

Auf den Leib geschrieben? Anorexie, Leiblichkeit und Adoleszenz bei Mädchen und jungen Frauen

Sabine Seiberl

Zusammenfassung: Auf den Leib geschrieben? Anorexie, Leiblichkeit und Adoleszenz bei Mädchen und jungen Frauen

Der Artikel befasst sich mit dem Symptom der Körperbildstörungen bei Mädchen und jungen Frauen mit Anorexie und möchte ein Verständnis für die scheinbare „Fehl-“ Wahrnehmung schaffen, indem die Leser und Leserinnen angeregt werden, die angenommene Störung in der Körperwahrnehmung aus einer anderen Perspektive – nämlich jener des „Leibes“ zu betrachten.

Nach einer kurzen Skizzierung des Leibbegriffs im Sinne der Integrativen Therapie wird die Bedeutung der Adoleszenz für das Leiberleben dargestellt. Es soll deutlich werden, wie unter anderem gesellschaftliche Einflüsse besonders in der Adoleszenz die leibliche Wahrnehmung der Mädchen und jungen Frauen beeinflussen und verändern.

Schlüsselwörter: Anorexie, Körperbild, Adoleszenz, Leib, Integrative Therapie

Abstract: Written on the body? Anorexia nervosa, body and adolescence in girls and young women

This article discusses body image disturbances in young women suffering from anorexia nervosa and wants to establish understanding for the so-called deficit in the perception of body. The reader should be encouraged to consider the supposed dysfunction from a different point of view.

After describing the meaning of „body“ within the Integrative Therapy the importance of adolescence for body experiences is illustrated. It should be made clear, in which way social influences in adolescence may affect and change the perception of the body of young women.

Keywords: anorexia nervosa, body image, adolescence, body, Integrative Therapy

Die Wahrnehmung des eigenen „Körpers“ von jungen Frauen, die unter Anorexie leiden, erzeugt bei vielen Menschen Unverständnis. „Es kann doch nicht sein, dass sich diese Mädchen und Frauen mit ihrem lebensbedrohlichen Gewicht als zu dick erleben?!“, lautet der Tenor. Doch wird das Gefühl und die Wahrnehmung, dick zu sein, tatsächlich von der „objektiven“ Körperform bestimmt? Könnte es sein, dass dieses Gefühl des Ekels, das „Sich-Nicht-Annehmen-Können“ nichts mit der tatsächlichen Körperform zu tun hat, sondern sich in dem Gefühl des „Dick-seins“ etwas ganz anderes niederschlägt?

Der „Leib“ in der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie mit ihrem Verständnis von „Mann und Frau als Körper-Seele-Geist-Subjekt = Leib-Subjekt im Kontext und Kontinuum“ (Petzold, 2003a, S. 116) kann mit dem ihr zugrundeliegenden Leibbegriff einen wichtigen Beitrag zur Erklärung der Einschätzung des eigenen Leibes von Frauen mit Anorexie liefern. Im Gegensatz zu anderen Sprachen gibt es in der deutschen Sprache zwei unterschiedliche Wörter für den menschlichen und organischen Körper – eine Unterscheidung, die Sinn macht, folgt man Betrachtungen von Merleau-Ponty (1964, 1966) und Schmitz (2005).

Auch in der Integrativen Therapie wird dem Begriff „Leib“ zentrale Aufmerksamkeit geschenkt und es wird zwischen „Körper“ und „Leib“ unterschieden (Leitner, 2010; Petzold, 2003b). So wird „Körper“ „als biologisches Substrat, mit dem Menschen ausgestattet sind“ (Petzold 2003b, S. 1065), verstanden. „Leib“ hingegen wird definiert als

... eingebettet (embedded) in Kontext/Kontinuum, [...] als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Narrative/Stile in ihrer aktuellen, intentionalen [...] mit dem Umfeld und dem verleiblichten (embodied), als differentielle Information mnestischer archivierten Niederschlag der Narrationen/Inszenierungen dieser Schemata, welche in ihrem Zusammenwirken als „informierter Leib“ das personale „Leibsubjekt“ als Synergem konstituieren. (Petzold, 2003b, S. 1066)

Nach dem Verständnis der Integrativen Therapie drücken sich im Leib also nicht nur die aktuellen physischen und emotionalen Befindlichkeiten aus, es werden auch individuelle Erfahrungen, die vom sozialen und gesellschaftlichen Kontext beeinflusst werden, gespeichert. Im Leib zeigt sich demnach auch das Wesen eines Menschen. Dieses kommt in Mimik, Gestik, in eingefleischten, erworbenen sozialen Rollen und Handlungsmustern zum Vorschein. Somit ist der Leib das Zusammenspiel von konkreter, materieller Wirklichkeit und transmaterieller Wirklichkeit, durch im Leibgedächtnis gespeicherte Erfahrungen. Erst dieses Zusammenspiel macht Menschsein aus (Petzold, 2002).

