



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel

„Gesundheitsförderung und
Primärprävention von Essstörungen
im Fach ‚Bewegung und Sport‘ mit Mädchen“

Verfasserin

Agnes Morgenbesser

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A190 482445
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Lehramt Bewegung und Sport / Biologie und Umweltkunde
Betreuerin	Ass.- Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung	5
1. Essstörungen – Formen, Ursachen und Symptome	10
1.1. Nosologie, Epidemiologie und Prävalenz von Essstörungen	11
1.1.1. Die Geschichte der Essstörung als Krankheit	11
1.1.2. Verbreitung und Prävalenz von Essstörungen	12
1.2. Diagnostik	15
1.2.1. Das Körpergewicht als Diagnosekriterium	15
1.2.2. Formen von Essstörungen: ihre Diagnosekriterien und Folgeerkrankungen	17
1.3. Ätiologie	23
1.3.1. Erste Erklärungsansätze für die Entstehung von Essstörungen	23
1.3.2. Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Essstörungen	25
1.4. Zwischenresümee	27
2. Der Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen	29
2.1. „Körperwahrnehmung“ als übergeordneter Begriff psychologischer Körperkonzepte	30
2.1.1. Körperschema und Körperbild als subjektive Aspekte der Körperwahrnehmung	31
2.2. Das emotionale Körperbild („body image“)	34
2.2.1. Körperunzufriedenheit und die Bildung eines verzerrten Körperbilds	34
2.2.2. Das Körperbild als multidimensionales Konstrukt	37
2.3. Körperwahrnehmungsstörungen bei Essgestörten	39
2.4. Zwischenresümee	49
3. Grundlagen von Gesundheitsförderung, Primärprävention und Empowerment in der Schule	51
3.1. Differenzierung gesundheitsrelevanter Begriffe	52
3.1.1. Gesundheit	53
3.1.2. Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	54
3.1.3. Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung	55
3.1.4. Prävention	55
3.1.5. Gesundheitsförderung	56
3.2. Gesundheitsförderung als zentrales Thema in der Schule	58
3.2.1. Die Dimensionen schulischer Gesundheitsförderung	58
3.2.2. Ansätze schulischer Gesundheitsförderung	59
3.3. Empowerment – ein zentrales Konzept der Gesundheitsförderung	61

3.3.1. Definition und Ursprung von Empowerment	61
3.3.2. Der Grundgedanke des Empowerment-Konzepts	63
3.3.3. Intititierung und Grundstruktur von Empowermentprozessen	67
3.3.4. Die drei Ebenen des Empowermentprozesses	69
3.4. Zwischenresümee	71
4. Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Primärprävention von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ bei Mädchen	73
4.1. Kausalattribution von SchülerInnen im Fach „Bewegung und Sport“	74
4.1.1. Motivation und Kausalattribution im Fach „Bewegung und Sport“	75
4.1.2. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kausalattribution	78
4.2. Mädchenstärkender Unterricht im Fach „Bewegung und Sport“	81
4.2.1. Geschlechtersensibler Unterricht – Mädchen nehmen Raum ein	81
4.2.2. Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“	83
4.3. Mädchenstärkende Spiele als gesundheitsfördernde Maßnahme und Primärprävention von Essstörungen	85
4.3.1. Einführung und Überblick über die Spielsammlung	86
4.3.2. Spiele zur Förderung und Stärkung der individuellen Persönlichkeit	87
4.3.3. Spiele zur Förderung der Körperwahrnehmung	91
4.3.4. Eine Phantasiereise zur Förderung der Entspannungsfähigkeit	96
4.4. Zwischenresümee	98
5. Zusammenfassung	100
Literaturverzeichnis	105
Danksagung	115
Lebenslauf	117

0. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Essstörungen und der Frage nach den Möglichkeiten von Prävention in der Institution Schule, speziell im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“. Damit widmet sie sich einer Krankheit, die in unserer Gesellschaft leider immer häufiger, vor allem auch bei jüngeren Menschen, auftritt und versucht auszuloten, ob und wenn ja, *wie* im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ diesbezüglich präventiv gearbeitet werden kann.

Für immer mehr Kinder und Jugendliche, vor allem für Mädchen, aber zunehmend auch für Burschen, nimmt ein perfektes Äußeres, das Streben nach traumhaften Körpermaßen und der Drang dem Schönheitsideal entsprechen zu wollen, einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Neben dem Druck durch Medien und Gesellschaft, sind es oft familiäre Probleme, die Suche nach Anerkennung und Liebe, erhöhte Leistungsanforderungen, Lebenskrisen, etc., welche zu einem essgestörten Verhalten führen können.

Aufgrund der, so scheint es, stetig größer werdenden Problematik, gewinnt das Thema *Essstörungen* auch in der Institution Schule zunehmend an Bedeutung. Immer wieder werden LehrerInnen auf ein essgestörtes Verhalten von SchülerInnen aufmerksam und versuchen, soweit es ihnen möglich ist, mit Gesprächen und Anregungen zu helfen. Die Gründe für die Konzentration auf das ausgewählte Thema liegen somit weitgehend darin, dass auch LeibeserzieherInnen verstärkt Erfahrungen mit anorektischen, bulimischen oder adipösen SchülerInnen machen, jedoch im Rahmen ihrer Ausbildung an der Universität kaum Anhaltspunkte für den Umgang damit erhalten. Obwohl der Zusammenhang zwischen Essstörungen und Sport schon lange und oft aufgezeigt wurde, fehlen vor allem im schulischen Kontext entscheidende Informationen und Materialien, wie es dieses doch sehr sensible und in der heutigen Zeit sehr präsente Thema im Sportunterricht zu behandeln und zu besprechen gilt bzw. wie im konkreten Fall mit essgestörten SchülerInnen umgegangen werden kann und soll. Dies gab mir persönlich den Anlass dazu, mich mit dem Thema *Essstörungen* in der Institution Schule, im Besonderen im Fach „Bewegung und Sport“ in einer primärpräventiven und gesundheitsfördernden Hinsicht auseinanderzusetzen.

Die angeführte Problematik führte mich somit zu der für diese Arbeit zentralen Fragestellung, wie im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ mit Mädchen Primärprävention von Essstörungen geleistet werden kann. Die Forschungsfrage

basiert auf der Grundannahme, dass dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ bei der Behandlung körperzentrierter Themengebiete eine besonders große Rolle zugeschrieben werden kann. Aufgrund seiner Körpernähe scheint der Sportunterricht sehr geeignet dafür zu sein, Essstörungen vorzubeugen, indem versucht wird ein positives Körpergefühl und eine sensible Körperwahrnehmung zu fördern. Die vorliegende Arbeit möchte ausloten, ob, und wenn ja, durch welche konkreten Spiel- und Übungsformen dies möglich ist.

Die Bestätigung der Grundannahme und in Folge dessen die Beantwortung der Forschungsfrage wurde durch eine hermeneutische Auseinandersetzung mit Abhandlungen zu dem Thema erzielt. Bei der Behandlung und Aufarbeitung der Problemstellung konnte festgestellt werden, dass dem umfangreichen Thema *Essstörungen* in der Literatur schon seit Jahrzehnten große Beachtung geschenkt wird. Die Beschreibung von verschiedenen Krankheitsformen, deren Ursachen, Symptome und Folgen, zentrale Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sowie Hilfestellungen für Eltern, Freunde und Betroffene stehen dabei im Mittelpunkt. Eine der führenden Fachautoritäten, wenn es um das Thema *Essstörungen* geht, ist die Ärztin und Psychoanalytikerin Hilde Bruch, mit deren Eindrücken und Erkenntnissen ich mich in der vorliegenden Arbeit sehr intensiv auseinandersetze.

Wie bei allen Krankheiten gilt auch für Essstörungen, dass Prävention und Vorsorge schon im Kindes- und Jugendalter eine entscheidende Rolle spielen. In der Literatur wird somit immer wieder verstärkt darauf hingewiesen, Präventionsprogramme zu entwickeln und zu implementieren. Zunehmend gibt es Handbücher und Broschüren mit konkreten Vorschläge zur Implementierung des Themas *Essstörungen* allgemein in der Institution Schule und in weniger Fällen spezifisch für unterschiedliche Schulfächer. Bettina Waldhelm-Auer, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Supervisorin und Lehrtherapeutin, publizierte als eine der wenigen ein *Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer* mit dem Titel *Prävention von Essstörungen an Schulen*, aus welchem ich wichtige Erkenntnisse zur Behandlung des Themas *Essstörungen* in der Schule gewinnen konnte.

Da in der Literatur zu Präventionsmöglichkeiten aber oftmals die Bedeutung eines positiven Körpergefühls angesprochen wird und speziell das Fach „Bewegung und Sport“ eine Nähe zum Körper der Jugendlichen aufweist, setzt die vorliegende Diplomarbeit genau an diesem Punkt an. Einen der wenigen, jedoch zentralen Ansatzpunkte für die Primärprävention im Sportunterricht, liefert das *FrauenForum Bewegung&Sport* mit ihrer Schriftenreihe *Essstörungen*, wo Möglichkeiten und

Chancen im Sportunterricht mit Mädchen aufgezeigt werden um Essstörungen primärpräventiv zu behandeln.

Um die Forschungsfrage, wie in der Institution Schule, im Besondern im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ Primärprävention von Essstörungen geleistet werden kann, einer Beantwortung zuzuführen, ist es zunächst von Bedeutung im ersten Kapitel die Problematik von Essstörungen aufzuzeigen. Dabei wird zunächst auf die Geschichte der Entstehung von Essstörungen als Krankheit und auf die Verbreitung und Prävalenz in der heutigen Zeit eingegangen (1.1.). Es wird dabei nicht nur aufgezeigt, dass Essstörungen vermehrt als Krankheit der modernen Wohlstandsgesellschaft anzusehen sind, sondern auch, dass Frauen, vor allem in der Pubertät, tendenziell öfters an Essstörungen leiden als Männer. Danach wird die Diagnostik von Essstörungen thematisiert (1.2.), wobei die unterschiedlichen Formen von Essstörungen differenziert werden, was Aufschluss über die Komplexität und Vielfältigkeit dieser psychosomatischen Krankheit gibt. Im letzten Teil des ersten Kapitels sollen auch noch die Ursachen und Erklärungsansätze für die Entstehung von Essstörungen angesprochen werden (1.3.). Der Wandel des Schönheitsideals, die Assoziation des Begriffs „Schlankheit“ mit Stärke und Selbstkontrolle, die soziale Rollenerwartung und ebenso Druck aus der Familie können als Auslöser und somit als Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen angesehen werden. Diesen Risikofaktoren entgegenzuwirken und im Gegenzug die Schutzfaktoren und Lebenskompetenzen, wie Selbstvertrauen, eine realistische Selbsteinschätzung, ein positives Körperbild, etc. zu stärken, kann als Grundgedanke der Primärprävention angesehen werden.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage ist es von Bedeutung im zweiten Kapitel den Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen aufzuzeigen. Um im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit darstellen zu können, welche Möglichkeiten der Sportunterricht aufgrund seiner Körpernähe für die Prävention von Essstörungen bietet (4.), muss nämlich zunächst im zweiten Kapitel geklärt werden, welcher Zusammenhang überhaupt zwischen Essstörungen und Körperwahrnehmung besteht.

Zunächst wird der Begriff „Körperwahrnehmung“ als übergeordneter Terminus psychologischer Körperkonzepte vorgestellt (2.1.), der als zentral angesehen wird, wenn es darum geht, das psychische, emotionale und körperliche Wohlbefinden eines Menschen zu beschreiben. Die Unterteilung von Körperwahrnehmung in die zwei weiteren Aspekte *Körperschema* und *Körperbild* verdeutlicht die Komplexität dieses

Begriffs, wobei vor allem dem Körperbild, welches das subjektive Wohlbefinden des Menschen beschreibt, im Hinblick auf das Thema *Essstörungen* und der zunehmenden Körperunzufriedenheit bei Menschen eine entscheidende Rolle zukommt (2.2.). Am Ende des zweiten Kapitels wird schließlich Theorie zum Thema *Wahrnehmungsstörungen* vorgestellt, wobei grundsätzlich drei Bereiche, aus denen sich Wahrnehmungs- und Denkstörungen von Essgestörten ableiten lassen, unterschieden werden: die Fehleinschätzung von Körperdimensionen, Körperunzufriedenheit bzw. Selbstzweifel und der Verlust der Eigenkontrolle sind oft dafür verantwortlich, dass ein selbständiger Ausweg aus der Essstörung schwer möglich ist (2.3.).

Um im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit speziell die Möglichkeiten und Maßnahmen der Primärprävention von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ aufzeigen zu können (4.), muss davor im dritten Kapitel die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Primärprävention in der Schule allgemein behandelt werden. Eine begriffliche Differenzierung ermöglicht es in weiterer Folge, die unterschiedlichen Termini zum Thema *Gesundheit* und die verschiedenen Aufgaben- und Einflussbereiche in diesem Kontext besser unterscheiden zu können (3.1.). So wird in weiterer Folge deutlich, dass in der Institution Schule Gesundheitsförderung und Primärprävention einen Stellenwert einnehmen müssen, wenn Kinder und Jugendliche zu einem grundsätzlich gesundheitsbewussten Verhalten befähigt werden sollen. Es werden unterschiedliche Dimensionen und Ansätze von Gesundheitsförderung vorgestellt (3.2.), wobei sich zeigt, dass sich Gesundheitsförderung nicht nur auf Wissensvermittlung beschränken darf, sondern vor allem auch die individuellen Lebenskompetenzen zu fördern sind. Menschen auf ihre individuellen Fähigkeiten aufmerksam zu machen und sie in weiterer Folge wieder zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen, baut auf den Vorstellungen des Empowerment-Konzepts auf. Dieses wird am Ende des dritten Kapitels vorgestellt und in seiner Bedeutung für die Primärprävention von Essstörungen in der Schule diskutiert (3.3.).

Die im dritten Kapitel erzielten Erkenntnisse fließen entscheidend in die Überlegungen des vierten Kapitels ein, in dem es darum geht, Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Primärprävention von Essstörungen im Sportunterricht mit Mädchen aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang wird die Kausalattribution von SchülerInnen besprochen, wobei sich große Unterschiede bei der Ursachenzuschreibung für Erfolg und Misserfolg bei Mädchen und Jungen zeigen

(4.1.). Bezüglich dieser geschlechertypischen Unterschiede in der Kausalattribution wird klar, dass Mädchen Erfolg vergleichsweise häufig auf Glück und Zufall bzw. Misserfolg im Vergleich zu Jungen öfters auf mangelnde Begabung zurückführen. Die Gründe für diese negative Ursachenzuschreibung auf Seiten der Mädchen liegen häufig in einem mangelnden Selbstbewusstsein und dem fehlenden Glauben an eigene Fähigkeiten und Talente, welche in weiterer Folge als zentrale Risikofaktoren für die Entstehung eines essgestörten Verhaltens angesehen werden können. Der negativen Ursachenzuschreibung, dem geringen Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein entgegenzuwirken, verfolgt u.a. mädchenstärkender Unterricht. Seine Ziele werden im zweiten Teil des vierten Kapitels vorgestellt (4.2.). Sie können vorzugsweise im Rahmen eines geschlechterhomogenen Sportunterrichts erreicht werden, weil den Mädchen dort eine „geschützte Atmosphäre“ und Freiräume geboten werden können. Es kann dies als Voraussetzung angesehen werden, um vor allem körperzentrierte Themen, wie beispielsweise *Essstörungen*, im Sportunterricht zu behandeln. Die Chance, Mädchen vor der Entwicklung eines essgestörten Verhaltens zu bewahren, ist im Sportunterricht vor allem in der Stärkung und Förderung der Schutzfaktoren zu sehen: Dazu zählen – wie im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit gezeigt wird – ein starkes Selbstbewusstsein, ein positives Körpergefühl, positive Körperwahrnehmung und der Glaube an die eigenen Fähigkeiten. Dieser primärpräventive Ansatz lässt sich durch gut ausgewählte Spiele, Übungen und Phantasiereisen im Sportunterricht umsetzen. Am Ende der Arbeit steht deshalb eine Spiele- und Übungssammlung, die konkrete Ideen für den mädchenstärkenden Sportunterricht bietet (4.3.).

1. Essstörungen – Formen, Ursachen und Symptome

Um mich in weiterer Folge gezielt mit dem Thema Primärprävention von Essstörungen im Fach Bewegung und Sport auseinandersetzen zu können, gilt es im ersten Kapitel, das Thema *Essstörungen* theoretisch genauer aufzuarbeiten.

Der folgende erste Teil beschäftigt sich deshalb zum einen mit der Epidemiologie sowie der Prävalenz von Essstörungen in der Gesellschaft. In einem kurzen geschichtlichen Abriss soll aufgezeigt werden, dass die Beschreibung von Krankheitsbildern schon im späten 19. Jahrhundert ihren Anfang nahm, wobei die bereits zur damaligen Zeit von Gull und Laségue erworbenen Erkenntnisse über die Symptome und mögliche Ursachen einer bis dahin unbekannten Krankheit den heutigen durchaus gleichen. Epidemiologische Studien zeigen, dass die Verbreitung von Essstörungen vor allem in westlichen Industrieländern stark zugenommen hat. Sie geben Aufschluss darüber, dass immer mehr Jugendliche, vor allem Mädchen, an Essstörungen erkranken.

Der zweite Teil des ersten Kapitels steht ganz im Zeichen der Diagnostik und Klassifikation von Essstörungen. Ein zentrales Diagnosekriterium stellt das Körpergewicht dar, welches sich mittels zwei international anerkannten Messsystemen, dem Broca-Index (BI) und Body-Mass-Index (BMI), interpretieren lässt. Die Klassifikation mit Hilfe des BMI findet in der heutigen Zeit mehr Zustimmung, da dieser Alter und Größe von PatientInnen genau berücksichtigt und demzufolge eine präzise Zuordnung und Diagnose erlaubt. Des Weiteren werden im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit heute anerkannte Formen von Essstörungen mit Hilfe des Klassifikationssystems „International Classification of Diseases“ (ICD), genau angeführt. Das ICD erlaubt eine genaue Einteilung von Essstörungen nach Diagnosekriterien und möglichen Folgeschäden.

Der letzte Teil des ersten Kapitels gibt einen Einblick über die Ätiologie, also die Ursachenforschung bei Essstörungen. Demzufolge soll erläutert werden, wo die möglichen Ursachen und auslösenden Faktoren für den Erwerb eines gestörten Essverhaltens liegen. Zunächst werden Erklärungsansätze erläutert, die die Entstehung von Essstörungen grundsätzlich auf den Wandel des Schönheitsideals sowie den nicht tragbaren, sozialen Rollen der Gesellschaft, zurückführen. Mit Verweis auf die von Kolip beschriebenen Risikofaktoren soll aufgezeigt werden, dass die Ursachen für die Entstehung von Essstörungen multifaktoriell sind und auf mehreren

Ebenen erfolgen. Diesen stellt Kolip entsprechende Schutzfaktoren gegenüber, deren Aufbau als Protektion von Essstörungen, vor allem in sensiblen Lebensabschnitten, dienen soll.

1.1. Nosologie, Epidemiologie und Prävalenz von Essstörungen

1.1.1. Die Geschichte der Essstörung als Krankheit

Der Engländer Richard Morton beschrieb im Jahr 1689 als Erster aus medizinisch-historischer Sicht das Krankheitsbild der Anorexia nervosa (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, S. 8).¹ Eine genauere Beschreibung erfolgte durch seinen englischen Kollegen Sir William Gull 1868 sowie durch den Franzosen Ernest-Charles Laségue 1873. Laségue verwendete seiner Zeit für die Darstellung des Krankheitsbildes die Fachausdrücke „Hysterical anorexia“ bzw. „Anorexie hysterique“. Heute wird die Anorexia nervosa als „nervöse Appetitlosigkeit“ umschrieben, eine Bezeichnung, die wohl auf William Gull zurückzuführen ist (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 174). Gull und Laségue sahen als zentrale Ursache für die Entstehung dieser einmaligen und zuvor unbekanntes Krankheit vor allem psychische Probleme sowie den Einfluss der Familie an (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 25). Eine weitere Beschreibung der Krankheit stammt von Sigmund Freud aus dem Jahr 1895, welcher die Anorexie als eine Form der Melancholie bei unterentwickelter Sexualität bezeichnete (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, S. 8).

Aus zahlreichen medizinischen Schriften geht hervor, dass die bereits Ende des 19. Jahrhunderts durch Gull und Laségue erhobenen Erkenntnisse über Ursachen und Symptome sowie die Krankheitsverläufe von Anorexia nervosa mit den heutigen in vielen Punkten übereinstimmen. Auch nach den heutigen Erkenntnissen sind es vor allem Probleme auf der individuellen und sozialen Ebene, welche als ausschlaggebend für die Entwicklung eines krankhaften Essverhaltens angesehen werden. Umso erstaunlicher ist es, dass diese Erkenntnisse durch einen einzelnen Krankheitsbericht, erstellt von Maurice Simonds, aus dem Jahr 1914 widerrufen wurden:² Sein Konzept

¹ In Mortons Werk aus dem Jahr 1689 geht die „Phtisis nervosa“ oder „Atrophia nervosa“ als Abwandlung und Folgestörung aus anderen Krankheiten, wie z.B. der Tuberkulose, hervor (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 25).

² Maurice Simonds war der Annahme, dass ein Schwund der Hirnanhangdrüse als Ursache für die Anorexia nervosa zu sehen sei.

beeinflusste maßgeblich die medizinischen und therapeutischen Behandlungskriterien, insofern es dazu führte, dass Hormonbehandlungen als zentrale Heil- und Vorbeugemaßnahme vollzogen wurden. Da die Interpretation der Anorexia nervosa als „seelisch bedingte Krankheit“ (Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 25) verworfen wurde, schenkte man folglich auch den psychischen und physischen Behandlungsmethoden keine Beachtung mehr. Erst im Jahr 1945 wurden neuerlich psychoanalytische Einflussnahmen und Ursachen für das Auftreten von Essstörungen thematisiert. Dies war ausschlaggebend dafür, dass neue psychoanalytische Akzente in der Therapie von Essstörungen Einklang gefunden haben und heutzutage psychotherapeutische Verfahren die Behandlung eines essgestörten Verhaltens bestimmen (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 26).

Die ersten diagnostischen Kriterien der Anorexia nervosa wurden durch Dally im Jahr 1969 formuliert. Neben der Anorexia nervosa wurde die Bulimia nervosa erstmals 1970 als „verhängnisvolle Variante“ der Anorexie von Gerard Russell beschrieben (vgl. Franke, 2001, S. 356). Im Jahr 1979 entwickelte Russel diagnostische Kriterien um die Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild zu formulieren (vgl. Buddeberg-Fischer, 2000, S. 8). In den darauf folgenden Jahren und mit zunehmender Erforschung diverser Krankheitsformen von Essstörungen wurden zahlreiche Untergruppen definiert und anhand von diagnostischen Kriterien voneinander abgegrenzt.³

1.1.2. Verbreitung und Prävalenz von Essstörungen

1.1.2.1. Essstörungen und die moderne Wohlstandsgesellschaft

Buddeberger-Fischer (2000, S. 8), Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, berichtet von einem Wandel des Schönheitsideals in der westlichen Gesellschaft gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts. Dieser Wandel drücke sich vor allem in einem zunehmenden Interesse für den Körperumfang sowie in einer wachsenden Abneigung gegen Fettleibigkeit aus. Für viele Frauen und junge Mädchen repräsentiere Schlankheit gutes Aussehen, Fitness und Intelligenz (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 29). Der Wandel des weiblichen Schönheitsideals und die Ansicht, dass Schlankheit öffentliches Ansehen, Erfolg und Ruhm verspricht, führten dazu, dass die Verbreitung von Essstörungen vor allem in den westlichen Industrienationen enorm

³ Eine nähere Erörterung zur Diagnostik und Einteilung der Essstörungen nach der International Classification of Diseases (ICD-10) erfolgt ab der Seite 15 der vorliegenden Arbeit.

zugenommen hat. Stahr (1999, S. 89) gibt an, dass „Essstörungen nicht mehr – wie in früheren Zeiten – ihren Ursprung in asketischen oder religiösen Motiven haben, sondern als Reaktion auf eine von Nahrungsüberfluß [sic], Konsum, Leistungsorientierung und Individualisierung gekennzeichneten Gesellschaft zu sehen ist.“ Weiteres spricht Stahr in diesem Zusammenhang davon, dass essgestörtes Verhalten in nicht-westlichen Kulturländern und in der Dritten-Welt überhaupt nicht bzw. nur sehr selten vorkomme. Diese Ansicht teilt auch Lagemann, die anführt: „Denn wo Nahrungsmittelknappheit herrscht, macht es keinen Sinn, Nahrung zu verweigern“ (2001, S. 6; zit.n. Diketmüller, 2005, S. 4).

Somit lässt sich sagen, dass Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa als Krankheiten der modernen Gesellschaft gelten. Durch den Wandel des Frauenbildes, beeinflusst durch Medien und den vorhandenen Rollbildern der Frau in Gesellschaft, Beruf und Familie, gilt die Essstörung heute als eine der häufigsten psychischen Krankheiten bei Jugendlichen und jungen Frauen (vgl. Stahr, 1999, S. 89).

1.1.2.2. Die Prävalenz von Essstörungen

Trotz der Forschung und den Kenntnissen über Essstörungen, deren Ursachen, Krankheitsverläufe und Symptome ist es nicht möglich, die Prävalenz, die Häufigkeit der Verbreitung von Essstörungen in genauen Zahlen festzulegen (vgl. Geringhoff & Backmund, 1999, S. 27). Dies liege laut Reich vor allem darin, dass die Häufigkeit von Essstörungen in der Bevölkerung nur durch jene PatientInnen erhoben werden könne, welche sich einer therapeutischen Behandlung unterziehen. Reich (2010, S. 29) kommt im Rahmen von Untersuchungen zu dem Ergebnis gelangt ist, „dass nur 30% der Personen mit strikter Anorexiadiagnose und nur 6% der Bulimikerinnen in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung kommen.“ Trotz allem wurden über die Jahre hinweg Statistiken und epidemiologische Studien aufgestellt sowie Untersuchungen durchgeführt, mit deren Hilfe ein Einblick in die Prävalenz von Essstörungen gegeben werden kann.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass mehr Frauen als Männer, im Geschlechtsverhältnis 10:1, an Essstörungen leiden (vgl. Buddberger-Fischer, 2000, S. 6). Studien zufolge sind 95% der an Anorexie Erkrankten und 90% aller an Bulimie Erkrankten weiblich (vgl. Franke, 2001, S. 358). Reich (2010, S. 29) konnte in diesem Zusammenhang bei jungen Frauen zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr eine

Lebenszeitprävalenz⁴ der Anorexia nervosa von 2,2% und bei der Bulimia nervosa von 2,3% feststellen. Seinen Angaben zufolge leiden im Alter zwischen 14 und 35 Jahren 3 bis 5% der jungen Frauen an Anorexie oder Bulimie.

Die Pubertät stellt für junge Frauen oft eine sehr große Herausforderung dar. In dieser Zeit durchleben die Jugendlichen körperliche und psychische Veränderung (vgl. Stahr, 1999, S. 97). Auch Reich erwähnt in diesem Zusammenhang, dass sich um die Zeit der Pubertät, im Alter zwischen 10 und 19 Jahren, die höchste Inzidenzrate für junge Frauen findet um an Anorexia nervosa zu erkranken. Er ergänzt diesbezüglich, dass schon vor dem 10. Lebensjahr und vor dem Eintritt der Pubertät Erkrankungen an Anorexia nervosa beschrieben wurden. Im Vergleich zu Anorexie, bei der Ersterkrankungen auch vor der Pubertät keine Seltenheit mehr sind, liege das Alter für Ersterkrankungen bei bulimischen Frauen meist bei 20 Jahren und ist demzufolge höher als bei der Anorexia nervosa (vgl. Reich, 2010, S. 28).

Betrachtet man die Anzahl der an Adipositas erkrankten PatientInnen in den westlichen Industriestaaten, so steigt diese in den letzten Jahren dramatisch an. Stahr (1999, S. 90) gibt an, dass 30 bis 40% der amerikanischen Bevölkerung an einem deutlichen Übergewicht leiden. Frauen im Alter zwischen 55 bis 65 Jahren seien einem besonders hohem Risiko ausgesetzt. Nicht selten sind, vermehrt in den amerikanischen Staaten aber auch zunehmend in den europäischen Ländern, bereits Kinder und Jugendliche übergewichtig. Die Fettleibigkeit im Kindes- und Jungendalter sei oft das Ergebnis mangelnder Bewegung, hohem Fernsehkonsum sowie einer unregelmäßigen und einseitigen Ernährung (vgl. Stahr, 1999, S. 90). Im Gegensatz zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, welche vermehrt in der oberen und mittleren Schicht vorkommen, tritt die Adipositas vor allem in Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen sozialen Status auf (vgl. Franke 2001, S. 359).

Neben den bereits genannten Essstörungen ist auch noch die Binge-Eating-Störung als eine weitere Form anzuführen, deren Lebenszeitprävalenz für junge Frauen nach Reich bei 3 bis 3,5% und für junge Männer bei 1,5 bis 2% liege. Im Gegensatz zu der Anorexie und Bulimie, welche als typische Frauenkrankheiten gelten, liegt das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei der Binge-Eating-Störung bei 2:3. Es

⁴ Die Lebenszeitprävalenz gibt den Anteil jener Personen an, welche mindestens einmal in ihrem Leben an der untersuchten Störung erkrankt sind.

wird angenommen, dass die Binge-Eating-Störung weitaus häufiger vorkommt als Bulimia nervosa (vgl. Reich, 2010, S. 30).

Im Gegensatz zu den westlichen Ländern (vorrangig den USA und England) liegen speziell für das kleine Land Österreich keine Daten oder repräsentative Zahlen über die Häufigkeit von Essstörungen vor. Um trotz allem eine Grobschätzung für die Prävalenz von Essstörungen zu erhalten, überträgt Rathner die erhobenen Daten aus den westlichen Ländern auf Österreich. Auf Basis des Mikrozensus 1991 und den bekannten Risikoaltersbereichen ergeben sich laut Rathner folgende Schätzungen:

„Bezogen auf die österreichische Gesamtbevölkerung leiden an einem beliebigen Stichtag von allen 15-20jährigen Mädchen mindestens 2500 Mädchen an Magersucht und über 5000 Mädchen an einer subklinischen Essstörung, d.h. einer leichteren Verlaufsform. Unter 20-30jährigen Frauen finden wir mindestens 6500 Frauen mit Ess-Brechsucht (...) Insgesamt erkranken über 200.000 Österreicherinnen zumindest einmal in ihrem Leben an einer Essstörung“ (Rathner, 2003, S. 2).

Aus den Angaben von Rathner geht hervor, dass Essstörungen auch in Österreich zu einem immer größeren Gesundheitsproblem, vor allem bei jungen Mädchen und Frauen werden. Nicht immer kann von einem krankhaften, langfristig essgestörten Verhalten gesprochen werden. Im folgenden zweiten Teil des ersten Kapitels soll aufgezeigt werden, welche Kriterien für die Diagnose von Essstörungen herangezogen werden.

1.2. Diagnostik

Nicht immer stellt ein langanhaltender Appetitverlust oder eine Diät die Vorstufe eines essgestörten Verhaltens bzw. einer krankhaften Essstörung dar. Somit kann nicht bei allen PatientInnen von einem krankhaften, lebensbedrohlichen Essverhalten gesprochen werden. Es wurden deshalb Diagnosekriterien und -faktoren aufgestellt, welche zum einen eine Einteilung und Auflistung der Formen von Essstörungen ermöglichen und des Weiteren den krankhaften Verlauf essgestörter PatientInnen aufzeigen.

1.2.1. Das Körpergewicht als Diagnosekriterium

Neben den im Anschluss angeführten Diagnosekriterien von Essstörungen wird auch das Körpergewicht als ein entscheidender Diagnosefaktor angesehen. Demzufolge

gelten Frauen und Männer ab einem bestimmten Körpergewicht als untergewichtig. Im Laufe der Jahre haben sich zwei international akzeptierte Begriff- oder Messsysteme für die Diagnose von Essstörungen durchgesetzt: der Broca-Index (BI) und der Body-Mass-Index (BMI) (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006, S. 18).

1.2.1.1. Der Broca-Index (BI)

Für die Ermittlung des „Normalgewichtes“ und dem daraus abgeleiteten „Idealgewichtes“ wurde lange Zeit der Broca-Index (BI)⁵ verwendet (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006, S. 18). Der BI wird mittels folgender Formel berechnet (vgl. Franke, 2001, S. 360):

$$\text{BI} = \text{Körpergewicht (kg)} : \text{Körperhöhe (cm)} \text{ minus } 100$$

Das Normalgewicht entspricht einem BI von 1.0, wobei sich das daraus abgeleitete Idealgewicht bei den Männern um 10% und bei den Frauen um 15% unter dem Normalgewicht einreicht. Heutzutage findet der Gebrauch des BI auf internationaler Ebene kaum mehr Verwendung. Rathner (2003, S. 11) sieht die Problematik in der Verwendung primär in den „angeblich wissenschaftlichen ‚Normen‘“ und meint:

„(...) würde es jemanden einfallen, einen Menschen auf eine ‚Normalgröße‘ oder vielleicht sogar eine ‚Idealgröße‘ zu ‚kürzen‘ oder zu ‚strecken‘. (...) Die Reduzierung einer Person auf ein sogenanntes Normal- oder Idealgewicht ist also auf jeden Fall abzulehnen und dient offenbar nur der Ausübung von Macht und Kontrolle über Andere.“

Rathner weist darauf hin, dass der BI, aufgrund dessen, dass er nur eine Ermittlung des Körpergewichts für die durchschnittliche Körpergröße zulässt, kein exaktes Urteil zur Diagnose von Essstörungen darstellt. Das ermittelte BI-Idealgewicht sei bei Personen mit einer kleinen Körpergröße zu gering und bei größeren Personen zu hoch. Für die Bestimmung des Körpergewichtes muss deshalb laut Rathner (2003, S. 11) von einem Durchschnittsbereich ausgegangen werden, welcher die natürlich vorherrschende Abnormität des Gewichtes, hier vor allem das Alter und die Größe, berücksichtigt. Hierfür hat sich der Body-Mass-Index (BMI) maßgeblich bewehrt.

⁵ Die Bezeichnung Broca-Index (BI), entwickelt von Pierre Paul Broca, stammt aus dem Jahr 1850 und wurde erstmalig bei Untersuchungen männlicher französischer Soldaten verwendet (vgl. Rathner, 2003, S. 11).

