

„Ich weiß, wie dünn ich bin, aber ich fühle mich dick“

Gestalttheoretisches Modell der wahrgenommenen Welt einer magersüchtigen Person

Thomas Fuchs (Bonn)

Einleitung

Urteile von magersüchtigen Menschen über das Aussehen des eigenen Körpers scheinen in auffälliger Weise verzerrt zu sein. Obwohl extrem dünn und mager, bezeichnen sich Betroffene regelmäßig als „zu dick“. Wie im Titel dieser Untersuchung angedeutet, ist in den meisten Fällen ein Wissen um das eigene Dünnsein durchaus vorhanden (sobald eine gewisse Krankheitseinsicht vorliegt), es lässt sich aber offenkundig nicht in Einklang bringen mit dem „gefühlten“ oder empfundenen Äußeren. Es hat sich in der Fachliteratur eingebürgert, dieses Phänomen als „Körperschemastörung“ zu bezeichnen und als typisches Symptommerkmal in

die diagnostischen Manuale (ICD, DSM) aufzunehmen. Im Folgenden soll es um die Frage gehen, ob man bei der so genannten „Körperschemastörung“ berechtigterweise von einer „Störung“ reden kann und falls ja, was da überhaupt „gestört“ ist.

Wenn magersüchtige Personen anerkennen, dass sie als dünn anzusehen sind, dann deshalb, weil sie sich den offenkundigen Belegen nicht verschließen können, nämlich, dass z.B. ein Gewicht von 40 Kilo bei einer Körpergröße von 170 cm nicht dick genannt werden kann. Aber soweit sie das überhaupt zur Kenntnis nehmen, nehmen sie damit nur ein für sie abstraktes theoretisches Wissen über die physika-

Zusammenfassung

Ausgehend vom Konzept der „Körperschemastörung“ wird die Wahrnehmung bei magersüchtigen Personen untersucht. Die Analyse erfolgt unter Bezug auf den Kritischen Realismus, dem erkenntnistheoretischen Modell der Gestalttheorie. Der Beitrag integriert dabei die Mehrfelder-Perspektive sozialer Interaktion, wie sie von Gerhard Stemberger (2009) entworfen wurde, und bezieht sie auf die spezifischen Bedingungen von Personen mit einer magersüchtigen Symptomatik. Dabei wird die These vertreten, dass hier die Ausbildung eines sekundären phänomenalen Gesamtfelds kein passagerer Spezialfall ist, sondern mehr oder weniger dauerhaft erfolgt. Daraus lassen sich Konsequenzen für die Theorie und Praxis in der therapeutischen Behandlung ableiten.



lische Welt zur Kenntnis. Es ist für sie nur „Nichtwirkliches im 3. Sinn“, um es in der Terminologie des Gestaltpsychologen Wolfgang Metzger auszudrücken. Er meint damit in seiner Systematik der Arten des Wirklichen das nur *Vergegenwärtigte, Gedachte, begrifflich Gewusste* (Metzger 2001, S.18f), das jedenfalls nicht unmittelbar anschaulich angetroffen - „wirklich im 3. Sinn“ - ist. Ja, dieses theoretisch-abstrakte Wissen steht sogar im schroffen Konflikt mit dem für die Betroffene selbst anschaulich Vorgefundenen, das da lautet: „Ich fühle mich dick!“.

Hierbei handelt es sich nicht um einen irgendwie bloß theoretischen und somit „harmlosen“ Widerspruch, im Gegenteil, dieser Konflikt wird, sobald Magersüchtige sich damit konfrontieren, in gera-

dezu bedrohlicher Weise erlebt. Dazu reichen im therapeutischen Setting relativ einfache Übungen zur Körperwahrnehmung (Vorsicht: auch wenn hier von „relativ einfachen“ Übungen zur Körperwahrnehmung die Rede ist, setzt deren Einsatz in der Therapie dennoch unbedingt ein gefestigtes Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patientin voraus!).

So kann man die Patientin z.B. auffordern, die Hände flach auf den Bauch zu legen und zu beschreiben, was sie dabei empfindet. Zunächst wird man u.U. ausweichende Antworten hören wie „gar nichts“ oder aber ein „verkopft“ klingendes „fühlt sich dick an“. Wenn die Patientin dann aber dazu übergeht, sich auf ihr tatsächliches Körpererleben einzulassen, bekommt das Ganze für sie einen zumindest unangenehmen, oft auch unmittelbar bedrohlichen Charakter. Das wirkt für jemanden, der das miterlebt, als müsse die Patientin eine immens hohe Hürde bei der unmittelbaren Wahrnehmung ihres eigenen Körpers überwinden. Wie lässt sich dieses Phänomen erklären? Was bedeutet es für die Therapie?

