werden. Somit scheint tatsächlich bei den Erkrankten eine Distanzierung vom eigenen Körper stattzufinden, die vor allem im Bereich des Positiven ihren Ausdruck erfährt, so dass diese Mädchen ein angenehmes Körpergefühl nicht empfinden bzw. zulassen. Die Antworten der Erkrankten in Bezug auf ein als angenehm empfundenen Körpergefühl erstrecken sich ausschließlich auf den sportiven Bereich. Hier wirken die Antworten im Gegensatz zu den sportlich aktiven Mädchen allerdings unpersönlicher und distanzierter. Dieser Eindruck führt zu der Annahme, dass die Mädchen die sportliche Betätigung unter einer gestörten perzeptiven Perspektive betrachten. Während die Sportmädchen in Bezug auf ihr Antwort-

verhalten emotional ihren jeweiligen Sportbereich verbunden scheinen, deuten die unpersönlichen Nennungen der Erkrankten eher auf eine körperliche Disziplinierungsmaßnahme hin.

Die Ursache, warum Anorektikerinnen eine manifestierte Störung der Körperwahrnehmung besitzen, die in ihrem Fall zu einem gestörten Essverhalten führt, ist nicht leicht zu ergründen. Immer wieder allerdings trifft man in der Ursachenforschung auf das Selbstkonzept, welches in frühen Jahren seine Ausbildung erfährt und entscheidend das Selbstbild und das Selbstwertgefühl prägt.

So sollte in der frühen Kindheit dem kindlichen Bewegungs- und Spieltrieb Genüge getan werden, um dem Kind eine optimale Entwicklung zu bieten. Auch wenn das kindliche Spiel als relativ zweckfrei angesehen wird, indem das Kind sich innerhalb des Spiels von sachbetonten Notwendigkeiten löst, deren Notwendigkeit als Leistung bemessen werden, so bietet es dem Kind differenzierte Möglichkeiten, sich mit seiner ihn umgebenden Umwelt auseinander zu setzen und spezifische Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten zu internalisieren und anzuwenden. Das Spielen und der natürliche Explorationstrieb der Kinder ist somit als ein Selbstbildungsprozess zu definieren (vgl. Zimmer, 2004, S.19).

Aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen ist eine Tendenz in den unterschiedlichen Gruppen differenzierter Sozialisationserfahrungen zu erkennen, die auf explorative Selbsterfahrungen in den Gruppen der Sportlichen und Gesunden hindeuten. Im Gegensatz zu den Erkrankten, die vor allem einer geschlechtlich-ästhetischen kulturellen Sozialisation unterworfen zu sein scheinen. Es ist davon auszugehen, dass gerade in der Gruppe der Erkrankten die Mädchen aufgrund der in der ersten Sozialisationsinstanz eingeforderten weiblichen Sozialisationsmuster weniger Körpererfahrungen gemacht haben als in den anderen Gruppen. Eine fundierte Aussage kann aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen hieraus allerdings nicht getroffen werden, vielmehr zeugt gerade diese Ausrichtung von einem erhöhten Forschungsbedarf im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Be-

reitstellung optimaler Bedingungen für den frühkindlichen Explorationstrieb und den eventuell aus deren Nichteinlösen entstehenden späteren Körperschemastörungen.

### **6.5 Sportlichkeit**

Die Feststellung, dass sich Bewegungserfahrung positiv auf die Ausbildung des Körperbildes auswirkt, wurde bereits getroffen (vgl. Bielefeld, 1991, S.36ff.). Eine besondere Wichtigkeit wurde hierbei der weiblichen Bewegungserfahrung zugemessen. Gerade durch die körperferne weibliche Sozialisation ist eine bewegungsorientierte Ausrichtung umso wichtiger hinsichtlich der Ausbildung eines positiven Körpererfahrungskonzeptes (vgl. Elflein in: Elflein, Hunger, Zimmer, 2004, S. 38ff).

Auch die Untersuchungsergebnisse untermauern die Theorie. So scheinen die sportlich engagierten Mädchen ein stabileres Selbstbild ausgeprägt zu haben als die Erkrankten, aber auch als die Gesunden. Sie sind weniger anfällig für medial präsentierte Stereotypisierungen (siehe Kategorie Medialer Einfluss), sondern richten sich eher nach personal-gesundheitlichen Prinzipien aus. Sieht man die Adoleszenz als Zeit der Unsicherheit und Orientierungslosigkeit, so scheint die Einbindung in den Sportverein oder in sportliche Aktivitäten die pubertierenden Mädchen positiv zu beeinflussen. Ob sich durch die sportliche Orientierung ein so stabiles Selbstbild ausgebildet hat, dass extrinsische Faktoren auf die Mädchen einen weitaus geringeren Einfluss besitzen als auf die übrigen Gruppen oder ob die gesundheitlich-personale Positionierung als ein durch die Sportleiter vermitteltes Bild entstand, lässt sich an dieser Stelle nicht auseinander dividieren. Die durchweg stabile Präsentation der eigenen Vorstellungen und Wünsche unterscheiden sich als positiv zu bewertender Aspekt jedoch von den Aussagen der anderen Gruppen.

Auch in der Bewertung (in der genannten Kategorie) der eigenen körperlichen Erscheinung heben sich die sportlichen Mädchen positiv hervor, indem sie weitaus weniger als die erkrankten Mädchen, aber auch als die Gesunden ein positiveres Verhältnis zu ihrer körperlichen Erscheinung besitzen.

Somit verweist eine sportliche Orientierung einen ernst zunehmenden Einfluss auf die eigene Körperwahrnehmung – gerade in Zeiten der Instrumentalisierung und Manipulation des Körpers in gesellschaftlichen Bedingungen (vgl. Elflein in: Elflein, Hunger, Zimmer, 2004, S.39). Die bewegungsorientierte Exploration dient der Ausbildung eines gesunden und stabilen Selbstbildes (vgl. Zimmer, 1999, S.72f.), vor allem aber mit den damit verbundenen Autonomieerfahrungen, die gerade in der Zeit der Orientierungslosigkeit einen durchaus positiven Einfluss auf entstehende, aber auch tradierte Abhängigkeitsverhältnisse besitzen können.

Untersuchungen hinsichtlich Anorexie-Erkrankungen weisen jedoch ein erhöhtes sportliches Potential gerade bei den Erkrankten auf (vgl. Gerlinghoff et al. 1997, S.37). Gerade Mädchen mit Essstörungen betätigen sich sehr stark körperlich, so dass durch die Bewegungserfahrung eine positive Ausbildung des Selbstbildes und somit des Körperbildes zu vermuten wäre. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass die erhöhte Sportlichkeit als Symptom diagnostiziert wird. Es ist keineswegs davon auszugehen, dass eine positive Bewegungserfahrung, die eventuell schon in frühen Jahren gemacht wurde, Gefahr läuft, pathologisch zu werden. Vielmehr ist bei den Erkrankten von einer erhöhten Sportlichkeit weniger als Körpererfahrung auszugehen, sondern vielmehr von einem Instrumentarium der Kalorienverbrennung und als Disziplinierungsmaßnahme für den eigenen Körper. Gerade wenn sich eine Essstörung manifestiert, ist häufig eine Verstärkung von körperlichen Aktivitäten zu verzeichnen, die vorher nicht in Erscheinung getreten ist (vgl. Gerlinghoff et al. 1997). Der erhöhte sportliche Bezug der Anorektikerinnen ist daher eher in den Raum der Leistungsorientierung zu verorten. Hierfür sprechen die unpersönliche Nennung von Sportarten im Hinblick auf positives Körperempfinden in der Kategorie Sport und Bewegung, aber vor allem die Antworten hinsichtlich der Erfahrungen im Sportunterricht. Während die Gesunden zum größten Teil, die Sportlichen fast ausnahmslos, den schulischen Sport als positiv bezeichneten, bewerteten die kranken Mädchen den Schulsport als negativ. Hier lassen sich Hemmungen vermuten, den geschundenen Körper in der Gruppe zu präsentieren und die eigenen körperlichen Leistungen im Vergleich zu anderen bewertet zu bekommen. Dieser

Aspekt unterstreicht, dass gerade in diesem Bereich noch erhöhter Forschungsbedarf hinsichtlich der sportlichen Orientierung von Anorektikerinnen besteht. So lässt sich vermuten, dass deren sportliche Aktivität nach leistungsorientierten Prinzipien erfolgt, die in der Regel nicht in der Gruppe durchgeführt werden. Der zu vermutende selbstdisziplinarische Hintergrund wird von den Mädchen wahrscheinlich auch vor den anderen verborgen. Hier wäre es interessant zu untersuchen, inwieweit sich Mädchen mit Essstörungen im Vereinsport finden lassen.