1.2.1.2. Der Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI findet für die Klassifikation und des Weitern für die diagnostische Zuordnung einer Essstörung auch auf internationaler Ebene Anwendung. Er lässt sich mittels folgender Formel berechnen (vgl. Franke, 2001, S. 360):

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße zum Quadrat (m}^2\text{)}}$$

Gerlinghoff und Backmund (2006, S. 18) führen die Einteilung des Körpergewichtes in Anlehnung an die „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN) aus dem Jahr 2000 wie folgt an:

Hochgradiges Untergewicht	BMI < 14
Mittelgradiges Untergewicht	BMI < 14 bis 16
Leichtgradiges Untergewicht	BMI < 16 bis 18
Normalgewicht ⁶	BMI 18 bis 26
Leichtes Übergewicht	BMI 26 bis 29
Mittelgradiges Übergewicht	BMI 30 bis 40
Hochgradiges Übergewicht	BMI > 40

In Anbetracht der obigen Zahlen wird eine Anorexia nervosa bei PatientInnen diagnostiziert, welche einem BMI von 17,5 und darunter vorweisen. PatientInnen mit einem BMI ab 20 gelten bereits als übergewichtig, während eine Adipositas mit einem BMI von über 30 diagnostiziert wird.⁷

1.2.2. Formen von Essstörungen: ihre Diagnosekriterien und Folgeerkrankungen

Wie bereits weiter oben angeführt, wurden durch Dally und Russel im Jahr 1969 erste Diagnosekriterien beschrieben, welche es erlauben, die Formen von Essstörungen besser voneinander abzugrenzen. Auf der internationalen Ebene sind zwei Klassifikationsverzeichnisse gebräuchlich, welche diagnostische Beschreibungen und Leitlinien von Essstörungen anführen (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 1999, S. 13): Im deutschsprachigen Raum ist dies vor allem die „International Classification of

⁶ In Anbetracht der Geschlechterunterschiede liegt das Normalgewicht der Frauen bei einem BMI von 19 bis 24 und der Männern bei 20 bis 25 (vgl. Franke, 2001, S. 360).

⁷ Die genannten Normwerte gelten für Erwachsene ab 18 Jahren. Der BMI für Kinder und Jugendlichen ab 10 Jahren wird mittels einer BMI-Perzentilenkurve berechnet (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006, S. 18).

Diseases“ (ICD-10)⁸ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Das zweite Klassifikationssystem wurde von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association) aufgestellt: Das „Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders“ (DSM)⁹ wurde speziell für den psychiatrischen Bereich festgelegt und findet ihre Verwendung hauptsächlich bei wissenschaftlichen Untersuchungen.

Die in den beiden Klassifikationssystemen angeführten Diagnosekriterien von Essstörungen unterschieden sich sowohl sprachlich als auch inhaltlich. Ich werde im anschließenden Teil meiner Arbeit die unterschiedlichen Formen von Essstörungen ausschließlich nach dem Klassifikationssystem ICD-10, anführen, da dieses meiner Ansicht nach eine genauere und überschaubarere Einteilung zulässt. Folgend werden die verschiedenen Formen der Essstörungen nach entsprechenden Symptomen, Diagnosekriterien und Folgeerkrankungen unterschieden.

1.2.2.1. Anorexia nervosa („Magersucht“)

Der Begriff „Anorexia nervosa“ bedeutet wörtlich übersetzt „Appetitverlust“ oder „Appetitverminderung“ (vgl. Wanke et al., 2004, S. 287) und geht auf Publikationen aus dem 70. bzw. 90. Jahrhundert zurück.¹⁰ Bei Betrachtung der Diagnosekriterien ist festzustellen, dass die oben genannten Begriffsübersetzungen allerdings irreführend sind, da zum Beispiel Appetitlosigkeit, laut Gerlinghoff und Backmund (2006, S. 10) im Krankheitsverlauf kein Symptom der Anorexia nervosa darstellt. Einstimmigkeit besteht in der Literatur darüber, dass diese Form der Essstörung durch einen starken Gewichtsverlust gekennzeichnet ist, wobei sich der Prozess des Abnehmens im Laufe der Zeit verselbstständigt.¹¹ Stahr (1999, S. 96) spricht in diesem Zusammenhang auch von „einer Abspaltung des Körpers vom psychischen Selbst“. Der gesamte Tagesablauf drehe sich bei anorektischen PatientInnen rund um das Essen bzw. Nichtessen. Weiters seien die erkrankten Frauen und die seltener erkrankten Männer

⁸ Seit dem Jahr 1992 ist von der ICD die 10. Fassung (ICD-10) gültig, wobei die angeführten Diagnosekriterien der 4. Auflage aus dem Jahr 2000 zugrunde liegen (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006, S. 10).

⁹ Bei der DSM ist seit dem Jahr 1994 die IV-Fassung (DSM-IV) gültig, wobei eine deutsche Übersetzung seit 1996 vorliegt (vgl. Gerlinghoff & Backmund, 2006, S. 13).

¹⁰ Siehe Kapitel 1.1. *Die Geschichte der Essstörung als Krankheit.*

¹¹ Der Gewichtsverlust kann durch Methoden wie starke Kalorieneinschränkung, intensives Training oder durch den Gebrauch von Diuretika oder Laxantien herbeigeführt werden (vgl. Rathner, 2003, S. 2).

auch geprägt von Selbstzweifel und dem ständigen Gefühl der Inkompetenz und Unzulänglichkeit.¹²

Wanke et al. (2004, S. 287) und Waldhelm-Auer (2004, S. 26) führen für Anorexia nervosa folgende Diagnosekriterien und Symptome nach der International Classification of Diseases (ICD-10) an:

- Body-Mass-Index (BMI) < 17,5 kg/m² oder weniger
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
- Euphorisierend wirkendes Hungergefühl
- Ständiges Hungergefühl wegen Essensverweigerung bzw. Dauerdiät
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse
- Körperschemastörungen
- Verzögerung der pubertären Entwicklungsschritte bei Auftreten vor Beginn der Pubertät
- Weite lange Kleidung, um die Figur zu verdecken
- Perfektionistisches Leistungsstreben

Im Anschluss aufgelistete Folgeerkrankungen seien laut Wanke et al. (2004, S. 287) vor allem auf den enormen Gewichtsverlust zurückzuführen.

- Kardiovaskuläre Veränderungen
- Verlust an Knochenmasse
- Nierenschäden
- Schwächung der Infektabwehr
- Elektrolytstörungen
- Periphere Ödeme
- Dermatologische Veränderungen, z.B. Haarausfall, brüchige Nägel, trockene Haut u.a.
- Hormonelle Störungen mit Amenorrhoe, peripheren Schilddrüsenmetabolismus
- Erhöhter Wachstumshormon- und Cortisolspiegel
- Tod in 5-10% der Krankheitsfälle

1.2.2.2. Bulimia nervosa („Ess-Brechsucht“)

Der Begriff „Bulimia nervosa“ bedeutet sinngemäß übersetzt „Ochsenhunger“ (vgl. Wanke et al., 2004, S. 287). Wie das Wort „Ochsenhunger“ oder die deutsche

¹² Zu dem weisen anorektische PatientInnen laut Franke (2001, S. 362) ein zwanghaftes Verhalten auf, welches gekennzeichnet ist durch das Sammeln von Rezepten, stundenlanges Lesen von Kochbüchern, das Auswendiglernen von Kalorienzahlen usw.

Übersetzung „Ess-Brechsucht“ vermuten lassen, ist diese Form der Essstörung durch Heißhungerattacken¹³ gekennzeichnet. BulimikerInnen neigen dazu, ihre Fressanfälle lange im Voraus zu planen und versuchen diese, meist aus Scham, gegenüber ihren Mitmenschen geheim zu halten (vgl. Rathner, 2003, S. 6). Um eine Gewichtszunahme aufgrund der Heißhungerattacken zu verhindern, werden von den Betroffenen unterschiedlichste Maßnahmen gesetzt. So könne der Prozess des „Sich-entleerens“ (Rathner, 2003, S. 6) einerseits durch strenges Fasten oder Diäten, durch übermäßige aktive Betätigung, sowie durch die Einnahme von Entwässerungs- oder Abführmittel und Diuretika erfolgen (vgl. Stahr, 1999, S. 97). Stahr spricht auch von „einem Zyklus von Essen und Erbrechen oder Essen und Hungern, den sie nicht mehr kontrollieren können.“

BulimikerInnen leiden im Gegensatz zu AnorektikerInnen zunehmend an negativen Gefühlen, welche sich vor allem in Wert- und Sinnlosigkeit, Stimmungsschwankungen sowie Schuldgefühlen gegenüber ihren Mitmenschen ausdrücken (vgl. Franke, 2001, S. 365).¹⁴ Die Bulimia nervosa tritt nicht selten im Zusammenhang mit einer Anorexia nervosa auf, aber die erkrankten Frauen und Männer können auch durchaus normalgewichtig sein oder an starkem Übergewicht leiden (vgl. Wanke et al., 2004, S. 287). Nicht selten bleibt die Bulimia nervosa aus diesem Grund oft unerkannt, weshalb von einer hohen Dunkelziffer der an Ess-Brechsucht erkrankten Frauen und Männer ausgegangen werden kann (vgl. Rathner, 2003, S. 6).

Folgende Symptome und Diagnosekriterien werden von Wanke et al. (2004, S 278) und Waldhelm-Auer (2004, S. 28), nach ICD-10 angeführt:

- Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit aufgenommen werden
- Versuch, dem dick machenden Effekt durch kompensatorische Verhaltensweisen entgegen zu steuern
- Krankhafte Furcht vor einer Gewichtszunahme
- Kontrollverlust beim Essen
- Betreibung von exzessivem Sport
- Schuld- und Schamgefühle
- Depressive Stimmung, Selbstverletzung, Selbstmordgedanken

¹³ Heißhungerattacken können bis zu 6 Mal pro Tag erfolgen. Hierbei werden in kürzester Zeit bis zu 30.000 Kalorien aufgenommen (vgl. Stahr, 1999, S. 96).

¹⁴ Geprägt von negativen Gefühlen wird die Bulimia nerovsa auch von selbstverletzenden Verhaltensweisen begleitet. Es seien dies Ladendiebstähle, Selbstverletzung, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, Drogenkonsum, etc. (vgl. Rathner, 2003, S. 6).

Die genannten körperlichen Folgeerkrankungen der Bulimia nervosa sind den der Anorexia nervosa ähnlich, jedoch durch den zusätzlichen Gebrauch und die Einnahme von Entwässerungs- oder Abführmitteln in den meisten Fällen schwerwiegender (vgl. Wanke et al., 2004, S. 288).

- Zahnschmelzerosionen
- Chronische Heiserkeit und Halsschmerzen
- Schwellung der Ohrspeicheldrüsen
- Oesophagitis und gastrointestinalem Reflux
- Akuter Magendilatation
- Diarrhoe
- Herzrhythmusstörungen
- Elektrolytentgleisung
- Muskelkrämpfe
- Lethargie, Adynamie

1.2.2.3. Binge Eating Disorder („Ess-Sucht“)

Diese Form der Essstörung spielt aufgrund ihrer immer größer werdenden Verbreitung in der Gesellschaft eine zunehmende Rolle. Die Binge Eating Disorder ist in der International Classification of Diseases (ICD-10) nicht näher angeführt und wird demnach in seiner reaktiven Form den „Essattacken bei anderen psychischen Störungen“ zugeordnet.¹⁵ Wie bei den bereits erwähnten Essstörungen leiden auch die an Binge Eating Disorder betroffenen Frauen und Männer an einem Kontrollverlust, welcher, ähnlich der Bulimia nervosa, durch wiederholte Heißhungerattacken gekennzeichnet ist (vgl. Wanke et al., 2004, S. 288).¹⁶ Der Unterschied zur Bulimia nervosa bestehe nach Ansicht von Gerlinghoff und Backmund (2006, S. 15) allerdings darin, dass die Betroffenen von keinen kompensatorischen Mitteln Gebrauch machen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Die Leidtragenden der Binge Eating Disorder haben demzufolge oft mit einem enormen Übergewicht zu kämpfen oder leiden folgend nicht selten an Adipositas (vgl. Franke, 2001, S. 366).

Für eine Diagnosestellungen müssen laut Wanke et al. (2004, S. 288) zumindest drei der angeführten Punkte erfüllt werden:

- Besonders schnelles Essen

¹⁵ Franke (2003, S. 367) umschreibt die nach ICD-10 klassifizierten Esstacken bei anderen psychischen Störungen als „übermäßiges Essen, das als Reaktion auf belastende Ereignisse zu reaktivem Übergewicht geführt hat.“

¹⁶ Die Heißhungerattacken erfolgen an mindestens zwei Tagen pro Woche über eine Strecke von sechs Monaten (vgl. Wanke et al., 2004, S. 288).

- Essen bis ein unangenehmes Völlegefühl einsetzt
- Essen ohne hungrig zu sein
- Nach der Essattacke entstehen Schuldgefühle und Depressionen
- Die Essattacken werden als belastend empfunden.

1.2.2.4. Atypische Essstörungen

Nicht immer leiden Frauen und Männer an allen diagnostischen Kriterien welche im Klassifikationssystem ICD-10 für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa angeführt sind. Es werden demnach unter dem Begriff „Eating disorders not otherwise specified“ (NNB) alle jene Formen von Essstörungen zusammengefasst, bei denen zumindest ein oder mehrere Kernmerkmal der Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ausbleiben. Nach der ICD-10 leiden PatientInnen folglich an einer „atypischen Anorexia nervosa“ oder an einer „atypischen Bulimia nervosa“, wenn *ein* spezifisches Diagnosekriterium der Anorexie, z. B. Amenorrhoe, oder der Bulimie fehlt (vgl. Gerlinghoff & Backmund 2006, S. 17).¹⁷

Es steht somit außer Zweifel, dass essgestörtes Verhalten oft über die klassischen Krankheitsformen der Essstörungen hinausgeht. Auch sind die Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas nicht immer klar voneinander zu trennen (vgl. Stahr, 1999, S. 91). Rathner spricht in diesem Zusammenhang von einem „fließenden Kontinuum“, insofern die Übergänge zwischen Unterernährung, Bulimie und starke Fettleibigkeit oft sehr flüssig seien. In dem folgenden Zitat beschreibt Rathner als Problematik der Essstörungen, dass diese nicht immer alle oben genannten Kriterien aufweisen und demzufolge weitaus vielfältiger sind als es die oben erwähnten Formen vermuten lassen: „Das Leben ist vielfältiger, als es ‚Schubladen‘ wie Magersucht und Ess-Brechsucht erlauben; ‚Schubladen‘, die zwar für die Verständigung nützlich sind, aber nichtsdestotrotz [sic] Schubladen bleiben.“ (2003, S. 8)

1.2.2.5. Adipositas (Fettsucht)

Während bereits erwähnte Formen der Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als psychosomatische Krankheiten diagnostiziert werden, sind bei der Adipositas vor allem die genetischen Einflüsse nicht außer Acht zu lassen (vgl. Rathner, 2003, S. 11). Die Fettsucht wird vor allem durch extremes Übergewicht, wiederholtes Essen in großen Mengen, Fressanfälle und Diäten charakterisiert. Analog zu den anderen Essstörungen rückt das Essen bei den Betroffenen in den Mittelpunkt.

¹⁷ Zu den „Eating disorders not otherwise specified“ zählen auch der psychogene Appetitverlust, das Fasten bei Übergewicht, das Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen sowie das Pica-Syndrom (vgl. Wanke et al., 2004, S. 289).

Stahr (1999, S. 98) umschreibt den Kontrollverlust über den eigenen Körper wie folgt: „Essen wird zum Ersatz für alle ungelebten Gefühle wie Langeweile, Aggression und Einsamkeit. (...) Durch das Diäthalten verlieren sie allmählich das Gefühl für Hunger und Sattsein [sic].“ Ebenso sei es der gesellschaftliche Druck, der die Betroffenen dazu führt, „zugunsten der Anerkennung die Bedürfnisse anderer zu erfüllen und viele Belastungen auf sich zu nehmen, d.h. zu „schlucken“ (Waldhelm-Auer, 2004, S. 31).

Waldhelm-Auer (2004, S. 30) führt folgende, für die Adipositas charakteristischen Symptome an:

- Wiederholte Heißhungerattacken oder ständiges Essen
- Keine kompensatorischen Maßnahmen wie Erbrechen, daher Übergewicht bzw. Adipositas
- Misslungene Gewichtskontrolle
- Erfolgreiche Diätversuche
- Verlust des Hunger- und Sättigungsgefühls

Einigkeit besteht in der Literatur darüber, dass neben den körperlichen Folgeerkrankungen (hierzu zählen vor allem Herz-Kreislauf-Probleme, Diabetes, Gelenkschäden, Bandscheibenvorfälle, Schwangerschaftskomplikationen sowie erhöhte Blutzucker- und Cholesterinwerte) die psychischen Folgen für die Betroffenen weit schwerwiegender und belastender seien als die körperlichen. Vor allem adipöse Kinder schämen sich für ihr Aussehen und suchen oft vergebens nach Unterstützung. Stattdessen werden sie von der Gesellschaft in die Außenseiterrolle gedrängt, was eine zunehmende Isolation und Kontaktschwierigkeiten mit Gleichaltrigen zur Folge haben kann (vgl. Stahr, 1999, S. 98).

1.3. Ätiologie

1.3.1. Erste Erklärungsansätze für die Entstehung von Essstörungen

Während in den 60er und 70er Jahren zunehmend entwicklungspsychologische und ab 1970 vermehrt familiendynamische Faktoren für die Entstehung und Entwicklung von Essstörungen verantwortlich gemacht wurden, wird gegenwärtig vor allem der Wandel des Schönheitsideals als maßgebliche Ursache von Essstörungen angesehen (Buddeberger, 2000, S. 14). Rodin (1993, S. 23; zit.n. Stahr, 1999, S. 102) beschreibt den zunehmenden Willen der Gesellschaft für das „Sich-in-Form-Bringen“. Es bestehe laut Rodin somit kein Zweifel darin, dass das tatsächliche Körperbild vieler Frauen und

Männer zunehmend abgelehnt und ein von der Gesellschaft genormtes Idealbild verfolgt wird. Dazu komme, dass in der heutigen Gesellschaft mit dem Begriff „Schlankheit“ weitaus mehr assoziiert wird. Schlankheit werde, so Treasure (1999, S. 25), zunehmend als Synonym für Stärke und Selbstkontrolle verwendet und auch Stahr (1999, S. 102) betont die enorme Bedeutung, die Schlankheit für das Selbstverständnis von Menschen haben kann.

Es steht außer Zweifel, dass sich Mädchen oft bereits im Volksschulalter mit dem Thema *Schönheit* und *Perfektion* auseinandersetzen und sich demzufolge schon in jungen Jahren dem Druck der Gesellschaft ausgesetzt fühlen. Dies erklärt, warum auch Mädchen bereits im Alter zwischen 10 und 14 Jahren von Essstörungen betroffen sind. Buddeberger (2001, S. 14) führt in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Adoleszenz an, die ihrer Ansicht nach eine „bio-psycho-soziale Umbruchphase und Reifungskrise“ darstellt. Die Adoleszenz sei jener Lebensabschnitt, welcher nicht nur von körperlichen und psychischen Veränderungen geprägt ist (vgl. Stahr, 1999, S. 100). Es sei auch jene Lebensphase, in der Jugendliche auf der Suche nach ihrer eigenen Identität und Persönlichkeit sind und demzufolge sehr leicht dem Einfluss der Gesellschaft und den von ihr aufgestellten Normen und Werten ausgesetzt seien. Stahr (1999, S. 100) führt in diesem Kontext an, mit welchen gesellschaftlichen Normvorstellungen Pubertierende konfrontiert seien: „Leitbilder von ‚vollmobilen permanent leistungsfähigen Einzelindividuum‘, ‚der Karrierefrau‘ und ‚dem Karrieremann‘, sowie ‚dem schlanken jugendlichen Körper‘ bestimmen das Denken, Handeln und Fühlen.“

Des Weiteren sind es die sozialen Rollenerwartungen an die Mädchen und Jungen, mit welchen sie in der Adoleszenz zunehmend konfrontiert werden (vgl. Buddeberger, 2001, S. 16). Nicht selten, so Buddeberger, seien Essstörungen ein Resultat dieser sozialen Rollenerwartung. Im Gegensatz zum Mann gerate die Frau zunehmend in einen „Rollenstress“: Es werde von den Mädchen eine Persönlichkeit erwartet, welche das traditionelle, nette und liebenswerte Bild der Frau in der Gesellschaft repräsentiert. Nicht selten werden die Mädchen dadurch gezwungen, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen um eine autonome, von der Gesellschaft geforderte unabhängige Persönlichkeit zu präsentieren (vgl. Stahr, 1999, S. 101). Mädchen neigen demzufolge in dieser Lebensphase zu einer „Überanpassung“ und einem insgeheimen „Schlucken“ ihrer eigenen Wünsche, mit dem die Suche nach körperlicher Perfektion einhergehe (vgl. Waldhelm-Auer, 2004, S. 24).

Neben der Gesellschaft, die durch Perfektion und hohe Werte soziale Anerkennung verspricht, sei es laut Waldhelm-Auer (2004, S. 24) oft die eigene Familie, welche nicht selten den „Nährboden“ für Essstörungen bildet. Jugendliche hätten oftmals das

Gefühl, den Anforderungen der Familie und Eltern nicht gerecht zu werden bzw. deren gewünschte Leistungen nicht erfüllen zu können. Daraus entstehende Konflikte sowie das Streben nach Anerkennung und Liebe seien häufig entscheidende Faktoren, welche nicht selten zu Ersterkrankungen von Essstörungen führen. Eine spätere Magersucht forme die Jugendlichen, so Gerlinghoff und Backmund (1999, S. 31), „zu einem ‚Vorzeigekind‘, das nie Schwierigkeiten macht.“

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass vor allem junge Frauen und Mädchen, beginnend in der Adoleszenz, nach makelloser Schönheit und Perfektion streben. Junge Frauen sind nicht selten der Meinung, dass sich hinter der körperlichen Schlankheit und Perfektion, Fitness, Intelligenz, Erfolg und eine hohe Leistungsfähigkeit verbirgt. Diese zweifellos fragwürdige und gleichzeitig beängstigende Entwicklung sowie der gesellschaftliche Druck, als Mädchen eine gute, schlanke und attraktive Figur zu haben, erklärt meiner Ansicht nach, warum immer mehr junge Frauen Abmagerungskuren und Diäten studieren und durchführen. Dies erklärt ohne Zweifel, dass diese Entwicklung und die ständige Idealisierung der körperlichen Schönheit einen zentralen Faktor bei der Entstehung eines essgestörten Verhaltens einnehmen. Die Gesellschaft ist nicht nur der Grund für die anwachsende Idealisierung des Schönheitsideals, sie ist es auch, die von jungen Frauen und Männern Zielstrebigkeit und Erfolg fordert. Oft ist es der Druck der eigenen Familie, der ihnen die bestmögliche Leistung abverlangt um als „Aushängeschild“ der Familie für soziale Anerkennung zu sorgen.

All diese Faktoren sind ein möglicher Erklärungsansatz dafür, dass Essstörungen vor allem bei Mädchen im jungen Alter zu einem immer größer werdenden Gesundheitsproblem werden.

1.3.2. Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Essstörungen

Wie bereits angeführt, liegen die Ursachen für die Entstehung auf unterschiedlichsten Ebenen. Einigkeit besteht in der Literatur darüber, dass für die Entwicklung eines essgestörten Verhaltens selten nur ein Faktor verantwortlich gemacht werden kann. Nach Wanke et al. (2004, S. 289) seien die Ursachen „multifaktoriell“. Treasure (1999, S. 24) führt in diesem Zusammenhang am Beispiel der Anorexia nervosa an: „Es sind eher viele kleine Dinge, die für sich betrachtet harmlos erscheinen, jedoch in ihrer Kombination mit anderen Faktoren die Magersucht auslösen können.“ Auch Neumark-

Sztainer (1999, S. 109) ist der Ansicht, dass bei der Entstehung von Essstörungen „die unterschiedlichen Faktoren in Wechselwirkung miteinander stehen.“¹⁸

Ferge, Lagemann, Mayr-Frank und Rabeder-Fink (2002, S.3) führen in diesem Zusammenhang eine Reihe von *Risikofaktoren* an, die sowohl auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene zu tragen kommen und jungen Mädchen in ein essgestörtes Verhalten führen können. Es seien dies auf der individuellen Ebene: ein mangelndes Selbstwertgefühl, eine Definition der Persönlichkeit ausschließlich über das Aussehen, eine überholte Rollenzuschreibung, ständige Unterdrückung aggressiver Impulse und ein chronisches Ausweichen vor Konflikten. Risikofaktoren auf der sozialen Ebene seien nach Ferge, Lagemann, Mayr-Frank und Rabeder-Fink (2002, S. 3) in wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit, starren Geschlechterrollen, dem Negieren von negativen Gefühlen, der Abwertung des weiblichen Verhaltens sowie Grenzüberschreitungen zu finden. Krankhafte Schönheitsideale, eine gesellschaftliche Ungleichstellung von Männern und Frauen und widersprüchliche Anforderungen an junge Frauen seien als Risikofaktoren auf der gesellschaftlichen Ebene zu nennen.

Diesen Risikofaktoren stehen auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene entsprechende *Schutzfaktoren* gegenüber, welche vor allem in wichtigen Lebensabschnitten, wie der Adoleszenz, für Mädchen und Jungen Bedeutung finden würden.¹⁹ Folgende Schutzfaktoren seien laut Ferge, Lagemann, Mayr-Frank und Rabeder-Fink (2002, S. 3) auf der individuellen Ebene von Bedeutung um der Entstehung von Essstörungen vorzubeugen: Selbstvertrauen, eine realistische Einschätzung, ein positives Körperbild sowie Konfliktfähigkeit. Auf der sozialen und gesellschaftlichen Ebene seien unterstützende positive Vorbilder, differenzierte Geschlechterrollen, ein kreativer Umgang mit dem gängigen Schönheitsideal sowie eine Entspannung- und Genussfähigkeit zu nennen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Förderung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene zur Lösung gesundheitsgefährdender Einflüsse unabdingbar ist. Die Förderung und Entwicklung protektiver Kompetenzen bedarf vor allem in heiklen Lebensabschnitten wie der Adoleszenz einer durchgängigen Aufmerksamkeit sowie einer intensiven Unterstützung

¹⁸ Neumark-Sztainer ist in weiterer Folge der Meinung, dass es ungewiss ist, „ob die identifizierten Korrelate dem gestörten Eßverhalten [sic] vorausgehen, ob sie gemeinsam mit dem Eßverhalten auftreten oder ob sie eine Folge davon sind.“

¹⁹Waldhelm-Auer (2004, S. 33) spricht auch von „Lebenskompetenzen“ oder „protektiven Faktoren“, durch deren Förderung der Entstehung von Essstörungen vorgebeugt werden kann.

im gesellschaftlichen und familiären Umfeld. Keine geringe Bedeutung kommt somit auch der Institution Schule zu. Die Unterstützung zur Förderung eines gesundheitsbewussten und eigenverantwortlichen Handelns sollte in jedem Unterrichtsfach verfolgt und verwirklicht werden (vgl. Waldhelm-Auer, 2004, S. 33).

1.4. Zwischenresümee

Gerade in der Pubertät sind Jugendliche mit ihrem Körper oft unzufrieden. In dieser Lebensphase sind es nicht selten die körperlichen Veränderungen, welche bei den Mädchen und Jungen Unsicherheit hervorrufen. Fragen wie „Bin ich attraktiv genug?“ oder „Muss ich abnehmen um leistungsfähiger und erfolgreicher zu sein?“ rücken in dieser Zeit zunehmend in den Mittelpunkt und nehmen in jungen Jahren oft einen zentralen Stellenwert ein. Angst, Selbstzweifel und Verunsicherung prägen den Alltag der Jugendlichen. Dem Drang nach Perfektion und dem zwanghaften Verlangen, dem Schönheitsideal entsprechen zu müssen, folgen Diäten, ein gezügeltes Essverhalten, wobei die Essenzeiten genau festgelegt und Tag für Tag exakt eingehalten werden. Nicht selten ist dieses problematische Verhalten der Beginn einer schwerwiegenden und krankhaften Essstörung.

Nach derzeitigen epidemiologischen Studien lässt sich sagen, dass mit einem Geschlechterverhältnis von 10:1 der Anteil essgestörter Frauen weitaus größer ist. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa gelten mit einem Anteil von 95 und 90% als „typische Frauenkrankheiten“, wohingegen die Binge-Eating-Disorder mit einem Geschlechterverhältnis von 2:3 vermehrt bei Männern diagnostiziert wird (vgl. Reich, 2010, S. 30). Essstörungen gelten darüber hinaus als Krankheiten der westlichen Industriestaaten, wodurch auch die Anzahl der in Österreich erkrankten PatientInnen zunimmt. Hier erwähnt Rathner (2003, S. 2) auf Basis des Mikrozensus 1991, dass 2500 Mädchen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren an einem essgestörten Verhalten leiden, wobei er die Anzahl der subklinischen Erkrankungen mit über 5000 als deutlich höher einstuft.

Es zeigt sich somit, dass Essstörungen, gerade in der mittleren und oberen sozialen Schicht, hier vor allem bei Mädchen vor, während aber auch nach der Pubertät, auftreten. Des Weiteren lässt sich sagen, dass die Krankheit das Leben der Betroffenen zunehmend beeinflusst. Abgesehen von den schwerwiegenden Symptomen und körperlichen Folgeerkrankungen leiden die PatientInnen auch an krankhaften Begleiterscheinungen, zusätzlichen Abhängigkeiten und nicht zuletzt an den zwanghaften Gefühlen, dass ihr gesamtes Leben um Essen bzw. Nichtessen kreist. Ein unbekümmertes Essen gemeinsam mit der Familie am Esstisch und ein

gesunder Appetit sind für die Betroffenen nicht mehr möglich. Vielmehr verbinden sie Essen mit einem Scham- und Schuldgefühl, welches begleitet wird von der ungeheuren Angst zuzunehmen und dem Gefühl des Versagens und der Enttäuschung über sich selbst, falls es doch zu einer Gewichtszunahme kommt.

Die Förderung von Selbstvertrauen, einem positiven Körperbild und der Anerkennung verschiedener Lebensformen und -idealen könnten beispielsweise Ansätze der Primärprävention von Essstörungen sein. Mit Verweis auf Kolip konnte gezeigt werden, dass es auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene präventive Möglichkeiten gibt um einem essgestörten Verhalten vorzubeugen.

Da vor allem Mädchen im jugendlichen Alter oft Unzufriedenheit und Abneigung gegenüber ihrem eigenen Körper zeigen, sollen folgend die Möglichkeiten der Institution Schule im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention zum Aufbau entsprechender Schutzfaktoren gegen Essstörungen aufgezeigt werden. Zunächst wird allerdings, im Anschluss an das erste Kapitel, der Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen näher beleuchtet.

2. Der Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen

Nachdem im ersten Kapitel das Thema Essstörungen in Bezug auf deren Formen, Ursachen und Symptome genauer besprochen wurde, widme ich mich nun einem Themenkomplex, der im Zusammenhang mit Essstörungen von großer Bedeutung ist: dem Thema *Körperwahrnehmung*. Eine gestörte Körperwahrnehmung wird in der Literatur zu Essstörungen oft als auslösender Faktor genannt, wenn es um die Entstehung von Essstörungen geht. In diesem Kapitel möchte ich mich deshalb genauer mit dem Zusammenhang zwischen Körperwahrnehmung und Essstörungen auseinandersetzen: es soll Aufschluss darüber geben, ob eine gestörte Körperwahrnehmung mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen im Zusammenhang steht.

Im ersten Teil des zweiten Kapitels beschäftige ich mich mit einem sehr komplexen Thema: Ich widme mich prominenten Konzepten, in denen versucht wird, eine Begrifflichkeit für das Erleben des Körpers festzulegen. Diese theoretisch schwer zu fassenden Phänomene zu beschreiben, ist eine Herausforderung, der sich immer mehr Wissenschaften und Fachrichtungen annehmen. Trotz der zahlreichen unterschiedlichen Forschungsansätze hat sich zunehmend *ein* Begriff in den Mittelpunkt gedrängt: „Körperwahrnehmung“. In der Literatur wird die Körperwahrnehmung zunehmend zur Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens und Erlebens als übergeordneter Terminus verwendet. Ich gehe in meinen Ausführungen dazu vor allem auf zwei – recht unterschiedliche – Fassungen des Begriffs ein, nämlich jene des englischen Neurologen Henry Head und jene des deutschen Psychologen Paul Schilder. Dabei wird sich zeigen, dass sich die Begriffe „Körperschema“ und „Körperbild“ als zwei wichtige dem Begriff „Körperwahrnehmung“ untergeordnete Termini in den Vordergrund drängen.

Dem Begriff „Körperbild“ schenke ich im darauf folgenden zweiten Teil vermehrt Beachtung. Im Zusammenhang mit Essstörungen spielt er im Vergleich zum „Körperschema“ die wichtigere Rolle, da er die Empfindungen, Gefühle sowie die Zustimmung und Ablehnung zum eigenen Körper beschreibt. Dabei widme ich mich ausführlicher der Beschreibung des Körperbildes als multidimensionales Konstrukt, das laut Angaben von Legenbauer und Vocks (2005, S. 20) aus vier Komponenten – der Wahrnehmung, den Gedanken, den Gefühlen und dem Verhalten – zusammensetzt. Es soll im Folgenden aufgezeigt werden, dass immer mehr Menschen an einem

verzerrten Körperbild leiden. Dies zeigt sich vor allem in einer wachsenden Körperunzufriedenheit in der Bevölkerung. Studien belegen, dass immer mehr Menschen mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden sind. Eine wachsende Körperunzufriedenheit sowie ein mangelndes Selbstwertgefühl werden demzufolge als ausschlaggebende Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen angesehen (vgl. Forster, 2001, S. 55).

Im dritten und gleichzeitig auch letzten Teil des zweiten Kapitels soll der Zusammenhang von Körperwahrnehmung und Essstörungen aufgezeigt werden. Ein gestörtes Körpererleben wird in der Literatur als zentrales Charakteristikum von Essstörungen angesehen, sodass von dem Begriff „Körperwahrnehmungsstörung“ als Sammel- und Oberbegriff Gebrauch gemacht wird. In meinen Ausführungen widme ich mich vor allem den Ansätzen der Ärztin und Psychoanalytikerin Hilde Bruch, für die sich Körperwahrnehmungsstörungen bei Essgestörten vor allem in einer Fehlwahrnehmung von Körperdimensionen, in einer gestörten Wahrnehmung von Körperfunktionen, sowie in einem Verlust der Eigenkontrolle äußern. Sie beschreibt neben den individuellen und soziokulturellen Faktoren auch Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion als Gründe für die Entstehung von Körperwahrnehmungsstörungen.