Gestalttheorie und Wahrnehmung sozialer Interaktion

Es soll hier in Anlehnung an gestalttheoretische Modelle die These vertreten werden, dass Magersüchtige sich in einem spezifischen psychologischen Feld bewegen, das eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegt und verantwortlich ist für die spezifische Wahrnehmung der Welt, in der sie leben, erleben und sich verhalten. Es ist hier also nicht die Rede von bestimmten Persönlichkeitsanteilen im tiefenpsychologischen Sinn oder von sog. „Ego-States“, wie sie im Rahmen der Trauma-Therapie angesprochen werden, sondern von einer eigenen Welt, in der die ma-

gersüchtige Person „besser“ leben kann als in der „realen“ Welt anderer Menschen, in der mit Genuss gegessen wird und in der 40 Kilo dünn und nicht dick bedeutet. Das soll nun genauer erörtert werden.

Um die dafür wichtigen Sachverhalte und Differenzierungen zu verstehen, braucht es meiner Überzeugung nach ein gutes erkenntnistheoretisches Modell. Als Grundlage der folgenden Ausführungen ziehe ich daher das erkenntnistheoretische Modell der Gestalttheorie heran, den so genannten Kritischen Realismus. Für diesen Ansatz ist eine sorgfältige Unterscheidung charakteristisch zwischen einer wahrgenommenen oder anschaulichen Welt einerseits, wie sie jeder von uns in seinem Wahrnehmen und Erleben vorfindet, und einer physikalischen Welt andererseits, die wir *nicht* erleben, sondern auf deren Existenz und Beschaffenheit wir nur indirekt aus den Vorgängen in unserer anschaulichen Welt schließen können.

In der oben bereits erwähnten Systematik Metzgers für die unterschiedlichen Bedeutungen, in denen vom „Wirklichen“ gesprochen werden kann, bedeutet „Wirklichkeit im 1. Sinn“ die physikalische oder erlebnisjenseitige Welt und „Wirklichkeit im 2. Sinn“ die anschauliche oder erlebte Welt (zum besseren Verständnis und zur weiteren Begriffsklärung siehe Walter 2001).

Der Körper des Menschen ist zum einen als *physikalischer Organismus* Teil der physikalischen oder transphänomenalen Welt (zu der kein direkter, sondern lediglich ein theoretisch vermittelter Zugang besteht) und zum anderen als *anschauliches Körper-Ich* Teil der erlebten oder auch phänomenalen Welt:

„Der von uns anschaulich vorgefundenen Welt, einschließlich unse-

Mini-Lexikon

„Ego-States“

Übersetzt etwa „Ich-Zustände“ oder „Ich-Anteile“: Die darauf basierende Ego-State-Therapie geht davon aus, dass die menschliche Persönlichkeit aus verschiedenen „Unterpersönlichkeiten“ (den Ego-States) besteht. Sie werden vom Ich gelenkt, können guten, gesunden Charakter haben, gut integriert sein oder aber böse, abgespalten etc. Ziel der Therapie ist es, vor allem die abgespaltenen Anteile bewusst zu machen und im Idealfall in die Persönlichkeit zu integrieren. Die „Ego State Therapy“ wurde von den US-Amerikanern John und Helen Watkins seit etwa 1980 entwickelt. Sie steht tiefenpsychologischen und hypnotherapeutischen Ansätzen nah und kommt vor allem in der Trauma-Therapie zum Einsatz.