## **6.6 Zusammenfassung**

Folgende Aspekte wurden in der Diskussion einer Betrachtung unterzogen:

- Geschlechtsspezifische Sozialisation
- Familiäre Struktur
- Mediale Sozialisation/Peergroup
- Körperliche Selbstwahrnehmung
- Sportlichkeit

Die erkrankten Mädchen waren in der frühen Kindheit einer geschlechtstypischen Sozialisation unterworfen, die eine weiblich-ästhetische Ausrichtung erfuhr. Die anderen Gruppen hingegen machten eine stärker körperlich orientierte Sozialisationserfahrung.

Die familiäre Struktur zeigte sich in allen Gruppen durchweg von der Mutter dominiert, wobei diese von allen Gruppen als warmherzig erlebt wurde. Der Vater hingegen wurde von allen Gruppen weniger häufig erwähnt, so dass das Bild der typisch „anorektischen Familie“ in Frage gestellt werden muss. Die empfundenen Dominanz der Mutter und die geringere Einflussnahme des Vaters lassen daher eher gesellschaftlich eingeschriebene Rollenmuster vermuten.

Die Adoleszenz erweist sich als Zeit der Neuorientierung. Nicht selten scheinen medial oder durch die Peergroup vermittelte Stereotypisierungen als Orientierungshilfe zu dienen. Hier unterscheiden sich die Erkrankten und die gesunden Mädchen kaum voneinander. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der sportlich aktiven Mädchen dar. Diese sind kaum beeinflussbar und wiesen eine gesundheitlich-personal orientierte Ausrichtung auf.

Es konnte belegt werden, dass die Anorektikerinnen ein instabiles Selbstbild und damit verbunden ein gestörtes Körperbild aufweisen. Gerade in Bezug auf positive Körperwahrnehmung wurde dies deutlich. Die Kontrollgruppen, gerade die sportlichen Mädchen hingegen wiesen diese weit weniger auf und gingen zudem viel unbefangener mit ihrer Körperlichkeit um.

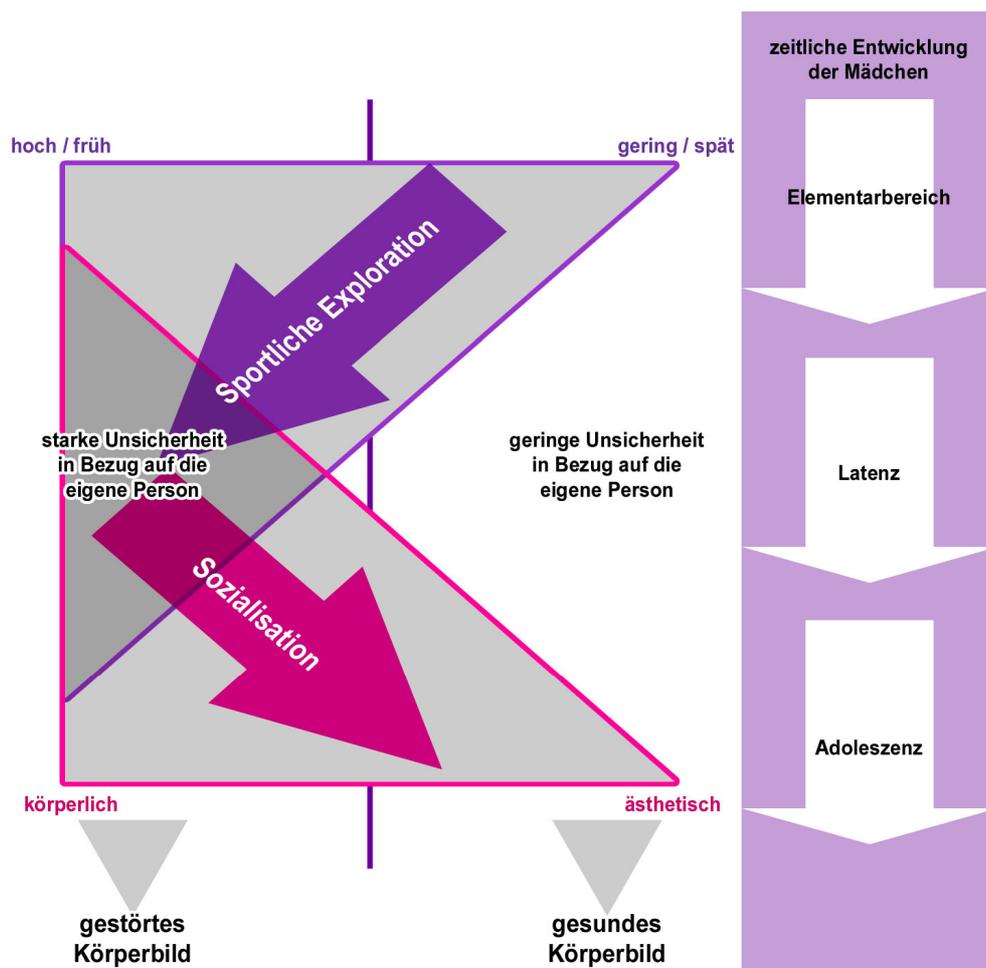
Der sportliche Bereich wird von den sportlichen und den gesunden Mädchen positiv bewertet. Auch die Erfahrungen im Schulsport gelten als angenehm. Die Kranken hingegen beurteilten diesen als negativ, obwohl sie sich selbst als sportlich bezeichneten. Hier kommt der pathologische Umgang mit der eigenen Körperlichkeit und Körperbewegung wider einmal zum Tragen. Sport wird als kontrollierte Disziplinierungsmaßnahme verstanden und durchgeführt und weniger als psychisch-individuelles ganzheitliches Autonomiebestreben verstanden.

Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass eine frühkindliche körperliche Ausrichtung durchweg positive Wirkungen auf die eigene Körperwahrnehmung hinterlässt. Betrachtet man noch einmal die in der kindlichen Bewegung immanenten Aspekte, so lässt sich von diesem Stellenwert durchaus der Schluss ziehen, dass frühkindliche körperliche Erfahrungen eine positive Wirkung auf die Ausbildung des Selbstbildes besitzen. Die Funktionen, die die körperliche Bewegung für die Entwicklung des Kindes haben kann, differenzieren sich wie folgt (vgl. Zimmer, 2004);

- *Personale Funktion* – das Kind lernt den eigenen Körper und sich selbst kennen und kommt mehr und mehr in die Lage, sich mit den eigenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten auseinander zu setzen und diese weiter zu entwickeln.
- *Expressive Funktion* – das Kind lernt, Gefühle auszudrücken und zu verarbeiten
- *Impressive Funktion* – das Kind erlebt Gefühle wie Freude oder Ärger
- *Explorative Funktion* – Der Umgang mit Objekten der Lebenswelt lassen das Kind deren Eigenschaften und Funktionen erfahren.

- *Komparative Funktion* – innerhalb der sozialen Situation macht das Kind auch Erfahrungen mit den eigenen Fähigkeiten im Vergleich mit anderen.
- *Adaptive Funktion* – Das Kind lernt auch eigene psychische und physische Grenzen kennen und macht die Erfahrung, sich selbst gestellten und von außen gestellten Anforderungen anzupassen.

Vor allem in der Gruppe der sportlichen Mädchen ist ein Überwiegen eines positiven, stabilen Selbstbildes festzustellen, so dass eine Einbindung am besten schon im Elementarbereich in sportliche Aktivitäten erstrebenswert wäre, aber besonders wichtig wäre dies für Mädchen in der Zeit der Neuorientierung – der Adoleszenz mit den psychischen und somatischen Veränderungen.



## **IV Fazit**

Im Folgenden wird anhand der Ergebnisse der Diskussion versucht, bestehende Handlungskonzepte mit neuen Impulsen und Richtungen zu bereichern.

## **7. Zusammenfassung**

### **7.1 Schlussfolgerungen: Forschungsbedarf und Innovationsmaßnahmen**

*„Dass es möglich ist, anders zu werden, das ist die fast unglaubliche Hoffnung.“*

*C.Fr. von Weizäcker*

Die psychogene Essstörung Anorexia nervosa betrifft besonders häufig Mädchen zwischen 13 und 17 Jahren. Die Adoleszenz markiert eine Phase im Leben der Jugendlichen, die gezeichnet ist von tiefgreifenden Veränderungen und langfristigen Umwälzungen. Es ist der Abschied der Kindheit, der Beginn eines Lebens als Erwachsener mit den darin implizierten Rechten und Pflichten.

Es verändert sich der eigene Körper. Die Ausbildung der geschlechtlichen Merkmale geht einher mit dem Erwachen des Sexualtriebes. Auch auf psychisch-intellektueller Ebene entwickelt sich der Jugendliche. Zunehmend findet eine Separation vom Elternhaus statt und eine Neuorientierung hinsichtlich personaler Normen und Werte. Die Adoleszenz ist somit eine schwierige Zeit der Verunsicherung und Suche. Dies gilt anscheinend in besonderem Maße für Mädchen, da diese hauptsächlich betroffen sind von der psychosomatischen Erkrankung.