Doch bevor ich mich genauer dem Zusammenhang von Körperwahrnehmung bzw. Körperwahrnehmungsstörungen und Essstörungen widme, versuche ich zunächst – wie bereits angekündigt – den Begriff „Körperwahrnehmung“ und im Folgenden jenen des „Körperbildes“ zu klären.

2.1. „Körperwahrnehmung“ als übergeordneter Begriff psychologischer Körperkonzepte

Verschiedenste Wissenschaften haben sich dem menschlichen Körper zum zentralen Forschungsgebiet gemacht. Zeitlebens war der menschliche Organismus Gegenstand der Medizin, Neurophysiologie und der Psychologie. In der heutigen Zeit setzen sich auch die Sport- und Bewegungswissenschaften mit dieser komplexen Thematik auseinander. Jede dieser Forschungsrichtungen hat ihre eigene Betrachtungsweise und Darstellung, wodurch sich aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen eine Unmenge von Begrifflichkeiten und Definitionen aufgetan haben.

Bielefeld hat sich der Begrifflichkeit und Strukturierung des körperlichen Erlebens angenommen. Als zentralen Oberbegriff zur Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens verwendet er den Terminus „Körpererfahrung“. Er verweist in weiterer Folge auf Jourade, der diesen Begriff als „body experience“ umschreibt. Dieser

versteht darunter Folgendes: „(...) what someone perceives, believes, imagines, feels and fantasies about his body“ (1967; zit.n. Bielefeld, 1991, S. 14). Neben Bielefeld widmet sich auch Absenger dieser Thematik. Im Gegensatz zu Bielefeld macht sie von dem Begriff „Körperwahrnehmung“²⁰ Gebrauch, dessen Bedeutung sie im Detail wie folgt beschreibt: „Das Subjektive ‚Ich‘ erlebt über seine Körperwahrnehmung – welche das leibliche ‚Ich‘ impliziert – seine Wirklichkeit“ (Absenger, 2005, S. 65)²¹ Dieser Begriff umfasse ihrer Ansicht nach die neurophysiologischen, psychischen, emotionalen, verhaltensmäßigen und sozialen Aspekte des körperlichen Wohlbefindens (vgl. Absenger, 2005, S. 65).

Bielefeld differenziert – wie andere WissenschaftlerInnen auch²² – zwischen dem Körperschema und dem Körperbild und beschreibt damit zwei untergeordnete Begriffe der Körperwahrnehmung. Während mit dem Begriff „Körperschema“ zumeist ein mentales Konstrukt gemeint ist, mit dem unsere oft unbewusste Vorstellung unseres eigenen Körpers beschrieben wird, verweist der Begriff „Körperbild“ eher auf unsere emotionale Beziehung zu unserem eigenen Körper. Doch auch diese Begriffe verfügen keineswegs über klare oder einheitliche Bedeutungen. Deshalb möchte ich mich im folgenden mit zwei prominenten Fassungen dieser Termini auseinandersetzen: jener von Henry Head, der 1911 vor allem zum „Körperschema“ arbeitete, und jener von Paul Schilder, der in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts in die Auseinandersetzung mit der Thematik *Körperwahrnehmung* das Körperbild als zentralen Baustein einführte und dieses auch beschrieb.

2.1.1. Körperschema und Körperbild als subjektive Aspekte der Körperwahrnehmung

Paulus (1982, S. 4; zit.n. Rosenberg, 2003, S. 11) formuliert die Problematik im Gebrauch der Begriffe „Körperschema“ und „Körperbild“ wie folgt:

„(...) Im Laufe der Zeit ist unter diesen Termini immer wieder etwas anderes verstanden worden, ja selbst in ihren ursprünglichen Konzeptionen variiert deren Bedeutung von Autor zu Autor. Diese Begriffe, die oftmals als Synonyme

²⁰ Auch ich werde in weiterer Folge der vorliegenden Arbeit vorrangig den Begriff „Körperwahrnehmung“ verwenden, da dieser in der Literatur im Zusammenhang mit Essstörungen vermehrt verwendet wird.

²¹ Es sei laut Absenger vor allem das subjektive Bewusstsein des Menschen von Bedeutung, dem über die Körperwahrnehmung, hier allen voran durch das leibliche, körperliche und emotionale Wohlbefinden, Ausdruck verliehen wird.

²²Baumann (1974, S. 304; zit.n. Bielefeld, 1991, S. 7) führte einst die Notwendigkeit an: „(k)lar zwischen dem Körper als physischen Organismus, als objektiv gegebener Realität einerseits, und als einen Anschauungsgegenstand im phänomenalen Raum zu unterscheiden“

für den hier zu behandelnden Bereich der Körpererfahrung Verwendung gefunden haben, haben daher auch oftmals mehr zur Verwirrung als zu einer Klärung beigetragen.“

Bielefeld versucht in seiner Auseinandersetzung mit dieser Thematik über die Bedeutung beider Begriffe Aufschluss zu geben. An seine Ausführungen lehne ich mich an, wenn es im Folgenden um die Auseinandersetzung mit den Fassungen dieser Begriffe zum einen durch den englischen Neurologen Head und zum anderen durch den deutschen Psychologen P. Schilder geht.

Der Neurologe Head formulierte als erster 1911 den Terminus *Schema*, welcher heute vermehrt mit der englischen Bezeichnung „body scheme“ oder in der deutschen Übersetzung „Körperschema“ Geltung findet.²³ Den Begriff „Körperschema“ beschreibt Head als „schematische Vorstellung vom eigenen Körper (...), die das Individuum über die Rückmeldung innerer und äußerer Wahrnehmungsreize erwirbt“. Es handle sich dabei um eine „schematische Körperwahrnehmung“ (vgl. Bielefeld, 1991, S. 6). Aufgrund diverser Untersuchungsansätze leitet Bielefeld aus dem neurologischen Begriff „Körperschema“ drei weitere Teilbereiche ab, welche in weiterer Folge dazu dienen, diesen Funktionsbereich verständlicher zu machen:

Körperorientierung (body orientation): die Orientierung am und im eigenen Körper mit Hilfe der Extero- und Interoceptoren, d.h. der Oberflächen- und Tiefensensibilität, insbesondere der kinästhetischen Wahrnehmung (das Körperschema im engeren Sinne)

Körperausdehnung (body size estimation): das Einschätzen von Größenverhältnissen sowie der räumlichen Ausdehnung des Körpers

Körperkenntnis (body knowledge): die faktische Kenntnis von Bau und Funktion des eigenen Körpers und seiner Teile einschließlich der Rechts-Links-Unterscheidung (vgl. Bielefeld, 1991, S. 17).

Ebenso bedeutsam ist allerdings der persönlichkeitspsychologische Ansatz der Körperwahrnehmung. Diesen hätte, so Bielefeld, der deutsche Psychologe Schilder berücksichtigt. Im Jahr 1923 machte Schilder die Thematik der Körperwahrnehmung zu seinem zentralen Forschungsgegenstand. Auch er gebrauchte in seinem Erklärungsansatz den Begriff „Körperschema“, allerdings bezeichnete er damit das „Raumbild, das jeder von sich selbst hat. Man darf annehmen, daß [sic] dieses Schema in sich enthalte die einzelnen Teile des Körpers und ihre gegenseitige

²³ Die Neurologie beschäftigt sich mit jenen Personen und PatientInnen, welche verzerrte Körpergefühle und befremdende Körperempfindungen aufgrund von Verletzungen im Zentralnervensystem verspüren (vgl. Forster, 2002, S. 27).

räumliche Beziehung zueinander“ (Schilder, 1923, S. 2; zit.n. Bielefeld, 1991, S. 6). Dieses *Bild* stehe seiner Meinung nach unter dem Einfluss individueller und sozialer Erfahrungen, weshalb er in weiterer Folge von „body image“ spricht (vgl. Bielefeld, 1991, S. 7). Das „body image“, so ist Schilder der Ansicht, sei nie statisch, sondern stehe unter ständiger Veränderung, beeinflusst von den Gefühlen und Erfahrungen des Menschen. „The body image is the result of an effort and cannot be completely maintained when the effort ceases. The body image is, to put it in a paradoxical way, never a complete structure, it is never static: there are always disruptive tendencies“ (Schilder, 1950; zit.n. Rosenberg, 2003, S. 13). Bielefeld betont nun, dass Schilders psychoanalytische Sichtweise es unmöglich mache, das körperliche und seelische Erleben und Wahrnehmen des eigenen Körpers voneinander zu trennen.

Auch bei dem Begriff „Körperbild“ seien, so Bielefeld, aufgrund diverser Schwerpunktsetzungen drei Teilbereiche in den Mittelpunkt zu stellen:

Körperbewusstsein (body consciousness): die psychische Repräsentation des eigenen Körpers oder seiner Teile im Bewusstsein des Individuums, bzw. die auf den eigenen Körper gerichtete Aufmerksamkeit (auch Körperbewusstheit / body awareness)

Körperausgrenzung (body boundary): das Erleben der Körpergrenzen, d.h. den eigenen Körper als deutlich von der Umwelt abgegrenzt zu erleben.

Körpereinstellung (body attitudes): die Gesamtheit der auf den eigenen Körper, insbesondere auf dessen Aussehen gerichteten Einstellungen, speziell die (Un-)Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (auch body satisfaction / body cathexis) (vgl. Bielefeld, 1991, S. 17).

Wie nahe die Begriffe „Körperschema“ und „Körperbild“ beieinander liegen, zeigt das angeführte Strukturmodell, welche die Gesamthematik des körperlichen Erlebens und somit auch den übergeordneten Begriff „Körperwahrnehmung“ versucht zu beschreiben:

Tab.1: Differenzierung von Körperwahrnehmung in Körperschema und Körperbild

Körperwahrnehmung	
Körperschema	Körperbild
<ul style="list-style-type: none"> • Neurophysiologisches Konzept • Perzeptive Aspekte • Eher kognitiv geführte Auseinandersetzung • Wahrnehmung und 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologisches Konzept • Kognitiv-affektive Aspekte • Eher emotional geführte Auseinandersetzung • Bewusste Einstellung zum Körper,

<p>Grobeinschätzung der eigenen Körperdimensionen oder einzelner Körperteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den perzeptiven Verfahren ist gemein, dass Größeneinschätzungen von Körpermerkmalen erfasst werde, welche in Hinblick auf unbewusste Einstellungen gegenüber dem Körper interpretiert werden • Heute eher vernachlässigte Forschungsrichtung 	<p>Meinungen, Überzeugungen, Gefühle, Aussehen, gesundheitliche Bedenken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Den kognitiv-affektiven Verfahren ist gemein, dass bewusste Einstellungen zum Körper erfasst und interpretiert werden • Forschungshochzeit: seit Ende 80er Jahre • Heute sind besonders konkrete Teilaspekte des Phänomens Körperbild von Interesse: z.B. Körperzufriedenheit oder der Drang, dünn zu sein
--	---

Quelle: (vgl. Forster, 2002, S. 26)

Während mit dem Begriff „Körperschema“ vorrangig „Struktur und Prozeß [sic] der Wahrnehmung des eigenen Körpers“ charakterisiert werden, nimmt der Begriff „Körperbild“ die „subjektive-individuelle Einordnung und Bewertung eben dieser Wahrnehmung“ in den Mittelpunkt (vgl. Bielefeld, 1991, S. 11).

Zweifelsohne sind die beiden Teilaspekte der Körperwahrnehmung eng mit der Körperzufriedenheit, dem Selbstvertrauen und mit den Gefühlen eines Menschen verbunden. Da es aber vor allem das eher emotional gestaltete Körperbild des Menschen ist, welches nicht selten durch äußere Einflüsse negativ beeinflusst wird und in weiterer Folge den Schlüssel für psychosomatische Krankheiten, wie Essstörungen, darstellt, soll diesem Teilaspekt noch mehr Beachtung geschenkt werden.

2.2. Das emotionale Körperbild („body image“)

2.2.1. Körperunzufriedenheit und die Bildung eines verzerrten Körperbilds

Sich morgens im Spiegel zu betrachten, stellt für viele Menschen eine große Herausforderung dar. So gibt es kaum jemanden, der sich in seinem Körper rundherum wohl fühlt, einverstanden ist mit Größe, Gewicht, Bauchumfang, Brust, Gesicht, etc.

Wie wir unseren Körper sehen und ihn im Spiegel wahrnehmen, hängt in der heutigen Zeit oft davon ab, wie nahe er dem „idealen Körper“ kommt. Je näher desto besser! „Das Körpergefühl einer Frau spiegelt unweigerlich ihre Verinnerlichung von vorherrschenden gesellschaftlichen Normen wider. Und je nachdem, wie ihr eigenes Urteil ausfällt (...), steigt oder fällt ihre Selbstachtung“ (Orbach, 1990, S. 261; zit.n. Forster, 2002, S. 18). Wie schön wir uns fühlen, hängt sehr stark von unserem inneren Körperbild ab. Die Körperunzufriedenheit kann somit als ein zentraler Teilaspekt des Körperbildes angesehen werden. Dieses setze sich, nach Angaben von Nuber (1997, S. 21), aus den Vorstellungen, Ideen und Vorurteilen zusammen, welche ich gegenüber meinem Körper verspüre. Die Körperunzufriedenheit variiert je nach Individuum. Sie könne sich nur auf eine leichte Unzufriedenheit oder gezielt auf ein bestimmtes Körperteil beschränken, oder aber sich auch bis hin zur extremen Abneigung und zu Selbsthass wegen des gesamten körperlichen Erscheinungsbildes ziehen (vgl. Forster, 2002, S. 49). Im englischsprachigen Raum findet der Begriff „body disparagement“ zunehmend Verwendung. Diesen beschreibt Forster (2002, S. 49) in weiter Folge „als ein Gefühl, daß [sic] der eigene Körper grotesk und abstoßend ist, und, daß [sic] ihn der Mensch mit Feinseligkeit und Verachtung betrachtet.“

Eine Körperunzufriedenheit liegt nicht nur bei essgestörten PatientInnen vor. Studien belegen, dass sich auch bei nicht-essgestörten Menschen eine zunehmende Unzufriedenheit einstellt. Umfragen aus den Jahren 1972, 1985 und 1997 verdeutlichen diese negative Entwicklung. Im Jahr 1972 gaben 25% der Frauen und 15% der Männer an, mit ihrem Körper unzufrieden zu sein. Sowohl die Frauen als auch die Männern waren mit dem Gewicht und ihrem Bauch unzufrieden, wobei bei den Frauen auch die Hüft- und die Oberschenkelregion zu 50% als unattraktiv beschrieben wurde. Im Jahr 1985 waren bereits 38% der weiblichen Befragten und 34% der männlichen Befragten mit ihrem äußerlichen Erscheinungsbild unzufrieden. 1997 zeigten hingegen erstaunliche 56% der Frauen und 43% der Männer ein negatives Körperbild und somit ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper. Die Hüft- und Oberschenkelregion, sowie der Bauch und das Gewicht werden für die meisten Frauen immer öfter zum selbst erklärten Problembereich. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den männlichen Befragten (vgl. Nuber, 1997, S. 21). Die oben angeführte Studie belegt somit sehr eindrucksvoll, dass es immer mehr Menschen schwer fällt ihren Körper zu akzeptieren und ihn so zu sehen, wie er wirklich ist. Weitere Studien zeigen, dass Körperzufriedenheit vor allem bei jungen Mädchen stark verbreitet ist. Forster (2002, S. 52) führt Ergebnisse aus einer Berliner Studie an, in der 44% der 7- bis 10-KlässlerInnen persönliche Probleme mit ihrem Gewicht äußerten. Eine ähnliche Entwicklung zeige sich auch in Amerika: über die Hälfte der 15- bis 16-jährigen

Mädchen betrachten sich als „zu fett“. 46% geben in weiterer Folge an sich schon einmal einer Diät unterzogen zu haben.

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper eine gravierende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen spielt. So sei der Zusammenhang von essgestörtem Verhalten und mangelnder Körperzufriedenheit unumstritten. Uneinigkeit besteht hingegen darüber, ob eine Körperunzufriedenheit bei allen Essstörungen in gleichem Maße vorliegt. Einige Forscher sprechen davon, dass bei BulimikerInnen eine größere Körperunzufriedenheit vorliege als bei AnorektikerInnen. Andere führen an, dass sich bulimische und anorektische PatientInnen nicht in ihrer Körperunzufriedenheit unterscheiden (vgl. Forster, 2002, S. 53).

Wie groß die Problematik der Körperunzufriedenheit bei essgestörten PatientInnen ist unterstreichen die folgenden Worte von Gerlinghoff und Backmund „Die Körperlichkeit eßgestörter [sic] Frauen ist wahrscheinlich der Bereich der Persönlichkeit, der am gravierendsten gestört und auch am schwierigsten zu behandeln ist“ (1995, S. 94; zit.n. Forster, 2002, S. 1).

Es stellt sich somit die Frage, ob eine mangelnde Körperzufriedenheit als auslösender Faktor einer Essstörung angesehen werden kann. Zweifelsohne käme es zu keinem essgestörten Verhalten, wenn man seinem körperlichen Erscheinungsbild positiv gegenüberstehen würde. Wo liegt der zentrale Unterschied zwischen Menschen mit einer mangelnden Körperzufriedenheit und jenen Menschen, welche ihrem Körper mit einer positiven Zufriedenheit gegenüberstehen? Dieser Unterschied sei laut Angaben von Chash (zit.n. Nuber, 1991, S. 23)

„ein stabiles Selbstwertgefühl – sie glauben an sich selbst. (...) Wer seiner sicher ist, sich als kompetent und liebenswert wahrnimmt, der wird nicht so leicht Opfer von gesellschaftlichen Normen und Vorschriften und läßt [sic] seinen körperlichen Wert nicht infrage stellen. Diese Menschen wissen, daß [sic] es nicht von ihrer körperlichen Erscheinung abhängt, wie sie sich innerlich fühlen.“

Cashs Worte verdeutlichen, dass ein negatives Körperbild nur dann zustande kommen kann, wenn ich mich selbst nicht als vollkommen ansehe und Worte bzw. Gedanken wie „ich bin schön so wie ich bin“ zur Seltenheit werden.

Es besteht somit ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer mangelnden Körperzufriedenheit und einem geringen Selbstwertgefühl (vgl. Forster, 2002, S. 55). Ein mangelhaftes Selbstwertgefühl bei essgestörten Frauen äußert sich vor allem darin, dass sie sich oftmals als „schlechter“ ansehen. Darüber hinaus wird das geringe Selbstwertgefühl sehr stark von ihrem äußeren Erscheinungsbild beeinflusst. Erst ein labiles Selbstwertgefühl, eine mangelnde Körperzufriedenheit und ein daraus

entstehendes negatives Körperbild können ein essgestörtes Verhalten auslösen. Es besteht somit Einigkeit darüber, dass der Aspekt des Selbstwerts einen enormen Stellenwert für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen und in weiterer Folge für die Entstehung von Körperwahrnehmungsstörungen einnimmt (vgl. Forster, 2002, S. 42).

2.2.2. Das Körperbild als multidimensionales Konstrukt

Wie bereits unter Punkt 2.1. erwähnt, ist es aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse in den diversen Forschungsrichtungen bis heute nicht möglich eine einheitliche, allgemein gültige Definition des Begriffes „Körperbild“ aufzustellen. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass das Körperbild und die Selbstachtung eines Menschen mit seinem körperlichen Wohlbefinden in direktem Zusammenhang zueinander stehen. Gegenwärtig besteht eine Möglichkeit mit der Schwierigkeit dieser begrifflichen Unklarheiten umzugehen darin, unterschiedlichste Eindrücke und Komponenten als Orientierungshilfe heranzuziehen, um die Komplexität und die Bedeutung des Begriffes „Körperbild“ zu beschreiben. Die im Folgenden angeführten Punkte geben Aufschluss darüber, welche Komponenten der Begriff „Körperbild“ umfasst (vgl. Forster, 2002, S.31):

- Gedanken und Meinungen über den eigenen Körper, z.B: „Je dünner ich bin, desto mehr bin ich wert.“
- Interozeptive Wahrnehmung und Erleben
- Wahrnehmung der Körpergröße und Körperform (Über- oder Unterschätzung)
- Gefühle bezogen auf den eigenen Körper
- Scham, Stolz, Bewertung, moralische Urteile: „Ich bin zu fett.“
- Soziale Komponenten: scharfsinniges Bewusstsein / Kenntnis der Gefühle
- Einstellungen und Meinungen anderer, deren Kritik, Wünsche oder Missachtung: „Du trampelst wie ein Elefant.“
- Kinesthetische Komponente: Wie fühlen sich die eigenen Bewegungen an?
- Taktile Komponente: Gefühl der Durchlässigkeit oder Festigkeit.

Diese umfangreiche Definition lässt die Multidimensionalität des Begriffes „Körperbild“ erkennen. Das Körperbild eines Menschen setze sich somit nie aus nur einem Aspekt zusammen. Es sei laut Forster (2002, S. 31) ein Konstrukt, welches sich aus perzeptiven, kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Komponenten aufbaue.

Legenbauer und Vocks (2005, S. 20) sprechen auch von den „vier Komponenten eines negativen Körperbildes“, welche sie wie folgt aufteilen:

- die Wahrnehmung des Körpers, die meist mit einer Überschätzung der eigenen Körperformen einhergeht
- die Gedanken über den eigenen Körper, der als fett oder hässlich bewertet wird
- Gefühle wie Ekel oder Scham
- ein Verhalten, das aus dem negativen Körperbild resultiert

Wie wir unseren Körper wahrnehmen, ist ausschlaggebend dafür, mit welchen Gedanken und Gefühlen wir ihm gegenüberstehen. Die Körperwahrnehmung ist schlussendlich auch dafür verantwortlich, welche Gedanken und Gefühle wir aufbauen, wenn wir uns am Morgen im Spiegel betrachten. „Ich denke, also bin ich.“ Diese fünf Wörter beschreiben sehr eindrucksvoll den Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Tun. Wenn ich mich im Spiegel betrachte und meinen Körper wahrnehme, so können sich unendliche Gedanken in meinem Inneren festsetzen. Gedanken, welche sich in einer positiven, neutralen oder – wie z.B. im nachstehenden Zitat - negativen Bewertung äußern können:

„Wenn ich mir vorstelle, mich im Spiegel zu betrachten, denke ich zuerst, dass ich das gar nicht möchte. Ich will vor allem meine Oberschenkel nicht sehen, sie werden bestimmt furchtbar fett wirken, und in der engen Hose wird mein Bauch deutlich zu sehen sein. Ja, der erste Gedanke in diesem Moment ist - ‚ich will diesen fetten Körper nicht sehen‘“ (Legenbauer & Vocks, 2005, S. 24).

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, dass sich die persönlichen Gedanken je nach Situation und persönlicher Stimmungslage auf unterschiedliche Bereiche fokussieren können. So gibt es Tage, an denen ich ausschließlich meine Haare als hässlich empfinde und mich dazu entschließe, in den kommenden Tagen einen Frisör aufzusuchen. An anderen Tagen sind es meine Beine, welche ich unmöglich in einem kurzen Rock in der Öffentlichkeit zeigen kann. Negative Gedanken lösen in weiterer Folge negative Gefühle aus. Legenbauer und Vocks (2005, S. 28) führen in diesem Zusammenhang eine Studie an, die verdeutlicht, dass das Ansehen von Modelzeitschriften und den abgebildeten schlanken Frauen eine negative Stimmung zufolge hat. So fühlen sich 70% der Frauen in ihrem eigenen Körper unattraktiv nachdem sie in einer Modelzeitschrift blätterten. Negativ eingebettete Gefühle führen fortlaufend dazu, dass sich trotz gleich bleibender körperlicher Voraussetzungen ein vermehrt negatives, gestörtes Körperbild aufbaut.

Körperunzufriedenheit, ein negatives Körperbild sowie ein niedriges Selbstwertgefühl können in weiterer Folge ein Grund für all jene Verhaltensweisen sein, welche in direktem Zusammenhang mit den negativen Gedanken, Gefühlen und der gestörten

Körperwahrnehmung stehen. Im schlimmsten Fall führt dies zur Meidung von sozialen Situationen und Kontakten um sich keiner öffentlichen Schmach aussetzen zu müssen. Ein fortlaufend anhaltendes, negatives Körpergefühl bewirkt, dass sich die Gedanken nicht nur auf den eigenen Körper richten, sondern auch darauf, wie andere über ihn denken und ihn wahrnehmen. Wünsche und Bedürfnisse können oft nicht mehr ausgelebt werden aus Angst, sich in der Öffentlichkeit zu blamieren. Negative Körperwahrnehmung, Gedanken und Gefühle nehmen somit einen immer größeren Einfluss auf den Alltag. Auch Forster (2002, S. 31) spricht von einem immer stärker veränderten Lebensstil, welcher durch das negative Selbstbild geleitet wird.

2.3. Körperwahrnehmungsstörungen bei Essgestörten

In der Literatur besteht Einigkeit darüber, dass essgestörtes Verhalten in einem engen Zusammenhang mit gestörter Körperwahrnehmung steht.²⁴ Erstmals wurden Körperbildstörungen durch den französischen Arzt Laséque 1873 mit an Anorexie erkrankten PatientInnen in Zusammenhang gebracht. Die amerikanische Psychologin Hilde Bruch diskutierte diese Thematik in den 60er Jahren (vgl. Forster, 2002, S. 33). Sie fühlte sich vorrangig durch Schilders Dokumentationen und Überlegungen über die Konzepte des Körperschemas und Körperbilds beeinflusst. In ihren Beobachtungen kam sie jedoch zu dem Schluss, dass bei essgestörten PatientInnen auch das Gefühl des Besitzes und der Kontrolle im Körperkonzept eingeordnet sein müsse (vgl. Bruch, 1991, S. 116). In weiterer Folge spricht Bruch davon, dass ihre PatientInnen nicht „sehen“ und auch nicht „festhalten“ können wie dünn sie sind (vgl. Forster, 2002, S. 33). Körperwahrnehmungsstörungen seien charakterisiert durch „das Fehlen jeglicher Besorgnis über die Abmagerung, sogar, wenn sie schon sehr weit fortgeschritten ist“ (Bruch, 1962, S. 189; zit.n. Horn & Scholz, 2009, S. 117).

Bevor ich auf den Ansatz von Bruch noch näher eingehe (vgl. den Punkt 2.3.2.), möchte ich im Folgenden versuchen die Ausdrücke „gestörte Körperwahrnehmung“ oder „Körperwahrnehmungsstörungen“ genauer zu umreißen. Ich gehe dabei der Frage nach, wie diese Begriffe theoretisch gefasst werden können. Danach widme ich mich der Diskussion um Ansätze einer Charakterisierung und Beschreibung von „Körperwahrnehmungsstörungen“ bei essgestörten PatientInnen um zu zeigen, wie

²⁴ Trotz allem seien sie nicht nur für Essstörungen charakteristisch. Auch bei anderen psychische Krankheiten, hier allen voran Hypochondrie, Schizophrenie oder Körperdysmorphie Störungen, leiden die PatientInnen an einem negativen Körperbild (vgl. Absenger, 2005, S. 95).

differenziert über Störungen der Körperwahrnehmung in diesem Zusammenhang nachgedacht werden muss.

2.3.1. Zum Begriff „Körperwahrnehmungsstörungen“

Ebenso wie der Terminus „Körperwahrnehmung“, welcher in verschiedensten Wissenschaften zum Forschungsgegenstand geworden ist und dem in weiterer Folge diverse Begriffe zur Beschreibung des körperlichen Wohlbefindens zu- und untergeordnet wurden, wird auch der Fachausdruck „Körperwahrnehmungsstörungen“ sehr ungenau und uneinheitlich behandelt. Einige vertraten dabei die Meinung, dass die Körperschemastörung „eher ein Ausdruck der Krankheitsverleugnung“ sei und keiner perzeptiven Störung zugrunde liegen würde. Andere hingegen sehen die Körperwahrnehmungsstörung als ein „evolutionär sinnvolles Phänomen“: Eine Körperwahrnehmungsstörung „ermöglichte es Menschen, in Zeiten des Hungers ihre Not zu verleugnen, um in diesen extremen Notsituationen nicht durch eine zu realistische Wahrnehmung entmutigt und handlungsunfähig zu werden“ (Horn & Scholz, 2009, S. 118).

Trotz der zahlreichen verschiedenen Definitionen besteht bei einigen AutorInnen Einigkeit hinsichtlich der Unterteilung der Körperwahrnehmung in „Ungenauigkeit der Körpereinschätzung“ und „mangelnde Körperzufriedenheit“ (Forster, 2002, S. 34). Die Körperwahrnehmungsstörung umfasse, so Forster weiter, „Störungen perzeptueller, kinesthetischer, kognitiver, affektiver und verhaltensmäßiger Natur.“ Störungen, welche das körperliche Wohlbefinden eines Menschen negativ beeinflussen, können somit nicht mit einem einzigen, einheitlichen Begriff beschrieben und charakterisiert werden. ExpertInnen verfolgen deshalb das Ziel einer Begriffsaufspaltung. Es wurden Begriffsdefinitionen aufgestellt, die versuchen, körperbezogene Störungen auf den Ebenen Körperwahrnehmung, Körperschema und Körperbild zu beschreiben.²⁵

- *Körperwahrnehmungsstörung*: als Sammel- und Oberbegriff für folgende zwei Richtungen:
 1. Perzeptive Aspekte: Unfähigkeit, den Körpervolumen einzuschätzen
 2. Kognitiv-affektive Aspekte: falsche Annahmen oder extreme Ablehnung gegenüber dem eigenen Körper / mangelnde Körperzufriedenheit

²⁵ Die Begriffsdefinitionen der Körperschemastörung und der Körperbildstörungen ergeben sich aus der Zweiteilung der Körperwahrnehmungsstörung.

- *Körperschemastörungen*: wahrnehmungsbedingte Störungen, d.h. Größeneinschätzungsstörungen oder -ungenauigkeiten, bezogen auf einzelne Körperteile oder auf den gesamten Körper
- *Körperbildstörung*: affektiv-kognitiv bedingte Störungen, d.h. Unzufriedenheit, Ängste, Sorgen, Gedanken oder Bewertungen, bezogen auf den eigenen Körper oder einzelne Körperteile (vgl. Forster, 2002, S. 34).

Aus der oben angeführten Begriffsdefinition geht somit hervor, dass der Terminus „Körperwahrnehmungsstörung“ als zentraler Überbegriff zur Beschreibung von Störungen auf der gesamten körperlichen Ebene angesehen werden muss. Dieser Begriff beschreibt somit ausschließlich eine allgemeine Wahrnehmungsproblematik bei PatientInnen. Eine detaillierte Beschreibung ist erst durch die beiden abzuleitenden Begriffe „Körperschemastörungen“ und „Körperbildstörungen“ möglich. Trotz dieser Aufgliederung lässt sich in der Literatur kein einheitlicher Gebrauch dieser Fachtermini feststellen. Dies lässt vermuten, dass die Diskussion über eine international anerkannte Strukturierung und einheitliche Begriffsverwendung noch nicht abgeschlossen ist.

Einigkeit besteht allerdings darüber, dass Körperwahrnehmungsstörungen, wie sie im Folgenden speziell bei Essstörungen beschrieben werden, nicht immer in ihrer stärksten Form auftreten (müssen). ExpertInnen unterscheiden, je nachdem wie groß die Diskrepanz zwischen dem erlebten realen Körper und dem vorgestellten, gewünschten Körper ist, unterschiedliche Ausprägungsgrade und Formen von Körperschemastörungen (vgl. Absenger, 2005, S. 93):

- *Leichte Unzufriedenheit der Körperwahrnehmung*: Personen, welche an dieser Form leiden, sorgen sich um ihre Figur und um ihr Aussehen. Ihre Lebensqualität ist jedoch nicht davon beeinflusst.
- *Subklinische Körperstörung*: Personen leiden aufgrund ihrer Unzufriedenheit mit ihrem Körper unter Angstzuständen und Depressionen.
- *Klinische Körperstörung*: Die Betroffenen leiden an einer ausgeprägten depressiven Symptomatik, Essstörungen können sich entwickeln.
- *Body Dysmorphic Disorder*: Die Aufmerksamkeit wird völlig einem oder mehreren Körperteilen zugeschrieben, welche betroffene Personen nicht der Öffentlichkeit preisgeben können.

Körperwahrnehmungsstörungen können demzufolge verschieden stark ausgeprägt sein und in unterschiedlichsten Formen zum Ausdruck kommen. Dass eine Körperwahrnehmungsstörung, so wie sie schlussendlich bei essgestörten PatientInnen

auftritt, ihren Ursprung in einer weitaus geringen Dimension, nämlich in einer leichten Unzufriedenheit mit dem körperlichen Wohlbefinden, hat, ist unumstritten.

2.3.2. Kriterien und Charakteristik von Körperwahrnehmungsstörungen bei Essgestörten

Wie bereits angeführt, beschreiben Körperwahrnehmungsstörungen, Störungen auf der perzeptiven und kognitiv-affektiven Körperebene. Obwohl aus zahlreichen Studien hervorgeht, dass der Wunsch nach einer schlanken Figur und das Streben nach einem perfekten Äußeren beinahe in jeder Altersgruppe stark verbreitet ist, besteht zwischen essgestörten PatientInnen und nicht-klinischen Kontrollgruppen ein Unterschied.

Menschen, welche an einer stark ausgeprägten Essstörung leiden, unterscheiden sich von der nicht-klinischen Kontrollgruppe, vor allem hinsichtlich der Ausprägung negativer Körpergefühle, einer negativen Selbsteinschätzung und ihrer körperbezogenen Einstellung (vgl. Forster, 2002, S. 35).

Ich werde mich in weiterer Folge vorrangig auf die Untersuchungsergebnisse von Hilde Bruch stützen, welche im Verlauf ihrer Arbeit mit essgestörten PatientInnen sehr große Erfolge und Fortschritte hinsichtlich der Erforschung von Körperwahrnehmungsstörungen erzielt hat. Für einen ersten Überblick möchte ich jene drei Bereiche anführen, welche von Forster (2002, S. 35), in Anlehnung an Bruch aus den Wahrnehmung- und Denkstörungen von Essgestörten abgeleitet werden. Sie unterscheidet zwischen folgenden drei Störungen:

1. Störungen des Körperbildes und Körperkonzeptes (unrealistisches, geistiges Bild von dem eigenen Körper; verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers).
2. Störungen der Wahrnehmung und kognitiven Interpretation der interozeptiven Reize (vor allem Störungen des Hungererlebens).
3. Ein allumfassendes lähmendes Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, des eigenen Unvermögens (die Überzeugung hilflos und unfähig zu sein und nichts am eigenen Leben ändern zu können).

Im folgenden Teil sollen nun jene drei Bereiche, welche als charakteristisch für das körperliche Störungsbild bei essgestörten PatientInnen gelten, im Detail erörtert und angeführt werden.