Isomorphie-Annahme

Die von der Gestalttheorie vertretene Isomorphie-Annahme (im engeren Sinne) besagt, dass allen Wirkzusammenhängen im phänomenalen Bereich strukturgleiche (=isomorphe) Wirkzusammenhänge im neurophysiologischen Bereich zugeordnet sind. Die Isomorphie-Annahme im weiteren Sinn besagt, dass eine strukturelle Übereinstimmung auch zwischen Phänomenen in der Wahrnehmungs- und Erlebniswelt des Menschen und ihrem neuronalen Substrat einerseits, den Sachverhalten und Vorgängen in der transphänomenalen physikalischen Welt andererseits (also auch außerhalb der Gehirnvorgänge und des Körpers des Menschen) besteht.

res anschaulichen Körper-Ichs, liegen durch chemisch-physikalische Reizeinwirkung der transphänomenalen Welt auf den physikalischen Organismus angeregte Großhirnprozesse zugrunde. Dabei ist zu beachten, dass einerseits zu der transphänomenalen Welt auch der physiologische Organismus, einschließlich der Großhirnprozesse, als auch die auf ihn einwirkenden Reize gehören, und dass andererseits der erlebbare Körper ein Teil der phänomenalen Wirklichkeit ist.“ (Zöller 1996, S. 258)

Vorgänge in der wahrgenommenen Welt unterliegen insofern also nicht denselben Gesetzmäßigkeiten wie Vorgänge in der physikalischen Welt, auch wenn strukturelle Übereinstimmungen zwischen diesen Vorgängen unterstellt werden können (wie es die so genannte Isomorphie-Annahme der Gestalttheorie tut; siehe dazu ausführlich Luccio 2010).

Vor diesem Hintergrund ruft Gerhard Stemberger (2009, S.12 ff) die Feststellung Wolfgang Metzgers in Erinnerung, dass es auch für psycho-soziale Fragen unabdingbar ist, sich mit Wahrnehmungsfragen zu beschäftigen. Auch alle sozialen Interaktionen sind nämlich zunächst einmal eine Interaktion von Wahrnehmungen der beteiligten Personen. In der Analyse einer einfachen Gesprächssituation (hier im Rahmen einer Psychotherapie) zeigt Stemberger zum Beispiel, wie sich eine erlebte und dem Therapeuten erzählte Szene (des Patienten) in der wahrgenommenen Welt des Patienten und in der des Therapeuten abbildet. Dabei wird deutlich, dass bei der erwähnten „Interaktion von Wahrnehmungen“ auf beiden Seiten – also sowohl beim Patienten, als auch beim Therapeuten – das Wahrnehmungs- und Erlebnisfeld sowohl den Objekt-, als auch den Subjektpol mit einschließt. Die Wahrnehmungen,

die hier in Interaktion treten, umfassen also nicht nur die von der jeweiligen Person wahrgenommenen Gegenstände, Personen und Vorgänge, sondern zugleich immer auch das wahrnehmende und handelnde Subjekt selbst. Es handelt sich hier um ein „anschauliches Gesamtfeld“, wie das Metzger (2001, S. 194) nennt.

Primäres und sekundäres Gesamtfeld

Nun kann es unter bestimmten Voraussetzungen dazu kommen, dass sich aus diesem anschaulichen Gesamtfeld eines Menschen ein weiteres anschauliches Gesamtfeld ausgliedert. Das kennt jeder aus eigener alltäglicher Erfahrung, etwa beim Betrachten eines fesselnden Filmes oder beim Lesen eines mitreißenden Buches: Ein zweites anschauliches Ich bildet sich heraus, das die spannenden Szenen in der lebendig gewordenen Szene, eben der zweiten anschaulichen Umwelt erlebt. Das Kinobesucher- oder Buchleser-Ich mit seiner jeweiligen Umwelt des Kinosales oder Leseplatzes treten demgegenüber in den Hintergrund.

Stemberger zeigt in seinem Beitrag anhand verschiedener praktischer und theoretischer Fragen die Bedeutung solcher spontaner oder auch geplant herbeigeführter Differenzierungsvorgänge für den psychotherapeutischen Bereich. Haben sich nämlich in diesem Sinne zwei anschauliche Gesamtfelder (mit jeweils einem anschaulichen Ich und einer anschaulichen Umwelt) herausgebildet, bestimmt ihre dynamische Wechselwirkung maßgeblich das Geschehen im therapeutischen Prozess.

Dabei kann nun zwischen dem primären und dem sekundären Gesamtfeld unterschieden werden. Mit dem primären Gesamtfeld wäre im Zusammenhang einer The-

rapiestunde auf Patientenseite wie auch auf Therapeutenseite jeweils jenes Gesamtfeld gemeint, in dem beide Beteiligten, also Therapeut und Patient, sich als gemeinsam im Therapieraum sitzend und miteinander sprechend wahrnehmen.