Betrachtet man die Nosologie, Epidemiologie und Ätiologie des Krankheitsbildes, so zeigt es sich, dass man nicht von einem Erklärungsmodell der Krankheitsentstehung ausgehen kann. Vielmehr stellt sich ein multidimensionales Krankheitsbild dar, das sich aus mehreren, aufeinander wirkenden Dispositionen zusammensetzt. Neben biologischen und medizinischen Erklärungsmodellen existieren auch soziologische und psychologische Theorien

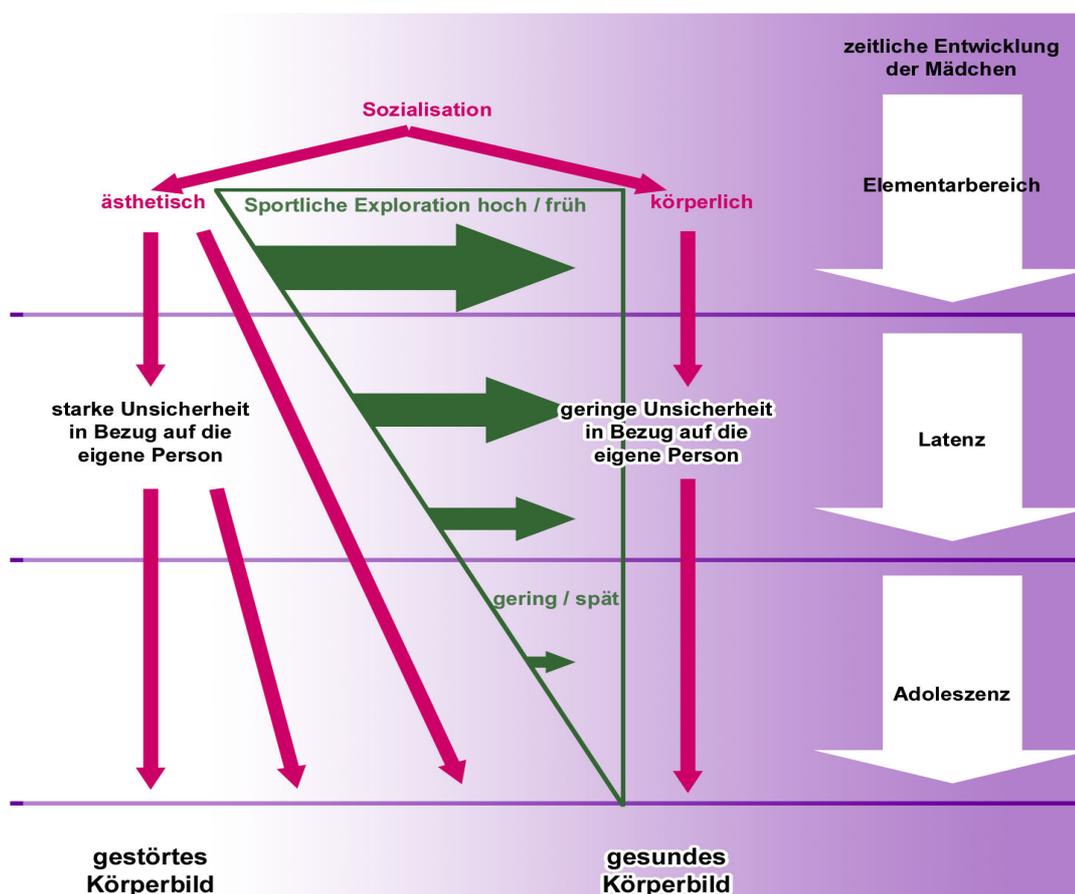
der Krankheitsentstehung. Diese sind jedoch auch nicht eindeutig, sondern müssen wiederum im weiteren Zusammenhang mit anderen Dispositionen betrachtet werden.

Da eine umfassende, eindeutige Herleitung der Krankheitsbedingungen nicht existiert schien es sinnvoll, hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen, einen eindeutigen Aspekt der Erkrankung zu fokussieren und einer genaueren Betrachtung zu unterziehen. Hierbei wurde die Körperschemastörung bei Mädchen mit Anorexia nervosa analysiert. Neben der theoretischen Betrachtung unterschiedlicher Erklärungsmodelle wurde mit Hilfe eines Fragebogens versucht, mit den Maßnahmen der qualitativen Sozialanalyse einen umfassenden Blick auf die möglichen Ursachen der Körperschemastörung zu erhalten. Durch die Fragebogentechnik ergab sich zudem die Möglichkeit, durch die subjektive Antwortstruktur der Mädchen, einen Einblick in ihre Denk- und Fühlweise zu erhalten.

Es wurden drei Gruppen von Mädchen befragt: eine Gruppe mit anorektischen Mädchen, die sich in Therapie befinden, eine Gruppe mit unauffälligen Mädchen und eine Gruppe mit Mädchen, die sehr sportlich sind und diese Neigung in Sportvereinen ausleben.

Die Auswertung hinsichtlich der Körperschemastörung belegte, dass die sportlichen Mädchen und ein großer Teil der gesunden weitaus weniger häufig Probleme mit ihrem Körperbild besaßen als die erkrankten Mädchen. Die erkrankten Mädchen wiesen zudem eine geschlechtsspezifische, ästhetisch orientierte Sozialisation auf, die weniger körperbetont akzentuiert war. Auch in den übrigen Antwortstrukturen ergab sich das Bild, dass die erkrankten Mädchen mit einem gestörten Körperbild, aber auch mit einem geringen Selbstbewusstsein zu kämpfen hatten. Somit lässt sich gerade hinsichtlich der Ausbildung des Körperbildes eine Aussage treffen: Je körperbetonter die primäre Sozialisation vonstatten gegangen ist, umso eher ist anzunehmen, dass sich ein stabiles Körperbild und Selbstbewusstsein ausbildet. Dieses ist in der Zeit der Adoleszenz dennoch einer Neuorientierung und Verunsicherung unterworfen. Eine Hinwendung zur expressiven Körpererfahrung durch

z.B. sportliche Aktivitäten vermag hingegen als stabilisierendes Moment dagegenwirken. So schienen die sportlichen Mädchen in der Befragung weit weniger durch mediale Inszenierungen beeinflussbar zu sein als die erkrankten und gesunden Mädchen.



Es ergibt sich folgendes Bild: Eine körperbetonte Exploration der Umgebung und des eigenen Körpers in der Zeit des Elementarbereichs ist notwendig zum Aufbau eines gesunden Körperbildes und zur Ausbildung des Selbstbewusstseins. Dieses stabilisiert das Kind und stärkt sein Selbstvertrauen. In der anschließenden Phase der Umorientierung – der Adoleszenz – mögen bisher existierende Werte, die das Selbstbild prägten und die mit den Prinzipien der Kindheit als überholt hinter sich gelassen werden, nicht zwangsläufig als stabilisierende Faktoren in die nächste Lebensphase übernommen werden. Hier stellt es sich als hilfreich, ja sogar notwendig dar, durch eine erneute Zuwendung zum körperlich-explorativen Bereich, die Mädchen die Erfahrung der intellektuell-somatischen Verbundenheit ihres Körpers machen

zu lassen und darüber hinaus durch die expressive Umgehensweise mit dem eigenen Körper die personale Autonomiefähigkeit kennen zu lernen.

Das Wissen um die Möglichkeit der sportlichen Betätigung in der Adoleszenz als Gegenpol zur personalen Verunsicherung und den daraus möglicherweise entstehenden pathologischen Mustern sollte die Wichtigkeit des sportiven Bereichs in allen Lebensphasen unterstreichen und die darin implizierten Potentiale betonen. Es zeigt sich immer häufiger, dass die psychogene Essstörung Anorexia nervosa in der Adoleszenz akut wird – ihr Ursprung ist jedoch weitaus früher zu vermuten.