2.3.2.1. Die Fehlwahrnehmung von Körperdimensionen

Diese Form der Körperwahrnehmungsstörung ist die bekannteste und tritt wohl am häufigsten bei essgestörten PatientInnen auf. Uneinigkeit besteht allerdings darüber,

ob diese Wahrnehmungsproblematik bei allen Essstörungen in gleichem Maße auftritt. In diesem Zusammenhang führt Forster (2002, S. 28) an, dass in Hinblick auf die Überschätzung von Körperdimensionen zwischen PatientInnen, welche an Anorexie leiden und einer nicht-klinischen Kontrollgruppe, die Ergebnisse stark variieren. Homogenere Ergebnisse wurden im Vergleich mit an Bulimie erkrankten Personen erzielt. So überschätzen PatientInnen mit Bulimie weitaus seltener ihre Körperdimensionen als Menschen, die an Anorexie leiden.

Etwas genauer beschreibt Bruch die Problematik der Wahrnehmungsstörung von Körpermaßen bei Essgestörten. Sie sei ihrer Ansicht nach – und an diesem Punkt unterscheidet sie sich von Forster – ein „kennzeichnendes Symptom der echten Anorexia nervosa“ (Bruch, 1991, S. 117). AnorektikerInnen seien nicht in der Lage, ihre Körperdimensionen richtig einzuschätzen. Sie verleugnen ihren zu schlanken Körper und bezeichnen sich selbst als „nicht zu dünn“, sondern als „gerade richtig“ (vgl. Bruch 1991, S. 117). „Ich kann nicht wirklich sehen, wie dünn ich bin. Ich schaue in den Spiegel und sehe es immer noch nicht. Ich weiß, daß [sic] ich dünn bin, weil ich bei mir nichts als Knochen spüre“ (Bruch, 1991, S. 118). Dies sind die Eindrücke einer 20-jährigen Frau, welche sich aufgrund ihrer Krankheit bereits in therapeutische Behandlung begeben hat. Nur selten könne sie sehen, wie dünn sie ist, aber sie könne es nicht festhalten. Immer wieder kehre diese tief deprimierte Stimmung zurück und im nächsten Moment fühle sie sich so, als ob sie 200 kg wiegen würde (vgl. Bruch, 1991, S. 118).

Jedoch sind Körperwahrnehmungsstörungen nicht nur ein Charakteristikum bei anorektischen PatientInnen. Auch adipöse Menschen leiden an einem gestörten Selbstbild, welches allerdings sehr unterschiedlich wahrgenommen werden kann. Bruch (1991, S. 120) führt diesbezüglich an, dass sich Menschen, welche erst im Erwachsenenalter fettsüchtig geworden sind, deutlicher und genauer in ihrem Spiegelbild wahrnehmen, als Menschen, welche bereits seit frühester Kindheit fettsüchtig sind. Ebenso wie AnorektikerInnen meiden auch fettleibige Menschen ihr Spiegelbild. Viel zu groß sind das Schamgefühl und die Angst. Mit welcher Angst vor allem adipöse Kinder leben, zeigt Bruch am Beispiel eines fettleibigen 14-jährigen Jungen, dessen größte Angst es war abzunehmen:

„Ich habe wirklich Angst vor Verletzungen. Mein Körper erscheint mir als dünne Hautschicht, die mit Gallerte gefüllt ist. Wenn man sich verletzt, kommt die Gallerte heraus. (...) Ich dachte, alles wäre nur hartgewordene Gallerte, alles würde einfach raufließen, und ich würde ganz leer werden. Ich hatte solche Angst vor dem Leersein [sic]. Deshalb habe ich mich so vollgestopft“ (Bruch, 1991, S. 120).

Wie bei diesem Jungen ist es oft das Leben „danach“, welches sie daran hindert abzunehmen. Eine aufrecht bleibende Körperwahrnehmungsstörung zeigt sich somit auch oft bei ehemals Adipösen unmittelbar nach dem Gewichtsverlust. Einst fettleibigen Menschen fällt es oft schwer sich selbst als schlank anzusehen. Zu stark sind die negativen Verhaltensweisen, das Schamgefühl und die Unzufriedenheit in ihren Köpfen verankert.

Eine verzerrte Körperwahrnehmung hinsichtlich der Körperproportionen ist die wohl anerkannteste Störung bei essgestörten PatientInnen, deren Heilung als Hauptproblem bei der therapeutischen Behandlung angesehen werden muss. Die Aufarbeitung dieser Körperwahrnehmungsstörung aber stellt die Voraussetzung für eine langfristige Heilung dar. Die medizinisch-therapeutische Betreuung macht es sich somit zur Hauptaufgabe, essgestörte PatientInnen mit ihrem Körperbild, beispielsweise durch Videoaufnahmen, zu konfrontieren. Nur durch eine wiederholte Gegenüberstellung könne eine Veränderung in der Körperwahrnehmung erzielt werden (vgl. Bruch, 1991, S. 118-119).

2.3.2.2. Gestörte Wahrnehmung von Körperfunktionen

Neben einer gestörten Körperwahrnehmung hinsichtlich der Fehleinschätzung von Körperdimensionen und der Verleugnung „nicht zu dünn“ zu sein, zählt auch die Störung bezüglich des Hungererlebens zu einem klaren Charakteristikum bei essgestörten und fettsüchtigen PatientInnen. Bruch beschreibt ihre Erfahrungen mit Essgestörten, die aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage sind, ihren Hungerzustand richtig zu deuten bzw. Essen mit ihrem körperlichen Erleben in eine realistische Verbindung zu setzen. Hinsichtlich der Nahrungsaufnahme sehen sie ihren Körper völlig getrennt von ihrem geistigen Wesen. AnorektikerInnen sprechen bereits nach einem kleinen Bissen von einem „Völlegefühl“. Bruch sieht dieses „Völlegefühl“ als „eine Projektion von Erinnerungen an früher erlebte Empfindungen“. Sie beschreibt in weiterer Folge die Gedanken einer 18-Jährigen, die sich bereits dann „voll“ fühlte, wenn sie anderen beim Essen zusah:

„mein Denken befaßt [sic] sich unablässig mit meinem Umfang, und ich hoffe immer, daß [sic] er geringer wird. Wenn ich essen muß [sic], kostet mich die Entscheidung darüber, was, wieviel und warum ich essen soll, zuviel geistige Energie. Jeden Tag wache ich in einem Gefängnis auf, bin sogar froh über die Einschränkung“ (Bruch, 1991, S. 122).

Diese Störung des Hungererlebens zeichnet sich bei manch anderen PatientInnen durch die Nachahmung in der Menge und Wahl der Speisen aus. Viele AnorektikerInnen sprechen darüber, dass sie andere Menschen beim Essen imitieren.

Welche beängstigenden Gedanken essgestörte Menschen haben, zeigen die Worte eines Mädchens, welches ihr Verhältnis zum Essen wie folgt beschreibt:

„Es ist die Vorstellung, daß [sic] feste Speisen, nachdem ich sie gegessen haben, in dem Zustand bleiben, wie sie vor dem Essen waren; daß [sic] sie ein Teil von mir werden und deshalb Macht über mich haben. (...) wie sehe ich aus, wenn ich esse? Ich fühle mich dann immer sofort voll – genauso wie wenn ich tatsächlich gegessen und nicht nur daran gedacht hätte. (...) Mehr als das Essen fürchte ich das irrationale Gefühl, daß [sic] die Nahrung irgendwie Macht über mich hat wie ein Mensch; es ist, als ob Nahrung mich dazu bringen könnte, sie zu essen“ (Bruch, 1991, S. 122-123).

Diese Gedanken eines essgestörten Mädchens verdeutlichen den Verlust jeglicher gesunden Beziehung zwischen Nahrung und körperlichem Wohlbefinden. Sie beschreibt den schrecklichen Gedanken an das Essen und das Gefühl, welches sie verspürt, sobald sie nur daran denkt. Essgestörte PatientInnen sehen sich in ständiger Konfrontation mit dem Essen, egal ob diese in der Gesellschaft oder alleine zu Hause ausleben. Ein anderes anorektisches Mädchen spricht davon, dass sie feste Nahrung meide, weil sie sie „schwach“ mache (vgl. Bruch, 1991, S. 122). Dieser Gedanke macht den Anschein, dass sie sich nur dann stark und selbstbewusst fühlt, wenn sie nichts isst. Jeder Bissen würde den Anschein machen, schwach und hilflos zu sein, wohingegen der Gedanke nichts zu essen ihr zusätzlich Kraft gibt und sie in ihrem Selbstbewusstsein stärkt. Ein anderes Gefühl der Stärke verspürt ein 17-jähriges Mädchen, die zu ihrem anorektischen Zustand anführt:

„Mein Körper konnte alles (...) Ich trennte meinen Geist von meinem Körper. Mein Geist war durchtrieben, mein Körper war ehrlich. (...) Ich fühlte mich wegen meines Körpers sehr stark; meine einzige Schwachstelle war mein Geist. (...) Ich weiß, daß [sic] mein Körper mit allem fertig wird“ (Bruch, 1991, S. 124).

Auch Forster (2002, S. 37) führt in diesem Zusammenhang an, dass sich Essgestörte oftmals „getrennt“ von ihrem eigenen Körper erleben. So komme es nicht selten zu einer „Abspaltung des Körpers vom psychischen Selbst“ (Stahr, 1999, S. 96).

Neben der oben angeführten Fehlwahrnehmung von Körpermaßen muss auch die Heilung dieser Körperwahrnehmungsstörung ein maßgebliches Ziel jeder therapeutischen und medizinischen Betreuung sein. Bruch (1991, S. 125) führt die Gedanken einer Patientin an, die angibt:

„Ich habe einen Spaziergang gemacht – nicht, um mich völlig zu erschöpfen oder zu beweisen: ‚Ich kann´s, sondern nur, um den strahlend blauen Himmel und die schönen gelben Blumen zu genießen. Ich glaube, ich habe das ohne dieses ‚doppelseitige‘ Denken gemacht.“

Dieses Zitat veranschaulicht sehr schön, dass diese Patientin nicht mehr dem Zwang der körperlichen Betätigung ausgeliefert ist und in weiterer Folge einen Spaziergang genießen kann, bei dem ihr Geist und Körper im Einklang stehen.

2.3.2.3. Verlust der Eigenkontrolle

Als einen weiteren Punkt der Wahrnehmungs- und Denkstörungen führt Bruch (1991, S. 137) die Hilflosigkeit und Passivität bei essgestörten PatientInnen an: „Essgestörte Menschen erleben sich oftmals als von außen gesteuert, ohne eigene Initiative und Selbstständigkeit, ohne eigene Persönlichkeit.“ Bruch stellt somit in den Gesprächen mit essgestörten PatientInnen fest, dass diese ihren eigenen Körper nicht als ihnen zugehörig bzw. als ihren eigenen betrachten. Sie selbst sehen sich in einer passiven und ineffektiven Rolle, sodass sie sich selbst jeglicher Verantwortung entziehen. „Sie äußern das Gefühl, keine Kontrolle über ihr Verhalten, ihre Bedürfnisse und Impulse zu haben, als ob ihr Körper unter dem Einfluß [sic] anderer stünde“ (Forster, 2002, S. 36). Adipösen PatientInnen werde oft eine mangelnde Willensstärke vorgeworfen. Dass eine mangelnde Willensstärke als Grundproblem angesehen werden kann, zeigen die Äußerung des englischen Schriftsteller Cyril Connolly, der anführte: „Eingeschlossen in jeden dicken Mann ist ein dünner, der unbändig zu verstehen gibt, daß [sic] er herausgelassen werden kann“ (Bruch, 1991, S. 134). Die Einsichten von Connolly geben Aufschluss darüber, dass adipöse Menschen ihren Körper als etwas wahrnehmen, was nicht zu ihnen gehört und worauf sie keinen Einfluss haben. Sie seien nicht in der Lage, an diesem Zustand etwas zu ändern und sich selbst mit diesem äußerlichen Erscheinungsbild zu identifizieren (vgl. Bruch, 1991, S. 134). Anorektische PatientInnen sprechen oft davon, dass nicht sie es seien, die im Besitz ihres Körpers sind, sondern ihre Eltern. Oft ist es der Drang zum Wunschbild, welcher Mädchen und Jungen in ein essgestörtes Verhalten treiben. „Ich habe immer versucht, das zu sein, wofür andere mich hielten“ (Bruch, 1991, S. 133). Essgestörte PatientInnen sehen sich selbst nicht unmittelbar an ihrer Krankheit beteiligt. Dies zeigen die Gedanken und Gefühle eines magersüchtigen Mädchens, die im Verlauf ihrer Behandlung angibt, dass sie die Krankheit immer als ein „von außen kommendes Ereignis“ betrachtet habe. Ihr selbst sei es nicht aufgefallen, dass es ihr Körper war, welcher diesen Leidensweg durchleben musste (vgl. Bruch, 1991, S. 135). Ähnliche Gedanken und Gefühle schreibt Bruch (1991, S. 136) bei einem 18-jährigen anorektischen Jungen, der am Höhepunkt seiner Krankheit nur 23 kg wog. Er sah sich als das Eigentum seiner Eltern an und war der Ansicht: „Alles, was ich bin und habe, kommt von ihnen.“

Auch bei dieser Fehlwahrnehmung, welche nach Ansicht zahlreicher ExpertInnen die wesentlichste Ursache für Körperwahrnehmungsstörungen darstelle, ist der therapeutische Ansatzpunkt von enormer Bedeutung. Essgestörte PatientInnen müssen von neuem lernen, ihren Körper als „zugehörig“ und „eigens“ zu betrachten. Als etwas, das nicht unter dem Einfluss anderer steht, sondern für dessen Wohlbefinden nur sie selbst verantwortlich sind. Von diesem Gefühl konnte auch jener 18-jährige, anorektische Junge sprechen, nachdem er sich einer Therapie unterzogen hatte. „Ich bin frei – ich besitze meinen Körper – (...). Wenn ich jetzt Gewicht verliere, macht es mich krank, weil ich etwas verliere, das mir gehört“ (Bruch, 1991, S. 136).

Die durch Bruch formulierten Wahrnehmungs- und Denkstörungen bei Essgestörten zeigen den Schweregrad und die Problematik von Essstörungen. Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperwahrnehmungsstörungen verantwortlich gemacht werden.

2.3.3. Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperwahrnehmungsstörungen

Wie aus der oben angeführten Charakteristik ersichtlich, ist die Problematik von Körperwahrnehmungsstörungen bei essgestörten PatientInnen sehr weitläufig. Auf Grund dessen können zahlreiche Faktoren als Ursache für die Entstehung von Essstörungen angesehen werden. Uneinigkeit besteht in der Literatur darüber, ob Körperwahrnehmungsstörungen als eine „sekundäre Folge des Hungerns (...) „kompensatorischer Mechanismus (...) prädisponierende, auslösender oder chronifizierender Faktor anzusehen wird“ (Forster, 2002, S. 37). Zweifelsohne gibt es viele Faktoren, welche als prädisponierende Bedingungen die Entstehung von Körperwahrnehmungsstörungen und in weiterer Folge die Aufrechterhaltung von Essstörungen begünstigen. Legenbauer und Vocks (2005, S. 33) führen prädisponierende Faktoren vor allem auf der individuellen und soziokulturellen Ebene an.²⁶ Ein weiterer, entwicklungspsychologischer Ansatz stammt von Bruch. Ihrer

²⁶ Es seien dies auf der soziokulturellen Ebene vor allem die Familie, Medien und Freunde, sowie die eigenen Vorstellungen über Figur und Gewicht. Auf der individuellen Ebene werden die sensorischen Informationen (Informationen über Form, Größe, Aussehen), Persönlichkeitsfaktoren (persönliche Einstellung zum Körper), körperliche Faktoren (familiäre Veranlagungen) und die individuelle Erfahrungen (Einflüsse von Freunden und Familie) als prädisponierende Bedingungen genannt (vgl. Lengenbaer & Vocks, 2005, S. 33).

Meinung nach sei die „Fehlentwicklung kognitiver Strukturen“ ein ausschlaggebender Grund für die Entstehung von Körperwahrnehmungsstörungen (vgl. Forster, 2002, S. 39). Ein niedriges Selbstwertgefühl sowie ein schwaches Kontrollbewusstsein, welche als Charakteristikum von Körperwahrnehmungsstörungen anzusehen seien, sind ihrer Ansicht nach auf eine gestörte „Mutter-Kind-Interaktion“ zurückzuführen. „Die Gesundheit oder Gestörtheit [sic] des Säuglings hängt davon ab wie angemessen und differenziert die Umwelt (meist die Mutter) auf ihn reagiert“ (Forster, 2002, S. 22). Diese Ansicht teilen, in Anlehnung an Selvini-Palazzoli (1995) auch Horn und Scholz die anführen: „Das spezifische Körpererleben entstünde durch die Gleichsetzung des eigenen Körpers mit dem einverleibten Objekt ‚Mutter‘, was besonders in der Phase der Pubertät konflikthaft erlebt werde“ (2009, S. 117). Nur wenn die Umwelt und allen voran die Mutter angemessen auf die Reize des Säuglings reagiert, kann der Grundstein für eine problemlose Entwicklung, eine positive Selbstwahrnehmung sowie ein selbständiger und eigenverantwortlicher Umgang mit dem eigenen Körper ermöglicht werden. Bei einer diskontinuierlichen, achtlosen oder überfürsorglichen Reaktion der Mutter sei es dem Kind nicht möglich, im Verlaufe seiner Entwicklung Empfindungen und Funktionen bezüglich seines Körpers bewusst und richtig wahrzunehmen (vgl. Forster, 2002, S. 22). Das Kind erlebt sich zunehmend „ohne eigene Persönlichkeit, das traurige Produkt, der Fehler ihrer Eltern“ (Bruch, 1991, S. 137). Eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung, bei der die Mutter dazu neigt, die elementaren Bedürfnisse ihrer Kinder zu lenken, und sie förmlich jeglicher Kontrolle und jeglichen Bewusstseins gegenüber ihrem eigenen Körper beraubt, sei somit oft als Ursache für die Entstehung von Essstörungen anzusehen (vgl. Forster, 2002, S. 23). Viele PatientInnen betonen, dass ihrer Eltern für ihr körperliches Erscheinungsbild und ihr Unbehagen verantwortlich seien. Dass sich das elterliche Verhalten im kindlichen Körperkonzept integriert und wieder findet, sowie in weiterer Folge einen maßgeblichen Einfluss auf die eigene Körperwahrnehmung haben kann, scheint somit außer Zweifel zu stehen.

Neben den prädisponierenden Faktoren, welche ein negatives Körperbild und in weiterer Folge die Entwicklung von Körperwahrnehmungsstörungen begünstigen, sind es vor allem auch die aufrechterhaltenden Faktoren, welche einen langwierigen Verlauf von Essstörungen begünstigen. Nach Angaben von Legenbauer und Vocks (2005, S. 34) handle es sich dabei um Faktoren, welche die negative Einstellung essgestörter PatientInnen gegenüber ihrem Körper, sowie deren verzerrte Körperwahrnehmung immer wieder bestätigen. Als mögliche Beispiele dafür werden „aktivierende Ereignisse“ sowie die „körperbildkonforme Informationsverarbeitung“ genannt. Negative Äußerungen von Freunden über die Figur, sowie die Wahrnehmung von

unangenehmen Blicken auf bestimmte Körperteile können die Aufrechterhaltung eines negativen Körperbildes und von Körperwahrnehmungsstörungen begünstigen.

2.4. Zwischenresümee

Der Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und einem essgestörten Verhalten ist unumstritten. Ebenso unumstritten ist, dass der Entwicklung von Körperwahrnehmungsstörungen Unzufriedenheit und Selbstzweifel vorausgehen. Diese Unzufriedenheit bezieht sich vorrangig auf die Vorstellungen, Ideen und Bewertungen des äußeren Erscheinungsbildes. Der Blick in den Spiegel wird für viele Menschen immer mehr zur Mutprobe. Zunehmend junge Menschen kommen zu der Erkenntnis, dass ihr Körperbild nicht dem Perfektionsideal entspricht. Diese anhaltende, negative Einsicht, sowie ein damit einhergehendes, labiles Selbstwertgefühl sind oft Auslöser für Diäten und Abmagerungskuren die nicht selten im Teufelskreis der Essstörungen ihr Ende finden. Eine wachsende Körperunzufriedenheit kann somit als ein auslösender, prädisponierender Faktor für die Entstehung von Körperwahrnehmungsstörungen und in weiterer Folge für die Entwicklung von Essstörungen angesehen werden. Soziokulturelle Faktoren, hier allen voran die Medien und ein krankhaftes Schönheitsideal, und individuelle Faktoren werden als Ursachen für eine anwachsende Körperunzufriedenheit genannt. Weitaus bedeutungsvoller und einflussreicher sieht Hilde Bruch aber die Rolle der Eltern, hier allen voran die der Mutter. Ein niedriges Selbstwertgefühl sei ihrer Ansicht nach auf eine gestörte „Mutter-Kind-Interaktion“ zurückzuführen. Eine überfürsorgliche Reaktion der Mutter, sowie ein achtloser Umgang können es dem Kind fortlaufend unmöglich machen ein positives Gefühl und ein angenehmes Empfinden gegenüber seinem Körper aufzubauen. Negative Einstellungen der Mutter gegenüber dem Körper des Kindes werden von diesem unweigerlich aufgenommen, wodurch sich ein unangenehmes und unbefriedigendes Bild festsetzt, welches über Jahre hinweg erhalten bleiben kann.

Die Körperzufriedenheit essgestörter Menschen äußert sich vorrangig in einer Fehlwahrnehmung ihrer Körperdimensionen. AnorektikerInnen und BulimikerInnen seien nach Angaben von Hilde Bruch nicht in der Lage, ihrer Körperproportionen richtig einzuschätzen (vgl. Bruch, 1991, S. 117). Diese ausgeprägte Körperwahrnehmungsstörung ist wohl die bekannteste und bei essgestörten PatientInnen am häufigsten verbreitet. Ebenso seien eine Fehlwahrnehmung von Körperfunktionen, sowie der Verlust der Eigenkontrolle über den eigenen Körper als

ausgeprägte Wahrnehmungsstörungen bei Essgestörten zu nennen. Um eine dauerhafte und lang anhaltende Besserung durch therapeutische Behandlungen zu erzielen, müssen alle individuellen Faktoren berücksichtigt und miteinbezogen werden. Eine Gewichtszunahme wird nach Angaben von Bruch nur als „vorübergehende Remission“ angesehen, wohingegen eine langwierige psychotherapeutische Behandlung, welche das innere Gefühl der Unvollkommenheit, sowie die gestörte familiäre Interaktion zum Thema haben soll, unabdingbar ist (vgl. Bruch, 1991, S. 365). Da vor allem junge Frauen, aber auch immer mehr junge Männer an einer wachsenden Körperunzufriedenheit leiden, soll nun im folgenden dritten Kapitel die Rolle und die Möglichkeit der Institution Schule im Bereich der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

3. Grundlagen von Gesundheitsförderung, Primärprävention und Empowerment in der Schule

In der vorliegenden Arbeit geht es zentral um die Frage, wie in der Institution Schule, im Besonderen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ Primärprävention von Essstörungen geleistet werden kann. Um diese Frage einer Beantwortung zuzuführen, wurde in Kapitel eins zunächst die Problematik von Essstörungen, deren Ursachen und Formen dargestellt. Nachdem im vorangegangenen Kapitel der Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen behandelt wurde – um später die Bedeutung von Körperübungen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ für die Prävention argumentieren zu können – soll nun noch grundsätzlich geklärt werden, wie in der Institution Schule Gesundheitsförderung geleistet werden kann. Bevor also im Kapitel vier speziell auf die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Primärprävention von Essstörungen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ eingegangen werden kann, muss zunächst geklärt werden, was *Gesundheit* überhaupt bedeutet bzw. wie sich Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule grundsätzlich gestalten kann. Dabei wird in diesem Kapitel auch auf einen speziellen Aspekt von Gesundheitsförderung eingegangen: auf das Konzept von Empowerment, welches das Ziel verfolgt Menschen in ihrer Autonomie, ihrer Selbstbestimmung und Eigenständigkeit zu bestärken. Im Hinblick auf Essstörungen scheint dies ein wichtiger Aspekt zu sein, weil es dabei zentral darum geht, den einzelnen Menschen als jemanden zu betrachten, der die Fähigkeit besitzt sich selbst ein lebenswertes, gesundes und sich selbst gegenüber wohlwollendes Leben zu bescheren.

Bevor ich mich im Folgenden der Gesundheitsförderung in einem allgemeinen Sinn und besonders in der Institution Schule widme, gebe ich zunächst im ersten Teil des dritten Kapitels einen Ein- und Überblick über den großen Begriff „Gesundheit“. Zum einen gilt es, die Komplexität sowie die unterschiedlichen Ansichtspunkte im Gebrauch und in der Verwendung des Begriffs „Gesundheit“ aufzuzeigen. Zusätzlich zu diesem übergeordneten Begriff zur Beschreibung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens des Menschen, finden sich in der Literatur immer öfter untergeordnete Termini, wie zum Beispiel „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“. Diese sollen von anderen Begriffen, wie „Gesundheitserziehung“ oder „Gesundheitsaufklärung“, abgegrenzt werden.

Ich möchte mich demzufolge im zweiten Teil des dritten Kapitels mit der Thematik der Gesundheitsförderung in der Institution Schule befassen. Es soll in weiterer Folge die Mehrdimensionalität der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden. Die Handlungsbereiche schulischer Gesundheitsförderung werden vorrangig der curricularen, sozialen, ökologischen und kommunalen Dimension zugeschrieben. Es wird dabei deutlich, dass sich das Thema *Gesundheitsförderung* nicht nur auf das Klassenzimmer und den alltäglichen Unterricht beschränken kann. Gesundheitsförderung im Setting Schule geht weit über den Klassenraum und den Unterricht hinaus und bedarf, wie sich in weiterer Folge zeigen wird, eine intensiven Zusammenarbeit aller Beteiligten. Schließlich stelle ich die unterschiedlichsten Ansichten über die Ansatzmöglichkeiten schulischer Gesundheitsförderung vor und widme mich vor allem dem wohl bekanntesten Konzept, dem „*Life- Skills*“-Ansatz von Botvin aus den 90er Jahren.

Im letzten Teil des dritten Kapitels widme ich mich dem Konzept „Empowerment“, einem, meiner Ansicht nach, doch sehr komplexen, aber entscheidenden Thema in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung in der Institution Schule. Der Begriff „Empowerment“ stammt aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum und kann mit „Ermächtigung“ übersetzt werden. Das Empowerment-Konzept verfolgt das Ziel, Menschen, die sich in ihrer Lebenssituation hilflos und fremd fühlen, zur Selbstbestimmung zu befähigen, indem sie wieder den Glauben an sich selbst und an ihre individuellen Stärken und Kompetenzen zurückerlangen. Empowerment ist aber keineswegs ein Konzept, welches sich nur auf individueller Ebene abspielen kann. Vielmehr differenziert Herriger (2009) zwischen einer individuellen Handlungsebene von Empowerment, einer Handlungsebene in Bezug auf Gruppen und einer in struktureller Hinsicht. Dieses Konzept stelle ich am Ende dieses Kapitels deshalb vor, weil es als geeignet erscheint, die Möglichkeiten auszuloten, die die Institution Schule in Bezug auf die Förderung von Selbstbestimmung hat. Als ein Schlüssel zu einem gesunden Leben mit Verantwortung für das eigene Wohlbefinden kann Selbstbestimmung und die Einsicht in eigene Stärken und Möglichkeiten durchaus auch für die Gesundheitsförderung in der Schule ein bedeutender Aspekt sein.

3.1. Differenzierung gesundheitsrelevanter Begriffe

Im Verlauf der vergangenen Jahre sind neben dem Begriff „Gesundheit“ zunehmend andere Termini in den Mittelpunkt getreten, welche mit den Begriffen „Wohlbefinden“, „Körper“ und „Krankheit“ assoziiert werden. So werden die Begriffe

„Gesundheitserziehung“, „Gesundheitsberatung“, „Gesundheitsbildung“, „Gesundheitsaufklärung“, „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ nicht selten parallel verwendet. Hurrelmann, Laaser und Wolters (1993, S. 176) formulieren die Zusammenhörigkeit dieser Begriffe wie folgt:

„Der gemeinsame Nenner dabei ist das Verständnis, hiermit Aktivitäten von Personen und Institutionen zu bezeichnen, die auf die Verhütung von Krankheit und die Förderung von Gesundheit gerichtet sind. Durch die direkte und indirekte Einwirkung auf den Ebenen des Wissens, der Motivation, der Einstellung und der Lebensbedingungen, soll das gesundheitsrelevante Verhalten positiv verändert werden.“

In der von Hurrelmann et al. ausgeführten Perspektive von „Gesundheit“ rücken vor allem die Begriffe „Förderung“, „Einstellung“ und „Verhalten“ in den Vordergrund. Welche Maßnahmen und Modelle zu einer Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens führen, wird zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert. Zunächst sollen nun die oben angeführten gesundheitsrelevanten Benennungen definiert, erklärt und in ihrer Bedeutung voneinander abgegrenzt werden.

3.1.1. Gesundheit

Aufgrund der unterschiedlichen Sichtweisen und Vorstellung davon, was Gesundheit ausmacht, konnte sich bis zum heutigen Zeitpunkt keine geschlossene Definition durchsetzen. Die wohl am meisten verbreitete Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1946 formuliert: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Weiglhofer, 2000, S. 19). Die WHO spricht von einem positiven Zielzustand und vernachlässigt jeglichen prozesshaften Charakter von Gesundheit. Sie betont in weiterer Folge den Terminus „Wohlbefinden“, wodurch vor allem das subjektive Befinden, die individuellen und persönlichen Kriterien an Bedeutung gewinnen und zugleich die objektive Sichtweise eingeschränkt wird. Aus diesem Grund wurde diese Definition von vielen Seiten auch sehr kritisch bewertet (vgl. Klein-Heßling, 2006, S. 15).

Eine in Anlehnung an die WHO formulierte, aber entscheidend modifizierte Definition stammt von Kolip, Hurrelmann und Schnabel (1995, S. 7), die den Begriff „Gesundheit“ viel mehr als „mehrdimensionales Konzept“ betrachten und betonen:

„Gesundheit wird vielmehr als Gleichgewicht verstanden, als der Zustand des objektiven und des subjektiven Befindens einer Person, der dann gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen

und auch in Einklang mit den gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“²⁷

Gesundheit sei ihrer Ansicht nach ein „(...) Balancezustand, der zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muß [sic].“

Die erweiterte Definition von Kolip et al. betont im Gegensatz zur Definition der WHO aus dem Jahr 1946 die Entwicklung und den prozesshaften Background von Gesundheit, die nur durch das Zusammenspiel von subjektivem Erleben und objektiven Befund erreicht werden kann (vgl. Klein-Heßling, 2006, S. 15).

Es wird somit deutlich, dass Gesundheit als ein breit gefächertes Konzept anzusehen²⁸ ist. „Gesundheit“ scheint also ein Begriff zu sein, welcher sich nur sehr schwer standardisieren lässt, jedoch für den Menschen von besondere Bedeutung ist.

3.1.2. Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung

Laut Weiglhofer (2000, S. 24) soll die Gesundheitsbildung „Lernprozesse möglich machen, die einen persönlichen Zugang zu einem je eigenen Gesundheitsbewusstsein gestatten und die Erprobung von Handlungsschritten für gesundheitsfördernde Lebensweisen fördern.“ Die Gesundheitserziehung, so ist Weiglhofer (2000, S. 25) in weiter Folge der Ansicht, bezeichnet „die Vermittlung von Wissen, Werten und Entscheidungshilfen, zur Entwicklung und Erhöhung individueller Verhaltensautonomie.“ Während sich das Konzept der Prävention vorrangig an der Krankheit orientiert und im wesentlichen Vorgänge beschreibt, welche auf medizinischem und therapeutischem Terrain durchgeführt werden, orientieren sich die beiden Begriffe „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“ an der Gesundheit und an gesundheitsbewussten Handlungsformen des Menschen.

Beide Begriffe, so lässt sich aus deren Definitionen vermuten, finden vor allem in jenen öffentlichen Einrichtungen Gebrauch, deren Hauptaufgabe im Erziehungs- und Bildungsbereich liegt. Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung zielen darauf ab, „über Wissensvermittlung und pädagogische Kontakte Einstellungen, Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, die der Selbstentfaltung dienen und das gesundheitsbewusste Verhalten eines Menschen fördern“ (Hurrelmann et al. 1993, S. 176).

²⁷ Diese mehrdimensionale Sichtweise ähnelt dem Konzept von Engel (1977), der dem Begriff „Gesundheit“ schon zur damaligen Zeit eine bio-psychologische Bedeutung zugrunde legte (vgl. Hascher et al. 2001, S. 6).

3.1.3. Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung

Während Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung vor allem auf die Entwicklung und Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens durch Wissensvermittlung ausgerichtet sind, liegt die Zielsetzung der Gesundheitsaufklärung in der Informationsweitergabe durch Medien.²⁸ Gesundheitsberatung wiederum setzt demgegenüber ausschließlich auf personale Gespräche um über gesundheitsrelevante Fragen zu informieren. Hurrelmann et al. (1993, S. 176) sprechen bei Gesundheitsberatung von „allen Aktivitäten im öffentlichen Raum, die sich an Einzelpersonen oder an ein breites Publikum mit dem Ziel richten, über Informationsvermittlung und Entscheidungshilfe Einstellungen zu verändern und Verhaltensweisen zu beeinflussen.“

3.1.4. Prävention

„Prävention zielt darauf, eine Krankheit in den Griff zu bekommen oder besser, die Krankheit an ihrem Ausbruch zu hindern“ (Hascher et al., 2001, S. 20).²⁹ Hascher et al. verweisen in weiterer Folge auf Conrad und Schmidt (1990), welche die drei Stufen der Prävention wie folgt beschreiben:

- *Primärprävention*: Verhinderung des Auftretens einer Krankheit oder Störung
- *Sekundärprävention*: Früherfassung und geeignete Behandlung greifen in den Entstehungsprozess einer Krankheit ein
- *Tertiärprävention*: Verhinderung von Rückfällen und Chronifizierung bei Erkrankten

Weiglhofer (2000, S. 27) betont bei der Eingliederung der Prävention neben einer dreiteiligen Konkretisierung auch die Notwendigkeit einer Einteilung in spezifische und unspezifische Präventionsansätze. Der spezifische Präventionsansatz zielt seiner Meinung nach darauf ab, einzelnen und konkretisierten Erkrankungen vorzubeugen, wohingegen der unspezifische Präventionsansatz darauf bedacht ist, das generelle Erkrankungsrisiko einzudämmen und in weiterer Folge die allgemeinen Lebensbedingungen zu verbessern.