Wenn nun der Patient im Rahmen dieser therapeutischen Sitzung eine bestimmte Szene seiner Kindheit erinnert oder einen Traum lebendig schildert, dann kann er in diese Szene oder den Traum so intensiv „eintauchen“, dass für ihn das primäre Gesamtfeld einschließlich seines primären Ich in den Hintergrund tritt und sich ein sekundäres Gesamtfeld mit einem eigenen erlebten Ich in der erinnerten Szene herausbildet und in den Vordergrund tritt.

Eine solche Ausdifferenzierung eines zweiten anschaulichen Gesamtfeldes kann auch auf Seiten des Therapeuten zustande kommen, wenn er sich auf die lebendige Schilderung seines Patienten entsprechend einlässt. Allerdings wird der Therapeut darauf achten, dass in seinem Fall das sekundäre Gesamtfeld zwar anschaulich genug wird, um es zum Verstehen der Vorgänge beim Patienten nutzen zu können, aber zugleich doch nicht zu dominant, damit er nicht an der Wahrnehmung seiner therapeutischen Aufgabe gehindert wird. Er hat ja nicht zuletzt die Aufgabe, den Patienten in diesem Geschehen zu begleiten und ihn aus diesem Prozess auch wieder „zurückzuholen“. Der Patient soll sich ganz einlassen können, der Therapeut muss die „inneren“ (z.B. die diagnostische Einschätzung, ob das Einlassen auf eine bestimmte Szene für den Patienten hilfreich oder schädlich ist) und „äußeren“ Rahmenbedingungen (z.B. die Dauer der Sitzung) im Blick haben. Damit ist auch angedeutet, was Empathie im gestalttheoretischen Sinn bedeutet – das aufmerksame und

sensible Begleiten des Patienten auf der Grundlage des eigenen Erlebens des Therapeuten.

In therapeutischen Prozessen kann die Herausbildung eines zweiten Gesamtfeldes auch mit Vorgängen verbunden sein, die in tiefenpsychologischer Terminologie als Regression bezeichnet werden. Das kann, muss aber keineswegs der Fall sein. Über die Ausbildung eines zweiten anschaulichen Gesamtfeldes entscheiden nämlich nicht die (z.B. regressiven) Inhalte oder der (z.B. regressive) Charakter einer erinnerten Szene, sondern bestimmte Aspekte der Dauer, der Intensität usw. der „Hingabe“ an eine Erinnerung oder Vorstellung, die dann zu einer anschaulichen Gesamtsituation führen, die sich nicht mehr in einem einzigen Gesamtfeld „unterbringen“ lassen.

Der Gestaltpsychologe Edwin Rausch, auf dessen Forschungen Stemberger sich bei seinem Mehrfelder-Ansatz stützt, führt das so aus: *„Wenn im Erleben zwei miteinander nicht in einem Ganzen vereinbare Sachverhalte gegeben sind, dann führt das damit verbundene Imprägnanzerleben zur Ausgliederung eines zweiten Ganzen“* (Rausch 1982, S. 300f).

Relativ dauerhafte Ausdifferenzierung zweier Gesamtfelder bei Magersüchtigen

Stemberger benennt nun bestimmte Unterschiede zwischen primärem und sekundärem Gesamtfeld, die auch therapeutisch relevant und zu beachten sind: Das anschauliche Körper-Ich wird im primären Gesamtfeld durch die körpereigenen Sinne (Propriozeption) und in der Regel durch starke optische und andere Reize deutlich an einem Ort gebunden erlebt. Das anschauliche Körper-Ich im sekundären Gesamtfeld ist dagegen in der Regel flexibler, wird quasi „vir-

tueller“ erlebt. Der Wechsel zwischen den verschiedenen anschaulichen Gesamtfeldern ist dabei von bestimmten Bedingungen abhängig (z.B. vom vorhandenen oder eben nicht vorhandenen Vertrauen zwischen Patient und Therapeut), aber normalerweise relativ zwanglos möglich.

Das gilt allerdings nur sehr eingeschränkt beim Vorliegen einer magersüchtigen Symptomatik. Hier scheint, wie bereits oben angedeutet, ein zwangloses Wechseln zwischen verschiedenen anschaulichen Gesamtfeldern nicht möglich. Es hat vielmehr den Anschein, dass es bei magersüchtigen Menschen zu einer relativ dauerhaften Ausgliederung zweier Gesamtfelder mit zwei anschaulichen Ichern und zwei anschaulichen Umwelten kommt und dass sich die Betroffenen nur sehr eingeschränkt auf das *primäre* anschauliche Gesamtfeld einlassen können.