Die frühkindliche Bewegungsförderung durch z.B. Bewegungskindergärten erfährt nicht nur durch die zunehmende Verinselung der Großstadtkinder und mangelnder kindlicher Bewegungsräume eine zunehmende Bedeutung, sondern auch durch die Möglichkeit, gerade extrem weiblichen Sozialisationsmustern ausgelieferten Mädchen, die vor allem im familiären Rahmen eher zur körperlichen Zurückhaltung angehalten werden, eine körperliche Orientierung zu bieten. So verdeutlichte auch der bundesweite Kongress unter der Schirmherrschaft von Frau Prof. Dr. Renate Zimmer „Bewegte Kindheit“, der Ende März 2006 in Osnabrück stattgefunden hat, wie wichtig eine Bewegungsförderung gerade im Elementarbereich ist. Auch die Ergebnisse der hier durchgeführten Untersuchung zeigen, welche gravierenden Langzeitschäden und eventuelle Folgen eine mangelnde Körperexploration in früher Kindheit nach sich ziehen können. Um eine körperbetonte Kindheit zu verwirklichen, wäre es wichtig, in der Ausbildung der Erzieherinnen diese zu sensibilisieren für eventuell negativ wirkende familiäre Sozialisationsmuster und ihnen bewusst zu machen, dass eine bewusste körperliche Förderung „niedlicher“ Mädchen pathologische Muster zu verhindern hilft – und dieses sogar langfristig. Neben der Schulung der Erzieherinnen wäre auch eine Elternaufklärung wünschenswert, etwa im Rahmen von Informationsabenden im Elementarbereich, da sich diese oft gar nicht bewusst sind, was für psychische Auswirkungen eine aufs Äußere bezogene Erziehung besitzen kann. Später können sowohl der Schul- als auch der Vereinssport durch eine ganzheitliche Orientierung, die über das Erlernen sportiver Fertigkeiten hi-

nausgeht, pubertären Verunsicherungen entgegenwirken. Eine auf die Ganzheitlichkeit von Körper und Geist angelegte Sporterziehung, die bereits in der Latenzphase einsetzen sollte, könnte durchaus präventiven Charakter besitzen. Eine diesbezügliche Schwerpunktlegung des Sportstudiums könnte unterstützend wirken, zukünftigen Sportlehrerinnen, sich der in ihrem Unterrichtsfach implizierte Verantwortlichkeit bewusst zu werden.

Aber auch im interventiven Bereich können eine sportliche Ausrichtung und die damit verbundenen Autonomie- und Körpererfahrungen unterstützend wirken auf die Korrektur eines gestörten Körperbildes und eines geringen Selbstbewusstseins.

## **7.2. Stellungnahme**

In meiner langjährigen kinder- und jugendpsychotherapeutischen Praxis zeigt sich immer wieder, dass die Arbeit mit essgestörten Patientinnen eine große Herausforderung darstellt, die von Seiten des Behandlers / der Behandlerin eine hohe therapeutische Kompetenz erfordert, die ständiger Fortbildung bedarf. Die Behandlung von essgestörten Patienten wird von vielen Therapeuten sogar abgelehnt, da es sich oft um eine schwierige Arbeit mit bedeutendem Widerstand von Seiten der Patientinnen handelt. Auch die Behandlungsverläufe, die oft sehr langwierig sind, schrecken viele Therapeuten ab. Neue Studien belegen durchschnittliche Handlungsverläufe von ca. 7 Jahren. Im Gegensatz zu europäischen Nachbarländern – in Österreich z.B. finden jährliche Kongresse für Betroffene und Fachleute statt - existieren in der BRD keine einheitlichen Lernstandards bezüglich der Behandlung von Essstörungen. Momentan ist die positive Tendenz zu beobachten, dass einzelne Fachverbände für Essstörungen dabei sind, sich zu etablieren, wobei eine Flächendeckung noch lange nicht gegeben ist. Auch die Parkklinik Bad Wildungen bietet fachspezifische Curricula zum Thema Essstörungen an, um in therapeutischer Hinsicht diesem komplexen Thema gerecht zu werden.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich auf Patientenseite durch die Vielfalt der Behandlungsmethoden: Diese sind für die PatientInnen und ihre Angehörigen oft unübersichtlich bzw. werden aufgrund der hohen medialen Präsenz

des Themas oft nicht als sinnvoll erachtet – dies geschieht besonders häufig bei besonders hohem oder besonders niedrigem Bildungsgrad der Eltern. Das Behandlungsproblem liegt allerdings nicht nur in der vermeintlichen Fachlichkeit der Medien (TV, Internet, Zeitschriften) begründet, sondern auch in deren Vorbildfunktion für die heranwachsenden Mädchen: Die Schlankheit der dargebotenen Weiblichkeit scheint erstrebenswert - so wie die Models oder Schauspielerinnen wollen die Mädchen „nur schön sein“, wobei die individuelle Charakterausbildung und Autonomie vernachlässigt werden.

Obwohl die typische anorektische Familienstruktur durch die Antworten der Mädchen nicht in Erscheinung getreten ist, sondern die ständige Anwesenheit der Mutter und die Abwesenheit des Vaters eher als gesellschaftliches Phänomen erscheinen lässt, kann ich durch meine Praxiserfahrung doch anhand immer wiederkehrender Familienstrukturen ein typisches Familienverhalten ausmachen. So erscheinen in meiner Praxis die Väter der anorektischen Patientinnen eher selten bis gar nicht. Sie brauchen häufige Gesprächseinladungen mit besonderem Nachdruck, bevor sie sich mit der Situation in der Praxis konfrontieren – und auch da zeigen sie sich gefühllos der Krankheit der Tochter gegenüber und zeigen wenig Fürsorge oder Verantwortung. Die Mütter hingegen überfordern sich vor Sorge um die kranke Tochter, was sich in noch stärkerer Kontrolle ausdrückt. Diese mütterliche „Selbstopferung“ der Tochter gegenüber ist ein typisches Phänomen. Das sichtbare gestörte Essverhalten wie z.B. Erbrechen nach den Mahlzeiten, Entsorgung des Essens, wird hingegen nicht wahrgenommen bzw. ignoriert. Erst nach mehrmaliger Aufforderung der Eltern gelingt es, diese aufmerksamer dem Essverhalten der Tochter gegenüber zu machen – und selbst dann wirkt es distanziert und unnatürlich verzerrt. In der Regel verkennen Eltern das dysfunktionale Familienverhältnis, in dem sich die Parteien befinden und lehnen eine eigene psychotherapeutische Behandlung ab, indem die Störung auf die Tochter reduziert wird.

Es zeigt sich, dass die Ausdrucksweise der Krankheit umso aggressiver auftritt, je schwieriger sich die Familiensituation zeigt. So gibt es Patientinnen, die täglich ins elterliche Bett erbrechen und das Erbrochene anschließend wieder zudecken oder zum Wiegetermin in der Arztpraxis Gewichtskugeln in

Vagina und Anus zur Täuschung einführen. Leider wollen die meisten Eltern nicht wahrhaben, dass die Erkrankung der Tochter ein Schrei nach Liebe ist, vielmehr reduzieren diese die Störung auf ein „unvernünftiges Essverhalten“ – während die Töchter diesen pathologischen Zustand aufrecht erhalten wollen.

Eine Psychotherapie kann nur in konsequenter interdisziplinärer Zusammenarbeit langfristig erfolgreich sein, um pathologische Familienstrukturen zu verändern. Da ich durch meine Erfahrung weiß, dass Patientinnen kaum in der Lage sind, spezifische Gefühlslagen, Wünsche oder Träume widerzugeben, wurde der Fragebogen in der vorliegenden Form konzipiert, um den Mädchen so einen möglichst großen Freiraum zu bieten, ihre Antworten möglichst in ihrem Rhythmus zu geben, in der Gewissheit, auf diese Weise einen Zugang zur Erlebnis- und Gefühlswelt der Mädchen zu erlangen. Sehr oft hört man gerade als Therapeutin die Aussage: „Ich fühle mich gar nicht, ich weiß gar nicht, wie es mir geht ...“. Hier zeigt sich, dass diese Erkrankung auch mit einer sehr großen Entfremdung vom eigenen körperlichen Empfinden einhergeht. Das Verständnis um die Funktion einer pathologischen Wahrnehmung und den damit zusammenhängenden Verhaltenweisen möge ein Beitrag sein, durch diese Zugangsweise einen wirkungsvollen interveniven Eingriff zu konzipieren. Und vielleicht ergeben sich durch die Erkenntnisse dieser Arbeit auch eventuelle präventive Ansätze, die in der Praxis eine degressive Entwicklung verhindern können.