²⁸ Gesundheitsaufklärung ist deshalb auch durch eine fehlende Rückkoppelung und Interaktion zwischen dem Informationssender und -empfänger gekennzeichnet. Dies zeichnet sich dadurch aus, dass der Informationssender die Art und Weise der Informationsaufnahme und -verarbeitung auf Seiten des Empfängers nicht beeinflussen oder nachprüfen kann (vgl. Weiglhofer, 2000, S. 27).

²⁹ Zapotoczky und Mechtler (1995, S. 7) beschreiben die Prävention als „die Gesamtheit der Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten.“

Im schulischen Setting wird vor allem die Primärprävention von Bedeutung sein. Es sollte somit die Frage gestellt werden, welche Möglichkeiten und Handlungsbereiche es in der Institution Schule gibt, um das Auftreten von spezifischen Krankheiten oder psychischen Störungen im Kindes- und Jungendalter einzudämmen bzw. völlig zu verhindern. Neben der Primärprävention wird jedoch auch vorrangig die Bedeutung der Gesundheitsförderung in der Institution Schule thematisiert. Bevor im zweiten Teil dieses Kapitels genauer auf die Möglichkeiten von Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Schule eingegangen wird, soll deshalb zunächst noch der Begriff „Gesundheitsförderung“ genauer betrachtet werden.

3.1.5. Gesundheitsförderung

Der von der WHO in der Ottawa-Charta formulierte Begriff „Gesundheitsförderung“ meint einen Prozess, „der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen soll.“³⁰ Von der WHO wurde somit festgehalten, dass

„Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen ist und nicht als vorrangiges Lebensziel, das es zu einem späteren Zeitpunkt im Leben zu erreichen gilt. (...) Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern in allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden“ (1986; zit.n. Hascher et al. 2001, S. 19).

Hurrelmann et al. (1993, S. 177) sehen die Bedeutung und den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung darin, dass sie „(...) eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt erreichen will und zugleich jedem einzelnen Menschen die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln hat, um seine persönliche Gesundheit zu verbessern.“ Anders formuliert: es soll jedem einzelnen Individuum die Möglichkeit geboten werden, eine Sensibilität gegenüber der Umwelt und seiner Lebensweise zu entwickeln. Individuelle Fähigkeiten und Kenntnisse sollen so gestärkt und gefördert werden, dass sich diese positiv auf den körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheitszustand des Menschen auswirken.

Darüber hinaus stellt sich allerdings die Frage, auf welchen Ebenen die Gesundheitsförderung verankert werden soll? Im Zuge dessen wurde von der WHO ein Mehrebenenansatz der Gesundheitsförderung formuliert, welcher nun im Überblick

³⁰ Dieser von der WHO formulierten Definition von Gesundheitsförderung liegen die Vorstellungen von Empowerment zugrunde. Welche Bedeutung diesem Begriff, vor allem in der Institution Schule zukommt, soll in späterer Folge geklärt werden.

angeführt werden soll. Barkholz, Israel, Paulus und Posse (1998, S. 31) fassen die fünf Bereiche, auf welche sich Gesundheitsförderung beziehen kann, wie folgt zusammen:

1. *Individuum*: Stärkung persönlicher Kompetenzen und gesunde Lebensweise ermöglichen
2. *Personengruppe*: Unterstützung von Gemeinschaftsaktionen
3. *Organisation* und *Institution*: Neuorientierung der Gesundheitsdienste
4. *Lebenswelt* und *Umwelt*: Schaffung gesundheitsförderliche Lebenswelten
5. *Gesellschaft* und *Politik*: Anstreben einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik

Dieser Mehrebenenansatz verdeutlicht die Komplexität der Gesundheitsförderung. Es sollen auf allen Ebenen Maßnahmen und Programme entwickelt werden, welche weitgehend eine Veränderung des Verhaltens von Individuen zum Ziel haben. Hurrelmann und Nordlohne (1993, S. 103) sprechen in diesem Zusammenhang auch von einer sogenannten „Verhaltensebene“ die beispielsweise eine Steigerung des Selbstwertgefühls sowie die Erweiterung der sozialen Kompetenzen verfolgt. Ebenso kann aber auch eine Verbesserung der Umweltbedingungen vordergründig sein. Der Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung lege dann auf den Lebensbedingungen der Individuen und somit auf der „Verhältnisebene“.

Die Gesundheitsförderung ist in der heutigen Zeit keineswegs nur mehr Thema und Aufgabe der Krankenhäuser, Ärzte und anderer medizinischer Einrichtungen. Eine bedeutsame Rolle soll sie zudem nicht nur in der Familie, sondern auch in den öffentlichen Bildungsinstitutionen, wie Schulen und Kindergärten, zugesprochen bekommen. Die Verbesserung der Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen ist dort in der heutigen Zeit zu einem zentralen Thema geworden. Immer öfter wird sich in der Literatur die Frage gestellt, welche Interventionsmöglichkeiten es im Setting Schule gibt um Kinder und Jugendliche zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu bewegen um in weiterer Folge den Ausbruch von Krankheiten und psychischen Störungen zu verhindern. Der Institution Schule wird in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle zugeschrieben, da sie lange Zeit den Bildungs- und Lebensraum im Kindes- und Jungendalter darstellt. Sie scheint nach Angaben von Leppin (1995, S. 235) ein „optimaler Träger von gesundheitsfördernden Maßnahmen“ zu sein. Deshalb soll nun im folgenden Abschnitt dem Thema *Gesundheitsförderung* im schulischen Alltag besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3.2. Gesundheitsförderung als zentrales Thema in der Schule

3.2.1. Die Dimensionen schulischer Gesundheitsförderung

Die schulische Gesundheitsförderung hat nach Angaben von Barkholz et al. (1998, S. 244) das Anliegen, „eine Veränderung des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel anzuregen, die Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderwärtig tätigen Personengruppen zu fördern.“ Dieser „Setting-Ansatz“ umfasst die Erkenntnis, dass „ein Gesundheitsproblem einer Bevölkerung(-sgruppe) das Resultat von wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und einem persönlichen Verhalten (darin) ist“ (Hascher et al. 2001, S. 23). In Anbetracht dieses Ansatzes müssen im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung verschiedene Dimensionen berücksichtigt werden. Hurrelmann und Nordlohne (1993, S. 106) unterscheiden zwischen der *curricularen*, *sozialen*, *ökologischen* und *kommunalen Dimension*.³¹

Die *curriculare Dimension* der schulischen Gesundheitsförderung zielt auf Maßnahmen, Modelle und Konzepte, welche die Verhaltensdispositionen der SchülerInnen ansprechen. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung im Rahmen des Unterrichts sei es somit, „(...) an die subjektiven Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie von Selbstbild und Lebensstil anzuknüpfen, die Kinder und Jugendliche haben“ (Hurrelmann & Nordlohne, 1993, S. 107) Die Förderung der personalen und individuellen Kompetenzen im Rahmen des Unterrichts, dessen Inhalten und Vermittlungsformen stehen somit im Mittelpunkt. Es sei jedoch auch angeführt, dass die oft angewendete „Zeigefingerpädagogik“ und „Abschreckungsdidaktik“ nur selten von Nutzen ist und in weiterer Folge sichtbare sowie positive Erfolge im Bereich der gesundheitsrelevanten Einstellung oft ausbleiben (vgl. Hascher et al. 2001, S. 23).

In der *sozialen Dimension* liegen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung in jenen Bereichen, welche den psychosozialen Anforderungen an die SchülerInnen und LehrerInnen entgegenwirken. Hascher et al. (2001, S. 23) sprechen von Maßnahmen, „(...) die nicht in erster Linie die Leistungsfähigkeit, sondern vor allem ihre persönliche und – bei den Lehrer/innen – die beruflich-professionelle Identifikation steigern.“ In

³¹ Barkholz et al. (1998, S. 245) unterscheiden hingegen zwischen der *Fort- und Weiterbildungsdimension*, der *Organisationsdimension*, der *Akzeptanzdimension* und der *Konzeptdimension*.

erster Linie seien dabei die intra- und interspezifische Kommunikation, die kollegiale Kooperation und Teamarbeit zwischen Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen zu erwähnen.³²

Den zentralen Ansatzpunkt der *ökologischen Dimension* der schulischen Gesundheitsförderung bildet die Tatsache, dass die Institution Schule heute zu den wichtigsten Aufenthaltsbereichen im Kindes- und Jugendalter zählt und dadurch die Aufgabe hat, einen „angenehmen und potentiell erfahrungsreichen sozialen und ökologischen Lebensraum darzustellen.“³³ Dieses „ökologische Setting“ soll den SchülerInnen in allen Situationen die Möglichkeit bieten, „sich nicht nur intellektuell, sondern auch körperlich, motorisch und emotional, d.h. in allen Sinnesbereichen zu entfalten“ (Hascher et al. 2001, S. 24).³⁴

Die *kommunale Dimension oder Gemeindedimension* betont schlussendlich die Kooperation der Institution Schule mit anderen öffentlichen Einrichtungen. So sei es nach Ansicht von Hascher et al. (2001, S. 24) von Bedeutung, dass andere Ressourcen außerhalb der Schule von SchülerInnen und LehrerInnen positiv genützt und in den alltäglichen Schulrhythmus miteinbezogen werden.

In Anbetracht dieses Setting-Ansatzes zeigt sich, dass nur die Vermittlung von Wissen und die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen, wie beispielsweise Stress, Sucht, Bewegungsmangel, etc., im Unterricht nicht ausreicht um die SchülerInnen zu einem gesundheitsorientierten Verhalten zu bewegen. Eine erfolgreiche schulische Gesundheitsförderung geht somit weit über den Klassenraum hinaus und bedarf einer intensiven Zusammenarbeit und Kooperation aller Beteiligten.

3.2.2. Ansätze schulischer Gesundheitsförderung

Der Institution Schule wird schon seit geraumer Zeit eine große Rolle zugeschrieben, wenn es darum geht, die Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen zu

³² Nach Angaben von Leppin (1995, S. 246) sind im Zusammenhang mit der sozialen Dimension auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung für LehrerInnen zu erwähnen. Fortbildungs- und Supervisionsmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung seien in der heutigen Zeit unerlässlich.

³³ Zur ökologischen Dimension der schulischen Gesundheitsförderung zählen beispielsweise gute Arbeitsbedingungen, sichere Schulwege, gesundheitsbewusste Ernährung, gute Hygienebedingungen sowie rhythmische Tagesabläufe (Hascher et al., 2001, S. 24).

³⁴ Den oben erwähnten ökologischen Maßnahmen im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung sei nach Angaben von Leppin (1995, S. 247), im Vergleich zu den sozialen und curricularen Maßnahmen, in den vergangenen Jahren deutlich weniger Beachtung geschenkt worden. Diese Dimension stelle ihrer Ansicht nach jedoch die „hardware“ schulischer Gesundheitsförderung dar, auf welcher die „software“ (d.h. soziale und curriculare Maßnahmen) erst wirksam werden kann.

verbessern. Im Folgenden sollen nun gesundheitsfördernde Maßnahmen und Möglichkeiten diskutiert werden.

Nach Angaben von Leppin (1995, S. 238f.) kann sich

„schulische Gesundheitsförderung (...) nicht auf bestimmte Themen beschränken, die während des Unterrichts behandelt werden, sondern muß [sic] sich auf das gesamte Prinzip beziehen, auf dem Unterricht basiert und aufgebaut ist, und darf dabei nicht nur die kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ansprechen, sondern gleichsam auch die emotionale und soziale Erfahrungswelt.“

Leppin (1995, S. 237) verdeutlicht dabei noch einmal die Komplexität der schulischen Gesundheitsförderung, indem sie betont, dass Gesundheitsförderung nicht nur vereinzelt im Unterricht thematisiert werden soll.³⁵ Dieser *wissensorientierte Ansatz* sei, so sind sich ExpertInnen einig, wenig erfolgsversprechend, da das Wissen alleine über gesunde und ungesunde Verhaltensweisen kaum zu langfristigen Veränderungen führt. Neben dem *Konzept der affektiven Erziehung* aus den 70er Jahren, dem *Ansatz der sozialen Immunisierung* sowie dem *Modell der alternativen Erlebnisformen* ist der *Life-skills-approach* von Botvin die wohl erfolgsversprechendste Methode der schulischen Gesundheitsförderung. Dieser umfangreiche Ansatz aus den 90er Jahren verfolgt das Ziel, die allgemeinen Lebens- und Bewältigungskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Gesundheitsförderung könne somit nicht nur Gegenstand einzelner Themengebiete im Unterricht sein. Vielmehr sollte sie in die Entwicklungs- und Persönlichkeitsförderung von Kindern und Jugendlichen einfließen. Nach Angaben von Jerusalem (2006, S. 48)

„ist es nicht nur wichtig, Gesundheitsrisiken aufzuzeigen und gesundheitsprotektives Verhalten zu fördern, sondern es bedarf einer *generalpräventiven* Vorgehensweise durch *Persönlichkeitsstärkung* und Aufbau von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in verschiedenen Lebensbereichen, (...)“

Schulische Gesundheitsförderung sollte Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit bieten, all jene individuellen Ressourcen und Lebenskompetenzen zu fördern, die zu einem persönlichen Wohlbefinden beitragen können. Hier seien vorrangig die kognitiven Ressourcen (z.B. Wissen, Problemlösefertigkeiten, Selbstwahrnehmung), motorische-sensorische Ressourcen (z.B. Bewegungsfertigkeit, Entspannungsfähigkeit), soziale Ressourcen (z.B. Kommunikationsfähigkeit, Selbstbehauptung), emotionale Ressourcen (z.B. Umgang mit Gefühlen) und die Fähigkeit zur Selbstregulation zu erwähnen (vgl. Jerusalem, 2006, S. 48).

³⁵ Gesundheitsförderung ist weitestgehend in bestimmten Themen (HIV, Drogen, Ernährung, etc.) verankert mit dem Ziel, SchülerInnen über Risiken zu informieren. Wohingegen Themen wie „Wohlfühlen“, „Lebenszufriedenheit“, „Entspannung“, etc. im Unterricht kaum behandelt werden (Leppin, 1995, S. 237).

Dieser „*Life-skills*“- Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung verfolgt somit das Ziel die Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen in allen Lebensbereichen zu fördern und weiterzuentwickeln. Vor allem Jugendliche stehen immer stärker unter dem Einfluss soziokultureller Bedingungen und sind zunehmend einem enormen Leistungs-, Gesellschafts- und Gruppendruck ausgesetzt. Die Stärkung der individuellen Kompetenzen, hier allen voran Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Stressbewältigung, Entscheidungsfähigkeit etc. soll als das übergeordnete Ziel dieses Ansatzes angesehen werden.

Die Handlungsperspektiven sowie die Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung sollten somit neben der Vertretung gesundheitsbezogener Interessen vor allem, und dies stellt weitestgehend den Schlüssel zur schulischen Gesundheitsförderung dar, darauf abzielen, Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu bieten, ihr größtmögliches Gesundheitspotential ausschöpfen und realisieren zu können und sie in weiterer Folge zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu befähigen (vgl. Hascher et al., 2001, S. 25) Im folgenden Kapitel möchte ich mich mit der „Empowerment-Strategie“ beschäftigen welche derzeit im Fokus der Gesundheitsförderung steht und sehr große Parallelen mit dem „*Life-skills*“- Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung aufweist.

3.3. Empowerment – ein zentrales Konzept der Gesundheitsförderung

3.3.1. Definition und Ursprung von Empowerment

Stichworte wie „die Menschen stärken“, „Ressourcen fördern“, „personale Kompetenzen weiterentwickeln“ eröffnen den Blickwinkel auf ein Konzept, welches in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat: *Das Empowerment-Konzept*.

Nach Angaben von Theunissen und Plaute (1995, S. 11) stammt der Begriff „Empowerment“ aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum und kann mit „Ermächtigung“ übersetzt werden. Es handelt sich dabei um ein Konzept, welches sich aus der Selbstinitiative, aus Projekten und Protestaktionen von sozial benachteiligten Menschen entwickelte. Theunissen und Plaute (1995) beschreiben den politischen Hintergrund von Empowerment und fassen das Ziel vieler emanzipatorischer Bewegungen der Vergangenheit wie folgt zusammen:

„Selbstbemächtigung (Empowerment) war ihr Ziel, die Überwindung sozialer Ungerechtigkeiten, Benachteiligung und Ungleichheiten durch die (politische) Durchsetzung einer größtmöglichen Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände“ (Theunissen & Plaute, 1995, S. 11).

Es bedarf einer umfangreichen Definition um zu klären, was „Empowerment“ bedeutet und wofür dieser Begriff steht. Oft fungiert „Empowerment“ als theoretische Annahme und Leitidee, in anderen Fällen hingegen wird damit ein Prozess, Programm, Konzept oder Ansatz definiert, welcher auf die „Gewinnung oder Wiedergewinnung von Stärke, Energie und Fantasie zur Gestaltung eigener Lebensverhältnisse“ abzielt (Lenz, 2002, S. 12; zit.n. Theunissen, 2007, S. 23).

Theunissen (2007, S. 23ff.) beschreibt, in Anlehnung an Herriger (2006, S. 14ff.), für die Verständigung des Begriffs „Empowerment“ vier zentrale Zugänge, welche ich im Folgenden in gekürzter Form anführen möchte:

1. Der Begriff „Empowerment“ stehe zum Einen für die *Selbstverfügungsstärke* einzelner Personen, für individuelle Stärke und Kompetenzen, welche es einem ermöglichen, Situationen auch in schwierigen Zeiten aus eigener Kraft zu bewältigen: „Ein Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung, der sich seiner Schwächen (...) bewusst ist und damit souverän umzugehen weiß (...), wäre demnach eine ‚empowered person‘ (Theunissen, 2007, S. 24).
2. Empowerment wird aber auch als *politisch ausgerichtete Macht* und *Durchsetzungskraft* verstanden und stehe somit für „politische Bewusstwerdungsprozesse, politische Aktionen und Erfahrungen von unterdrückten Gruppen (...)“ (Theunissen, 2007, S. 24).
3. Weiters wird Empowerment im *reflexiven Sinne* als ein Prozess verstanden. Nach Angaben von Herriger (2006, S. 16; zit.n. Theunissen, 2007, S. 24) sei damit die „Selbstaneignung von Lebenskräften“ gemeint, welche Personen dazu in die Lage versetze, selbstbestimmt und eigenständig für die Gestaltung und Bewältigung ihres Lebens verantwortlich zu sein.
4. Zu guter Letzt findet der Begriff „Empowerment“ auch *im transitiven Sinn* Verwendung. Dieser Ansatz zielt vor allem auf Gruppen und Dienstleistungen ab, die dazu in die Lage versetzt werden sollen, Probleme und Angelegenheiten aus eigener Kraft zu lösen und sich in weiterer Folge gegenüber anderen zu behaupten (vgl. Theunissen, 2007, S. 25).

Diese vier Ansätze und Zugänge zum Begriff „Empowerment“ verdeutlichen dessen Komplexität. Es steht jedoch außer Frage, dass alle vier Ansätze in einem unmittelbaren Zusammenhang und in Beziehung zueinander stehen.

Überschneidungen und Denkanstöße zwischen den vier Ansätzen erlauben es in weiterer Folge Empowerment in zwei übergeordneten Aspekten zusammenzufassen: Zum Einen stehe Empowerment „für einen Prozeß [sic], in dem Betroffene ihr Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeit bewußt [sic] werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen.“ (Theunissen & Plaute, 1995, S. 12). Theunissen (2007, S. 26) spricht auch von einem „Prozess der Selbstaneignung von (politischer) Macht, Kompetenzen und Gestaltungskraft.“ Im Fokus dabei steht die Selbstbemächtigung und Stärkung von Lebenskompetenzen durch die Betroffenen selbst. Empowerment wird somit als Leitbegriff für einen Prozess verstanden, der Menschen in schwierigen und aussichtslosen Situationen dazu führt ihr Leben selbstbestimmend zu bewältigen und zu gestalten.

Zum anderen, so fasst Stark zusammen (1996, S. 118; zit.n. Theunissen, 2007, S. 26), stehe Empowerment „im Fokus professioneller Bemühungen.“ Dieser Aspekt von Empowerment betont vorrangig die Förderung und Stärkung von Selbstbestimmung durch andere, zusätzliche Personen. Demzufolge wird auf die Bedingungen, Möglichkeiten und Hilfen hingewiesen, die notwendig sind um die Lebenskompetenzen betroffenen Menschen zu stärken und sie in weiterer Folge zu „ermächtigen“.

Gleich mit welchem Ansatz und mit welcher Definition man sich auseinandersetzt, immer geht sehr deutlich hervor, dass der Fokus im Prozess des Empowerment darin liegt, Menschen, die sich in ihrer Lebenssituation hilflos und fremd fühlen, zur Selbstbestimmung zu befähigen. „Stärkung der sozialen und kognitiven Kompetenzen zur Selbstbestimmung sowie die Umverteilung von Ressourcen und Entscheidungsmacht in Organisationen und sozialen Systemen zugunsten der individuellen Beteiligung“ seien nach Angaben von Rissel (1994; zit.n. Dür, 2008, S. 143) die beiden Komponenten des Empowerments.

3.3.2. Der Grundgedanke des Empowerment-Konzepts

Wie aus den oben genannten Definitionen hervorgeht, liegt die Grundphilosophie des Empowerment-Konzepts darin, machtlose Menschen in ihrer Selbstbefähigung zu stärken. Es ist also vorrangig die Selbstbestimmung, welche im Fokus des Empowermentprozesses steht. Selbstbestimmung scheint auch im Zusammenhang mit Essstörungen ein wichtiger Aspekt zu sein, wenn es in der Therapie und Prävention darum geht, Kinder und Jugendliche als selbstständige Personen zu betrachten,

welche die Fähigkeit besitzen, sich in Anlehnung an die eigenen Stärken und Kompetenzen ein gesundes und wohlwollendes Leben zu beschere. Im folgenden Abschnitt soll es darum gehen, Selbstbestimmung noch einmal als ein zentrales Ziel von Empowermentprozessen herauszustrichen und genauer zu klären, was darunter verstanden werden kann.

3.3.2.1. Selbstbestimmung als Kernziel des Empowerment-Konzepts

Selbstbestimmung, so scheint es, nimmt einen zentralen Stellenwert ein, wenn es darum geht, Empowermentprozesse zu beschreiben. Es kann somit als ein wesentlicher Grundbestandteil von Empowerment betrachtet werden.

Der Begriff „Selbstbestimmung“ ist jedoch sehr unspezifisch und in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Eine relativ einfache und gute Definition findet sich in Brockhaus (1993, S. 87). Er beschreibt den Begriff „Selbstbestimmung“ als „die Möglichkeit und Fähigkeit des Individuums, der Gesellschaft oder des Staats, frei dem eigenen Willen gemäß zu handeln und die Gesetze, Normen und Regeln des Handelns selbstverantwortlich zu entwerfen.“ Eine etwas andere Definition liefern Wehmeyer und Kollegen, deren Ansicht nach der Grundgedanke der Selbstbestimmung vor allem im Fokus auf die

„Einstellungen und Fähigkeiten (besteht), die für ein Individuum nötig sind, um als primär kausaler Agent (...) das eigene Leben zu gestalten und in Bezug auf die eigene Lebensqualität frei von allen unnötigen, übermäßigen externen Einflüssen, Einmischungen oder Beeinträchtigungen eine Auswahl von Dingen und Entscheidungen zu treffen“ (Wehmeyer, Agran & Hughes 1999, S. 6ff.; zit.n. Theunissen, 2007, S. 38).

Mit anderen Worten ist unter dem Begriff „Selbstbestimmung“ die Möglichkeit des Menschen zu verstehen, Entscheidungen, welche das persönliche Verhalten, das eigene Tun und Handeln beeinflussen, prägen und lenken, selbst aus eigenen Stärke und ohne jegliche Beeinflussung durch andere, zu treffen.

Wehmeyer und Bolding (1999, S. 355; zit.n. Theunissen, 2007, S. 39) verweisen in weiterer Folge auf drei Primärfaktoren, welche für die Entstehung und Entwicklung von Selbstbestimmung verantwortlich sind. Es seien dies die „(a) individuelle Kapazität, wie sie vom Lernen und der Entwicklung beeinflusst wird; (b) Möglichkeit, wie sie von Umgebungen und Erfahrungen beeinflusst wird und (c) Unterstützung und Versorgungsleistungen (accomodations).“ Es zeigt sich somit, dass jeder Mensch selbstbestimmt agieren und handeln kann. Entscheidend ist nur das Zusammenspiel von individuellen, sozialen und kognitiven Faktoren des Menschen. Dieses Zusammenspiel beeinflusst schlussendlich den Entfaltungsprozess der

Selbstbestimmung.³⁶ Ein wesentlicher Zusammenhang besteht aber auch zwischen dem Grad der Selbstbestimmung und der Gesundheit des Menschen. Dies unterstreicht Theunissen (2007, S. 41), der angibt:

„(...) dass der Grad ihrer Verwirklichung als ein prominenter Beitrag für psychische Gesundheit dann am größten ist, wenn sich das Individuum weder von einem ‚inneren Zwang‘ aus (...) leiten, noch durch ein starres, von außen aufoktroiertes, entwicklungshemmendes Normengefüge festlegen und bestimmen lässt.“

Die Entfaltung und die Entwicklung von Selbstbestimmung bedarf, so Theunissen weiter, „einer haltgebenden, vertrauensvollen, sicherheitsstiftenden und verlässlichen Lebenswelt, die es versteht, Autonomieprozesse zu erkennen, wertzuschätzen und zu unterstützen.“

Die Selbstbestimmung jedes einzelnen Menschen ist somit ein Grundwerkszeug um seine individuellen Bedürfnisse nach eigenen Wünschen auszuleben, sein Leben frei und aus eigener Kraft zu gestalten. Nicht selten sind es jedoch Umstände wie ein emotionaler Umbruch oder eine Reihe vieler negativer und schwieriger Lebenssituationen, welche es den betroffenen Menschen unmöglich machen aus eigener Kraft zu handeln und durch welche man sich schlussendlich mit dem Lebensgefühl auseinandersetzt, die Kontrolle über sein eigenes Leben verloren zu haben. Dem Aspekt von Selbst- und Fremdkontrolle über das eigene Leben soll im Folgenden speziell Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3.3.2.2. Die (Fremd-)Kontrolle über das eigene Leben

In beinahe allen genannten Definitionen des Begriffs „Empowerment“ wird von Wiedererlangung der Selbstbestimmung und der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände gesprochen. Es könnte jetzt die Frage in den Raum geworfen werden, ab welchem Zeitpunkt Menschen Kontrolle über ihr eigenes Leben, über den eigenen Körper und in weiterer Folge über die Gestaltung des eigenen Lebens haben? Nach Angaben von Herkner (1991, S. 101)

„erlebt ein Individuum (intern) Kontrolle, wenn es annimmt, daß [sic] seine Ergebnisse von seinen Fähigkeiten und/oder einem Verhalten abhängen. Ein Individuum erlebt Unkontrollierbarkeit (externe Kontrolle), wenn es annimmt, daß [sic] seine Ergebnisse nicht von ihm abhängen, sondern von externen Faktoren.“

³⁶ Hier möchte ich auf Theunissen (2007, S. 38) verweisen, der Selbstbestimmung als einen Entwicklungsprozess betrachtet, welcher das ganze Leben anhält.

Einigkeit besteht in der Literatur vor allem darin, dass die Kontrolle über das eigene Leben und die Entstehung von psychosozialen Krankheiten in unmittelbarer Beziehung zueinander stehen.

In weiterer Folge eröffnet Herkner (1991, S. 102) einen Einblick in die Untersuchungen von Seligman und dessen *Theorie von gelernter Hilflosigkeit*. In der Theorie der gelernten Hilflosigkeit geht es darum, dass sich bei Menschen, welche eine Reihe negativer und unbeeinflussbarer Situationen erlebt haben, diese negative Erfahrung und Wahrnehmung auch auf nachfolgende Situationen und Probleme überträgt. Damit werden die negativen Erfahrungen von den Menschen als „nicht überwindbar“ angesehen. Demzufolge lernt der Organismus, dass er selbst keine Kontrolle mehr hat, er machtlos und hilflos ist, auch in jenen Situationen, welche grundsätzlich kontrollierbar wären. Herkner (1991, S. 102) führt drei Folgen von gelernter Hilflosigkeit an:

1. *Einflüsse auf die Motivation*: Eigene Handlungen haben keinen Einfluss mehr auf die Umweltereignisse. Der Anreiz überhaupt etwas zu tun, geht verloren. Gelernte Hilflosigkeit führt somit zu Passivität.
2. *Einflüsse auf Lernprozesse*: Gelernte Hilflosigkeit beeinträchtigt auch spätere Lernprozesse, da gelernt wurde, dass kein Zusammenhang zwischen Verhalten und Verstärken bzw. Strafreizen besteht.
3. *Einflüsse auf Gefühle*: Gelernte Hilflosigkeit führt zu Traurigkeit und depressiven Verstimmungen. Es entsteht ein Zustand, welcher einem das Gefühl gibt der Welt hilflos ausgeliefert zu sein.

Seligmans Theorie der gelernten Hilflosigkeit ist sowohl für den Menschen als auch für Tiere gültig. Betroffene Menschen gelangen zu dem Entschluss, dass die erzielten Erfolge nicht auf die persönlichen Kompetenzen zurückzuführen sind, sondern vorrangig auf Zufällen basieren. Nichts, was jemals erreicht wurde, macht den Anschein, es aus eigener Kraft geschafft zu haben. Misserfolge aber werden darauf zurückgeführt, dass Aufgaben mit zu wenig Einsatz, Engagement und Anstrengung durchgeführt wurden. Dem nicht genug leiden die betroffenen Menschen oft an Frustration und Depression. Fehlende Motivation und Leistungsbereitschaft sowie ein negatives Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein sind die Folge gelernter Hilflosigkeit.

Nachdem nun die Bedeutung der Selbstbestimmung als Kernaussage des Empowerment-Konzeptes und die Problematik der Fremdkontrolle und der gelernten Hilflosigkeit erörtert wurde, gilt es im Weiteren zu klären, wann und wie sich Empowermentprozesse entwickeln. Es soll im Folgenden angeführt werden, welche

Situationen als Auslöser von Empowermentprozessen anzusehen sind und aus welchen Kernpunkten sich dessen Grundstruktur aufbaut.

3.3.3. Initiierung und Grundstruktur von Empowermentprozessen

Nach Angaben von Stark (2000, S. 1) entwickle sich ein Empowermentprozess „aus einer Position der Schwäche heraus.“ Machtlosigkeit und Fremdbestimmung, das Gefühl, sein eigenes Leben nicht mehr kontrollieren und steuern zu können, mit dem Rücken gegen die Wand zu stehen, zählen zu den Ansatzpunkten dieses langwierigen Prozesses. Somit bilden der Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie den Schlüssel zur Eröffnung eines erfolgreichen Empowermentprozesses.

Um Menschen in dieser Situation zu helfen, bedarf es auch einer notwendigen sozialen Unterstützung durch einzelne Personen oder Gruppen. Stark (2000, S. 2) spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „mentoship“. Die Aufgabe der Professionellen bestehe jedoch nicht „nur“ darin den betroffenen Menschen den „richtigen Weg“ zu weisen, sondern in der Anregung eines Prozesses, der eigene Kompetenzen und Fähigkeiten entdecken lässt:

„Die berufliche Herausforderung bestünde vielmehr darin, einen Prozess zu ermöglichen und anzustossen [sic], durch den Personen innerhalb sozialer Systeme persönliche, organisatorische oder gemeinschaftliche Ressourcen entdecken können, die sie in die Lage versetzen, grössere [sic] Kontrolle über ihr eigenes Leben (...) auszuüben und ihrer Ziele zu erreichen“ (Stark 2000, S. 2).

Der eigentlichen Angriffspunkte des Empowermentprozesses seien somit nicht die defizitären Merkmale und Eigenschaften der betroffenen Person, sondern vorrangig ihre individuellen Stärken, Fähigkeiten und Potentiale (vgl. Theunissen & Plaute, 1995, S. 13).

Die Neugestaltung der sozialen Umwelt, ein veränderter Blick auf die Wirklichkeit sowie der Wachstum von persönlichen Kompetenzen und die Stärkung des Selbstbewusstseins stellen somit die Kernpunkte von Empowermentprozessen dar. Wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Empowermentprozessen ist deshalb das Vertrauen in die individuellen Ressourcen bzw. in die Fähigkeiten der Betroffenen. Dies sei, so ist Herriger (2006, S. 72; zit.n. Theunissen, 2007, S. 34) der Ansicht, „der Kern und Kristallisationspunkt aller Empowerment-Gedanken“.³⁷ Er spricht in weiterer

³⁷ Dieser Gedanke, so Theunissen weiter, wird in der US-amerikanischen Sozialarbeit als „*Stärken-Perspektive*“ gehandelt. Er verweist in weiterer Folge auf Weick et al. (1989, S. 352f.; zit.n. Theunissen, 2007, S. 34f.), der anführt: „eine Stärke-Perspektive gründet sich auf Würdigung der positiven Attribute

Folge auch von der „Philosophie der Menschenstärken.“ (Herriger, 2009, o.S.). Diese Philosophie bilde die Grundstruktur eines jeden Empowermentprozesses und baue sich aus folgenden sechs Bausteinen auf:³⁸

Essentiell für Empowermentprozesse sei somit

- die Abkehr vom Defizit-Blickwinkel auf Menschen (mit Lebensschwierigkeiten) und zugleich auch die Abkehr von damit verknüpften Unterstellungen von Hilfsbedürftigkeit.
- das Vertrauen in die Stärken und Kompetenzen, die es Menschen möglich machen, ihr Leben auch in kritischen Situationen und biographischen Belastungen erfolgreich zu meistern.
- die Achtung vor der selbstbestimmten Lebensweise, der Selbstverantwortung und dem Eigensinn des Anderen; die Akzeptanz der 'eigen-sinnigen' Lebenswege der KlientInnen und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen.
- der Respekt vor der 'eigenen' Zeit und den 'eigenen' Wegen des Anderen und der Verzicht auf enge Zeithorizonte und standardisierte Hilfspläne.
- Der Blick nach vorne: der Verzicht auf eine umfassende Thematisierung zurückliegender biographischer Verletzungen und die Orientierung an einer für den Adressaten wünschenswerten Lebenszukunft.
- die Grundorientierung an einer „Rechte-Perspektive“: Menschen mit Lebensschwierigkeiten verfügen – unabhängig von der Schwere ihrer Beeinträchtigung – über ein uneingeschränktes Wahlrecht im Hinblick auf die Gestaltung ihres Lebensalltags.