Zumindest, wenn es um die unmittelbare Wahrnehmung des Körper-Ichs geht, das ja, wie von Stemberger beschrieben, gerade durch die propriozeptiven Empfindungen verankerter und weniger flexibel ist, weichen Magersüchtige meist aus und wirken so, als würden sie die unmittelbare Wahrnehmung ihres Körper-Ich im primären Gesamtfeld am liebsten „verweigern“.

Was ist gestört?

Um nun auf die eingangs gestellte Frage nach dem eigentlich „Gestörten“ bei der „Körperschemastörung“ zurückzukommen:

Gestört ist unter gestalttheoretischer Perspektive vor allem der zwanglose Zugang der Patientin zum primären anschaulichen Gesamtfeld. Ließe sich die Patientin voll und ganz auf das Erleben im primären Gesamtfeld ein, würde sie ihren Körper genau so dünn wahrnehmen, wie es alle anderen

tun. Zu beachten ist, dass es dabei ja nicht allein um die optische, sondern auch um die propriozeptive Wahrnehmung geht, d.h. die Patientin würde ihren körperlichen Zustand als genau so gefährdet erleben, wie er unter medizinischen Gesichtspunkten auch ist. Sie würde sich vermutlich geschwächt fühlen, würde ihre Knochen quasi ungepolstert auf dem Stuhl spüren, würde beißenden Hunger empfinden, etc. Diese realistische Wahrnehmung (im Sinne der Übereinstimmung von phänomenaler und physikalischer Welt) ist aber unerträglich und darf nicht sein (zur Konfliktpathologie s. weiter unten).

Auszuhalten ist die Wahrnehmung nur im sekundären anschaulichen Gesamtfeld: bildlich gesprochen (natürlich nicht physikalisch) kann man sich dort die propriozeptiven Reizleitungen als gekappt vorstellen. Das anschauliche Körper-Ich im sekundären Gesamtfeld kann so von Wahrnehmungen des eigenen physiologischen Organismus distanziert werden, die dem Körper-Ich im primären Gesamtfeld zugrunde liegen. Die körperliche Notlage bleibt ausgeblendet. Für die therapeutische Praxis hat das zur Konsequenz, dass jeder voreilige Versuch des Therapeuten, die Patientin von der „Verzerrtheit“ oder „Störung“ ihrer Wahrnehmung zu überzeugen, zum Scheitern verurteilt ist. Therapeut und Patientin dürften sich höchstens im Sinne des beliebten Kinderspiels sagen: „Ich sehe was, das Du nicht siehst!“

Der Fokus der vorangegangenen Erörterungen lag auf der spezifischen Wahrnehmung des Körper-Ichs. Es ist aber kaum vorstellbar, dass Unterschiede in der Wahrnehmung der jeweiligen Körper-Iche isoliert auf den Körper beschränkt bleiben, ohne dass die jeweilige phänomenale Umwelt davon mitbetroffen wäre. Es ist im Gegenteil davon auszugehen, dass mit der Ausblen-

derung bestimmter bedrohlicher Aspekte des Körper-Erlebens gleichzeitig auch bedrohliche Aspekte in der phänomenalen Umwelt ausgeblendet werden. So erstaunt oft, dass magersüchtige Patientinnen die Gefühle von Eltern, Freunden oder des Partners recht gut benennen können (Sorge, Angst, Hilflosigkeit, Wut), davon aber merkwürdig unberührt bleiben, ja, diesen emotional aufgeheizten Zustand über lange Zeit aushalten. Selbst wenn man tiefenpsychologischen Theorien dazu folgt, denen zufolge im Auslösen dieser Gefühle gerade ein Motiv magersüchtigen Verhaltens verortet wird („der narzisstische und ödipale Triumph“, siehe Boothe et al., S. 89), muss erklärt werden, wie dieser permanent spannungsgeladene Zustand eigentlich auszuhalten ist. Es scheint plausibel, dass die Wahrnehmung der phänomenalen Umwelt durch deren Aufspaltung in zwei Gesamtfelder auch hier ein „Durchhalten“ er-

möglicht, indem eben nicht nur das bedrohliche Körpererleben ausgeblendet wird, sondern auch das Bedrohliche im sozialen Miteinander.