Diese Ausführungen machen deutlich, dass die Vorstellung, die wir Menschen von unserem Leib haben, nicht einfach angeboren ist, sondern unter anderem erlernt und von kulturellen sowie sozialen Aspekten in einem lebenslangen Entwicklungsprozess geprägt ist. Das Körperschema jedes Menschen wird zudem davon beeinflusst, wie die Anderen uns sehen und wie er/sie selbst erfährt, dass und wie ihn/sie die Anderen sehen. Maurice Merleau-Ponty, ein Referenzphilosoph der Integrativen Therapie, formuliert es in „Le Visible et l’Invisible“ folgendermaßen: „Einen Leib haben bedeutet gesehen werden [...], es heißt, sichtbar sein.“ (Merleau-Ponty, 1964, zit. nach Waldenfels, 2000, S. 121).

Wird das Leibverständnis der Integrativen Therapie in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt, so kann die Formel: „Ich bin mein Leib und ich habe meinen Leib“ in Zusammenhang mit Körperbildstörungen bei Anorexie als besonders beachtenswert angesehen werden. In der Aussage „Ich habe einen Leib“ steckt die exzentrische Position (Objektbeziehung) zum eigenen Leib. Mit anderen Worten: Der eigene Körper wird als ein Objekt von einer Außenperspektive betrachtet. Zugleich ist aber durch das zeitlebens bestehende Faktum „Ich bin mein Leib“ (Subjektbeziehung) die Möglichkeit zur kompletten Loslösung vom eigenen Leib nicht gegeben (Bolhaar & Petzold, 2008). So können wir zwar unser Spiegelbild betrachten und uns so von einer Außenperspektive betrachten („Ich habe einen Leib“), im gleichen Augenblick sind wir aber auch ganz und gar leiblich, in dem wir Emotionen, Mimik, etc. wahrnehmen („Ich bin mein Leib.“). Bei Fotos und Videos steht in der Regel die exzentrische Position im Vordergrund, wie beispielsweise das Erstaunen und die Verwunderung über so manche eigene Fotos zeigen

In einem später skizzierten Beispiel wird die Bedeutung dieses Aspekts für die Körperwahrnehmung von Mädchen und Frauen mit Anorexie noch deutlich werden.

Hermann Schmitz, Begründer der Neuen Phänomenologie, hat sich intensiv mit dem Begriff „Leib“ auseinandergesetzt und hat unter anderem ein Kapitel der Anorexia nervosa gewidmet. Er plädiert bereits in seinem erstmals 1965 erschienen Band „Systeme der Philosophie II. Der Leib“ dafür, Anorexia nervosa nicht in einen körperlichen und seelischen Anteil zu zerlegen. Für ihn liegt die Ursache der Erkrankung weniger in der Verweigerung des Erwachsenwerdens, vielmehr versteht er Anorexie als „leibliche Krise“ (Schmitz, 2005, S. 266).

Die Entwicklung zur Frau – eine Herausforderung für heranwachsende Mädchen

Der Großteil, der an Anorexie erkrankten Patienten und Patientinnen, sind Mädchen und Frauen. Eine Auseinandersetzung mit der Pubertät und Adoleszenz von jungen Frauen ist aus diesem Grund für eine kompetente Behandlung unerlässlich, zudem die Entwicklung zur Frau keine ausschließlich körperliche ist, sondern in hohem Maß mit einer leiblichen [1] Veränderung einhergeht.

Die Adoleszenz soll jenen Entwicklungsabschnitt darstellen, in dem der Übergang von der Kindheit in den Erwachsenenstatus vollzogen werden soll. Den Heranwachsenden wird die Bewältigung einer Fülle von Aufgaben abverlangt: Die Jugendlichen sollen die eigene Geschlechtsrolle weiterentwickeln und ein eigenes Werte- und Normensystem etablieren, schulische und berufliche Qualifikationen müssen eigenverantwortlich erworben werden, und Handlungsmuster für den Umgang mit Konsum und Freizeit sollten erlernt werden (Hagemann-White, 2003).