Das Empowerment-Konzept drückt demzufolge aus, dass jeder Mensch eigen- und selbstständig ist und in weiterer Folge in jeder Lebenslage das Recht auf Selbstbestimmung, Gleichheit, Gerechtigkeit und Mitbestimmung hat. Obwohl dieses Empowerment-Konzept vor allem im psychotherapeutischen Kontext aufgestellt wurde, finden sich doch zahlreiche entscheidende Verknüpfungen mit und Denkanstöße für die Institution Schule. Hier allen voran im Hinblick auf das Miteinander und die Gemeinschaft zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern. Ich denke hier beispielsweise an Projekte, bei welchen sowohl Kinder und Jugendliche, als auch

und menschlichen Fähigkeiten und Wege, wie sich individuelle und soziale Ressourcen entwickeln und unterstützen lassen.“

³⁸Dieses Empowerment-Konzept baut vor allem auf psychosozialen Dienstleistungen und psychotherapeutischen Interventionen auf, weshalb Herriger auch von dem Begriff „Klient“ Gebrauch macht.

LehrerInnen und Eltern beteiligt sind und die Möglichkeit bekommen, individuelle Stärken und persönliche Kompetenzen aufzuzeigen und einzubringen.

Empowermentprozesse sind jedoch nicht nur auf der individuellen Ebene zu finden. Im folgenden letzten Teil dieses Kapitels sollen die verschiedenen Ebenen von Empowerment und deren Handlungsmöglichkeiten diskutiert und angeführt werden.

3.3.4. Die drei Ebenen des Empowermentprozesses

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Empowermentprozesse auf drei unterschiedlichen Ebenen ablaufen. Herriger (2009, o.S.) unterscheidet dabei zwischen der individuellen Ebene, der Gruppen- und Organisationsebene sowie der strukturellen Ebene.

3.3.4.1. Die individuelle, persönliche Ebene – die Gestaltung lebenswerter Lebenssettings

Auf dieser Ebene soll das Individuum gestärkt und sollen individuelle Ressourcen und Fähigkeiten gefördert werden. Der Empowermentprozess verfolgt somit das Ziel den betroffenen Personen Hilfestellungen zu vermitteln, welche es ihnen in weiterer Folge ermöglichen sollen, verloren geglaubte Kompetenzen wieder neu und stärker zu entfalten. Die betroffene Person soll „aus einer Situation der Machtlosigkeit, Resignation und Demoralisierung heraus beginnen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen“ (Theunissen & Plaute, 1995, S. 12).

Beispiele für die Umsetzung des Empowerment-Konzeptes auf der individuellen Ebene stammen überwiegend aus dem Handlungsfeld der Beratung und der sozialen Einzelhilfe (vgl. Herriger, 2009, o.S.).

3.3.4.2. Die Gruppen- und Organisationsebene – das Stiften von Zusammenhängen

Empowermentprozesse sind nicht nur auf die individuelle und personale Ebene beschränkt. Ebenso bedeutsam sei die Handlungsebene in Gruppen und Organisationen:

„In vielen Fällen ist Empowerment das Produkt einer 'konzentrierten Aktion' – das gemeinschaftliche Produkt von Menschen also, die sich zusammenfinden, ihre Kräfte bündeln und gemeinsam beginnen, ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen“ (Herriger, 2009, o.S.).

Angesprochene Gruppenprozesse finden sich in unterschiedlichsten Institutionen und Netzwerken, in der Familie, Peergroups und anderen Gruppenkonstellationen. Beispielsweise können in der Institution Schule SchülerInnen bei der Planung des

Unterrichts oder der Gestaltung und Organisation von Schulfesten miteinbezogen werden. Es wird den Personen dadurch ermöglicht, personale und individuelle Stärken und Kompetenzen einzubringen. Der Empowermentprozess zielt dabei nicht nur auf jede einzelne Person sondern auch auf die gesamte Gruppe und die Gemeinschaft.

3.3.4.3. Die strukturelle Ebene – die Förderung von Bürgerbeteiligung

„Empowermentprozesse auf der strukturellen Ebene lassen sich als ein erfolgreiches Zusammenspiel von Individuen, organisatorischen Zusammenschlüssen und strukturellen Rahmenbedingungen bezeichnen“ (Stark, 2000, S. 14). Nach Angaben von Herriger (2009, o.S.) stünden dabei vor allem die „Stärkung und die Verbreitung von Bürgerbeteiligungen“ im Vordergrund. BürgerInnen sollen dazu angeregt werden, sich aktiv am gemeinschaftlichen Leben zu beteiligen. Nicht selten wird eine aktive Beteiligung von BürgerInnen abgelehnt, da die Gefahr von Veränderung langjähriger Routine, die Konfrontation mit unterschiedlichen Ansichten und Denkweisen oft zu groß ist. Empowerment auf der strukturellen Ebene meint also

„die Stärkung der Responsivität von Einrichtungen, Verwaltungen und Politik für Bürgerbelange und die Etablierung von Verfahren formaler Beteiligung, die sachverständigen Bürgern ein Mandat im Prozeß [sic] der Planung, Gestaltung und Implementation von psychosozialen Dienstleistungen geben“ (Herriger, 2009, o.S.).

Die drei Ebenen des Empowermentprozesses können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Sie alle stehen in unmittelbarer Beziehung zueinander. Stark (2000, S. 14) beschreibt deren Beziehung wie folgt: „Die Kraft dieser Prozesse liegt gerade in der wechselseitigen Abhängigkeit und Integration von Veränderung auf individueller, gruppenbezogener und struktureller Ebene.“ Eine ähnliche Ansicht liefern Theunissen und Plaute (1995, S. 12), die anführen: „In diesem Sinne ist Empowerment keine ausschließlich private Angelegenheit sozial benachteiligter Personen, sondern immer auch ein kollektives und gesellschaftliches konfliktträchtiges Unternehmen, das auf Veränderung ‚des Ganzen‘ zielt.“

Empowermentprozesse sind somit nie ausschließlich nur auf ein Individuum bezogen. Der Prozess lebt von einer gelungenen Kooperation zwischen den Betroffenen und Hilfe leistenden Personen mit dem Ziel, das Handeln und das Verhalten der betroffenen Personen zu verändern: „Der übergeordnete Sinngehalt von Empowerment ist es, Menschen, Organisationen und Strukturen mit den Möglichkeiten zur Kontrolle ihres eigenen Lebens auszustatten“ (Rappaport, 1987; zit.n. Dür, 2008, S. 142).

In Anbetracht der Institution Schule wird somit deutlich, dass hier vor allem Empowermentprozesse auf der individuellen Ebene und Gruppenebene von

Bedeutung sind um SchülerInnen in ihren individuellen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten zu bestärken. SchülerInnen sollten alltäglich in ihren persönlichen Entscheidungen bestärkt und in ihrem Tun und Handeln unterstützt und gefördert werden. Nur so besteht die Möglichkeit, dass sich Kinder und Jugendliche wertgeschätzt und angenommen fühlen und das Gefühl entwickeln, selbst Verantwortung für und Einfluss auf ihr Wohlbefinden zu haben.

3.4. Zwischenresümee

Es steht außer Zweifel, dass immer mehr Kinder und Jugendliche in frühem Alter an chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen leiden. Gründe dafür gibt es viele. Kinder und Jugendliche wachsen immer öfter in einem negativen sozialen Umfeld auf, sind verstärkt einem negativen soziokulturellen Wandel (dem Streben nach Perfektion, Ruhm, Schönheitswahn, etc.) ausgesetzt und unterliegen nicht selten einem enormen Gruppendruck um als zugehörig, cool und attraktiv angesehen zu werden. Dieser negativen Entwicklung gilt es entgegen zu wirken. Eine zentrale Bedeutung dabei spielt die Familie. Eltern sollten für Kinder bereits und vor allem in jungen Jahren als positive Vorbildfunktionen wirken. Eine immer größer werdende Rolle spielt allerdings auch die Institution Schule. Die Schule ist neben dem Elternhaus ein wichtiger und langjähriger Lebensraum für Kinder und Jugendliche. Dies ist vermutlich ein zentraler Grund dafür, warum der Institution Schule eine bedeutsame Rolle bei der gesundheitsbewussten Erziehung von Kindern und Jugendlichen zugesprochen wird.

Wie in Kapitel drei ausführlich dargelegt wurde, ist das Wissen und Behandlung von gesundheitsrelevanten Themen im Unterricht, wie gesunde Ernährung, Drogen, Alkohol, etc. alleine nicht wirksam um das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen positiv zu verändern. Kinder und Jugendliche sind sich in den meisten Fällen durchaus darüber im Klaren, dass beispielsweise der langwierige Gebrauch von Alkohol und Nikotin gesundheitsgefährdend ist. Der Grund, warum bereits immer jüngere Menschen den Drogenkonsum oder psychischen Krankheiten verfallen, liegt meines Erachtens unter anderem darin, dass sie sich nicht dazu in der Lage fühlen „Nein“ sagen zu können. Ein Mangel an Selbstbewusstsein, das fehlende Vertrauen in die eigenen Kompetenzen und in individuelle Stärken sind oft der Auslöser für die Entstehung von Krankheiten und psychischen Störungen. Demzufolge sollte die Aufgabe der Institution Schule neben der Aufklärung und der Vermittlung von Wissen im Gesundheitsbereich vor allem darin liegen, die individuellen Kompetenzen

von Kindern und Jugendlichen sowie deren Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken. SchülerInnen sollten lernen sich selbst in ihren Stärken und Schwächen anzunehmen, ihren Körper trotz möglicher „Fehler“ positiv wahrzunehmen und ihre individuellen und persönlichen Kompetenzen und Ressourcen voll auszuschöpfen und zu erweitern. Dies ist der Grundgedanke des „Empowerment-Konzeptes“, welches darauf abzielt, vor allem Menschen in schwierigen und aussichtslosen Lebenssituationen zu bestärken. Empowermentprozesse verfolgen das Ziel, die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit von Menschen zu stützen und zu stärken. Dieser Gedanken spielt vor allem im Hinblick auf Essstörungen eine bedeutsame Rolle, da es bei dem Empowerment-Konzept zentral darum geht, jedes einzelne Individuum als eigenständig zu betrachten, als jemanden, der die Fähigkeit besitzt, sich auch in scheinbar aussichtslosen Situationen als lebenswerten Menschen anzusehen. Sie selbst besitzen die Fähigkeit, sich ein gesundes Leben zu beschere und sie selbst sind in der Lage, selbstbestimmt ein wohlwollendes und achtsames Verhältnis zu ihrem Körper zu entwickeln.

Kapitel drei hat die Möglichkeiten, Ansätze und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung und Primärprävention im schulischen Setting in seiner Theorie bereits aufgezeigt. Im folgenden vierten Kapitel soll nun die Theorie in die Praxis überführt werden. Dieses Kapitel behandelt die Möglichkeiten und Handlungsbereiche zur Stärkung der individuellen Lebenskompetenzen speziell im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“. Das Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ bietet vor allem aufgrund seiner Körpernähe besonders großen Spielraum um Kinder und Jugendliche in ihrem Wissen um persönliche Ressourcen und Kapazitäten und in ihrem Selbstbewusstsein zu bestärken und eine achtsame, wohlwollende Körperwahrnehmung zu fördern.

4. Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Primärprävention von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ bei Mädchen

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Frage auseinander, welche Maßnahmen und Möglichkeiten das Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ primärpräventiv leisten kann, um der Entstehung von Essstörungen vorzubeugen. Zur Beantwortung dieser Frage wurde im ersten Kapitel der Problematik von Essstörungen Beachtung geschenkt bevor im zweiten Kapitel der Zusammenhang von Essstörungen und gestörter Körperwahrnehmung bzw. einem negativen Körperbild umfangreich diskutiert wurde. Ebenso entscheidend war, im darauf folgenden dritten Kapitel den Handlungs- und Aufgabenbereich der Institution Schule in Bezug auf Gesundheitsförderung und Primärprävention aufzuzeigen. Dabei hat sich gezeigt, dass es in der Institution Schule durchaus möglich, ja vielleicht notwendig ist Gesundheitsförderung zu betreiben. Diese muss über den Unterricht hinausgehen und im Schulalltag selbst von Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen gestaltet und mitgetragen werden. Im folgenden abschließenden vierten Kapitel möchte ich nun gezielt die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Primärprävention von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ darstellen um damit zu einer Beantwortung der Ausgangsfrage zu gelangen.

Um gesundheitsfördernde Maßnahmen und primärpräventive Ansätze von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ bei Mädchen aufzuzeigen, wird im ersten Teil des vierten Kapitels auch der Kausalattribution von SchülerInnen Beachtung geschenkt. Neben einer allgemeinen Klärung der Ursachenzuschreibung für Erfolg und Misserfolg liefert die geschlechterspezifische Kausalattribution im Hinblick auf das zu behandelnde Thema entscheidende Eindrücke: Eine negative Ursachenzuschreibung auf Seiten der Mädchen (sie attribuieren Misserfolg überwiegend mit Begabungsmangel) sei nach Angaben von Saladin (1991, S.110) vor allem auf ein geringes Selbstbewusstsein und auf den fehlenden Glauben an die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen zurückzuführen. Mangelndes Selbstbewusstsein, eine geringe Erfolgserwartung und eine negative Persönlichkeitseinstellung gelten als zentrale Risikofaktoren für Essstörungen. Die Änderung der Kausalattribution sollte demnach ebenso ein bedeutsames Ziel mädchenstärkenden Unterrichts sein.

Den Möglichkeiten und Zielen mädchenstärkenden Unterrichts werden im zweiten Teil des vierten Kapitels Beachtung geschenkt. Es soll dabei vor allem auf die Vorteile geschlechterhomogenen Unterrichts eingegangen werden. Die Bearbeitung Mädchenspezifischer und körperbezogener Themen sei, so ExpertInnen, vor allem in einem gleichgeschlechtlichen Sportunterricht möglich. Diese „geschützte“ Atmosphäre biete den Mädchen die Möglichkeit, sich frei zu entfalten und sensibel auf ihren Körper einzugehen. So kann dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ in der Bearbeitung des Themas *Essstörungen* eine besonders große Rolle zugeschrieben werden. Primärpräventiven und gesundheitsfördernden Ansätzen zur Beseitigung zentraler Risikofaktoren und zur Förderung von Schutzfaktoren seien dabei von besonderer Bedeutung. Übungen und Spiele zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der sozialen Kompetenzen, zur Entwicklung eines positiven Körpergefühls und zur Förderung der Körperwahrnehmung bieten Möglichkeit dazu. Der letzte Teil des vierten Kapitels schließlich liefert eine Auflistung ausgewählter Spiele, welche genau an diesen Punkten ansetzen und somit als Anregung dienen sollen, das Thema *Essstörungen* vertiefend im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ zu etablieren um in weiterer Folge primärpräventiv der Entwicklung von essgestörtem Verhalten vorzubeugen.

4.1. Kausalattribution von SchülerInnen im Fach „Bewegung und Sport“

Der erste Teil des vierten Kapitels widmet sich der Frage, wie sich SchülerInnen im Fach „Bewegung und Sport“ selbst wahrnehmen und welchen Ursachen sie erzielte Erfolge oder Misserfolge, beispielsweise das Erreichen einer guten bzw. schlechten Turnnote, zuschreiben. Die Attributionstheorie beschäftigt sich nach Angaben von Heckhausen (1989, S. 387) mit der Frage, „wie Menschen sich Sachverhalte erklären, Ursachen zuschreiben, ‚Kausalattributionen‘ vornehmen.“

Viele SchülerInnen sind schon zu Beginn eines Lernprozesses im Fach „Bewegung und Sport“ davon überzeugt, dass sie die Erwartungen der Lehrperson nicht erfüllen können. Sie selbst halten es für unmöglich erfolgreich zu sein. Die persönliche Einstellung der SchülerInnen und der Glaube an Erfolg oder Misserfolg nimmt nicht nur Einfluss auf deren Leistungsverhalten sondern auch auf deren

Persönlichkeitsentwicklung.³⁹ Ich möchte mich somit folgend mit der Frage auseinandersetzen, auf welche Ursachen sich diese, so Saladin (1991, S. 41), „selbstkonstruierte Sichtweise“ zurückführen lässt? Eine mögliche Erklärung und Antworten darauf liefern Ergebnisse der Motivationsforschung.

4.1.1. Motivation und Kausalattribution im Fach „Bewegung und Sport“

„Individuen sind (intrinsisch) motiviert, sich mit der Kausalanalyse menschlichen Verhaltens zu beschäftigen“ (Saladin, 1991, S. 43). Einen Erklärungsansatz zur Beschreibung „intrinsischer Motivation“ liefert Saladin (1991, S. 59; Hervorh. i. O.): „Je mehr der Handelnde *internale* Ursachen verantwortlich machen kann, je mehr er das Gefühl eigener Fähigkeit und Selbstbestimmtheit entwickeln kann, desto ausgeprägter ist seine *intrinsische* Motivation, desto *erfolgsmotivierter* ist er.“

Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und ein positives Selbstwertgefühl sind somit ein ausschlaggebender Aspekt dafür, ob Menschen erbrachte Leistungen auf die eigenen Fähigkeiten und das eigene Können zurückführen und dadurch auch nach Erfolg streben. Umgekehrt verlieren Menschen, die glauben keinen Einfluss auf ihren Erfolg zu haben, auch den Glauben an und das Streben nach Erfolg. Es steht außer Zweifel, dass SchülerInnen mit einem hohen Selbstwertgefühl Misserfolge in der Schule bzw. im Turnunterricht seltener und im geringeren Ausmaß der eigenen Unfähigkeit und dem persönlichen Mangel an Begabung zuschreiben.

Folgend soll nun geklärt werden, auf welche zentralen Ursachen Erfolg oder Misserfolg zurückgeführt bzw. welche Formen der Attribution bei Erfolg und Misserfolg in der Literatur unterschieden werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird häufig ein dreidimensionales Klassifikationsschema angewandt: Bei der Auseinandersetzung mit Kausalattribution wird zwischen der Stabilitätsdimension (diese bezieht sich auf die Frage nach der Stabilität oder Veränderbarkeit der angenommenen Ursachen), der Kontrolldimension (diese bezieht sich auf die Frage nach der eigenen Kontrollierbarkeit der angenommenen Ursachen) und der Lokationsdimension (diese bezieht sich auf die Frage, ob angenommene Ursachen als im eigenen Einflussbereich liegend angesehen werden). Hinsichtlich dieser drei Dimensionen werden die verschiedenen Ursachen

³⁹ Die Förderung und Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung spielt, wie ich zu einem späteren Zeitpunkt feststellen werde, auch bei der Primärprävention von Essstörungen eine entscheidende Rolle.

unterschieden, auf die Erfolg oder Misserfolg zurückgeführt werden können. Saladin (1991, S. 51) unterscheidet vier Ursachenannahmen:

- Begabung, Fähigkeit
- Anstrengung
- Schwierigkeit der Aufgabe
- Zufall, Glück, Pech

Hinsichtlich der Lokationsdimension, also hinsichtlich der Frage, ob die angenommenen Ursachen als welche angesehen werden, die im eigenen Einflussbereich liegen oder nicht, werden die vier oben angeführten Ursachenannahmen in interne und externe eingeteilt: Die Differenz intern / extern beschreibt, ob die Gründe für Erfolg oder Misserfolg bei sich selbst, also intern, gesucht werden oder ob dies anderen Menschen bzw. den Umständen, also externen Ursachen zugeschrieben wird. Diesen Unterschied der Kausalattribution beschreibt auch Saladin (1991, S. 57; Hervorh. i. O.), der anführt: „*Internal* orientierte Personen sind davon überzeugt, daß [sic] Leistungsergebnisse auf ihr eigenes Handeln und Verhalten zurückgehen. *External* orientierte Personen nehmen das Gegenteil an.“ Die oben genannten Ursachenannahmen werden entlang dieser Unterscheidung eingeteilt: Die Ursachen *Begabung* und *Anstrengung* werden der internen Dimension zugeschrieben, da sie zu einem gewissen Grad vom Individuum selbst gesteuert werden können. Die Ursachen *Schwierigkeit der Aufgabe* und *Zufall* werden demgegenüber der externen Dimension zugeteilt und liegen außerhalb der eigenen Kontrolle (vgl. Mussen et al. 1991, S. 392). Menschen, welche erbrachte Leistungen und Erfolg auf individuelle Fähigkeiten, auf persönliche Begabung und Anstrengung zurückführen, sind somit der Ansicht, selbst für ihr Tun und Handeln verantwortlich zu sein. Andere hingegen sind der Meinung auf persönliche Leistungen keinen Einfluss zu haben und führen Erfolg ausschließlich auf Zufall bzw. darauf zurück, dass die an sie gestellte Aufgabe zu leicht war.

Im Bezug auf Erfolgs- und Misserfolgssituationen im Sport bedeutet dies, dass erfolgsmotivierte SchülerInnen in Bezug auf den zu erwarteten Erfolg der Ansicht sind, individuelle und zukünftige Leistungen durch ihr eigenes Tun und Handeln beeinflussen zu können. Gegenteiliges zeigt sich allerdings bei misserfolgsmotivierten SchülerInnen, die kein bzw. kaum Vertrauen in ihre individuellen Stärken und Kompetenzen zeigen und demzufolge der Ansicht sind, Leistungsergebnisse durch ihr eigenes Verhalten nicht beeinflussen und bestimmen zu können (vgl. Saladin, 1991, S. 58).

Hinsichtlich der Stabilitätsdimension, also der Frage, ob die angenommenen Ursachen als veränderbar oder nicht veränderbar angesehen werden, werden die Ursachenannahmen *Begabung*, *Anstrengung*, *Zufall* und *Schwierigkeit der Aufgabe* den Kategorien stabil / instabil zugeordnet. Mit dieser Unterscheidung wird die Tatsache beschrieben, dass ein Teil der Ursachenmaßnahmen als unveränderbar, als stabil angesehen und andere als beeinfluss- und veränderbar betrachtet werden: *Begabung* und *Schwierigkeit der Aufgabe* werden der stabilen Kategorie zugeordnet, da sie kaum veränderbar sind, wohingegen *Anstrengung* und *Zufall* sehr leicht zu verändern sind und demzufolge der instabilen Kategorie zugeschrieben werden (vgl. Mussen et al. 1991, S. 392). Wie sich die Attribuierung von Erfolg und Misserfolg auf stabile und instabile Ursachen äußern kann, liefert das von Mussen et al. angeführte Beispiel aus dem Sportbereich:

„Jennifer zählt täglich, wie viele Bahnen sie schwimmt, und stoppt die Zeit, die sie dafür braucht. Jeder Mensch ist an manchen Tagen besser als an anderen. Wenn sie die Leistung an ihren guten Tagen als Gradmesser für ihre Fähigkeit nimmt und die schlechteren Leistungen als Ergebnis ungenügender Anstrengung betrachtet, kann man annehmen, daß [sic] sie sich in diesem Bereich ihrer Fähigkeiten sicher ist. Nach einem Rückschlag oder einer Serie von Mißerfolgen [sic] wird sie ihre Anstrengungen verdoppeln. Hält sie aber ihrer Leistungen an guten Tagen für einen Zufallstreffer oder für das Ergebnis übermenschlicher Anstrengungen und wertet die Leistung an ihren schlechteren Tagen als Anzeichen für mangelnde Fähigkeiten, führt das wahrscheinlich zur Demoralisierung“ (Mussen et al. 1991, S. 392).

Das von Mussen et al. angeführte Beispiel zeigt sehr deutlich, dass auch zukünftiger Erfolg umso eher erwartet wird, je stärker ein Individuum für den erzielten Erfolg stabile Ursachen heranzieht bzw. trotz einer schlechteren erbrachten Leistung an die eigenen Fähigkeiten glaubt und sich in Zukunft noch stärker anstrengen wird. Wird jedoch der erzielte Erfolg einer instabilen Ursache wie dem Zufall zugeschrieben bzw. auf mangelnde Begabung zurückgeführt, wird dies zu einem weiteren Abfall der Erfolgserwartung führen.

Folgend soll nun noch einmal die Klassifizierung von Ursachenannahmen hinsichtlich der Stabilitäts- und Lokationsdimension zusammengefasst werden:

Tab.2: Dimensionen und Ursachenzuschreibung von Attributionsprozessen

Ursachen	Variabel	Stabil
Internal	Anstrengung	Begabung, Fähigkeit
External	Zufall, Glück, Pech	Schwierigkeit der Aufgabe

Quelle: vgl. Mussen et al. (1999, S. 391).

Wie bereits oben angeführt, wird neben der Stabilitäts- und Lokationsdimension auch der Kontrolldimension zur Klärung von Attributionsprozessen eine Rolle zugeschrieben. Hierbei stellt sich für die betreffende Person die Frage, ob er oder sie selbst in der Lage ist, Kontrolle über die angenommene Ursache von Erfolg und Misserfolg auszuüben. SchülerInnen, welche Handlungsergebnisse auf interne Kontrolle zurückführen, „legen größeren Wert auf Geschicklichkeit und Leistung (...) setzen sich mehr mit den Aspekten von Begabung und Mißerfolg [sic] auseinander und bemühen sich beharrlicher um Leistung und Erfolg“ (Saladin, 1991, S. 55). Im Gegensatz dazu sind SchülerInnen, welche Misserfolg auf extern gelegene Ursachen zurückführen, die nicht kontrolliert werden können, zunehmend der Meinung, zu einer Änderung, Verbesserung oder Lösung von Situationen nichts beitragen zu können. Sie erleben somit sehr oft das Gefühl der Macht- und Hoffnungslosigkeit und neigen in weiterer Folge zur Resignation.

Nachdem nun die einzelnen Aspekte der Kausalattribution besprochen wurden, möchte ich in weiterer Folge auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Kausalattribution eingehen. Zum einen soll damit nicht nur Aufschluss darüber gegeben werden, wie unterschiedlich sich Mädchen und Buben Erfolg und Misserfolg erklären, zum anderen soll es in weiterer Folge auch als Einleitung in die Thematik des geschlechtsspezifischen Unterrichts und die Behandlung körperbezogener Themengebiete am Beispiel Essstörungen angesehen werden.

4.1.2. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kausalattribution

Unterschiede in der Kausalattribution zwischen Mädchen und Buben seien nach Angaben von Saladin (1991, S. 107) vor allem in einer geringeren Erfolgserwartung sowie in einem niedrigeren Selbstwert auf Seiten der Mädchen zu finden. So lässt sich behaupten, dass „der Attributionsstil von Mädchen in der Tendenz *dem* Attributionsstil entspricht, *der Mißerfolg [sic] stereotyp mit Mangel an Begabung erklärt*“ (Saladin, 1991, S. 107; Hervorh. i. O.). Mädchen neigen verstärkt dazu, Erfolg meist mit den variablen, instabilen Faktoren *Anstrengung* und *Zufall* bzw. mit dem externalen Faktor *Schwierigkeit der Aufgabe* zu attribuieren. Im Gegenteil dazu attribuieren Burschen erzielten Erfolg mit den stabilen bzw. internalen Faktoren wie beispielsweise *Begabung* (vgl. Saladin, 1991, S. 108). Gegenteiliges zeigt sich jedoch bei Misserfolg, welcher

von Mädchen viel öfters mit Begabungsmangel erklärt wird als von Jungen (vgl. Saladin, 1991, S. 108).

Natürlich lässt sich die oben formulierte Annahme zur geschlechtsspezifischen Unterscheidung der Kausalattribution nicht verallgemeinern. Einigkeit besteht in der Literatur hingegen darin, dass Mädchen durchaus misserfolgsorientierter veranlagt sind als Buben. Gründe dafür werden viele genannt. Ein entscheidender sei vor allem das Selbstkonzept: Bereits im frühen Kindesalter wird den Buben ein stärkeres Selbstbewusstsein als den Mädchen zugeschrieben. Dies zeichnet sich auf Seiten der Mädchen vor allem durch eine geringere Erfolgserwartung und in dem fehlenden Glauben an die individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten aus (vgl. Saladin, 1991, S. 110).

Es stellt sich die Frage, wie Mädchen darin gefördert werden könnten, Erfolgserlebnisse viel mehr ihrem Können und ihren Fähigkeiten zuzuschreiben und umkehrt Misserfolge vielleicht nicht unbedingt und ausschließlich auf fehlende Begabung oder fehlendes Talent zurückzuführen. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch weiter auf Saladin (1991, S. 129ff.) eingehen. In seiner Dissertation *Kausalattribution von Schülerinnen im Sport* liefert er entscheidende Ansatzpunkte dafür, wie die negative Kausalattribution von Mädchen im Sport verbessert werden kann. Ausschlaggebend für die von ihm durchgeführte Untersuchung war die Annahme, dass vor allem der Sportunterricht aufgrund seiner Körpernähe Gelegenheit und Möglichkeit bietet, die sozial- und persönlichkeitspsychologische Entwicklung der Mädchen positiv zu beeinflussen. An seiner Untersuchung nahmen 345 Schülerinnen aus insgesamt 15 Schulklassen der siebten bis neuen Schulstufe aus den Gymnasien im Saarland und in Nordrhein-Westfalen teil. Diese Studie sollte Aufschluss darüber geben, mit welchen der vier Ursachenannahmen *Begabung*, *Anstrengung*, *Schwierigkeit* und *Zufall* Schülerinnen Erfolg und Misserfolg bzw. die im Sportunterricht erzielten Leistungen erklären. Das grundsätzliche Ziel dieser Untersuchung bestand darin zu sehen, ob sich durch eine Modifikation der Unterrichtsmethode und der Unterrichtsbedingungen Mädchen von der ungünstigen und negativ ausgerichteten Kausalattribution lösen und somit „der Teufelskreis der Attribution mit Begabungsmangel durchbrochen werden kann“ (Saladin, 1991, S. 223).

Über ein halbes Jahr wurden Beobachtungen von unterschiedlichen sportartspezifischen Fertigkeiten, von Sportspielen, vom Gerätturnen und von Leichtathletikübungen durchgeführt. Die Schülerinnen erhielten zum einen Vorinformationen über Unterrichtsinhalte, zum anderen wurden Daten über

Eingangsvoraussetzungen aus den einzelnen sportartspezifischen Fertigkeiten zur individuellen Einordnung erhoben und in weiterer Folge Rückmeldungen über die Qualität der Teilnahme am Unterricht eingeholt. Weiters war die Untersuchung darauf bedacht, den Schülerinnen mehr Entscheidungsspielraum und Einfluss auf das Unterrichtsgeschehen zu ermöglichen.

Die von Saladin (vgl. 1991, S. 133ff.) durchgeführte Untersuchung zur Kausalattribution mit Begabungsmangel brachte durchaus ansehnliche Ergebnisse. Bei den Schülerinnen konnte am Ende der Studie festgestellt werden, dass sich ihre ursprüngliche ungünstige und negative Attributionstendenz zu einer günstigen und positiven veränderte. Saladin beschrieb in seiner Zusammenfassung, dass bezüglich der Attribution mit Begabungsmangel eine deutliche Abnahme festzustellen sei. Begabungsmangel wurde von den Mädchen nicht mehr so stark als alleinige Ursache für schlechte Leistungen angesehen. Darüber hinaus zeigte sich bei den Schülerinnen vor allem in den Misserfolgssituationen eine deutliche Zunahme der Ursachenzuschreibung *Anstrengungsmangel*. Demzufolge gewannen Ursachen wie *Anstrengung* und *Beeinflussbarkeit* bei Misserfolgssituationen an Bedeutung. Es zeigte sich somit nach Angaben von Saladin eine „Änderung der Mißerfolgsorientierung [sic] zu einer Erfolgsorientierung“ (Saladin, 1991, S. 234).

Die aus der Untersuchung erzielten Ergebnisse verdeutlichen den Einfluss des Unterrichtsfaches „Bewegung und Sport“ auf die sozial- und persönlichkeitspsychologische Entwicklung von Mädchen. Durch geeignete Unterrichtsmethoden ist Bewegung und Sport dazu in der Lage, die negativen Attributionstendenzen von Mädchen zu ändern. Eine Änderung der Attributionstendenz würde in weiterer Folge die Einstellung gegenüber den individuellen Stärken und Kompetenzen auf Seiten der Schülerinnen fortlaufend verändern. Dies wäre ein sehr bedeutsamer Aspekt, da bei den meisten Schülerinnen der fehlende Glaube an die eigenen Fähigkeiten, Stärken und individuellen Kompetenzen mit einem geringen Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein einhergeht und somit in weiterer Folge als zentraler Risikofaktor für Essstörungen angesehen werden kann.

Zusammenfassend lässt sich also noch einmal sagen, dass dort, wo einst Erfolg mit externen und variablen Ursachen (beispielsweise *Zufall* und *Glück*) attribuiert und Misserfolg einem vermeintlichen Begabungsmangel zugeschrieben wurde, das Fach „Bewegung und Sport“ mit entsprechenden Unterrichtsmethoden dazu in der Lage ist entscheidende Änderungen vorzunehmen. Ebenso bedeutsam sei jedoch auch die

Stärkung der individuellen Kompetenzen und des Selbstbewusstseins. Um dies erreichen zu können, spielt vor allem der geschlechterhomogene Unterricht eine entscheidende Rolle.

Geschlechterhomogener Unterricht bietet den Mädchen die Möglichkeit, sich völlig frei zu entfalten und Räume frei nach ihrem Willen gestalten und nutzen zu können. Ebenso können Themen, die sich allein oder verstärkt auf den weiblichen Körper beziehen – beispielsweise Menstruation, sexuelle Gewalt, Essstörungen, etc. – und eine enorme Rolle bei der Identitätsentwicklung von Mädchen spielen, gezielt behandelt werden. Folgend sollen nun die allgemeinen Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“ thematisiert werden um dann in weiterer Folge gezielt auf die gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Primärprävention von Essstörungen eingehen zu können.

4.2. Mädchenstärkender Unterricht im Fach „Bewegung und Sport“

Mädchenarbeit im Zusammenhang mit dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ ist über viele Jahre hinweg kaum thematisiert und angesprochen worden. Ich möchte mich im Folgenden mit den Vorteilen von geschlechterhomogenem und geschlechtersensiblen Unterricht beschäftigen und in weiterer Folge vertiefend auf die Ansätze und Ziele mädchenstärkender Sport- und Bewegungsarbeit eingehen. Die Auswirkungen des koedukativen Unterrichts, auf dessen Vor- und Nachteile, wird jedoch nicht näher eingegangen, da es in der vorliegenden Arbeit vor allem gezielt darum geht, Mädchen im Rahmen eines geschlechtersensiblen Unterrichts in ihren individuellen Stärken und Kompetenzen zu fördern.