Unvereinbares und Unlebbares als Grundlage

Warum kommt es aber bei magersüchtigen Menschen überhaupt zu einer relativ dauerhaften Ausdifferenzierung eines zweiten anschaulichen Gesamtfeldes mit einem „anderen Ich“ in einer „anderen Umwelt“? Dazu sei noch einmal auf die oben bereits zitierte Darlegung von Edwin Rausch verwiesen. Bei magersüchtigen Personen ist ein solches gleichzeitiges Bestehen miteinander nicht vereinbarer Sachverhalte mehr oder weniger dauerhaft gegeben und damit auch die Ausgliederung eines zweiten Gesamtfeldes mit einem zweiten anschaulichen Körper-Ich:

Nicht in einem Gesamtfeld vereinbar sind in dem Fall das ursprüng-

lich einmal (und auch jetzt noch bisweilen) unmittelbar angetroffene Körper-Ich (I) auf der einen Seite, ein gewünschtes oder irgendwie als einzig akzeptabel und lebbar befundenes ganz anderes Körper-Ich auf der anderen Seite. Indem dieses ursprünglich nur vorgestellte, phantasierte Körper-Ich zu einem anschaulich angetroffenen Körper-Ich (II) wird, spaltet sich das Gesamtfeld in zwei Gesamtfelder mit zwei Körper-Ichen und zwei phänomenalen Umwelten auf. Dieses Nebeneinander der zwei Gesamtfelder wird zum mehr oder weniger dauerhaften Zustand - zumindest in allen Situationen, in denen die bewusste und unmittelbare Wahrnehmung des eigenen Körper-Ich, der Umgang damit und die damit verbundenen Erlebens- und Verhaltensweisen eine Rolle spielen (Essen, Bekleiden, Bewegung, Berührung und Sexualität, insofern sie nicht sowieso vermieden wird, etc.). Die bewusste Wahrnehmung



des Körpers im primären Gesamtfeld ist unangenehm, die „virtuelle“ Wahrnehmung im sekundären Gesamtfeld hingegen „leichter“. Der Wechsel zwischen den beiden Gesamtfeldern wird dadurch schwierig.

Diese Charakterisierung von Struktur, Dynamik und Eigenart der beteiligten Vorgänge bietet auch therapeutische Ansatzpunkte und Hinweise. Sie leitet sich von den dargelegten allgemein gestalttheoretischen Annahmen und Befunden ab. Darüber hinaus kann man sich die Frage nach einer spezifischen konfliktpathologischen Erklärung dieser Vorgänge stellen. Die weibliche magersüchtige Symptomatik (Ess-Störungen bei Männern sind diagnostisch anders zu bewerten, s. z.B. Reich, 1993) beginnt klassischerweise kurz nach Beginn oder während der Pubertät. Es liegt daher nahe, die Ursache für den inneren Konflikt und der Ausbildung eines „latenten“ sekundären Gesamtfeldes mit den seelischen und körperlichen Veränderungen in dieser Entwicklungsphase in Zusammenhang zu bringen.

Hinweise zur Psychodynamik magersüchtigen Verhaltens

In fast allen theoretischen Versuchen, die Entwicklungen magersüchtigen Verhaltens zu verstehen, finden sich Annahmen über bestimmte spezifische Bedingungen im Eltern-Kind-Verhältnis, die dann zumindest mitverantwortlich gemacht werden, dass es (meist in der Pubertät des betreffenden Kindes) zum Ausbruch der Magersucht kommt.

Neben vielen „üblichen“ Merkmalen pathologischer Entwicklungen (fehlende emotionale Wärme bei hohem Leistungsdruck, zu frühe Autonomieentwicklung, erlittene Traumata) findet sich immer wieder die Annahme einer Verschärfung der Generationenschränken.

Gemeint ist damit die Entstehung eines Verhältnisses zwischen Eltern und Kindern, in dem sich spezifische Rollenattribute (die Eltern verhalten sich wie Eltern, die Kinder wie Kinder) und die Grenzen zwischen ihnen auflösen oder verschwimmen.

„Meine Mutter ist meine Freundin“ ist eine klassische Aussage von magersüchtigen Mädchen. Gemeint ist, dass die Mutter das Mädchen als enge Vertraute behandelt, auch z.B. bei ehelichen Problemen. Für die Tochter bedeutet dieser Satz eine narzisstische Aufwertung, solange sie in einem kindlichen Körper „steckt“. Reift dieser kindliche Körper zu einem fraulichen Körper, kommen Gefühle von erheblicher Vehemenz ins Spiel: Neid, Konkurrenz, Eifersucht (vor allem seitens der Mutter, was von der Tochter als aggressiver Angriff auf die sich gerade entwickelnde, im Identitätserleben noch fragile eigene Körperlichkeit erlebt werden kann). Hinzu kommt der Verrat am Vater, einerseits offenkundig, andererseits unbewusst (im tiefenpsychologischen Sinn ödipal, s. z.B. Boothe et al., 1993).