Hagemann-White (2003) hat die Verschiedenheit der pubertären Phase von Jungen und Mädchen herausgearbeitet. Neben dem Umstand, dass sich Mädchen im Durchschnitt bereits zwei Jahre vor Burschen in der Entwicklungsphase der Pubertät befinden, streicht sie die unterschiedliche Abfolge in der Entwicklung von Mädchen und Jungen hervor. Während bei Jungen die Pubertät in der Regel mit der ersten Ejakulation - und somit eng mit ersten sexuellen Erfahrungen verknüpft ist - und sich erst im Anschluss die körperlichen Veränderungen einstellen, verhält es sich bei Mädchen naturgemäß anders. Die klassischen, oben beschriebenen Entwicklungsaufgaben stehen während der Zeit der körperlichen Veränderungen, also zwischen 10 und 14 Jahren, bei Mädchen noch nicht an.

Steiner-Adair (2003) führt aus, dass Ablösung, Individuation und Autonomie als Entwicklungsaufgabe für Jungen und Mädchen in der Pubertät unterschiedliche Rollen spielen. Für junge Männer bedeutet Ablösung tatsächlich eine Stärkung der Identität, für junge Frauen sind hingegen Bindungen und Beziehung für die Ausformung der weiblichen Identität besonders wichtig. Die körperlichen Veränderungen verlangen von Mädchen und jungen Frauen eine Umstrukturierung und Neugestaltung des Körperbildes, des Selbsterlebens und des Selbstbewusstseins.

Mädchen werden aufgrund der körperlichen Veränderungen zudem „mit gesellschaftlichen Bewertungen und sozialen Konstruktionen von Zweigeschlechtlichkeit, kulturellen und gesellschaftlichen Bildern von Weiblichkeit, normativen Vorstellungen von Sexualität, etc. konfrontiert“ (Flaake 2011, S. 113). Diese Konstruktionen und Bewertungen prägen das Selbstgefühl und Selbsterleben und werden in psychischen Strukturen, im Selbstbild und im Selbstbewusstsein verankert. Erst im Kontext dieser sozialen Bewertungen und Definitionen erhalten die körperlichen Veränderungen ihre spezifischen Bedeutungen. Die schnelle Veränderung des Körpers verunsichert das Selbstbild des Mädchens, macht übersensibel und erzeugt oftmals Gefühle der Entfremdung (Flaake, 2011).

In meiner Arbeit erlebe ich immer wieder die Überforderung und Hilflosigkeit der jungen Mädchen aufgrund teils widersprüchlicher Anforderungen von Familie, Medien und Peer-Gruppe. Dies alles in einem Alter, in dem Bedürfnisse erst entdeckt und Zukunftsperspektiven entwickelt werden müssen. Flaake (2011) zeigt in Interviews mit Mädchen und jungen Frauen, sowie deren Müttern und Vätern eine Unzufriedenheit mit dem Körper (bzw. der eigenen Leiblichkeit). Anstelle

von Stolz hat sich ein Gefühl des „Sich daran gewöhnt zu haben“ eingestellt. Gewicht, Beine, „Po“, Busen, Körpergröße, Haare und Haut werden häufig negativ gesehen. Angebote, die den Stolz auf den Körper manifestieren helfen, sind rar. Das eigene Aussehen wird also häufig als unzureichend angesehen und geht oftmals mit einer „Labilisierung des Selbstbewusstseins“ einher (Flaake, 2011, S. 115).

Die Mädchen erleben nun, dass ihre körperlichen Veränderungen von der Umwelt wahrgenommen, bemerkt und bewertet werden, sie von anderen als sexuelle Wesen wahrgenommen werden. Somit erfahren die Mädchen eine von eigenen, inneren Impulsen unabhängige Sexualisierung ihres Körpers. Was die Mädchen für andere darstellen, hat jedoch meist keinen Bezug zu dem, was sie selbst fühlen oder machen (Hagemann-White, 2003, S. 71). Die Gefühle vieler Mädchen und junger Frauen in Bezug auf das veränderte Erscheinungsbild sind demnach ambivalent und schwanken zwischen Kind und Frau sein.