4.2.1. Geschlechtersensibler Unterricht – Mädchen nehmen Raum ein

In österreichischen Schulen werden Mädchen und Buben bis zum neunten Lebensjahr im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ koedukativ unterrichtet. Getrenntgeschlechtlicher Unterricht findet somit erst ab dem zehnten Lebensjahr bzw. ab der fünften Schulstufe statt. Die Aufhebung des koedukativen Unterrichts bedeutet gleichzeitig möglichst „geschlechtersensibel“ zu unterrichten. Diketmüller (2000, S. 4) verweist in diesem Zusammenhang auf Voss (2000) und betont, dass „ein

geschlechterhomogener Unterricht per se jedoch noch kein Garant für geschlechtersensiblen Unterricht“ sei. Sie sehe im geschlechterhomogenen Unterricht die Gefahr der „Erstarrung der Auseinandersetzung mit Geschlechterthemen.“ Nichts desto trotz stelle gerade das Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ einen geeigneten, „geschützten“ Raum für geschlechtersensiblen Unterricht dar um beispielsweise sensible Körper- und Bewegungsthemen zu bearbeiten (vgl. Diketmüller, 2000, S. 4).

Kahlert und Müller-Balhorn (1992, S. 137) verweisen ebenso auf die Bedeutung geschlechterhomogenen Unterrichts und sprechen dabei besonders die Ausbildung einer „selbst-bewußten [sic]“ Identität sowie die Entdeckung, Förderung und Entwicklung individueller Potentiale an. Die Förderung individueller Kompetenzen ist, wenn man sich die im Folgenden angeführten Problembereiche auf Seiten der Mädchen ansieht, im koedukativen Unterricht beinahe unmöglich. Viele Mädchen fühlen sich im Turnunterricht mit Buben zusätzlich in ihren sportlichen Schwächen bestätigt und sehen sich zunehmend als leistungsschwächer an. Sie fühlen sich in der Wahl der Unterrichtsinhalte oft benachteiligt und nicht berücksichtigt, da auf deren individuelle Wünsche in den meisten Fällen kaum eingegangen wird (vgl. Scheffel & Sobiech, 1991, S. 39). Getrenntgeschlechtlicher Unterricht mache des somit für Mädchen zunehmend unmöglich, selbstbewusst und stark am Sportunterricht teilzunehmen. Viele Mädchen erkennen erst bei einem geschlechterhomogenen Unterricht die „schönen Seiten“ des Turnunterrichts. Oft werden erst ab diesem Zeitpunkt individuelle Interessen für den Sportunterricht geweckt und persönliche Stärken erkannt, die in den Zeiten des geschlechterheterogenen Unterrichts noch unerkannt geblieben bzw. nicht wahrgenommen worden sind. Die Bedeutung des geschlechterhomogenen Unterrichts und dessen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung von Mädchen verdeutlicht auch das folgende Zitat:

„Nur mit Mitgliedern ihres eigenen Geschlechts können Frauen wirklich reziproke Beziehungen haben. Solange Frauen Männern untergeordnet bleiben, können sie nur Status und Macht unter Frauen besitzen. Hier werden ihre intellektuellen Fähigkeiten respektiert und nicht abgewertet; hier können sie ein Gefühl innerer Sicherheit und Selbstachtung entwickeln“ (Aries, 1984, S. 124; zit.n. Kahlert & Müller-Balhorn, 1992, S. 138).

Trotz der oben angeführten Ansichten soll die Koedukation nicht völlig abgelehnt werden. Entscheidend sei es jedoch für Mädchen Räume zu schaffen, welche eine Veränderung ihres persönlichen Handlungsspielraumes ermöglichen und sie in weiterer Folge in ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützen sowie Möglichkeiten bieten ihre individuellen Kompetenzen und Stärken bestmöglich zu entfalten (vgl. Scheffel & Sobiech, 1991, S. 44).

Scheffel und Sobiech betonen in weiterer Folge, dass sich Mädchen im Sportunterricht anders bewegen, wenn Buben in der Nähe sind. Geschlechterheterogener Unterricht löste bei den Mädchen Unsicherheit und Unwohlsein aus „sobald diese männliche Umwelt dazu kam.“ Nur in einem geschlechterhomogenen Unterricht sei es ihrer Ansicht nach möglich „eigene Wertmaßstäbe aufzubauen“ (Scheffel & Sobiech, 1991, S. 42).

Nachdem nun die Bedeutung des geschlechterhomogenen Unterrichts erörtert wurde, möchte ich im Folgenden auf die Ziele mädchenstärkenden Sportunterrichts eingehen. Sie können als Grundstein angesehen werden um körperbezogene Themengebiete im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ in gesundheitsfördernder und primärpräventiver Hinsicht zu behandeln.

4.2.2. Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“

Wie bereits im Rahmen der oben angeführten Aspekte zum geschlechterhomogenen Sportunterricht erwähnt wurde, möchte ich im Folgenden noch einmal konkret auf die Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“ eingehen. Geschlechtersensibler Sportunterricht mit Mädchen soll darauf abzielen, Mädchen und Frauen in all ihren Sinnen und Kompetenzen zu fördern und ihnen in weiterer Folge Raum für ein selbstbestimmtes Sporttreiben zu ermöglichen. Schülerinnen soll die Möglichkeiten geboten werden, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, individuelle Interessen zu entwickeln und diese gegenüber anderen auch zu behaupten. Dies bedeutet gleichzeitig auch, Mädchen verstärkt in den Sportunterricht einzubinden und sie Situationen demokratisch bestimmen zu lassen (vgl. Diketmüller, 2005, S. 9).

Die grundlegenden Themen mädchenstärkenden Unterrichts seien nach Angaben von Scheffel und Sobiech (1991, S. 43) u.a. *Stärke und Kraft, Angst, Raum, Mut, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Grenzen*. „Stärkung“, so scheint es, ist ein zentraler Begriff, wenn es darum geht, die Ziele geschlechtersensiblen Unterrichts zu beschreiben. Vor allem die Stärkung psychischer und physischer Komponenten soll dabei in den Vordergrund rücken. Geschlechtersensibler Unterricht soll die Schülerinnen dabei unterstützen, ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln. Dies betont auch Diketmüller (2005, S. 9), die anführt, Mädchen im Rahmen des Unterrichts

abwechslungsreiche und ermutigende Körper- und Bewegungserfahrungen zu ermöglichen, die ihnen gleichzeitig dazu verhelfen, ihren Körper zu spüren und ihn trotz Eigenheiten und „Fehlern“ gern zu haben.

Die im Folgenden aufgelisteten Ziele mädchenstärkenden Unterrichts wurden einst aus der feministischen Sport- und Körperarbeit für Mädchen abgeleitet. Diese gilt es, im Hinblick auf die in weiterer Folge angeführten Konzepte, Maßnahmen und Möglichkeiten primärpräventiver Ansätze zur Beseitigung zentraler Risikofaktoren für Essstörungen, genauer zu betrachten.

Scheffel und Sobiech (1991, S. 41f.) formulieren folgende Aspekte einer feministischen Sport-, Bewegungs- und Körperarbeit mit Mädchen. Mädchen sollen dadurch

- eigene Bewegungsbedürfnisse entdecken, entwickeln und artikulieren
- psychische und physische Stärke entwickeln
- Raum einnehmen und diesen auch behaupten
- Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Mädchen und Frauen in der ganzen Vielfalt wahrnehmen
- Rollenkonflikte erkennen lernen und Möglichkeiten finden diese zu überwinden
- sich von fremden Wertmaßstäben lösen, um zunehmend selbstbestimmt leben zu können

Geschlechtersensibler Unterricht soll den Mädchen die Möglichkeit bieten, sich selbst als eigenständige Individuen mit eigenen Bedürfnissen und Interessen wahrzunehmen. Dies betont auch Wiesinger-Russ (2000, S. 22), die anführt: „Mädchen sollen über den Rahmen der ihnen zugeschrieben weiblichen Genderidentität hinaus Erfahrungen machen können.“ Sie betont damit die Bedeutung, Mädchen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ neue, zu ihrer gesellschaftlich vorgegebenen Geschlechterrolle im Widerspruch stehende Räume zu bieten, welche es ihnen ermöglichen, ihre individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten frei zu entfalten. Darüber hinaus soll ein umfangreiches Bewegungsangebot immer wieder auf die persönlichen Stärken der Mädchen hinweisen, welche gleichzeitig durch positive Körper- und Bewegungserlebnisse verstärkt und gefördert werden sollen. Die Entwicklung individueller Kompetenzen und ein realistisches Verhältnis zu den körpereigenen Kräften stellt somit ein bedeutsames Ziel geschlechtersensiblen Unterrichts dar. Nicht nur die Wahrnehmung von persönlichen Kräften, sondern auch die Wahrnehmung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu anderen Mädchen ist von Bedeutung.

Als ein weiteres Ziel erwähnen Scheffel und Sobiech das Kennenlernen von Rollenkonflikten und das Auffinden von Möglichkeiten diese zu überwinden. Dieser

Punkt zielt vorrangig darauf ab, Mädchen auf Geschlechterstereotypen aufmerksam zu machen. Sie sollen zum einen mit den „typisch weiblichen“⁴⁰ Stereotypen konfrontiert werden und gleichzeitig bei „untypisch weiblichen“ Bewegungserfahrungen im Sportunterricht begleitet werden. Geschlechtersensibler Unterricht soll den Schülerinnen die Möglichkeit bieten, laute, störende, lustige, auffallende, entscheidungswidrige und bestimmende Mädchen zu sein (vgl. Diketmüller & Aufhauser, 2000, S. 16).

Die oben angeführten Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“ stellen die Grundlage für die im Folgenden angeführten Überlegungen dar. Wie bereits erwähnt, bietet das Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ die Chance, körperbezogene Themengebiete, wie beispielsweise auch das Thema *Essstörungen*, zu behandeln. Im folgenden Teil dieses Kapitels soll im Hinblick auf die leitende Fragestellung dieser Arbeit, noch einmal spezifisch darauf eingegangen werden, welche Möglichkeiten das Fach „Bewegung und Sport“ hinsichtlich Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Vermeidung von essgestörtem Verhalten bietet. Gelegenheiten für und Maßnahmen von Gesundheitsförderung und primärpräventiven Ansätzen sollen dabei ausgelotet bzw. angeführt werden.

4.3. Mädchenstärkende Spiele als gesundheitsfördernde Maßnahme und Primärprävention von Essstörungen

Wie in der vorliegenden Arbeit schon öfters erörtert wurde, liegen die Möglichkeiten des Unterrichtsfaches „Bewegung und Sport“ im Hinblick auf das Themengebiet *Essstörungen* vor allem im Vorfeld des Auftretens von essgestörtem Verhalten (vgl. Diketmüller, 2005, S. 8). Das grundlegende Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen und primärpräventiver Ansätze liege vor allem darin, Risikofaktoren für Essstörungen so weit wie möglich zu beseitigen und Schutzfaktoren, welche zu einem allgemeinen Wohlbefinden beitragen, zu stärken und zu fördern. Risikofaktoren, welche zentral für die Entstehung von Essstörungen verantwortlich sind, beispielsweise ein mangelndes Selbstwertgefühl, die Definition der Persönlichkeit ausschließlich über das Aussehen, eine überholte Rollenzuschreibung, Unterdrückung von Aggressionen,

⁴⁰ Typisch weibliche Stereotypen wie beispielsweise „Mädchen gehören in den privaten Raum“, „Mädchen stecken zurück“, „Mädchen müssen beschützt werden“, „Mädchen sind emotionaler“, „weibliche Bewegung ist grazil“, beeinflussen auch zunehmend die räumlichen Bewegungsformen der Mädchen, welche im Sportunterricht, vor allem im geschlechterheterogenen Unterricht, verstärkt zum Ausdruck kommen (vgl. Diketmüller & Aufhauser, 2000, S. 16).

Perfektionismus, Leistungsstreben, etc. wurden bereits im ersten Kapitel ausführlich besprochen. Die Förderung individueller Stärken und Kompetenzen soll als grundlegende Möglichkeit angesehen werden um angeführte Risikofaktoren zu verringern bzw. völlig zu beseitigen. So kann die Stärkung des Selbstbewusstseins, der sozialen Kompetenz, der Konfliktlösungskompetenz, des positiven Körpergefühls und der Genussfähigkeit der Entstehung eines essgestörten Verhaltens entgegenwirken. Es sind vor allem auch die negative Einstellung zum eigenen Körper, ein gestörtes Körperbild und eine falsche Körperwahrnehmung, welche junge Mädchen und Frauen oft in den „Teufelskreis der Essstörung“ schlitzen lassen.

Viele der unter Punkt 1.3.2. angeführten Schutzfaktoren, beispielsweise ein positives Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit, ein positives Körpergefühl, Entspannungsfähigkeit, etc. können im Fach „Bewegung und Sport“ umgesetzt werden. Der folgende Teil meiner Arbeit liefert deshalb eine Auflistung von Übungen und Spielen, welche im Sportunterricht mit Mädchen zur Förderung von Körperwahrnehmung, zum Aufbau eines positiven Körperbildes, zur Wahrnehmung körpereigener Gefühle und Stärken, zur Entspannung und Genussfähigkeit, zur Äußerung von Kraft und Wut, sowie zur Stärkung der Persönlichkeit, eingesetzt werden können (vgl. Diketmüller, 2005, S. 9).

4.3.1. Einführung und Überblick über die Spielsammlung

In der folgenden Spielsammlung werden Übungen und Spiele angeführt, deren Inhalte zur Erreichung der allgemeinen Ziele mädchenstärkenden Unterrichts im Fach „Bewegung und Sport“ unterstützen⁴¹ und im speziellen als gesundheitsfördernde Maßnahmen und primärpräventive Ansätze von Essstörungen dienen sollen. Es sollen dabei vor allem Spiele zur Förderung und Stärkung der individuellen Persönlichkeit, zur Förderung einer positiven Körperwahrnehmung, der Entspannungsfähigkeit und der Aufbau eines positiven Körperbildes genannt werden. Die ausgewählten Spiele nur auf ein einziges Ziel zu kategorisieren, erscheint mir jedoch als schwierig, da sie aufgrund ihrer Vielfältigkeit einen weitaus größeren Einflussbereich haben.

Neben einer ausführlichen Spielbeschreibung wird auch deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Primärprävention von Essstörungen begründet, diskutiert und erklärt. Weiters werden bei einigen Spielen mögliche Reflexionsfragen angeführt, welche es Schülerinnen ermöglichen sollen, persönliche Körpereindrücke noch näher

⁴¹ Dies sind die von Scheffel und Sobiech angeführten Ziele, siehe Seite 84 der vorliegenden Arbeit.

zu differenzieren. Diese sollen jedoch nur als Anregung dienen und sind natürlich, wie jedes Spiel, an die jeweilige Unterrichtssituation und an das Alter der Schülerinnen anzupassen.

4.3.2. Spiele zur Förderung und Stärkung der individuellen Persönlichkeit

Die im Folgenden angeführten Spiele dienen vor allem der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von Mädchen. Die Förderung der Eigenaktivität, Kreativität und Kooperation, die Stärkung individueller Kompetenzen und Fähigkeiten sowie des Selbstbewusstseins der Schülerinnen können dabei als wesentliche Ziele der ausgewählten Spiele angesehen werden.

Spiel: Luftballonjägerin

Spielbeschreibung:

Die Schülerinnen werden in zwei, möglichst gleich große Teams eingeteilt. Jedes Team wählt sich eine Torjägerin aus und erhält eine Stecknadel, welche in einem Korken steckt und auf einer Seite wenige Millimeter herausragt. Im Turnsaal wird für jedes Team ein Kastenteil, bestehend aus drei Teilen (inklusive Kastendeckel), inmitten einer Kreismarkierung platziert. Dieser Kreis ist nur für die Torjägerin bestimmt, welche auf dem Kastenteil steht und darf von den anderen Spielerinnen des eigenen und gegnerischen Teams nicht betreten werden. Um das Spiel zu starten wird ein Luftballon eingeworfen. Das Ziel der Teams besteht nun darin, den Luftballon zur eigenen Torjägerin zu bringen, damit diese ihn mit der Stecknadel zerplatzen kann. Für jeden zerstörten Luftballon erhält das Team einen Punkt. Wird der Luftballon festgehalten oder von einer Spielerin auf den Boden geschlagen, wird der Luftballon dem gegnerischen Team zugesprochen. Die Torjägerin sollte nach einigen Punkten gewechselt werden.

Bedeutung für die Primärprävention:

Bei diesem Spiel sind Kooperation und Teamplaying notwendig um Punkte zu erzielen. Darüber hinaus bietet dieses Spiel den Mädchen vor allem in der Funktion der Torjägerin auch die Chance, eine wilde und zerstörerische Rolle einzunehmen, eine Rolle, welche Mädchen nur sehr selten zugeschrieben wird (vgl. Knie, 2005, S. 14). Dadurch wird den Mädchen die Möglichkeit gegeben, jenseits von verbreiteten Stereotypen und dem normativen (Rollen-)Bild von Frauen zu handeln. Dies kann ein selbstständiges Selbstbild als Frau fördern und der Orientierung an einem starren

Konzept von Frausein entgegenwirken, das Frauen als ausschließlich sanft, ruhig, nachgebend etc. beschreibt.

Spiel: Lautstark die Meinung vertreten

Spielbeschreibung:

Die Schülerinnen finden sich in Zweierteams zusammen und stellen sich, im Abstand von ca. zwei Metern, in zwei Reihen gegenüber voneinander auf. Ein Mädchen einer jeden Zweiergruppe darf nun zu einem von der Lehrperson vorgegebenen, emotionalen und reißerischen Thema seine Meinung äußern und diese lautstark der Partnerin mitteilen. Eine Seite vertritt grundsätzlich die Meinung: „Als Mädchen hat man nur Vorteile“, die andere Seite ist der Meinung: „Als Mädchen hat man nur Nachteile“. Nach einigen Minuten ist Seitenwechsel und die Schülerinnen vertreten die andere Meinung.

Bedeutung für die Primärprävention:

Dieses Spiel fördert vorrangig die Durchsetzungsfähigkeit der Mädchen. Sie bekommen die Möglichkeit, ohne jegliche Hemmung, laut und stark ihre Meinung zu einem Thema zu äußern. Die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Gefühl zu bekommen „meine Meinung zählt und ist etwas wert“, kann als ein wesentliches Ziel angesehen werden. Nicht immer wird den Mädchen in der Gesellschaft die Möglichkeit geboten, bzw. sehen Mädchen es auch selbst nicht als wichtig und bedeutsam an, ihre Meinung zu äußern und ihrer Stimme laut Ausdruck zu verleihen.

Mögliche Reflexionsfragen:

Wie laut und deutlich hast du deine Meinung vertreten?

Hast du dich erst genommen gefühlt?

Konntest du dich gegen deine Partnerin durchsetzen?

(vgl. Waldhelm-Auer, 2004, S. 41).

Spiel: Sackdreschen

Spielbeschreibung:

Bei diesem Spiel treten immer zwei Schülerinnen gegeneinander an. Jede von ihnen erhält einen Sack gefüllt mit Stroh. Sitzend auf einen Balken soll nun versucht werden, die Gegnerin mit dem Strohsack zu Fall zu bringen.

Vorsicht: Schläge gegen den Kopf sind nicht erlaubt! Unter den Balken und auf der Seite sind Weichböden zu platzieren! Die Höhe des Balkens ist an das Alter der Schülerinnen anzupassen. Anstatt Strohsäcken können auch Polster verwendet werden (vgl. Fluegelman & Tembeck, 1980, S. 23).

Bedeutung für die Primärprävention:

Dieses Spiel soll keineswegs den Eindruck eines böswilligen Kampfes wecken. Vielmehr soll dabei den Schülerinnen die Möglichkeit geboten werden, ihre eigene Stärke wahrzunehmen. Sich seiner körperlichen Stärke bewusst zu werden, bedeutet auch selbstbewusst zu sein. Die Förderung von psychischer und physischer Stärke ist, wie bereits angeführt wurde, ein wesentliches Ziel geschlechtersensiblen Unterrichts und geht vor allem mit der Förderung des Selbstbewusstseins der Schülerinnen einher.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

Wie gut konntest du deine Kraft einsetzen?

Welche Gefühle wurden in dir ausgelöst?

Wie stark hast du die Kraft deiner Gegenspielerin gespürt?

Spiel: Brüllwand

Spielbeschreibung:

Die Gruppe wird in drei Teams, A, B und C, eingeteilt. Gruppe A und C stehen jeweils an den beiden Enden des Turnsaals und Gruppe B in der Mitte. Die Schülerinnen der Gruppe A einigen sich nun auf ein Wort, welches sie laut über den gesamten Turnsaal den Schülerinnen der Gruppe C zurufen. Die Mädchen in der Mitte des Turnsaals, also die Gruppe B, versucht durch Schreien, Pfeifen, Klatschen, etc. zu verhindern, dass die Gruppe C das Wort verstehen kann. Wenn das Wort von jeder einzelnen Schülerin der Gruppe C verstanden wird, heben sie die Hand. Daraufhin werde die Gruppen A und B leise und die Mädchen der Gruppe C dürfen das Wort, welches sie glauben verstanden zu haben, sagen. Nach drei Durchgängen werden die Rollen der Gruppen getauscht.

Bedeutung für die Primärprävention:

Wie bereits in der vorliegenden Arbeit erwähnt wurde, ist es vor allem die Selbstkontrolle, welches das Leben anorektischer und bulimischer Mädchen bestimmt. Das Spiel „Brüllwand“ bietet den Mädchen für einen kurzen Augenblick die Möglichkeit, die Selbstkontrolle abzulegen und gegen weibliche Stereotypen (z.B. leise und brav zu sein) zu agieren (vgl. Knie, 2005, S. 15).

Spiel: Mattenrutschen

Spielbeschreibung:

Es werden zwei, möglichst gleich große Teams gebildet. Jedes Team erhält eine Weichmatte, die verkehrt herum (mit der glatten Seite am Boden) vor der Gruppe im Abstand von vier Metern abgelegt wird. Ziel ist es die Matte durch Hinaufspringen auf die Matte auf die andere Turnsaalseite zu befördern. Die Schülerinnen laufen von einer festgelegten Startmarkierung weg. Nachdem sie auf die Matte gesprungen sind, stellen

sie sich wieder hinter ihrer Gruppe an. Es können auch mehrere Schülerinnen gleichzeitig auf die Matte springen.

Bedeutung für die Primärprävention:

Bei diesem Spiel steht neben der Kooperation und dem gemeinsamen Agieren auch das Wildsein und Übermütigkeit im Vordergrund. Vor allem schwerere Schülerinnen können bei diesem Spiel in die Rolle der „Heldin“ schlüpfen und einen entscheidenden Beitrag zum Erreichen des Ziels beitragen. Die ist ein Gefühl, welches sie in den meisten Spielen nur selten erleben dürfen und gerade in solchen Momenten das Selbstbewusstsein dieser Schülerinnen enorm steigern kann (vgl. Knie 2005, S. 15).

Spiel: Ich mag an mir?

Spielbeschreibung:

Dieses Spiel ist vor allem für kleinere Gruppen von bis zu 15 Schülerinnen geeignet. Die Mädchen bilden einen Kreis und werfen sich, in keiner festgelegten Reihenfolge, ein Tuch, etc. gegenseitig zu. Wird einem Mädchen das Tuch zugeworfen, darf sie eine positive Eigenschaft von sich nennen bevor sie das Tuch wieder weiter wirft.

Bedeutung für die Primärprävention:

Immer mehr Mädchen fällt es schwer sich ihren positiven Eigenschaften anzunehmen und zu ihnen öffentlich zu stehen. Dieses Spiel bietet den Schülerinnen gerade dazu die Möglichkeit und macht ihnen Mut eigene Stärken nicht nur anzuerkennen sondern sie auch anderen Schülerinnen mitzuteilen. Sich seinen persönlichen Stärken und Eigenschaften anzunehmen, bedeutet gleichzeitig auch sich als einzigartig und besonders anzusehen. Die Steigerung des Selbstwertgefühls und das Herausheben persönlicher Kompetenzen stehen bei diesem Spiel im Vordergrund.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

Wie schwer fällt es dir positive Eigenschaften über dich zu finden?

Fällt es dir schwer dies gegenüber deinen Mitschülerinnen zu sagen?

Ist dir diese Situation unangenehm?

(vgl. Waldhelm-Auer, 2004, S. 44).

Spiel: Welle

Spielbeschreibung:

Die Schülerinnen stellen sich in zwei Reihen, in einem Abstand von zwei Metern gegenüber voneinander auf, sodass sich eine Gasse bildet, und strecken die Arme aus. Dies soll das Schließen der Gasse symbolisieren. Die Schülerinnen dürfen nun der Reihe nach durch die Gasse gehen. Das Mädchen, welches als erste durch die Gasse geht, eröffnet das Spiel mit einem Ritual und fragt ihre Mitschülerinnen, welche

die Gasse bilden: „Welle bereit?“. Antwortet die Welle „bereit“, darf das Mädchen losgehen. Wenn das Mädchen die Gasse erreicht, führen die Mitschülerinnen nacheinander die Arme in die Höhe, sodass die Gasse für das Mädchen geöffnet wird, danach senken sie sie wieder. Es bildet sich so eine Art Wellenbewegung (vgl. Gilsdorf & Kistner, 2001, S. 85).

Bedeutung für die Primärprävention:

Das Spiel „Welle“ spricht, ebenso wie das bereits angeführte Spiel „Sackdreschen“, vor allem die psychische Stärke der Mädchen an. Sich vor eine geschlossene Gasse zu positionieren und diese zu durchtreten, erfordert von den Mädchen Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Stärke. Mit einem gehobenen Kopf, breiter Brust und stolzem Blick durch die Gasse zu gehen, erfordert sehr großen Mut. Dies sind alles Komponenten, welche durch diese Spiel gefördert und angesprochen werden und einen positiven Einfluss auf eine selbstbewusste Persönlichkeit der Mädchen haben.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

Welches Gefühl hattest du, bevor du durch die Gasse gegangen bist?

Hat sich an diesen Gefühl etwas geändert, während und nachdem du die Gasse passiert hast?

Hattest du Vertrauen in die Gruppe oder irgendwelche Bedenken diesbezüglich?

4.3.3. Spiele zur Förderung der Körperwahrnehmung

Wie in der vorliegenden Arbeit bereits angeführt wurde, leiden essgestörte PatientInnen vor allem an einer stark ausgeprägten Body-Image-Störung. Vor allem junge Mädchen fühlen sich oft in ihrem eigenen Körper unwohl und sind oft kaum mehr in der Lage, an ihrem Körper die schönen und attraktiven Seiten zu erkennen. Die Arbeit mit dem Körper, Übungen zur Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung und die Entwicklung eines positiven Körperbildes sind somit von zentraler Bedeutung um Essstörungen vorzubeugen. Im Folgenden angeführte Spiele und Übungen im Fach „Bewegung und Sport“ setzen gerade in diesen Punkten an. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und eine realistische Selbstwahrnehmung sollen dabei im Fokus stehen.

Spiel: Vertrauensfalle

Spielbeschreibung:

Zwei Schülerinnen halten jeweils auf der linken und rechten Seite einen Weichboden. Ein Mädchen (es können auch mehr sein) stellt sich nun vor den Weichboden. Sie

können sich auch mit den Händen oben anhalten. Die beiden Schülerinnen, die den Weichboden halten, öffnen mit dem Kommando 1-2-3 das Spiel und lassen den Weichboden los. Der Weichboden fällt dann, gemeinsam mit dem Mädchen, welches sich daran festhält, mit einem lauten Knall zu Boden (vgl. Wiesinger-Russ, 2005, S. 24).

Bedeutung für die Primärprävention:

Bei dem Spiel „Vertrauensfalle“ steht im Vordergrund, dass die Mädchen ihren Körper und das Gefühl des „Aufgefangenwerdens“ spüren. Das Vertrauen in den eigenen Körper und auch in die Mitspielerinnen soll dabei geweckt und gefördert werden. Das „Fallen“ und „Wiederaufgefangenwerden“, sowie die Spannung im Körper bevor die Matte umfällt, können mit geschlossenen Augen noch viel intensiver wahrgenommen werden. Das Spiel fördert Körperwahrnehmung und durch das Aufgefangenwerden ein positives Körperbild.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

Wie schwer ist es dir gefallen, dich „fallen zu lassen“?

Welches Gefühl wurde dabei in deinem Körper ausgelöst?

Spiel: Jurtenkreis:

Spielbeschreibung:

Die Schülerinnen stellen sich in festem Stand, etwa hüftbreit, in einem großen Kreis im Turnsaal auf und zählen durch zwei durch. Alle Mädchen fassen sich nun an den Händen. Auf Kommando lehnen sich alle „Einser“ langsam mit dem Oberkörper nach vorne und alle „Zweier“ nach hinten. Die Schülerinnen versuchen nun ihre Position für einige Sekunden zu halten, bis sie dann wieder gleichzeitig auf Kommando in ihre Ausgangsposition zurückkehren. In einem zweiten Durchgang lehnen sich nun alle Einser nach hinten und alle Zweier nach vorne (vgl. Wiesinger-Russ, 2005, S. 25).

Bedeutung für die Primärprävention:

Auch dieses Spiel soll den Schülerinnen die Möglichkeit bieten, ihren Körper und ihre persönlichen Grenzen besser wahrzunehmen. Für viele Mädchen stellt es eine große Herausforderung dar, den eigenen Körper frei nach vorne bzw. nach hinten zu lehnen, weil sie dabei vielleicht die Angst vor dem freien Fall spüren. Ebenso bedeutsam ist es, dass die Jurte nur durch Kraft und Standfestigkeit aller Beteiligten aufgebaut werden kann. Jedes Mädchen im Kreis trägt somit entscheidend zum Erfolg dabei, was das Selbstwertgefühl entscheidend fördern kann. Das Zusammenspiel aller Kräfte, die Harmonie und Kooperation der Mädchen ist ein entscheidender Faktor.

Spiel: Lass dich fallen!

Spielbeschreibung:

Die Mädchen gehen paarweise zusammen und stellen sich gegenüber einander auf. Eine Schülerin verschränkt die Arme vor der Brust und die andere steht ihr mit einer stabilen, leichten Schrittstellung gegenüber und legt ihre leicht abgewinkelten Arme auf die Schultern ihrer Partnerin. Diese versucht nun sich soweit „fallen zu lassen“, wie es ihre Partnerin in der Schrittstellung ermöglicht. Dabei darf sie auch ihre Augen schließen. Zu Beginn sollte dies sehr langsam durchgeführt werden um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen.

Variation: Die beiden Mädchen stehen hintereinander und die Schülerin lässt sich nach hinten fallen. Hier werden die Arme der hinteren Schülerin, welche wiederum in Schrittstellung steht, auf die Schulterblätter ihrer Partnerin gelegt. Wenn das Vertrauen der Schülerinnen zueinander sehr gut ist, kann die hintere ihre Handflächen auch von den Schultern ihrer Partnerin lösen und diese erst nach einem kurzen „freien“ Fall sicher auffangen. Wichtig ist, dass die Schülerin, die sich fallen lässt, ihren Körper von Kopf bis in die Zehenspitzen anspannt und beim Fallen nach hinten völlig steif bleibt (vgl. Wiesinger-Russ, 2005, S. 26).

Bedeutung für die Primärprävention:

Auch bei diesem Spiel geht es darum, Vertrauen in sich selbst und in die Partnerin aufzubauen. Ebenso bedeutsam ist es, den eigenen Körper von Kopf bis Fuß wahrzunehmen um in dieser doch sehr unsicheren Situation richtig zu reagieren. Für viele Mädchen stellt es eine enorme Herausforderung dar, in ihrem gesamten Körper die notwendige Spannung aufzubauen und in weiterer Folge sich völlig frei, nur mit dem Vertrauen in ihrer Partnerin, fallen zu lassen. Umso stärker erleben sie dann nach den ersten erfolgreichen Versuchen das Gefühl des Aufgefangenwerdens, was ein positives Körperbild fördern kann.

Spiel: Zurückgezogenheit – Entfaltung

Spielbeschreibung:

Die Schülerinnen finden sich paarweise zusammen und suchen sich frei im Turnsaal einen Raum. Ein Mädchen legt sich auf eine Airexmatte und rollt sich so klein wie möglich in sich zusammen. Es wird den Schülerinnen nun einige Sekunden die Möglichkeit geboten ihren Körper in dieser Stellung bewusst wahrzunehmen. Danach hat nun die Partnerin die Aufgabe, das Mädchen sanft zu entfalten, ihren gesamten Körper, ihre Beinen und Arme zu lockern und zu dehnen, bis sie wieder ausgebreitet am Boden liegt. Diese „offene“ Körperstellung soll das Mädchen für einige Sekunden vertiefend wahrnehmen. Nach der größtmöglichen Entfaltung wird sie wieder eingerollt.

Danach werden die Rollen gewechselt. Um die Übungen zusätzlich noch zu unterstützen, kann eine angenehme Musik leise im Hintergrund gespielt werden.

Bedeutung für die Primärprävention:

Auch bei diesem Spiel steht die Körperwahrnehmung und Körpererfahrung im Vordergrund. Der Körper soll von den Mädchen bewusst in seiner zu Beginn „verschlossenen“ und am Ende in seiner „offenen“ Körperstellung wahrgenommen werden. Auch mit dem Prozess des „Öffnens“ sollen sich die Mädchen bewusst und vertiefend auseinandersetzen.

Mögliche Fragen der Reflexion:

Was empfindest du, wenn dein Körper klein und zusammengekauert am Boden liegt?

Wie hast es sich angefühlt, als sich der Körper langsam öffnet hat?

Nimmst du deinen Körper anders wahr, wenn er entfaltet ist und viel Raum einnimmt?

(vgl. Absenger, 2004, S. 28).

Spiel: Körpersilhouetten

Spielbeschreibung:

Die Mädchen gehen paarweise zusammen. Jedes Paar erhält einen Stift und zwei Blätter Papier. Eine Schülerin legt sich am Boden (wenn erwünscht mit Airexmatten) und versucht sich zu entspannen. Sie kann dabei auch die Augen schließen. Die Partnerin hat nun die Aufgabe, die Körperumrisse der am Boden liegenden Schülerin nachzuzeichnen. Wenn sie fertig ist, werden die Rollen getauscht und die andere Schülerin zeichnet. Erst wenn beide Zeichnungen fertig sind, werden die körpereigenen Silhouetten nach folgenden Kriterien bemalt.

- Das, was ich an mir besonders mag (Körperstellen, Eigenschaften, Fähigkeiten, etc.)
- Das, was ich an mir „o.k.“ finde
- Das, was ich an mir gar nicht mag

Wenn beide Schülerinnen ihrer Körpersilhouetten bemalt haben, tauschen sie sich paarweise aus. Wer will, darf dann seine Körpersilhouette in der großen Gruppe vorstellen (vgl. Waldhelm-Auer, 2004, S. 46).