## **Anhang**

### **Literaturverzeichnis**

**Baeck, S.** (1994): Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Freiburg

**Bachmann, M.** (1990): Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa – Parallelen bei Krankheitsgenese und dem therapeutischen Vorgehen, Gütersloh

**Barmer Krankenkasse** (Hrg.) (1998): Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Wuppertal

**Baumann, U., Perrez, M.** (Hrg.) (1998): Lehrbuch klinische Psychologie – Psychotherapie, Bern

**Bauer, J.** (2002): Das Gedächtnis des Körpers, Frankfurt a.M.

**Baur, J.** (Hrg.) (1997): Jugendsport, Sportengagements und Sportkarrieren, Aachen

**Baur, J., Miethling, D.** (1991): Die Körperkarriere im Lebenslauf, Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter, in: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 11, 2/1991, S.165-188

**Bässler, R.** (1987): Quantitative oder qualitative Sozialforschung in den Sozialwissenschaften, Wien, Wissenschaft und Forschung

**Beck, U.** et al. (1986): Risikogesellschaft : Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt a.M.

**Becker, K.** (1994): Die perfekte Frau und ihr Geheimnis, Reinbek

**Becker, P.** (Hrg.) (1996): Körperbilder-Körperszenen: Bewegungstheater als Medium der körper- und bewegungszentrierten Mädchenarbeit, Marburg

**Bielefeld, J.** (Hrg.) (1991): Körpererfahrung, Göttingen

**Biermann, G.** (Hrg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, München

**Bliss, E., Branch, C.H.** (1960): Anorexia nervosa, New York

**Böse, R.** (2002): Body-Image-Therapie bei Anorexia nervosa, Regensburg

**Bortz, M. et al.** (1995) : Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Berlin

**Brand-Jacobi** (1984): Klassifikation von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als Syndrome gestörten Essverhaltens. In: Akt. Ernä. med. 9/1984, S.20-24

**Braun-Scharm, H.** (Hrg.) (2002): Depressionen bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart

**Bräutigam, W. et al.** (1981): Psychosomatische Medizin: ein kurzgefasstes Lehrbuch, Stuttgart, New York

**Brehm, W. et al.** (1997) : Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung : Qualitätsmerkmale, Programme, Qualitätssicherung in : Sportwissenschaft, /1997/1, S.38-59

**Brettschneider/Brautigam** (Hrg.) (1981): Sport in der Alltagswelt von Jugendlichen, Weinheim

**Brisch, K.H., Grossmann, K.E., Grossmann, K., Köhler, L.** (Hrg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege, Stuttgart

**Brettschneider, W.-D.** (1997): Sportkultur und jugendliches Selbstkonzept, Weinheim, München

**Brinkhoff, K.-P.** (1997): Sportliches Engagement und soziale Unterstützung im Jugendalter in: Jugendsport, Sportengagements und Sportkarrieren, Aachen

**Brisch, K.H., Helbrügge, T.** (Hrg.) (2003): Bindung und Trauma, Stuttgart

**Bruch, H.** (1989 u. 2002): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht, Frankfurt a.M.

**Bruch, H.** (1991): Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht, Frankfurt a.M.

**Bruch, H.** (1994): Das verhungerte Selbst: Gespräche mit Magersüchtigen, Frankfurt a.M.

**Bruch, H.** (1995): Essstörungen: Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht, Frankfurt a.M.

**Buddenberg-Fischer, B.** (2000): Früherkennung und Prävention von Essstörungen, Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen, Stuttgart

**Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend** (Hrg.) (1998): „Wie schlank muß ich sein, um geliebt zu werden?“ Zur Prävention von Essstörungen, Bonn

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrg.) (1999): Essstörungen, Köln

**Callahan, R. et al.** (2001): Den Spuk beenden. Klopfakupressur bei posttraumatischen Stress, Kirchengarten

**Cierpka, M./ Reich, G. (1997):** Psychotherapie der Essstörungen, Stuttgart

**Claude-Pierre, P. (2002):** Der Weg zurück ins Leben, Magersucht und Bulimie verstehen und heilen, Frankfurt a.M.

**Clement, U., Löwe, B. (1996):** Fragebogen zum Körperbild, Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen und Auswertungsblättern, Göttingen

**Constam, D. (1991):** Befreiung aus dem Hungerturm, Wuppertal

**Cooper, T. (1994):** Anorexia und Bulimie im Vergleich in: Lawrence, M. (Hrg.): Satt, aber hungrig, Hamburg

**Cremius, J. (1978):** Zur Prognose der Anorexia nervosa, In: Psychosom.Med. Psychoanal. 24, S. 56-69

**Crisp, A. H. et. al. (1977):** The long term prognosis in Anorexia nervosa in: Vigersky, R. (Hrg.): Anorexia Nervosa, New York

**Deusinger, I.M. (1998):** Die Frankfurter Körperkonzeptskalen, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

**Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (Hrg.) (1988):** Ernährungsbericht 1988, Frankfurt/Main

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrg.) (2000):** Diagnostische Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter, Köln

**Deutsches Institut für med. Dokumentation u. Information (Hrg.) (2000):** ICD 10 – Diagnosethesaurus, Köln

**De Zwaan, M., Schüssler, P. (2000):** Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa in: Journal für Ernährungsmedizin, 2, S. 16 -19

**Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV** (1996), Göttingen

**Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR** (2003), Göttingen

**Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.** (Hrsg.) (2<sup>1993</sup>) : Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10, Bern

**Dithmar, U.** et al. (Hrg.) (1996): Körperbilder – Körperszenen, Marburg

**Dogs, P.C.** (Hrg.) (1993): Grundlagen der Psychotherapie und Psychosomatik, Heidelberg

**Dowling, C.** (1989): Perfekte Frauen, Frankfurt a.M.

**Du Bois, R.** (1990): Körper-Erleben und psychische Entwicklung, Göttingen, Toronto, Zürich

**Dührssen, A.** (1988): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen

**Eckhard, A.** (21997): Im Krieg mit dem Körper, Reinbek

**Eco, Umberto,** (Hrg.) (2004): Die Geschichte der Schönheit, Milano

**Elflein, P, Hunger, I., Zimmer, R.** (2004): Innovativer Sportunterricht, Theorie und Praxis, Baltmannsweiler

**Elflein, P.** (2002): Sportpädagogik und Sportdidaktik, Baltmannsweiler

**Ellis, A.** (1977): Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung, München

**Faber/Haarstrick** (Hrg.) (2003): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, München

**Feiereis**, H. (1983): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie, München

**Fernandez-Aranda**, F. E. (1996), Körperwahrnehmung und –zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia Nervosa. Eine empirische Vergleichsstudie vor und nach stationärer Psychotherapie, Dissertation Universität Hamburg

**Fichter**, M. / **Keeser**, W. (1980): Das Anorexia-Nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung ANIS 32, München

**Fichter**, M.M. et al. (1981) in: Meermann, Anorexia nervosa: Ursachen und Behandlung, Stuttgart

**Fichter**, M.M. (1985): Magersucht und Bulimia, Berlin

**Fichter**, M.M., **Wüschner-Stockheim**, M. (1979/80): Die Pubertätsmagersucht, In: Pädiatr. Prax. 22, S. 411-422

**Flaake**, K. **King**, V. (): Weibliche Adoleszenz

**Flaake**, K. (1998): Geschlechterverhältnisse, geschlechtsspezifische Identität und Adoleszenz in: Zeitschrift f. Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 1998/1, S.2-12

**Flick**, U. (2002): Qualitative Sozialforschung, Eine Einführung, Reinbek

**Fonagy**, P. /**Gergely**, G./ **Jurist**, E.L./ **Target**, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst, Stuttgart

**Franzkowiak, P.** (1987): Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. Zur subjektiven Vernunft von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum in der Adoleszenz in: Laaser/Sassen (Hrg.): Prävention und Gesundheitserziehung, Berlin

**Freud, Anna** (1936) : Das Ich und die Abwehrmechanismen in: Die Schriften der Anna Freud, Band 1, München, 1980

**Fromm, A. et al.** (1996): laut-stark und hoch-hinaus. Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention, München

**Frostig, Marianne** (1984): Bewegungserziehung – Neue Wege der Heilpädagogik, München

**Gallo, F.** (2004): Handbuch der energetischen Psychotherapie, Kirchenarten

**Gallo, F./ Vincenzi, H.** (2005): gelöst – entlastet – befreit. Klopfakupressur bei emotionalem Stress, Kirchenarten

**Garfinkel, P.E., Garner, D.A.** (1982): Anorexia nervosa, New York

**Garfinkel, P.E., Garner, D.A.** (1997): Handbook of treatment for eating disorders, New York

**Gast, Lilli** (1984), Der Gang durch den Spiegel, Pfaffenweiler

**Gerber, G. et al. (Hrg.)** (2004) Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis, Wien

**Gerlinghoff, M. et al.** (1989): Magersucht: Anstöße zur Krankheitsbewältigung, München

**Gerlinghoff, M. et al. (Hrg.)** (1997): Therapie der Magersucht und Bulimie, Weinheim

**Gerlinghoff, M.** (1998): Magersucht und Bulimie – Innenansichten, München

**Gerlinghoff, M.** (1998): Magersüchtig – eine Therapeutin und Betroffene berichten, München

**Gerlinghoff, M., Backmund, H.** (1999): Wege aus der Essstörung, Stuttgart

**Gille, G.** (1995): Mädchen unter Pubertätseinflüssen, in: Gesundh. – Wes. 57, Stuttgart, New York

**Goetze, H.** (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie, Göttingen

**Goleman, D. et al.** (1997): Emotionale Intelligenz, München

**Görlitz, G.** (2004): Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, Stuttgart

**Grawe, K.** (2004): Neuropsychotherapie, Göttingen

**Hagemann-White, C.** (1984): Sozialisation: Weiblich – männlich?, Opladen

**Habermas, T.** (1994): Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion, Frankfurt a.M.

**Hamm, M., Gerbracht, A.** (1989): Diätmissbrauch und Essstörungen, Hamburg

**Hänsel, D.** (1985): Die Bedeutung des Problems: Übersicht zu den Erscheinungsbildern in : Brakhoff, J. (Hrg.): Essstörungen: Ambulante und stationäre Behandlung, Freiburg