In meiner Arbeit mit heranwachsenden Mädchen wird dieser Aspekt immer wieder deutlich: Hin- und hergerissen zwischen kindlichen Wünschen und Frau sein wollen, erleben die Mädchen oft wenig Stabilität und große Verunsicherung, besonders auch in Hinblick auf ihre körperlichen Veränderungen. So werden mitunter elfjährige Mädchen als sexuelle Wesen begriffen, obwohl ihr Interesse noch Meerjungfrauen oder Einhörnern gilt. Ein Großteil der Mädchen und Frauen ist jedoch mit zumindest einem Teil ihres Körpers nicht zufrieden (Flaake, 2011). Während sich bei manchen die Unzufriedenheit auf einige Aspekte ihres Körpers bezieht, betrifft es bei anderen den gesamten Körper. Flaake (2011) kommt zu der Feststellung, dass es scheinbar unter Mädchen und jungen Frauen eher eine Kultur der Unzufriedenheit und Klage über den eigenen Körper, als eine Kultur des Stolzes und der gegenseitigen positiven Wertschätzung gibt.

Andererseits bildet das Aussehen die Basis für die Wertschätzung durch andere: Einerseits als Vorbildfunktion für das eigene, andererseits durch Bestätigung des anderen Geschlechts. Daher können bewertende Blicke und Kommentare eine besonders kränkende Wirkung und verletzende Bedeutung erlangen. Sexuelle Beleidigungen gehen selten von Mädchen aus, sondern werden in erster Linie zwischen Jungen und von Jungen bezogen auf Mädchen geäußert (Flaake, 2011). Körperwahrnehmungen, Körperempfindungen und Körpererleben werden so bereits früh mit sozialen Bedeutungszuschreibungen wie Scham, Ekel, Lust oder Angst verbunden (Stein-Hilbers, 2000).

Adoleszenz und Anorexie Nervosa bei jungen Frauen

In der westlich-industrialisierten Welt ist Körperlichkeit von herrschenden Schönheitsidealen und dem Bezug zum anderen Geschlecht geprägt. Historisch betrachtet, waren es die Frauen, die

in wesentlich stärkerem Ausmaß dem Anpassungsdruck ausgeliefert waren. Im Laufe des 20. Jahrhunderts, so Stahr, Barb-Priebe & Schulz (2007), vollzieht sich jedoch eine stärkere Nivellierung des männlichen und weiblichen Körperbildes. Diese Nivellierung geht jedoch zu Lasten der Frauen, steht doch die Anpassung des Frauenkörpers an das männliche Körperideal im Vordergrund, die androgyne Statur überflutet mehr und mehr die Medien.

Die gängigen Schönheitsvorstellungen sind jedoch prinzipiell kaum erreichbar. Mit Hilfe digitaler Fotobearbeitung gaukeln Modemagazine und Werbungen ein Schönheitsideal mit Körpermaßen vor, die anatomisch nicht zu erreichen sind. Gleichzeitig wird das Gefühl vermittelt, nur jene Frauen, die diesem Ideal entsprechen können, sind glücklich (Zitt, 2008). Bei jungen Frauen stellt sich so das Gefühl des Nichtgenügens ein. Es scheint, als wäre die Nichterreichbarkeit dieser Maßstäbe zentraler Bestandteil dieser Normen und Ursache der starken Unsicherheit von Frauen, bezogen auf ihren Körper. So zitiert Flaake die Autoren Baur und Miethling, die bereits im Jahr 1991 in einer Studie über Körperkonzepte von Jugendlichen feststellten, dass das Körperideal von Mädchen dem einer untergewichtigen, jenes von Jungen einer normalgewichtigen Figur entspricht (Baur & Miethling, 1991, zit. n. Flaake, 2000).

Der Idealkörper, der dem Schönheitsideal entspricht und dem Frauen folgen sollten, hat einen Taillenumfang von viereinhalbjährigen Kindern, einen Hüftumfang von durchschnittlichen 13-jährigen Mädchen und eine Körpergröße von Männern (vgl. Posch 2009, 86ff.). Der Taillenumfang einer Frau mit Kleidergröße 36 beträgt durchschnittlich 70cm. Den als erstrebenswert angegebenen Taillenumfang von 60cm haben 0,06 Prozent, das sind 6 von 10.000 Frauen (Frauengesundheit Wien, 2010). Bei einer österreichischen Studie im Jahr 2006/2007 lagen 10,2 Prozent der 15- bis 30-jährigen Frauen mit ihrem Body Mass Index (BMI) unter 18,5 und wiesen Untergewicht auf (vgl. Statistik Austria, 2008). Essstörungen, so Lucia Westerhausen (2009), erscheinen „im Sinne des überhöhten Schlankheits- und Schönheitsideals wie eine Karikatur“ (S. 196). Von dieser Perspektive aus übernehmen Essstörungen eine Funktion für fehlende Werte, Sinnlichkeit und Sinn. Das „Sich-Verdünnisieren“, wie Westerhausen es ausdrückt, das Ausgezehrtsein kann sinnbildlich als Antwort auf das zunehmende Absprechen von authentischen Wahrnehmungen, Beziehungen und Lebenssinn verstanden werden.