Bedeutung für die Primärprävention:

Dieses doch sehr persönliche Spiel zielt darauf ab, sich mit seinem eigenen Körperbild auseinanderzusetzen. Den Mädchen soll die Möglichkeit geboten werden, ihre persönliche Vorstellung und Einstellung zum eigenen Körperbild in einem vertraulichen Umfeld darzustellen. Durch den Austausch mit anderen sollen sie in ihrer Unsicherheit relativiert und in einer positiven Einstellung zum eigenen Körper und in die eigenen

Fähigkeiten bestärkt werden. Die Entwicklung und die Stärkung eines positiven Körpergefühls sind somit ein wesentliches Ziel.

Spiel: Deinen eigenen Körper begreifen

Spielbeschreibung:

Jedes Mädchen sucht sich im Turnsaal mit einer eigenen Airexmatte einen Platz und legt sich auf den Rücken. Die Lehrperson benennt mit einer ruhigen und angenehmen Stimme einzelne Körperteile, die dann von den Mädchen an ihrem eigenen Körper berührt und bewusst wahrgenommen werden sollen.

„Greife auf deinen Rippenbogen, der den Brustraum vom Bauchraum trennt und spüre mit deinen Händen wie er sich anfühlt. Schau, wie weit er geht. Jetzt greife zu deinem Herzen, das auf der linken Seite ist und spüre, wie kraftvoll es schlägt. Dort kannst du auch deinen Busen angreifen und spüren, wie anders als der Rippenbogen sich das sensible Brustgewebe anfühlt. Greife weiter zu deinen Schlüsselbeinen. Gehe jetzt mit deinen Händen über die Brust und den Rippenbogen hinunter zum Bauch und spüre hin, ob und wie er sich bei deinen Atemzügen hebt und senkt. (...) Lasse deine Hände noch einige Male über verschiedene Teile deines Körpers wandern, die du schon gespürt hast und nimm noch einmal wahr, wie sie sich anfühlen, wie du dich anfühlst“ (Wiesinger-Russ, 2005, S. 24f.).

Bedeutung für die Primärprävention:

Diese Spiel- und Übungsform bietet den Mädchen die Möglichkeit, sich bewusster und sensibler mit ihrem Körper auseinanderzusetzen. Es fördert die Körperwahrnehmung und einen sensiblen Umgang mit dem eigenen Körper. Wichtig ist, dass sich die Schülerinnen in dieser Situation wohl fühlen. Dafür ist es vor allem von Bedeutung eine angenehme und entspannte Atmosphäre im Turnsaal zu schaffen.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

Fällt es dir schwer deinen Körper zu berühren bzw. ist es dir unangenehm?

Welche Körperteile berührst du ungern und welche gern?

Spiel: Selektives Loslassen bzw. Überlassen

Spielbeschreibung:

Die Mädchen gehen paarweise zusammen. Eine Schülerin legt sich dann entspannt mit dem Rücken auf den Boden (wenn gewünscht Airexmatten verwenden) und überlässt ihrer Partnerin nun einen Arm. Das Mädchen schließt ihre Augen und versucht ihren Arm so gut wie möglich zu lockern. Die Partnerin hat nun die Aufgabe den Arm ruhig in verschiedene Richtungen zu bewegen. Danach kann auch noch der andere Arm und die Beine geführt werden. Auch das Massieren der Körperteile unter leichtem Druck ist nach Wunsch möglich. Das Mädchen am Boden versucht sich dabei zu entspannen und die Bewegungen ihrer Arme und Beine bewusst wahrzunehmen.

Wer will, kann auch noch den Kopf in die Hände der „Trägerin“ legen. Eine angenehme Musik im Hintergrund kann den Prozess des Wahrnehmens und Entspannens noch zusätzlich unterstützen.

Bedeutung für die Primärprävention:

Bei diesem Spiel sollen die Schülerinnen bewusst ihre Gedanken auf ihren gesamten Körper lenken. Teile des eigenen Körpers sollen dabei nicht nur sich „selbst“ überlassen, sondern auch in die Hände der Partnerin gelegt werden. Dies setzt natürlich auch Vertrauen in die Mitschülerin und einen liebevollen Umgang mit dem Körper voraus. Den eigenen Körper bewusst in all seinen Sinnen und Bewegungsmöglichkeiten wahrzunehmen, ist für essgestörte Menschen oft nicht möglich. Entspannung und Ruhe sollen den Mädchen ebenso dabei helfen alltägliche Sorgen, Stress und Anspannung abzulegen.

Mögliche Fragen zur Reflexion:

War es dir möglich dich zu entspannen?

Konntest du deinen Körper ruhig und vertrauenswürdig in die Arme deiner Partnerin legen?

Wie bewusst konntest du dabei deinen Körper wahrnehmen?

(vgl. Absenger, 2004, S. 27).

4.3.4. Eine Phantasiereise zur Förderung der Entspannungsfähigkeit

Neben den bereits erwähnten Spielen zur Stärkung der individuellen Persönlichkeit und zur Förderung der Körperwahrnehmung möchte ich zum Abschluss auch noch eine Phantasiereise anführen. Phantasiereisen und andere Entspannungsübungen leiten Mädchen dazu an, sich, wenn auch nur für kurze Momente, intensiver mit ihrem Körper auseinanderzusetzen. Sie können am Ende eines leistungsintensiven Sportunterrichts eingesetzt werden um die Turnstunden optimal ausklingen zu lassen bzw. auch den Hauptteil einer mädchenstärkenden Stunde gestalten. Wichtig ist es dabei nur eine ruhige und angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Die folgende Phantasiereise entnehme ich dem Artikel „Phantasiereise“ von Wiesinger-Russ (2002). Aufgrund der Zielsetzung, dass die Personen, die diese Phantasiereise unternehmen, ihren eigenen Körper als etwas Besonderes und Positives wahrnehmen sollen, scheint mir diese Phantasiereise als für die Primärprävention von Essstörungen gut geeignet.

Mädchenzentrierte Phantasiereise: Ich mag mich – Erlebe was alles an mir positiv ist

Einleitung

Um eine Phantasiereise optimal zu beginnen, ist es wichtig, dass die Lehrperson in eine langsame, angenehme und ruhige Sprechweise wechselt.

„Such dir einen Platz im Turnsaal, an dem du für die nächsten 5 Minuten sein willst. Nimm dort die Position ein, die du jetzt gerade haben willst. Nimm wahr, wo dein Körper Kontakt mit dem Boden hat. Atme einige Male tief ein und aus und überprüfe, ob die Position angenehm für dich ist. Vielleicht willst du noch etwas ändern? Hör jetzt auf meine Stimme und komm mit mir an einen Ort, an dem es angenehm ist. Wenn Gedanken kommen, so lass sie einfach weiter ziehen, wie die Wolken am Himmel. Geh mit mir auf eine Reise, auf der du nur Positives erleben wirst.

Atme jetzt einige Male tief aus + nimm wahr, wie alles, was heute schwierig gewesen ist, aus dir herausströmt.’(selber einige Male laut – so, dass es gehört werden kann – tief ausatmen).“

Hauptteil

„Stell dir einen schönen Ort vor, einen Ort, an dem du jetzt am liebsten wärst. Für diesen Ort gibt es keine Einschränkungen, es kann überall dort sein, wo du dich wohlfühlst. Wenn du deinen Ort gefunden hast, so versuch ihn dir jetzt ganz genau auszumalen: Was gibt es dort alles? Was kannst du sehen? Welche Gerüche steigen dir in die Nase? Welche Farben nimmst du wahr? Wie fühlt sich dein Ort an? Ist es vielleicht warm oder kühl, kannst du dich einkuscheln, ist viel Platz für dich? Bist du allein oder mit anderen gemeinsam?

Mach es dir an deinem Ort jetzt so richtig gemütlich. Und während du dich jetzt angenehm fühlst, überleg dir, welche Dinge du besonders gut kannst? Vielleicht bist du besonders sportlich oder vielleicht kannst du gut singen oder vielleicht kannst du gut auswendig lernen? (1min)

Denk jetzt eine Weile darüber nach, welche Eigenschaften du ganz besonders an dir schätzt? Vielleicht kannst du besonders gut zuhören, vielleicht bist du sehr konsequent oder vielleicht kannst du sehr lustig sein? (1 min)

Und jetzt überleg dir, was du ganz besonders an dir und deinem Aussehen magst. Vielleicht magst du die Form deines Gesichts, die Farbe deiner Augen, vielleicht magst du dein vorwitziges Grinsen, vielleicht auch die Art, wie du die Stirne runzelst.

Denk jetzt auch an Dinge, über die andre Menschen gesagt haben, dass sie sie gut an dir finden.

Wenn du das alles jetzt noch einmal betrachtest, so gibt es viele Dinge an dir, die toll sind und dich einzigartig und liebenswert machen. Sag deshalb jetzt drei Mal ‚ich mag mich!‘ zu dir selbst. (30 sec)

Und wenn es dir irgendwann einmal nicht gut geht oder du schlecht drauf bist, dann denk einfach an diese Übung und sag dir in Gedanken den Satz: ‚Ich mag mich!‘ Und du wirst bemerken, dass es dir dann gleich besser gehen wird.“

Schluss

Die Lehrperson wechselt, um die Mädchen wieder mit ihren Gedanken an Ort und Stelle zurückzuholen wieder in ihre Alltagsstimme zurück.

„Komm jetzt wieder in deinem Tempo hierher in den Turnsaal zurück und balle kräftig deine Fäuste, streck dich und gähne, kreise mit deinen Hände + den Füßen. Setz dich dann auf und sei wieder da“ (Wiesinger-Russ, 2002, S. 20).

Die angeführten Spiele sowie die vorgestellte Phantasiereise dienen vor allem dazu, Risikofaktoren von Essstörungen, wie beispielsweise ein geringes Selbstwertgefühl, soweit wie möglich zu beseitigen und Schutzfaktoren aufzubauen um einem essgestörten Essverhalten vorzubeugen. Es sind Beispiele, wie körperbezogene Themengebiete, wie beispielsweise Essstörungen, im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ verstärkt eingebunden werden können. Keinem Unterrichtsfach stehen auf Grund seiner Körpernähe mehr Möglichkeiten zur Verfügung, primärpräventiv und gesundheitsfördernd zu arbeiten. Die hier vorgestellten Spiele sollten das Potenzial, das das Fach „Bewegung und Sport“ bezüglich der Primärprävention von Essstörungen aufweist, verdeutlichen und konkrete Beispiele für die Umsetzung im Unterricht bieten.

4.4. Zwischenresümee

Die Notwendigkeit der Etablierung gesundheitsfördernder und primärpräventiver Maßnahmen in der Institution Schule steht außer Zweifel. Jedoch kann die Vermittlung von Wissen nicht ausreichen um Kinder und Jugendliche zum einem gesundheitsbewussten Verhalten zu bewegen, dies hat das dritte Kapitel der vorliegenden Arbeit gezeigt. Vor allem bei der Behandlung körpernaher Themengebiete muss auch der Praxis und im Besonderen dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ eine große Bedeutung zukommen. So wird beispielsweise dem Sportunterricht eine besondere Chance bei der Vorbeugung von Essstörungen zugeschrieben. Seine Möglichkeiten liegen vor allem in den gesundheits- und primärpräventiven Ansätzen, um Risikofaktoren von Essstörungen, fehlende Körperwahrnehmung, ein mangelndes Selbstbewusstsein, ein negatives Körperbild, etc., bei jungen Mädchen und Frauen einzudämmen.

So können eine gut ausgewählte Sammlung von Übungen und Spielen und körperzentrierte Bewegungsinhalte genau an diesen Punkten ansetzen und fortlaufend dazu führen, dass Mädchen in ihren persönlichen und individuellen Fähigkeiten

bestärkt und zu einem selbstbewussten Verhalten befähigt werden. Weiters können Übungen zur Förderung der Körperwahrnehmung als entscheidende primärpräventive und gesundheitsfördernde Ansätze angesehen werden.

Die Thematisierung von Essstörungen im Fach „Bewegung und Sport“ ist jedoch vorrangig im geschlechterhomogenen Unterricht einzubauen bzw. umzusetzen. Geschlechterhomogenen Unterricht bietet den Lehrpersonen die Möglichkeit, geschlechtersensibel zu arbeiten und in weiterer Folge einen geeigneten und geschützten Raum um mädchenzentrierte Körper- und Bewegungsthemen zu bearbeiten. Getrenntgeschlechtlicher Sportunterricht bietet den Mädchen die Möglichkeit, sich frei und uneingeschränkt zu bewegen und ihrer individuellen Fähigkeit und Kompetenzen unter Beweis zu stellen.

Auch der Zusammenarbeit mit „positiv attribuierten“, gleichgeschlechtlichen Lehrpersonen wird eine entscheidende Bedeutung zugeschrieben (vgl. Diketmüller, 2000, S. 4). Eine negative Kausalattribution auf Seiten der Mädchen stehe nach Angaben von Saladin (1991, S. 110.) in unmittelbarem Zusammenhang mit einem niedrigen Selbstkonzept. Der fehlende Glaube an die eigenen Fähigkeiten und individuellen Stärken, ein geringes Selbstbewusstsein führen fortlaufend dazu, dass Mädchen Misserfolg vermehrt mit Begabungsmangel attribuieren. Eine Änderung dieser negativen Ursachenzuschreibung ist vor allem durch einen gut angepassten Sportunterricht und geänderte Unterrichtsmethoden möglich.

Die Aufgaben und Ziele geschlechtersensiblen Sportunterrichts sind vor allem in der Bewegungs- und Körperarbeit mit Mädchen zu suchen. Die Entwicklung psychischer und physischer Stärke, die Förderung der Wahrnehmung körpereigener Bewegungsbedürfnisse und einer Sicht auf den eigenen Körper als wertvollen, schönen und bedeutsamen, ist somit das grundlegende Ziel eines primärpräventiven und gesundheitsorientierten Sportunterrichts mit Mädchen.

5. Zusammenfassung

Ein perfektes Aussehen, traumhafte Körpermaße, ein durchtrainierter Körper, Modebewusstsein, etc. beschreiben gesellschaftliche Normen der heutigen Zeit, an welchen sich viele Menschen orientieren. Bilder von schönen Frauen in Collagen und Zeitschriften veranlassen vor allem junge Mädchen, aber auch immer mehr Burschen dazu, sich kritisch mit ihrem eigenen Körper auseinanderzusetzen. Die Suche nach Perfektion, die Anlehnung an gestellte Schönheitsideale und der Druck, den sozialen Rollenerwartungen entsprechen zu müssen, treiben viele junge Menschen in Selbstzweifel und in nicht wenigen Fällen in eine Essstörung. Immer mehr Jugendliche, vor allem Mädchen, leiden an einem essgestörten Verhalten. Als angehende Lehrerin in den Unterrichtsfächern „Bewegung und Sport“ und „Biologie und Umweltkunde“, habe ich mich für einen Beruf entschieden, bei welchem ich intensiv mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten werde. Wie präsent das Thema *Essstörungen* in der Institution Schule ist, zeigten mir einige KollegInnen, die anführten, selbst schon Erfahrungen mit magersüchtigen, bulimischen oder auch adipösen Schülerinnen gemacht zu haben. Diese Problematik war ausschlaggebend dafür, mich mit diesem sensiblen und heiklen Thema auseinanderzusetzen. Ich wollte mich im Rahmen der Diplomarbeit nicht nur damit beschäftigen, wie im Fach „Bewegung und Sport“ mit dem Thema *Essstörungen* und mit betroffenen SchülerInnen umgegangen werden soll, sondern auch Möglichkeiten und Maßnahmen des Sportunterrichts in primärpräventiver und gesundheitsfördernder Hinsicht aufzeigen. Obwohl Essstörungen auch bei Buben zu einem immer größeren Problem werden, stützt sich meine Arbeit zentral auf den Sportunterricht mit Mädchen, da ich in meinem späteren Lehrberuf vorrangig Schülerinnen unterrichten werde.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, ob und wie in der Institution Schule und speziell im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ Primärprävention von Essstörungen geleistet werden kann. Es wurde grundsätzlich davon ausgegangen, dass im Rahmen eines geschlechtersensiblen Sportunterrichts Möglichkeiten und Methoden aufgezeigt werden können um der Entwicklung eines essgestörten Verhaltens bei Mädchen vorzubeugen.

Um die Ausgangsfrage einer Beantwortung zuzuführen und in weiterer Folge meine Hypothese zu bestätigen, musste im ersten Kapitel zunächst die Problematik von Essstörungen aufgezeigt werden. Es stellte sich heraus, dass Essstörungen vor allem

bei jungen Frauen in den Industrienationen zu einem immer größeren Thema werden. Nach Auflistung und Einteilung der unterschiedlichen Formen von Essstörungen in Anlehnung an die International Classification of Diseases (ICD-10) wurden im ersten Teil der Arbeit auch verschiedenste Erklärungsmodelle für Essstörungen und Ursachen für deren Zustandekommen aufgezeigt. Einigkeit besteht in der Literatur darüber, dass der Entstehung von Essstörungen niemals nur ein zentraler Faktor zugrunde liegt. Vielmehr ist es das Zusammenwirken vieler Risikofaktoren, welche die Entwicklung eines essgestörten Verhaltens begünstigen (können). Die Konfrontation mit „Schönheit“ und „Perfektion“ oder / und dem Druck der Gesellschaft und der Familie, ein mangelndes Selbstwertgefühl, ein negatives Körperbild, etc. sollen nur als wenige Beispiele für Risikofaktoren genannt werden. Kapitel eins führte im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage zu dem Ergebnis, dass die Primärprävention von Essstörungen vorrangig die Förderung und Stärkung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren beinhaltet. Ob und wie sich diese in der Institution Schule und im Speziellen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ umsetzen lässt, wurde dann im dritten bzw. vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit untersucht.

Davor allerdings schien es für die Beantwortung der Forschungsfrage von Bedeutung, im zweiten Kapitel den Zusammenhang von gestörter Körperwahrnehmung und Essstörungen zu behandeln. Da sich der Sportunterricht durch seine Nähe zum menschlichen Körper auszeichnet und genau darin ja auch die Möglichkeiten vermutet wurden, die er hinsichtlich der Gesundheitsförderung bzw. der Primärprävention von Essstörungen haben kann, musste zunächst der Zusammenhang zwischen Körperwahrnehmung bzw. Körperwahrnehmungsstörungen und Essstörungen grundsätzlich aufgezeigt werden. Neben der Klärung dieses Zusammenhangs sollte auch die Bedeutung und die Unterscheidung der Begriffe „Körperwahrnehmung“ und „Körperbild“ thematisiert werden. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass Körperwahrnehmungsstörungen ein zentrales Charakteristikum von Essstörungen darstellen. Essgestörte PatientInnen sind oft nicht mehr in der Lage, ihre Körperdimensionen richtig wahrzunehmen. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Selbstzweifel und der Verlust der Eigenkontrolle werden als zentrale Kriterien von Körperwahrnehmungsstörungen bei Essgestörten angesehen.

Es konnte in Kapitel eins und zwei noch nicht entscheidend geklärt werden, welche Möglichkeiten und Maßnahmen im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ zur Primärprävention von Essstörungen herangezogen werden können. Hierfür sollte Kapitel drei entscheidende Ergebnisse liefern, in dem ich mich zunächst mit den

Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten allgemein in der Institution Schule befasste. Die Schwerpunkte lagen hier zum einen in der Klärung und Differenzierung gesundheitsrelevanter Begriffe und im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage vor allem darin, wie sich Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule gestalten kann. Ebenso wurde das Konzept von *Empowerment* als ein spezieller Aspekt von Gesundheitsförderung besonders diskutiert und hervorgehoben. Es konnte festgehalten werden, dass die Institution Schule einen breiten Aufgaben- und Handlungsbereich in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen einnimmt. Ihr wohl größter und wichtigster Ansatzpunkt ist in der Stärkung der individuellen Lebenskompetenzen und Fähigkeiten von SchülerInnen zu suchen. Durch die Förderung von Selbstständigkeit und des Glaubens an die eigenen Stärken sollen SchülerInnen langfristig zu einem gesunden und selbstbestimmten Leben befähigt werden, in welchem sie einen achtsamen Umgang mit ihrem eigenen Körper pflegen.

Die aus Kapitel drei erzielten Ergebnisse und die Erkenntnis, dass die Vermittlung von Wissen alleine nicht ausreicht um Kinder und Jugendliche zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu bewegen, unterstützt die Vermutung, dass dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ in der Behandlung gesundheitsrelevanter, körperzentrierter und Mädchenspezifischer Themen eine besonders große Bedeutung zukommt. Er kann Gesundheitsrelevantes wie beispielsweise die Prävention von Essstörungen wirklich am eigenen Körper erfahrbar zum Thema machen und damit auf einer anderen Ebene als die Vermittlung von Wissen ansetzen.

In dem für die vorliegende Arbeit entscheidenden letzten Kapitel wurde dargestellt, dass dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ vor allem für das Thema *Essstörungen* – im Vorfeld ihres Auftretens und somit in der Primärprävention – aufgrund seiner Körpernähe eine besonders große Rolle zugeschrieben werden kann. Es konnte gezeigt werden, dass Mädchensensibler Sportunterricht Schülerinnen dabei unterstützt, individuelle Kompetenzen und Fähigkeiten zu fördern und sie dadurch in weiterer Folge in ihrer Persönlichkeit bestärken kann. Die Möglichkeiten des Sportunterrichts hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Essstörungen wurde in Form einer ausgewählten Spielesammlung konkret gezeigt. Dabei wurden Spiele vorgestellt, welche die zentralen Risikofaktoren für Essstörungen (ein geringes Selbstbewusstsein, fehlende Körperwahrnehmung, ein negatives Körperbild, etc.) eindämmen und im Gegenzug dazu die Lebenskompetenzen der Mädchen fördern können.

In der vorliegenden Arbeit kann somit als Beantwortung der Forschungsfrage festgehalten werden, dass dem Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ aufgrund seiner körperzentrierten Arbeit mit den Schülerinnen eine große Chance für und zentrale Rolle bei der Primärprävention von Essstörungen zugeschrieben werden kann. Diese ist nicht nur darin zu sehen, Schülerinnen auf die Problematik von Essstörungen aufmerksam zu machen, sondern vor allem durch gesundheitsfördernde und primärpräventive Ansätze die Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren von Schülerinnen zu fördern um der Entstehung eines essgestörten Verhaltens vorzubeugen. Schutzfaktoren wie ein starkes Selbstbewusstsein, ein positives Körpergefühl, Entspannungsfähigkeit, positive Körperwahrnehmung, etc. können im Sportunterricht mit Mädchen in gut ausgewählten Übungen und Spielen umgesetzt werden. Neben der Förderung der Schutzfaktoren können die Mädchen auch dabei unterstützt werden, mit den an sie gestellten Ansprüchen, Erwartungen und Einflüssen aus dem familiären oder gesellschaftlichen Umfeld besser umzugehen.

Da sich die vorliegende Arbeit auf ein doch sehr sensibles Thema bezieht und die ausgewählten Spiele und Übungen zentral auf die eigene Körperlichkeit und somit auf einen sehr persönlichen Aspekt fokussiert sind, möchte ich an dieser Stelle anführen, dass für eine erfolgreiche Umsetzung und Durchführung, ein gutes Klima innerhalb der Klasse als eine wesentliche Voraussetzung anzusehen ist. Die Schülerinnen sollen bei der Durchführung der Spiele und Übungen von einem guten und angenehmen Gefühl begleitet sein. Jede Schülerin sollte dabei immer das Recht haben, Übungen, in denen sie sich unwohl fühlt, abbrechen zu können. Darüber hinaus ist es wichtig bei der Auswahl der Spiele auf die Bedürfnisse der Mädchen einzugehen und stets darauf zu achten, dass die Spiele an das Alter der Mädchen angepasst sind.

Nach dieser doch sehr intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema *Essstörungen* und dem Aufgabenbereich und den präventiven Möglichkeiten der Institution Schule und besonders des Unterrichtsfaches „Bewegung und Sport“ hoffe ich als angehende Lehrerin Unterrichtsinhalte und -methoden so ausrichten und organisieren zu können, dass Schülerinnen einen achtsamen und gesunden Umgang mit ihrem Körper entwickeln und in weiterer Folge in ihren persönlichen und individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen und somit in ihrem Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl bestärkt werden können.

Literaturverzeichnis

- Absenger, I. (2005). *Die verkörperte Essstörung. Anorexie-Bulimie-Adipositas*. Herbolzheim: Centaurus.
- Absenger, I. (2004). Bewegung als Nahrung bei Essstörungen Bewegungsimpulse als Programm bei Essstörungen. *Bewegungserziehung* 58 (2), 24-29.
- Barkholz, U., Isreal, G., Paulus, P. & Posse, N. (1998). *Gesundheitsförderung in der Schule – Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen*. Bönen: Verlag für Schule und Weiterbildung, DruckVerlag Kettler GmbH.
- Bielefeld, J. (1991). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens* (2. Aufl.). (S. 3-36). Göttingen: Hogrefe.
- Buddberger-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bruch, H. (1991). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Brockhaus Enzyklopädie in vierundzwanzig Bänden (1993). Band 20. Sci – Sq. (19., völlig Neubearb. Aufl.). Mannheim: F.A. Brockhaus.
- Diketmüller, R. (2000). Zur Umsetzung „geschlechtersensiblen Unterrichts“ im Fach Bewegung und Sport <für Mädchen>. *Bewegungserziehung*, 54 (5), 4-7.
- Diketmüller, R. (2005). Essstörungen – Möglichkeiten und Grenzen der Thematisierung im Fach Leibesübungen. In G. Bauer-Pauderer (Hrsg.), *Essstörungen: Unterrichtsbehelf für Leibeserzieherinnen, die Mädchen unterrichten*. (S. 4-9). Krems: FrauenForum Leibeserziehung .
- Diketmüller, R. & Aufhauser, E. (2000). Bewegungs/Raumnutzung von Mädchen und Buben als „geschlechtssensibles“ Thema am fächerübergreifenden Unterricht aus Bewegung und Sport und Geographie. *Bewegungserziehung*, 54 (5), 15-18.
- Dür, W. (2008). *Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung*. Bern: Hans Huber.
- Forster, J. (2002). *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen: Eine empirische Vergleichsstudie und die Darstellung eines*

körpertherapeutischen Behandlungskonzeptes bei Essstörungen.
Herbolzheim: Centaurus.

- Ferge, M., Lagemann, A., Mayr-Frank, E. & Rabeder-Fink, I. (2002). *Grundsatzempfehlungen zur Prävention von Ess-Störungen.* Zugriff am 19. September 2011 unter http://www.eduhi.at/dl/Empfehlungen_Artikel_Ferge.pdf.
- Fluegelman, A. & Tembeck, S. (1980). *New Games. Die neuen Spiel 1.* (3. Aufl.). Soyer: Ahorn.
- Franke, A. (2001). Essstörungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch.* (S. 356-396). Göttingen: Hogrefe.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1999). *Schlankheitstick oder Eßstörung? Ein Dialog mit Angehörigen.* München: Taschenbuch Verlag.
- Hascher, T., Suter, T., & Kolip, P. (2001). *Terminologie-Dossier zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung des Themas „Bewegung“ und des Settings „Schule“.* Zugriff am 03. Juni 2012 unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Grundlagen_Wissen/GF_terminologie_d.pdf
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln.* (2., völlig überarbeitete und ergänzte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Herkner, W., (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie.* (5., korrigierte und stark erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Herriger, N. (2009). *Internetportal Empowerment.* (8. Aufl.). Zugriff am 03. Juni. 2012 unter http://www.empowerment.de/materialien/materialien_2.html
- Horn, K. & Scholz, M. (2009). Eine neue Methode zur Erfassung der Körperwahrnehmung bei Patienten mit Anorexia nervosa. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 117-123). Stuttgart: Schattauer.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.* (S. 176-203). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Nordlohne, S. (1993). Gesundheitsförderung in der Schule – Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse. In J. Pelikan, H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch*

- Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schule.* (S. 100-118). Weinheim, München: Juventa.
- Jerusalem, M. (2006). Theoretische Konzeptionen der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 31-57). Göttingen: Hogrefe.
- Kahlert, H. & Müller- Balhorn, S. (1992). Geschlechtertrennung in der Bildung – Eine Chance zur Emanzipation. In R. Luca, H. Kahlert & S. Müller-Balhorn (Hrsg.), *Frauen bilden – Zukunft planen. Dokumentation des 8. Fachkongresses Frauen und Schule* (S. 128-143). Bielefeld: Kleine Verlag.
- Klein-Heßling, J. (2006). Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten. In A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 13-30). Göttingen: Hogrefe.
- Knie, D. (2005). Spiele. In G. Bauer-Pauderer (Hrsg.), *Essstörungen: Unterrichtsbehelf für Leibeserzieherinnen, die Mädchen unterrichten.* (S. 14-15). Krems: FrauenForum Leibeserziehung.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P.-E. (1995). Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In P. Kolip, K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche.* (S. 7-21). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2005). *Wer schön sein will, muss leiden. Wege aus dem Schönheitswahn – ein Ratgeber.* Göttingen: Hogrefe.
- Leppin, A. (1995). Gesundheitsförderung in der Schule. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis.* (S. 235-250). Weinheim: Beltz.
- Mussen, Paul H., Conger, John J., Kagan, J. & Huston, Aletha C. (1999). *Lehrbuch der Kinderpsychologie Band 1.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Neumark,Sztainer,D. (1999). Einflussfaktoren auf gestörtes Essverhalten im Jungendalter. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen Sucht: internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jungendalter* (S. 109-119). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Nuber, U. (1997). Body Bilder. Wie wir lernen uns selbst schön zu finden. *Psychologie heute*, 9, 21-27.

- Paulus, P. (1991). Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens* (2. Aufl.). (S. 87-125). Göttingen: Hogrefe.
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.). (2010). *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rosenberg, G. (2003). *Körperschema – pflegerische Intervention zur Körperorientierung. Möglichkeiten und Didaktik*. Hannover: Kunz.
- Saladin, W. (1991). *Kausalattribution von Schülerinnen im Sport: eine empirische-experimentelle Untersuchung zur Änderung von Attribuierungstendenzen bei einem Selbstkonzept mangelnder Begabung*. Saarbrücken: Dadder.
- Scheffel, H. & Sobiech, G. (1991). „Ene, meine, muh, aus bist du?“ Die Raumeignung von Mädchen und Frauen durch Körper und Bewegung. In B. Palzkill, H. Scheffel & G. Sobiech (Hrsg.), *Bewegungs(t)räume. Frauen Körper Sport* (S. 31-46). München: Frauenoffensive.
- Stahr, I. (1999). Eßstörungen in der Adoleszenz: Neuere epidemiologische Daten und theoretische Entwicklungen. In P. Kolip (Hrsg.), *Programme gegen Sucht: internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jungendalter* (S. 89-108). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Stark, W. (2000). Empowerment. Die Menschen stärken – aber wie? *Impact. Eine Informationszeitschrift von basis*, 1, 1-16. Zugriff am 03. Juni 2012 unter http://www.cg-empowerment.ch/_file/Impact01_00-1_Empowerment.pdf
- Theunissen, G. (2007). *Empowerment behinderter Menschen - Inklusion-Bildung – Heilpädagogik - Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Theunissen, G. & Plaute, W. (1995). *Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbauch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Treasure, J. (1999). *Gemeinsam die Magersucht besiegen: ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige*. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag.
- Waldhelm-Auer, B. (2004). *Prävention von Essstörungen an Schulen. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer*. Salzburg: Akzente.

- Wanke, E.-M., Petruschke, A. & Korsten-Reck, U. (2004). Ess-Störungen und Sport – eine Bestandsaufnahme. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 55 (11), 286-294.
- Weiglhofer, H. (2000). *Förderung der Gesundheit in der Schule: Grundlagen, Methoden und Ergebnisse der schulischen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung*. Wien: Facultas-Univ.-Verlag.
- Wiesinger-Russ, A. (2000). Aggressionsverhalten in den Leibesübungen der Mädchen. *Bewegungserziehung*, 54 (5), 22-28.
- Wiesinger-Russ, A. (2002). Phantasiereise. In G. Bauer-Pauderer (Hrsg.), *Mädchen stärken – Selbst verteidigen. Unterrichtsbehelf für Leibeserzieherinnen und Leibeserzieher, die Mädchen unterrichten*. (S. 24). Krems: FrauenForum Leibeserziehung.
- Wiesinger-Russ, A. (2005). Vertrauensspiele. In G. Bauer-Pauderer (Hrsg.), *Essstörungen: Unterrichtsbehelf für Leibeserzieherinnen, die Mädchen unterrichten*. (S. 22-26). Krems: FrauenForum Leibeserziehung.
- Zapotoczky, K. & Mechtler, R. (1995). *Primärprävention. Ein ursachen- und ressourcenorientierter Ansatz in der Gesundheitsförderung*. Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner.

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, wie im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ mit Mädchen Primärprävention von Essstörungen geleistet werden kann. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird zu Beginn der vorliegenden Arbeit der Problematik von Essstörungen, deren Formen, Ursachen und Symptomen Beachtung geschenkt. Um in weiterer Folge die Möglichkeiten der Primärprävention im Fach „Bewegung und Sport“ aufgrund seiner Körpernähe aufzeigen zu können, wird im zweiten Kapitel der Zusammenhang von Essstörungen und Körperwahrnehmung diskutiert. Nach der Darstellung des Handlungs- und Aufgabenbereichs der Institution Schule in Bezug auf Gesundheitsförderung und Primärprävention im dritten Kapitel, werden im vierten und letzten Teil der Arbeit die Möglichkeiten der Prävention von Essstörungen speziell im Fach „Bewegung und Sport“ ausgelotet. Das Ende der vorliegenden Arbeit bildet eine Auflistung ausgewählter Spiele als Anregung zur konkreten Umsetzung im Sportunterricht.

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit *selbstständig verfasst habe* und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht (z.B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.

Agnes Morgenbesser

Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei Ass.- Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller für die Unterstützung und Begleitung während des gesamten Diplomarbeitsprozesses, für die fachliche Betreuung, für die vielen inhaltliche Impulse und anregenden Rückfragen bedanken.

Auch möchte ich mich bei meiner Familie und meinem Freund Christian für die emotionale Unterstützung und Begleitung während meines gesamten Studiums bedanken.

Lebenslauf

Agnes Morgenbesser

Geboren am 04.11.1986 in Oberpullendorf (Burgenland)

1992 – 1996	Volksschule in Zöbern, NÖ
1996 – 2001	Hauptschule in Zöbern, NÖ
2001 – 2005	Bundes - Oberstufenrealgymnasium Wr. Neustadt Unter bes. Ber. d. sportlichen Ausbildung Absolvierung der Reifeprüfung am 10. Juni 2005
seit Oktober 2005	Lehramtstudium UF Bewegung und Sport UF Biologie und Umweltkunde an der Universität Wien