**Haupt** (1985) in: Zeitschrift für Heilpädagogik, Jhrg. 1985, S.10

**Hautzinger, M.** (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Weinheim

**Heinemann, E., Hopf, H.** (2001): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend, Stuttgart

**Helfrich, C.** (), Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen in: Jugend und Gesundheit

**Herpertz-Dallmann/ Resch/ Schulte-Markwart / Waruka** (2003): Entwicklungspsychiatrie, Stuttgart

**Herzog, W., Munz, D., Kächle, H.** (Hrg.) (1996): Psychotherapie der Essstörungen. Therapieführer, Stuttgart

**Herzog, W., Munz, D., Kächle, H.** (2004): Essstörungen, Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte, Stuttgart

**Hillenbrand, E. / Imgart, H.** (Hrg.) (2000): Essstörungen. Behandlung, Supervision, Forschung, Fachtagung der Parklandklinik Bad Wildungen am 25.5. – 30.5.2000

**Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F., Sulz, S.K.D.** (Hrg.) (2004): Lehrbuch der Psychotherapie, Bnd. 1, München

**Hildebrandt, H.** (Hrsg.) (1993): Pschyrembel – Medizinisches Wörterbuch, Berlin

**Hölter, G.** (Hrg.) (1988): Bewegung und Therapie interdisziplinär betrachtet, Dortmund

**Hornbacher, M.** (2001): Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht, Berlin

**Horstkemper** et al. (1998): Zwischen Dramatisierung und Individualisierung, Geschlechtstypische Sozialisation im Kindesalter, Bielefeld

**Horstkotte-Höcker**, E. (1987): Eß-Brech-Sucht, Pfaffenweiler

**Hunger**, I. (2000) : Handlungsorientierungen im Alltag der Bewegungserziehung, Schorndorf

**Hurrelmann**, K. (1989): Entwicklung, Sozialisation und Gesundheit – Überlegungen zu einer integrativen Theoriebildung in: Bewegungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen in: Bericht des Bundesinstituts für Sportwissenschaft über den 8. sportwissenschaftlichen Hochschultag, Schorndorf

**Hurrelmann**, K. (1991): Junge Frauen: Sensibler und selbstkritischer als junge Männer in: Pädagogik, 1991/8, S.59-62

**Hurrelmann**, K., **Ulich**, D. (Hrg.) (1998): Handbuch Sozialisationsforschung, Weinheim

**Hüther**, G. (2005): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn, Göttingen

**Imgart**, H./ **Schmal**, H. (2003): Darstellung und Vergleich interpersoneller Probleme bei jugendlichen Essgestörten, Poster auf dem Kongress ESSSTÖRUNGEN in Alpbach

**Jacobi**, C., **Paul**, T. (Hrg.) (1991): Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie, Berlin

**Jacobi**, C., **Paul**, T., **Thiel**, A. (Hrg.) (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei anorexia und Bulimia nervosa, Weinheim

**Jacobi**, C., **Paul**, T. (Hrg.) (2004) : Essstörungen, Göttingen

**Jacoby, G. E.** (1998): Warum haben Frauen Essstörungen?, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 140 (12), S. 164-168, München

**Jacoby, G. E.** : Therapiekonzept – Klinik am Korso, Fachzentrum für gestörtes Essverhalten, Ostkorso 4, 32545 Bad Oeynhausen

**Jaeggi, E.** (2002): Und wer therapiert den Therapeuten? , Stuttgart

**Janssen, P.L., Senf, W., Meermann, R.** (1997): Klinik der Eßstörungen, Stuttgart

**Johnston, A.** (2000): Die Frau, die im Mondlicht aß. Die uralte Weisheit von Märchen und Mythen hilft Frauen Essstörungen zu überwinden, Bern

**Karren, U.** (1986): Die Psychologie der Magersucht, Stuttgart

**Karwautz, A./Haidvogel, M./ Wagner, G./Nobis, G./Wöber-Bingöl, C./ Friedrich, M.H.** (2002): Subjektives Familienbild bei Anorexia nervosa und Bulimie nervosa im Jugendalter: eine kontrollierte Studie. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30, S. 251-259

**Keller, H.** (2003): Warum Zeitschriften lesen bei Frauen zu Anorexie führt, in: Frankfurter Rundschau, 12.07.2003, S.14

**Kerber, C.** (2003): Tanz als pädagogisches Medium zur Prävention von Essstörungen, Heidelberg

**Keupp, H.**(1990): Gemeindepsychologie. In: Speck, O./Martin, K.-R. (Hrsg.): Sonderpädagogik und Sozialarbeit. Handbuch der Sonderpädagogik. Band 10, Berlin

**Köhle, K. et al.,** (1990) : Anorexia nervosa in : von Üxküll, T. (Hrsg.) : Der Therapieführer – Die wichtigsten Formen und Methoden, München

**Kolip, P.**, (1979): Geschlechtlichkeit im Jugendalter – oder: Der blinde Fleck der Jugendgesundheitsforschung in: ZSE, 17, H.2, S.135-145

**Kolip, P. und Hurrelmann, K.** (Hrg.) (1994): Lebenslust und Wohlbefinden – Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Weinheim

**Kolip, P.** (1995): Ernährung und Körperzufriedenheit in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 3/1995, S.97-113, Göttingen

**Kolip, P.** (1999): Programme gegen Sucht, Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter, München

**Knölker, U.** (2000): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie systematisch, Bremen

**Köpp, W., Jacoby, G.E.** (Hrg.) (2000): Beschädigte Weiblichkeit, Heidelberg

**Kossak, H.-C.** (1997): Lehrbuch Hypnose, Weinheim

**Krake, B., Silbereisen, R.K.** (1994): Körperliches Entwicklungstempo und psychosoziale Anpassung im Jugendalter: Ein Überblick zur neueren Forschung in: Zeitschrift f. Entwicklungspsychologie u. Pädagogische Psychologie, 1994/4, S.293-330

**Kreikebaum, S.** (2000): Körperbild, Körperzufriedenheit, Diätverhalten und Selbstwert bei Jungen und Mädchen im Alter von sieben bis 13 Jahren, Dissertation Universität Köln

**Kröner, S.** (1998): Sportsystem und Sucht aus feministischer Sicht in : Brehm/Petzsch (Hrg.): Mädchen und Frauen im Sport, Natur- und Geisteswissenschaften im Dialog (Schriften der DVS – Kommission Frauenforschung inn der Sportwissenschaft, Band 4), Hamburg

**Krystal, P.** (1994): Die inneren Fesseln sprengen. Befreiung von falschen Sicherheiten, München

**Kunz-Brunner, R, Nordhoff, I.** (1992): Heute bitte nicht. Keine Lust auf Sex – ein alltägliches Gefühl, Reinbek

**Kuß, G.** (2000): Rekonstruktion von Betrachtungs-, Erlebens- und Verwendungsweisen des eigenen Körpers im Kontext von Essstörungen, Oldenburg

**Lamnek, S.** (1993) : Qualitative Sozialforschung – Band 1, Weinheim, Psychologie

**Lamnek, S.** (1993) : Qualitative Sozialforschung – Band 2, Weinheim, Psychologie

**Lawrence, M.** (1995): Satt aber hungrig. Frauen und Essstörungen, Reinbek

**Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen** (1998): Mal dick, mal dünn, Anregungen für die Prävention, Bremen

**Langsdorff, M.** (1985): Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen, Frankfurt

**Lengenbauer, T., Vocks, S.** (2005): Wer schön sein will muss leiden? Wege aus dem Schönheitswahn – ein Ratgeber, Göttingen

**Lengenbauer, T, Vocks, S.** (2005): Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual, Göttingen

**Lichtenberg, J.** (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung, Berlin

**Lucas, A.** (Hrsg.) (1991): 50 year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, In: American Journal of Psychiatry, 148, S. 917-922

**Mader, P.** (<sup>4</sup>1988): Gestörtes Essverhalten, Hamburg

**Maier, B.** (1998): Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung im Jugendalter, Bielefeld

**Marlock, G., Weiss, H.** (Hrsg.) (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie, Stuttgart, New York

**Mayring, P.** (2003): Einführung in die qualitative Sozialforschung, Weinheim, Psychologie

**Mayring, P., Gläser-Zikuda, M.** (Hrg.) (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim, Basel

**Meermann, R., Vandereycken, W.** (1982/1987): Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa, Berlin

**Meermann, R., Zelmanski, S.** (1994): Theorie und Praxis der Selbsthilfearbeit bei Essstörungen, Regensburg

**Merten, J.** (2001): Beziehungsregulation in Psychotherapien, Stuttgart

**Mester, H.** (1981), Die Anorexie Nervosa, Berlin, Heidelberg, New York

**Methfessel, B.** (Hrg.) (1999): Essen lehren, Essen lernen. Beiträge zur Theorie und Praxis der Ernährungsbildung, Baltmannsweiler

