universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Ideal- und Selbstvorstellungen des adipösen Körpers“

Eine interdisziplinäre Perspektive

Verfasserin

Elisabeth Pahr

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 190 299 477
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Lehramtstudium UF Psychologie und Philosophie UF Haushaltsökonomie und Ernährung
Betreuerin / Betreuer:	Univ.-Prof. Dr. Patrizia Giampieri-Deutsch

Eidesstattliche Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch in keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im April 2011

Elisabeth Pahr

Inhaltsverzeichnis

VORWORT ..... **- 9 -**

1. EINLEITUNG ..... **- 5 -**

2. ADIPOSITAS ..... **- 8 -**

2.1 Erster Versuch einer Definition (nach Hauner 1998) ..... - 8 -
2.2 Zweiter Versuch einer Definition ..... - 8 -
2.3 Anthropometrie ..... - 9 -
2.4 Epidemiologie in Österreich ..... - 10 -
2.5 Komorbidität der Adipositas ..... - 12 -
2.5.1 Psychische Komorbidität der Adipositas ..... - 13 -

3. ÄTIOLOGIE DER ADIPOSITAS ..... **- 14 -**

3.1 Erklärungsansätze nach dem Österreichischen Adipositasbericht 2006. Das „adipogene Umfeld“ ..... - 14 -
3.2 Psychologische Erklärungen der Adipositas ..... - 17 -
3.3 Ursachen und Erscheinungsformen der Adipositas nach Hilde Bruch ..... - 21 -
3.3.1 Eine Einteilung der Begriffe ..... - 21 -
3.3.1.1 Adipositas eine Essstörung? ..... - 23 -
3.3.2 Die Mutter-Kind-Beziehung als Grundlage ..... - 25 -
3.3.3 Hungerwahrnehmung ..... - 27 -

4. DIE ENTWICKLUNG DER SELBST- UND OBJEKTVORSTELLUNGEN ..... **- 31 -**

4.1 Objektbeziehungstheorie ..... - 31 -
4.2 Die Entwicklung des Selbst ..... - 33 -
4.3 Selbstgefühl und Identität ..... - 36 -
4.3.1 Neuere psychoanalytische Selbst- und Identitätstheorien ..... - 39 -
4.4 Adoleszenz und Identität ..... - 39 -
4.5 Das Selbstwertgefühl ..... - 41 -

5. KÖRPERBILD ..... **- 44 -**

5.1 Konzept und Definition ..... - 44 -
5.2 Psychoanalytische Theorien über das Körperbild und dessen Störung ..... - 47 -
5.3 Körperpathologien ..... - 49 -
5.3.1 Der eigene Körper als Objekt ..... - 50 -
5.3.2 Der Körper als Übergangsobjekt ..... - 50 -
5.4 Am Anfang war das Essen ..... - 53 -

6. PSYCHOGENE ESSSTÖRUNGEN ..... **- 56 -**

6.1 Psychosomatik der Oralität ..... - 58 -
6.2 Erscheinungsformen der Essstörungen ..... - 59 -
6.2.1 Anorexia Nervosa ..... - 59 -
6.2.1.1 Psychodynamik ..... - 60 -
6.2.2 Bulimia Nervosa ..... - 63 -
6.2.2.1 Psychodynamik ..... - 64 -
6.2.3 Psychogene Hyperphagie/Fettsucht ..... - 66 -
6.2.3.1 Psychodynamik ..... - 68 -
6.3 Körperbild und Selbstwahrnehmung ..... - 71 -
6.4 Wahrgenommene Stigmatisierung ..... - 72 -
6.5 Körperwahrnehmung und Adipositas ..... - 74 -
6.6 Diätverhalten ..... - 77 -

7. SOZIOLOGISCHE PERSPEKTIVE ..... **- 82 -**

7.1 Stigma ..... - 82 -
7.1.1 Erving Goffman ..... - 82 -
7.1.2 Die Funktion der Stigmata – Jürgen Hohmeier ..... - 85 -
7.1.3 Sozialpsychologischer Ansatz ..... - 86 -
7.2 Stigmatisierung von Adipositas ..... - 87 -
7.3 Der Körper im Wandel der Zeit ..... - 89 -
7.3.1 Gewicht und Ideal ..... - 92 -