Steiner-Adair (2003) fordert auf, das Massenphänomen hungernder Mädchen in unserer Gesellschaft als Politik des Körpers anstatt eines Krankheitsbildes anzusehen. Unter diesem Blickwinkel sieht sie die abgemagerte Frau als Symbol einer Kultur, in der die weibliche Entwicklung mangelnde Unterstützung findet und die nicht anerkennt, wie wichtig Beziehungen für die Identitätsfindung einer jungen Frau sind. Möglicherweise – so Steiner-Adair (2003) – steht hinter der Anorexie auch die kritische Botschaft an eine Gesellschaft, die Erwachsensein als Zustand der Unabhängigkeit definiert und glaubt, auf zwischenmenschliche Beziehungen verzichten zu können.

Von Braun (2003) stellt dazu fest, dass es sich bei Anorexie um ein geistesgeschichtliches Phänomen handle und der kulturgeschichtliche Hintergrund der Anorexie in der Geschichte der christlichen Vorstellung über Frauen zu finden sei. Nach ihren Ausführungen drückt sich in der Anorexie weniger die Weigerung aus, „Frau zu werden“, als vielmehr die Weigerung, die Opferrolle der Weiblichkeit zu übernehmen. Betrachtet man die anorektischen Frauen zugeschriebenen typischen Charaktereigenschaften wie Willensstärke, geistige Reife, Leistungsfähigkeit, etc., so muss man übereinkommen, dass diese mit von Brauns These durchaus konform gehen. Es drängt sich die Frage auf, ob nicht der scheinbar herrschende „Schlankheitswahn“ weniger Ursache, als vielmehr als „stellvertretende Anorexie“ angesehen werden kann, mit dem Ziel, sich der noch immer mit Weiblichkeit verbundenen Opferrolle und Schwäche zu entziehen.

Von Braun führt zudem aus, dass sie in der Anorexie weniger eine Auflehnung des Mädchens gegen die Mutter, als vielmehr eine Auflehnung gegen die „geopferte Mutter“ sieht. Unterstützt sieht sie ihre These in der Tatsache, dass Anorexie gehäuft in Familien mit rigiden Vorstellungen von Familienharmonie und mit dem Verzicht der Ehefrau auf ihr Eigenleben einhergeht. Das anorektische Mädchen versuche so, das „Verblässen der Mutter sichtbar zu machen und stellvertretend für die Mutter einen Unabhängigkeitskampf zu führen“ (von Braun, 2003, S. 231f.). Bruch (1962) nennt unter anderem die Selbstkonzeptbeeinträchtigung als ein zentrales Merkmal bei Mädchen und Frauen mit Essstörungen. Dieses ist nach Bruch geprägt von einem lähmenden Gefühl von Ineffektivität („paralyzing sense of ineffectiveness“). Von den Betroffenen wird das eigene Verhalten als Reaktion auf Anforderungen von außen und weniger als selbstinitiiert angesehen. Die beiden weiteren von ihr genannten Merkmale, die Körperschemastörung sowie die Fehlinterpretation körperlerner Signale, sieht sie als Folge des Gefühls von Ineffektivität (Bruch, 1962).

Anorexie und Leibwahrnehmung

Auf der Basis der vorangegangenen Überlegungen wird deutlich: Die widersprüchlichen Anforderungen durch die Gesellschaft und der Umgang mit Weiblichkeit führen zu einer Verunsicherung bei Mädchen und jungen Frauen. Nicht zu erreichende Ideale scheinen in einer Zeit der Destabilisierung Orientierung zu bieten. Die Abwertung des eigenen Leibes könnte so zur logischen Konsequenz werden (Seiberl, 2011).