**Metzmacher, B.** (Hrg.) (2002): Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust, Münster

**Meyer, J.E.** (1972): Psychopathologie und Klinik des Jugendalters, In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 2, New York

**Milch, W.** (2001): Lehrbuch der Selbstpsychologie, Stuttgart

**Minirth, F.** (1996): Liebes-Hunger, Heilung von Esssucht, München

**Minuchin, S. et al.**, (1991): Psychosomatische Erkrankungen in der Familie, Stuttgart

**Minuchin, S.** (1994): Familienszenen, Reinbek

**Möller, H.J. et al. (Hrg.)** (1996): Psychiatrie, Stuttgart

**Morton, R.** (1691): Phthisiologia seu exercitationes de phthisi, Frankfurt a.M., Leipzig

**Mrazek, J.**(1987): Struktur und Entwicklung des Körperkonzepts im Jugendalter in: Zeitschrift f. Entwicklungspsychologie und päd. Psychologie, 1987, Heft 1, S.1-13

**Mucha, S., Hoffmann, K.** (1998): Essstörungen erkennen, verstehen, überwinden, Stuttgart

**Müller, M.** (2005): Ich hatte Anorexia – Tagebuch einer Heilung

**Munro, A.** (1978) : Monosymptomatic hypochondrial psychoses, Can. Psychiatr. Ass. J. 23, S. 497-500

**Nardini, G.** (2003): Systemische Kurztherapie bei Essstörungen, Bern

**Nitz, H.** (1987): Anorexia nervosa bei Jugendlichen, Berlin, Heidelberg

**Oerter, R./ Montanda, L. / (Hrg.)** (1998): Entwicklungspsychologie, Weinheim

**Olivier, C.** (1989): Jokastes Kinder – Die Psyche der Frau im Schatten der Mutter, München

**Olness, K., Kohen, D.** (2001): Lehrbuch der Kinderhypnose und –  
hypnosetherapie, Heidelberg

**Oltersdorf, K.** (1984): Methodische Probleme der Erfassung von Ernäh-  
rungsverhalten in: Zeitschrift für Fach-, Lehr- und Beratungskräfte im Bereich  
Ernährung des AID 29, S. 187-198

**Orbach, S.** (1979): Antidiätbuch, München

**Orbach, S.** (1997): Magersucht. Ursachen und neue Wege der Heilung,  
München

**Palzkill, B. et al. (Hrg.)** (1991), Bewegungs(t)räume, Frauen, Körper, Sport,  
München

**Pape, D. / Schwarz, R. / Gillessen, H.** (2002): gesund – vital – schlank, Pra-  
xisleitfaden, Köln

**Papousek, M./ Schieche, M./ Wurmser, H. (Hrg.)** (2004): Regulationsstö-  
rungen in der frühen Kindheit, Bern

**Petzold, E., Reindell, A.** (1980): Klinische Psychosomatik, Heidelberg

**Plassmann, R.** (2002): Psychotraumatologie der Essstörungen. Vortrag  
Herbsttagung 2002 im Psychotherapeutischen Zentrum, 97980 Bad Mer-  
gentheim, 18/19. 10.2002

**Pongartz/Voss** (2000): Arbeitskraftunternehmer Erwerbstätigkeit in ent-  
grenzten Arbeitsformen, Berlin

**Postman, N.** (1984): Wir amüsieren uns zu Tode, Hamburg

**Poustka, E. / van Goor-Lambo, G.** (2000): Fallbuch Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Bern

**Posch, W.** (1999): Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit, Frankfurt a.M.

**Proissl, E.** (2005): Gemeinsam durch dick und dünn. Materialien zur Mädchenspezifischen Suchtprävention von Essstörungen, Mainz

**Pudel, V., Westenhöfer, J.** (1989): Fragebogen zum Essverhalten, Göttingen

**Pudel, V.** (1993): Ausgewählte sozio-kulturelle Einflüsse auf das Ernährungsverhalten, In: Ernährungsbericht 1992, Frankfurt a.M.

**Pudel, V., Westenhöfer, J.** (1998): Ernährungspsychologie. Eine Einführung, Göttingen

**Pschyrembel - Medizinisches Wörterbuch** (1994), Berlin

**Psychotherapie im Dialog, Anorexia**, 1/2004

**Psychotherapie im Dialog, Adoleszenz**, 5/2002

**Raabe, K.** (2004): Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen, Baltmannsweiler

**Rahn, E. et al (Hrg.),** (2000): Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf, Bonn

**Reich, G., Cierpka, M.** (Hrsg.) (1997): Psychotherapie der Eßstörungen, Stuttgart

**Reich, G., Witte-Lakemann, G., Killius, U.** (2005): Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen, Göttingen

**Reich, G.** (2003): Familientherapie der Essstörungen, Göttingen

**Reinelt, T. et al.** (Hrg.) (1997): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie, München

**Remschmidt, H.** (Hrg.) (1987) : Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart

**Resch, F.** (Hrg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Berlin

**Resch, F. et al.**(1999): Entwicklungspathologie des Kindes- und Jugendalters, Weinheim

**Röhrich, F.** (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen, Göttingen

**Rose, L.** (1993): Bewegungsräume für Mädchen in: Motorik, 1993/16, S.50-54

**Rümmele, E.** (Hrg.) (1990): Spektrum der Bewegungspsychotherapie, Frankfurt

**Rutter, M, Taylor, E.** (2002): Child and adolescent psychiatry – modern approaching, Oxford

**Salter, M.** (1998): Körperbild und Körperbildstörung, Wiesbaden

**Schimpf, M.** (1999): Selbstheilung von Essstörungen, Dortmund

**Schlipper, A.** (1992): Gewitter im Bauch, Recklinghausen

**Schmidbauer, W.** (1997): Der neue Psychotherapieführer, München

**Schmidt, U., Treasure, J.** (2000): Die Bulimie besiegen, Basel

**Seidenspinner, G., Keddi, B.** (2001): Junge Frauen heute, Wiesbaden

**Selvini-Palazzoli, M.** (1989): Magersucht: Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie, Stuttgart

**Shapiro, F.** (1998): EMDR. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, Paderborn

**Sherborne, V.** (1998): Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik, München

**Stahr, I., Barb-Priebe, I., Schulz, E.** (1998): Essstörungen und die Suche nach Identität, Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten, Weinheim

**Stellpflug, M. / Berus, I.** (2006): Musterberufsordnung, Heidelberg

**Stelter, R.** (1996): Du bist wie dein Sport, Studien zur Entwicklung von Selbstkonzept und Identität, Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, Bnd. 112, Schorndorf

**Steiner/Krippner** (2006): Psychotraumatherapie, Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten, Stuttgart

**Steiner-Adair, C.** (1992): Körperstrategien – weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Eßstörungen, Stuttgart

**Steinhausen, H.-C.** (2002): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, München

**Steinhausen, H.-C.** (2005): Anorexia nervosa, Göttingen

**Steinhilbers, M., Becker, M.** (1998) Zur Prävention von Essstörungen, Bonn

**Stern, D.** (1979): Mutter und Kind. Die erste Erfahrung, Stuttgart

**Stern, D.** (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart

**Strauß, B., Richter-Appelt, H.** (1996): Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, Göttingen

**Streek, U.** (2004): Auf den ersten Blick, Stuttgart

**Streck-Fischer, A.** (Hrg.) (1999): Adoleszenz und Trauma, Göttingen

**Tannen, D.** (1998): Du kannst mich einfach nicht verstehen, München

**Taipale, V.** et al. (1971) in: Acta Paedopsychiatry, 1971/38, S. 21-25

**Thomä, H.** (1961): Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht, Stuttgart

**Topel, E.M.** (2005): Die Psychotherapie mit Kindern, Stuttgart

**Trautmann-Voigt, S., Voigt, B.** (Hrg.) (1997): Freud lernt laufen. Herausforderungen analytischer Tanz- und Bewegungstherapie für Psychoanalyse und Psychotherapie, Frankfurt a.M.