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass es demnach zumindest in vielen Fällen vor allem ein Mangel an elterlichem Einfühlungsvermögen ist, der die Identitätsentwicklung der Tochter behindert. Vorsicht ist allerdings gegenüber allen Impulsen zu vorschnellen Schuldzuschreibungen in der Therapie geboten, sei dies nun von Therapeuten- oder auch von Patientenseite: Es scheint sich nämlich bei diesem Mangel um ein elterliches Unvermögen im Sinne einer „empathischen Impotenz“ zu handeln, weniger um eine mutwillige Verweigerung der Einfühlung. Zudem gelten sämtliche obige Ausführungen nur im Sinn einer klassischen, prototypischen Entwick-

lung. Tatsächlich gibt es diverse andere denkbare Konstellationen, die ebenfalls in eine essgestörte Symptomatik münden können. Zur weiteren Differenzierung ätiologischer Gesichtspunkte sei auf eine frühere Untersuchung verwiesen (Fuchs 2003).

Konsequenzen für die Therapie

Für das psychotherapeutische Vorgehen sollte nach diesen Ausführungen deutlich werden:

Empathie hat natürlich in jeder Therapie einen zentralen Platz, sie erhält aber unter gestalttheoretischem Blickwinkel eine eigene „Note“: Es geht um das möglichst umfassende und „kritisch-realistische“ Einfühlen in die anschauliche Welt der Patientin. Dabei sind die Differenzierungen hilfreich, die Stemberger in seinem Mehr-Felder-Ansatz beschreibt (2009) und die hier noch einmal spezifischer auf die Anforderungen in der Therapie mit magersüchtigen Patientinnen angewendet werden:

Der Therapeut hat zu akzeptieren, dass das Einlassen auf ein *primäres* anschauliches Gesamtfeld - zumindest bezogen auf das wahrgenommene Körper-Ich - oft zumindest anfangs verweigert wird. Wichtig ist nicht, *dass* es verweigert wird, sondern zu verstehen, *warum* sich die Magersüchtige dauerhaft in einem sekundären anschaulichen Gesamtfeld einrichtet und *wie* sie sich dabei fühlt (vermutlich in vielen Fällen mächtig und autonom, aber einsam). Denkt man sich einen bereits fortgeschrittenen therapeutischen Prozess, dann wird der Therapeut selbst ein wesentlicher Teil, naheliegender Weise zunächst im primären anschaulichen Gesamtfeld, therapeutisch wirksam aber erst im sekundären Feld: dann als die erste Person, der Einblick gewährt wird in die Beschaffenheit dieser Welt.

Gleichzeitig wirkt aber die unmittelbare Wahrnehmung der Patientin als (mitunter lebens-) bedrohlich mager. Die partielle Ausblendung dieser Seite in der Patientensperspektive hat im sozialen Miteinander oft eine aggressive Wirkung. Allerdings: Die körperliche Fragilität, die häufig mit einer offensiv vorgetragenen Leutseligkeit einhergeht („Ich geb` mir so viel Mühe, mehr zu essen. Und meine Familie unterstützt mich ganz toll dabei!“) mag dazu verführen, diese Aggressivität auszublenden. Das wäre allerdings ein erheblicher therapeutischer Kunstfehler. Stattdessen muss die Patientin dabei unterstützt werden, sich dieser ihrer Aggressivität bewusst zu werden.

Diese Aggressivität kann nämlich als im Dienst einer notwendigen Autonomie-Entwicklung stehend begriffen werden. Allerdings ist die auf diesem Weg erreichte Autonomie sehr eingeschränkt. Sie bezieht sich vor allem auf den Bereich des Essens und der Gestaltung des eigenen Körpers, vermutlich, weil alle anderen möglichen Bereiche autonomer Entwicklung als nicht zugänglich erlebt werden. Die (non-verbale) Botschaft lautet: „Hier kann mir keiner reinreden. Hier kann ich machen, was ich will!“ Ich stimme jenen zu, die dafür eintreten, diesen autonomen Impuls in der therapeutischen Arbeit zu stärken (Diebel-Braune 1993). Der vorschnelle und drängende Versuch, die Patientin zum Essen zu bewegen, würde nur den aggressiven Widerstand verstärken.