Untersuchungen haben gezeigt (Kumrig, 2005), dass die Störung in der Wahrnehmung von Frauen mit Anorexie keinesfalls die allgemeine Wahrnehmung betrifft, sondern sich ausschließlich auf jene Körperpartien beschränkt, die in besonderem Ausmaß einer sozialen Bewertung unterliegen. Die Ergebnisse zweier Körperstimulationsinstrumente zeigen, dass besonders als „Problemzonen“ bekannte Körperteile einer Fehleinschätzung unterliegen. Kumrig (2005) stellte hierzu fest, dass sich bei *visueller* Erfassung des Körperbildes (im Vergleich zu rein

propriozeptiver Erfassung) die Überschätzung des Körperbildes bei anorektischen Patientinnen nicht mehr derart deutlich erkennen lässt. In Anbetracht zu Ausführungen zum Leibempfinden (vgl. dazu u. a. Petzold, 2003a; Schmitz, 2005; Waldenfels, 2000) kann davon ausgegangen werden, dass es beim Schließen der Augen wesentlich schwieriger ist, den physiologischen Körper zu spüren, und die Möglichkeit, eine exzentrische Perspektive zum Leib einzunehmen, eingeschränkt ist. Diese Überlegung wird auch dadurch gestützt, dass trotz der Überschätzung bestimmter Körperpartien in perzeptiven Verfahren der *negativen kognitiven* Bewertung des Körperbildes bei Frauen mit Anorexie ein wesentlich stärkeres Gewicht zukommt (Kumnig, 2005; Zitt, 2008).

Das Auseinanderklaffen der inneren und äußeren Realität oder mit anderen Worten der leiblichen und körperlichen Wahrnehmung wird in einem Interviewbeispiel von Westerhausen (2009, S. 42) mit einer an Anorexie erkrankten Frau deutlich: Beim Betrachten des Videos erlebt sich die Betroffene als zu dünn, im gleichen Atemzug spricht sie aber von ihrem zu dicken Bauch, den es mit Kleidung zu überdecken gilt. Es scheint, als wäre es der Betroffenen möglich, aus der exzentrischen Position – der Betrachtung des Videos – den eigenen Körperumfang adäquat einzuschätzen, in der Selbstbetrachtung bei gleichzeitiger „Selbstempfindung“, in der die Aspekte „Ich habe einen Leib und ich bin mein Leib“ zusammentreffen, gelingt diese adäquate Einschätzung nicht.

Beim Heranziehen gesellschaftlicher und sozialer Aspekte weisen Befunde darauf hin, dass betroffene Frauen häufig einer starken inneren Ambivalenz und Zerrissenheit hinsichtlich ihrer Frauenrolle ausgeliefert sind (Westerhausen, 2009). Wieder andere Untersuchungen zeigen, dass Mütter von Frauen, die an Anorexie leiden, oftmals eine eher ablehnende Haltung zur eigenen Leiblichkeit einnehmen. Dies wurde sowohl in einer Untersuchung von Zitt (2008) als auch von Flaake (2011) und von Braun (2003) beschrieben. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Umgang mit der eigenen Leiblichkeit auch auf die Töchter überträgt.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass als negativ bewertete Gefühlszustände im familiären Umfeld nicht zugelassen werden (Zitt, 2008). Menschen mit Anorexia nervosa werden häufig als ehrgeizig, intelligent, kontrolliert, angepasst, freundlich beschrieben. Die betroffenen jungen Frauen leiden oftmals unter dem Gefühl der Zerrissenheit zwischen den von außen kommenden sowie selbst auferlegten Anforderungen und dem gleichzeitig bestehenden inneren Wunsch nicht das angepasste, brave Mädchen, sein zu wollen. Während der Erkrankung überwiegen Gefühle von Angst, Schuld, Scham, doch auch Ekel und Neid werden beschrieben, die Wahrnehmung von Bedürfnissen wird großteils verleugnet (Kluckner, 2007).

Konsequenzen für die Behandlung

Das vordergründigste Bedürfnis der von Anorexie betroffenen Mädchen ist es, abzunehmen. Andere Bedürfnisse haben keinen Raum und werden nicht wahrgenommen. Möglicherweise tragen lebensgeschichtliche Erfahrungen und Umbrüche in der Adoleszenz dazu bei, dass diese gar nicht erkannt werden bzw. das Wissen darum fehlt. Wenn wir also davon ausgehen, dass sich die erkrankten Mädchen und Frauen tatsächlich im Leben so wenig Raum geben, dass ihre Körperhülle über ihre subjektiv gefühlten Leibgrenzen hinausragt, so entspricht dieses Leibgefühl durchaus der Realität der Betroffenen. Es steht außer Frage, dass es sich bei Anorexia nervosa um ein behandlungsbedürftiges klinisches Störungsbild handelt. Aufgrund der mitunter lebensbedrohlichen Entwicklung und massiven körperlichen sowie psychischen Folgeerscheinungen stellt diese Erkrankung für die Betroffenen und ihre Familien eine massive Belastung dar.