**Trautmann-Voigt, S., Voigt, B.** (Hrg.) (1998): Bewegung ins Unbewusste, Frankfurt a.M.

**Treasure, J.** (2001): Gemeinsam die Magersucht besiegen, Weinheim

**Trebels, A.H.** (1992): Das dialogische Bewegungskonzept in: Sportunterricht, 1992/41, S.20ff.

**Tuschen-Caffier, B., Pook, M., Hilbert, A.** (2005): Diagnostik von Essstörungen und Adipositas, Göttingen

**Tyson, P., Tyson, R. L.**, (1997): Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, Stuttgart

**Uexküll, T.** (2002): Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, München

**Vandereycken, W.** et al. (1992): Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht, Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen, München

**Vernooij, M.** (1987): Überangepasstheit und Magersucht – Zur möglichen Prävention einer lebensbedrohlichen Störung, In: Zeitschrift für Heilpädagogik, Nr.38/1987

**Vester, H.G.**(1993): Soziologie der Postmoderne, München

**Vigersky, E.A.** (Hrg.) (1977): Anorexia nervosa, New York

**Vogt, M. / Winizki, E.** (1995): Ambulante Gruppentherapie, Frankfurt

**Völzke, R.** (Hrg.) (1990), Die Methode des biographischen Gesprächs in der Sozialpädagogik, Bochum

**Von Schlippe, A., Schweitzer, J.** (2002): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen

**Wardetzki, B.** (1998): Iß doch endlich mal normal! Hilfe für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen, München

**Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D.** (Hrg.) (1997): Menschliche Kommunikation, Bern

**Weber, G., Stierlin, H.** (1997): In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht, Hamburg

**Welsch**, Wolfgang, (1988): Wege aus der Moderne, Weinheim

**Westenhöfer**, J. (1992): Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens, Göttingen

**Wolf**, D., **Merkle**, R. (1996): Gefühle verstehen, Probleme bewältigen, Mannheim

**Wolf**, N. (1993): Der Mythos Schönheit, Hamburg

**Wolfrum**, C. et al. (1993): Wenn die Seele nicht satt wird, Düsseldorf

**Wöller/Kruse** (Hrg.) (2002): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Stuttgart

**Wortberg**, C. (1997): Bye-bye Barbie. Körpersprache und Körperbild in der Gewaltprävention, Münster

**Zimmer**, R. (1998) : Handbuch für Kinder- und Jugendarbeit im Sport, Aachen

**Zimmer**, R. (1999) : Handbuch der Psychomotorik, Freiburg

**Zimmer**, R., **Hunger**, I. (Hrg.) (2001) : Kindheit in Bewegung, Schorndorf

**Zimmermann**, A. (1998), Ganzheitliche Wahrnehmungsförderung bei Kindern mit Entwicklungsproblemen, Dortmund

## **Adressen**

### **Internetseiten**

[www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)  
[www.aktion-mut.de](http://www.aktion-mut.de)  
[www.anorexia-nervosa.de](http://www.anorexia-nervosa.de)  
[www.bundesfachverbandessstoerungen.de](http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de)  
[www.essstoerungstherapie.de](http://www.essstoerungstherapie.de)  
[www.karwautz.at](http://www.karwautz.at)  
[www.abas-stuttgart.de](http://www.abas-stuttgart.de)  
[www.ab-server.de](http://www.ab-server.de)  
[www.essfrust.de](http://www.essfrust.de)  
[www.hungrig-online.de](http://www.hungrig-online.de)  
[www.magersucht-online.de](http://www.magersucht-online.de)  
[www.essprobleme.de](http://www.essprobleme.de)  
[www.selbsthilfe.de](http://www.selbsthilfe.de)  
[www.anad-pathways.de](http://www.anad-pathways.de)  
[www.ess-stoerungen.net](http://www.ess-stoerungen.net)  
[www.bulimie-online.de](http://www.bulimie-online.de)  
[www.anred.com](http://www.anred.com)  
[www.mirror-mirror.org](http://www.mirror-mirror.org)  
[www.kathy-on-the-edge.com](http://www.kathy-on-the-edge.com)  
[www.kinder-psych.de](http://www.kinder-psych.de)  
[www.ahg.de](http://www.ahg.de)  
[www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de](http://www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de)  
[www.dick-und-duenn.de](http://www.dick-und-duenn.de)  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)  
[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)  
[www.praxis-obrock.de](http://www.praxis-obrock.de)  
[www.uni-osnabrueck.de](http://www.uni-osnabrueck.de)  
[www.renatezimmer.de](http://www.renatezimmer.de)

## **Fachverbände**

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen

Universitätsklinikum Erlangen

Schwabachanlage 6

91054 Erlangen

Bundesfachverband für Essstörungen e.V. / BFE

Pilotystr. 6

80538 München

## **Kliniken**

(mit Stationen für Jugendliche)

Parkland-Klinik, Fachabteilung für Essstörungen

Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen-Reinhardtshausen

[www.parkland-klinik.de](http://www.parkland-klinik.de)

Klinik am Korso, Fachklinik für gestörtes Essverhalten,

Ostkorso 4, 32545 Bad Oeynhausen

[www.klinik-am-korso.de](http://www.klinik-am-korso.de)

Psychotherapeutisches Zentrum, Abteilung für stationäre Essstörungstherapie, Erlenbachweg 24, 97980 Bad Mergentheim

Paracelsus-Wittekindklinik, Abteilung für Essstörungen,

Empter Weg 5, 49152 Bad Essen

[www.wittekindklinik.de](http://www.wittekindklinik.de)

Seeparkklinik

Sebastian Kneipp Str.1, 29389 Bad Bodenteich

Klinik Roseneck  
Am Roseneck 6, 83209 Prien

TCE-Therapiezentrum für Essstörungen, Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
München, Schleißheimerstr 267, 80809 München

### **Wohngruppen**

Anad-pathways, Intensivtherapeutische Wohngruppe für Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen, Pilotstr.6, 80538 München

Amidon, Hilfe für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen gGmbH  
Lindenstr. 20, 29525 Uelzen

Wohnprojekt ANNIE, Ev. Kinderheim Jugendhilfe, Herne & Wanne-Eickel GmbH, Overwegstr.31, 44625 Herne

Jugendhilfe Eckehardt, Wohngruppe am Zionswald,  
Eckhardtsheimer Str. 29, 33689 Bielefeld

### **Selbsthilfegruppen**

NAKOS, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen  
Albrecht-Achillis-Str. 65, 10709 Berlin

BEKOS, Beratungs- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen  
Lindenstr. 12a, 26123 Oldenburg

KISS-NRW, Kontakt- und Behandlungszentrum bei Essstörungen  
Himmelgeiststr. 107, 40225 Düsseldorf

SH-Gruppe für Angehörige von Ess- und Magersüchtigen  
Hagener Str. 21, 4425 Dortmund

Einstellungen zum Körper bei Mädchen mit Anorexia nervosa in der Adoleszenzphase

Psychotherapie-Informations-Dienst, PID

Heilsbachstr. 22-24, 53123 Bonn

### **Internationale Essstörungsjournale**

International Journal of Eating Disorders

Eating Weight Disorders

Eating Disorders

European Eating Disorders Review

Eating Behaviors

## **Danksagung**

Für das Gelingen dieser Arbeit haben viele Menschen in den letzten Jahren direkt oder indirekt einen Beitrag geleistet. Auch wenn ich nicht jeden namentlich erwähnen kann, möchte ich Euch und Ihnen allen an dieser Stelle herzlich danken!

Allen voran danke ich besonders meinem Mann, Rainer Schossier, für seine unermüdliche Unterstützung, die mich durch alle Phasen der Arbeit begleitete.

Ich danke meinem Sohn, Elias Obrock-Schossier, für seine große Geduld und seine Fähigkeit warten zu können.

Meiner Doktormutter, Prof. Dr. Renate Zimmer, möchte ich für die stetige fachliche und persönliche Unterstützung, sowie für die vielen Denkanstöße danken. Außerdem gilt mein Dank Prof. Dr. Peter Elflein, der sich fürsorglich kümmerte.

Mein Dank richtet sich auch an die vielen Gespräche mit Lehrkräften und StudentInnen der Universität Osnabrück, die mich als „Externe“ freundlich aufnahmen.

Ich danke dem Chefarzt, Dr. G. E. Jacoby, Klinik am Korso/Bad Oeynhausien für seine freundliche Unterstützung einige Patientinnen der Jugendlichenabteilung befragen zu dürfen.

So entstand doch die Thematik dieser wissenschaftlichen Arbeit während meiner Tätigkeit in der Klinik am Korso.

Ich danke auch dem Oberarzt, Dr. H. Imgart, Parkland-Klinik/Bad Wildungen für seine stetige fachliche Unterstützung während des Curriculums Essstörungen (zertifizierte Weiterbildung der Ärztekammer Hessen zur Schwerpunktpraxis Essstörungen für niedergelassene VertragsärztInnen und Psy-

chotherapeutInnen). So danke ich auch den ReferentInnen mit vielen Vorträgen und praktischen Übungen.

Bei den an dieser Studie beteiligten Schulen und Sportverbänden bedanke ich mich für die Bereitschaft zur Teilnahme. Ich danke den Multiplikatoren, die mit der internen Organisation des Projekts beauftragten Lehrerinnen, Sozialarbeiterinnen, allen Schülerinnen und Sportlerinnen, die sich zur Bearbeitung des Fragebogens bereitklärten und mit ihrer Teilnahme weitere Erkenntnisse auf dem Gebiet der Körperwahrnehmung bei Mädchen in der Adoleszenz ermöglichen.

Mein Dank gilt schließlich meiner Mutter, die mich in meinem Vorhaben stets gefördert hat.

Vielen Dank an alle, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben!

## **Erklärung**

### **Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bad Oeynhausen, den