Zum therapeutischen Vorgehen in der ambulanten Therapie: eine Variante kann sein, die Kontrolle des körperlichen Zustands an den Hausarzt zu delegieren, der dann den „bösen“ Part übernimmt, warnend und vielleicht sogar drohend auf die Patientin einzuwirken, während der Psychotherapeut den empathisch-einfühlenden „guten“ Part übernimmt. Doch Vorsicht: auch bei dieser prinzipiell manchmal sinnvollen „good cop/bad cop“-Strategie gibt es Fallstricke, wenn z.B. dadurch die aggressiven Tendenzen im Übertragungs-geschehen übersehen werden.

Die therapeutische Kunst in der Therapie Magersüchtiger liegt darin, eine bessere Autonomieentwicklung zu ermöglichen. Statt einer rigiden Ich-Behauptung im Sinne der gerade skizzierten Einengung soll zumindest im Ansatz ein Wir-Gefühl entstehen. Konkreter: Wenn es gelingt, Einblick in die Beschaffenheit des sekundären anschaulichen Felds der Patientin zu bekommen, kann ein therapeutischer Prozess beginnen, in dem die Patientin sich verstanden und begleitet fühlt, ohne in ihrer Autonomie bedroht zu werden. Dadurch werden Räume geschaffen, in denen aggressive Gefühle verhandelt werden können und nicht auf den Körper gelenkt werden müssen.

Vertreten wird hier also ein bestimmtes Verständnis der sozialen Wahrnehmung unter spezifisch „magersüchtigen“ Bedingungen. Wenn es gelingt, die Kombi-

nation von empathischer Haltung im oben skizzierten Sinn und eine eher kognitive Verdeutlichung und Vermittlung der Rolle der Aggressivität durchzuhalten, können Veränderungsprozesse angestoßen werden, ohne sich in fruchtlose Machtkämpfe zu verstricken.

Literatur

- Boothe, Brigitte, Becker-Fischer, Monika & Fischer, Gottfried (1993). Die 'ewige Tochter': Ein neuer Ansatz zur Konfliktpathologie der magersüchtigen Frau. In: Seidler 1993, S. 87-133
- Diebel-Braune, Eva (1993). »Und bist Du nicht willig, so brauch ich Gewalt« - Eine Form der Spaltung bei der Anorexie und ihrer Behandlung. In: Seidler 1993, S. 189-202
- Fuchs, Thomas (2003). Hungern hält Leib und Seele zusammen. *DAGP/ÖAGP-Informationen* 12 (3/03), S. 7-14.
- Luccio, Riccardo: Anent Isomorphism and its Ambiguities: From Wertheimer to Köhler und Back to Spinoza. *Gestalt Theory* 32 (3/2010), 219-262.
- Metzger, Wolfgang (2001): *Psychologie - Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments*. Wien: Krammer (6. unv. Aufl.)
- Rausch, Edwin (1982): *Bild und Wahrnehmung - Psychologische Studien ausgehend von Graphiken Volker Bußmanns*. Frankfurt: Waldemar Kramer
- Reich (1993): Essstörungen bei Männern als Lösungsversuch familiär tradiertter Identitätskonflikte. In: Seidler 1993, S. 203-233
- Seidler, Günter H. (1993): *Magersucht - Öffentliches Geheimnis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Stemberger, Gerhard (2009). Feldprozesse in der Psychotherapie. *Phänomenal* 1(1), S. 12-19.
- Walter, Hans-Jürgen P. (2001): Zur Bedeutung der Begriffe „physikalisch“, „transphänomenal“ und „Wirklichkeit im 1. Sinne“. *Gestalt Theory* 23 (2/2001), 102-114.
- Zöller, Wolfgang (1996): Zum wissenschaftlichen Standpunkt der Gestalttheoretischen Psychotherapie. *Gestalt Theory*, 18 (4/1996)

www.krammerbuch.at

versandbuchhandlung für psychotherapeutische,
psychologische & medizinische fachmedien

buchhandlung@krammerbuch.at | Tel: 01/985 21 19 | Fax: 01/985 21 19-15
portofreier versand (in ö)