Doch nicht das (scheinbar) verzerrte Körperbild oder das Gefühl, zu dick zu sein, treibt die Betroffenen immer weiter in die Krankheit, sondern die Unmöglichkeit, Bedürfnisse zuzulassen, zu erkennen, sich selbst Raum und Platz zu geben. Kann ein Körperbild unter dieser Auffassung „schlecht“, „gut“ oder „gestört“ sein? Die Körpergrenze kann aber mehr oder weniger gut mit dem Leibempfinden des einzelnen Menschen zusammenpassen. Doch welche grundlegenden therapeutischen Implikationen könnten sich durch eine derartige Auseinandersetzung mit dem Leibbegriff und dem Infragestellen der *Störung* in der Körperwahrnehmung ergeben?

Bei Patientinnen, die unter Anorexie leiden, steht Misstrauen gegenüber leiblichen Empfindungen im Vordergrund: Hungergefühle werden negiert, gegenüber bestimmten Körperteilen herrschen Ekel und Ablehnung vor. Demgegenüber steht das objektive Messergebnis der Waage, das deutliche, oftmals lebensbedrohliche Untergewicht. Die unterschiedliche Wahrnehmung des eigenen Körpers zwischen Betroffener und Betrachterin schürt zudem Misstrauen: Misstrauen gegenüber der Betrachterin, die dem Gefühl der Betroffenen nicht traut und versucht, die „falsche Wahrnehmung“ zu beweisen. Ebenso aber auch Misstrauen und Zerrissenheit gegenüber den eigenen Empfindungen. Kann diese Divergenz in der Betrachtungsweise aber erklärt und darauf hingewiesen werden, dass die Empfindung richtig ist, kann ein *erster Schritt* in Richtung Wahrnehmung von Bedürfnissen und Vertrauen in die eigene Leiblichkeit gelegt werden. Ich leite die Patientinnen gerne an, dieses Gefühl wahrzunehmen, ernst zu nehmen und sich auf detektivische Suche nach auslösenden Situationen im Außen oder Inneren zu begeben. Wird das subjektive Leibgefühl der Mädchen und Frauen verstanden und ernst genommen, so wird es möglicherweise einfacher sein, dem eigenen Leibgefühl zu vertrauen – ein Umstand, den die an Anorexie erkrankten Frauen ohnehin erst wieder lernen müssen.

Der Artikel will keinesfalls den lebensbedrohlichen Umstand der Anorexia nervosa in Frage stellen oder gar diesen Umstand verherrlichen. Vielmehr wird der Anspruch erhoben, anorektischen

Frauen Verständnis entgegenzubringen. In der Psychotherapie mit anorektischen Patientinnen ist es daher meines Erachtens unerlässlich, den Betroffenen zu versichern, dass ihr Gefühl richtig ist. Es bedarf der Versicherung, dass sie ihrem Gefühl – auch wenn es das Gefühl, zu dick zu sein, ist – vertrauen können! Dies könnte der erste Schritt in einer Therapie sein, in der es darum gehen sollte, Stück für Stück die Bedürfnisse der betroffenen Frauen zu entdecken, offenzulegen, sowie Strategien im Umgang mit Konflikten und Spannungen zu erarbeiten.

Auf diese Weise könnte die Grundlage für das „Für wahr nehmen“, der Wahrnehmung der Betroffenen, gelegt werden. Nicht die Bewertung des subjektiven Körperbildes und die Veränderung dieser Sichtweise sollten im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit einer therapeutischen Auseinandersetzung stehen, sondern der respektvolle Umgang mit den subjektiven Vorstellungen der erkrankten Mädchen und Frauen. Ziel des Artikels ist ein integrativ-therapeutisches Verständnis der Anorexie und das Wahrnehmen der Betroffenen als Leib-Subjekt in ihrer Weiblichkeit: Weg von der Pathologisierung der Empfindung hin zu einem Verständnis und Annehmen der Leibempfindung durch andere und letztlich der Betroffenen selbst.

Anmerkungen:

[1] Im Sinne der Definition von Kapitel 1 und 2

Literatur

Baur, J. & Miethling, W.-D. (1991). Die Körperkarriere im Lebenslauf. Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 11(2), 165-188.

Bolhaar, R. & Petzold, H. G. (2008). Leibtheorien und „Informierter Leib“ – ein „komplexer Leibbegriff“ und seine Bedeutung für die Integrative Supervision und Therapie. *Supervision. Theorie – Praxis – Forschung*, 4, 2008. Zugriff am 03.04.2012. Verfügbar unter http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/bolhaar_supervision-04-2008.pdf

Braun, C. von (2003). Das Kloster im Kopf. Weibliches Fasten von mittelalterlicher Askese zu moderner Anorexie. In Flaake, K. & King, V. (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen* (S. 213-239). Weinheim: Beltz.

Bruch, H. (1962). Perceptual und Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2), 187-194.

Flaake, K. (2011). *Körper, Sexualität und Geschlecht. Studien zur Adoleszenz junger Frauen*. Gießen: Psycho-sozial Verlag.

- Flaake, K. & King, V. (Hrsg.). (2003). *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. Weinheim: Beltz.
- Flaake, K. & King, V. (2003). Psychosexuelle Entwicklung, Lebenssituation und Lebensentwürfe junger Frauen. In Flaake, K. & King, V. (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen* (S. 13-39). Weinheim: Beltz.
- Frauengesundheit Wien (2010). *Wiener Programm für Frauengesundheit. Jahresbericht 2009*. Zugriff am 01.03.2011. Verfügbar unter www.frauengesundheit-wien.at/downloads/Jahresberichte/Jahresbericht_2009.pdf
- Hagemann-White, C. (2003). Berufsfindung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz. In Flaake, K. & King, V. (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen* (S.64-83). Weinheim: Beltz.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Gluckner, V. J. (2007). *Emotionen – Erleben und Regulation durch das Essverhalten bei Anorexia & Bulimia nervosa* (Dissertation). Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.
- Kumnig, M. (2005). *Körperwelten von essgestörten Patientinnen* (Dissertation). Fakultät für Kulturwissenschaften, Institut für Psychologie der Universität Klagenfurt.
- Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. (übersetzt von R. Boehm). Berlin: De Gruyter.
- Petzold, H. G. (2002). *Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie*. FPI-Publikationen: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Zugriff am 30.03.2012. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-InformierterLeib-Polyloge-07-2002.pdf>
- Petzold, H. G. (2003a). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2003b). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie*. Paderborn: Junfermann.
- Posch, W. (2009). *Projekt Körper. Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt: Campus.
- Schmidt, M. H., Dilling, H. & Mombour, W. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Schmitz, H. (2005). *Der Leib. System der Philosophie II*. Teil 1, Studienausgabe. Bonn: Bouvier.
- Seiberl, S. (2011). *Der Leib sagt mehr als Worte. Körperbildstörungen und Anorexie aus dem Blickwinkel der Integrativen Therapie*. Master of Science, Donau-Universität Krems, Krems.

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (2003). *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. München: Weinheim.

Statistik Austria (2008). *Body Mass Index*. Zugriff am 13.03.2011. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html

Steiner-Adair, C. (2003). Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen. In Flaake, K. & King, V. (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen* (S. 240-253). Weinheim: Beltz.

Waldenfels, B. (2000). *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Westerhausen, L. (2009). „Schlankheit ist jetzt nicht mein Lebensziel“ – *Essstörungen und Bewegungsbiografien in weiblichen Lebensgeschichten*. Hamburg: Dr. Kovac.

Zitt, C. (2008). *Vom medialen Körperkult zum gesellschaftlichen Krankheitsbild. Zu den Zusammenhängen zwischen der Darstellung des weiblichen Körpers und Internet und Essstörungen*. Wien: Praesens.

Angaben zur Autorin

Mag.^a Sabine Franziska Seiberl, MSc, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Integrative Therapie), Bereichsleitung für den Bereich Psychologie-Musiktherapie-Sonder/Heilpädagogik im „Ambulatorium Sonnenschein“ in St. Pölten, Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie; Psychotherapie mit Menschen mit Behinderung; Essstörungen; traumaspezifische Interventionen.

Kontakt: sabine.seiberl@aon.at

Zitationsempfehlung

Seiberl, S. (2013). Auf den Leib geschrieben? Anorexie, Leiblichkeit und Adoleszenz bei Mädchen und jungen Frauen. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(2), 186-197. Zugriff am 15.11.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>