7.3.2 Ideal- und Selbstbild ..... - 94 -
7.4 ESSSTÖRUNGEN ALS CULTURE-BOUND-SYNDROM ..... - 95 -
8. ZUSAMMENFASSUNG ..... - 99 -
9. LITERATURVERZEICHNIS ..... - 101 -
9.1 INTERNETQUELLEN ..... - 107 -
10. ANHANG ..... - 109 -
10.1 ANOREXIA NERVOSA ..... - 109 -
10.2 BULIMIA NERVOSA UND BINGE-EATING-DISORDER ..... - 110 -
LEBENSLAUF ..... - 111 -

Vorwort

Meine Auseinandersetzung mit der Psychologie, der Philosophie und der Ernährungswissenschaft machte mir deutlich, wie sehr diese, auf den ersten Blick so unterschiedlichen Wissenschaften, zusammenspielen und einander beeinflussen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich das Mentale zum Physischen verhält. Besonders die Nahrungsaufnahme zeigt, dass sie einen starken Einfluss auf unsere Psyche hat, wie auch umgekehrt. Auch wenn ein adipöser Körper von außen betrachtet ein klarer Fall für die Ernährungswissenschaft zu sein scheint, zeigt sich doch, dass sich dahinter oft psychische Probleme verstecken können.

Die Psychoanalyse als interdisziplinäre Wissenschaft ermöglichte es mir, diese Dimensionen zu verbinden. Sie selbst steht seit jeher zwischen der Psychologie, der Philosophie und den Naturwissenschaften, wobei sich die Psychologie und die Psychoanalyse mit Hilfe des Begriffssystems der Philosophie entwickelt haben (vgl. Klein, H.D. 2002, S. 47). Auch die Theorie des Mentalen liefert einen begrifflichen Rahmen zur Integration der verschiedenen Disziplinen. Um die Fragen des Leib-Seele-Problems, der Beziehung zwischen Kognition und Emotion und nach dem Bewusstsein zu stellen und zu untersuchen, tauscht sich die analytische Philosophie des Geistes mit den Kognitions- und Neurowissenschaften aus, versucht ihre Antworten in die Theorie des Mentalen zu integrieren und stellt so auch die Verbindung zur Psychoanalyse dar (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2002, S. 13).

Eine Reihe von grundlegenden Werken, die diesen Zusammenhang aufgreifen und die die zentrale Problemstellung der modernen Psychoanalyse erörtern, bildet den Bezugsrahmen meiner Arbeit (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 1995, 2005, 2009; Rudnytsky, P.L., Giampieri-Deutsch, P. & Bókay, A. 1996).

Die Frage nach der Entstehung der Emotionen im Gehirn bringt, hinsichtlich meiner Arbeit, einen interessanten Zusammenhang zum Vorschein, denn es wurde festgestellt, dass Emotionen im Limbischen System verarbeitet werden. Ein Teil dieses Systems ist der Hypothalamus, der auch die Nahrungsaufnahme steuert (vgl. Roth, G. 2004, S. 177). Das heißt, dass Emotionen, Hunger und Sättigung an ähnliche oder sogar identische neuronale Verarbeitungsprozesse gekoppelt sind. Dies ist aber nur ein Beispiel das zeigen kann, wie sehr diese Wissenschaften zusammenhängen, einander bedingen und erweitern können.

Die Theorie der Psychoanalyse hat mir die Möglichkeit geboten, meine Interessen, Fragen und Anliegen zu verbinden und daraus eine interdisziplinäre Arbeit zu gestalten.

Besonderer Dank gilt meiner Betreuerin, Dr. Patrizia Giampieri-Deutsch, für ihre Inspiration und Unterstützung.

1. Einleitung

Laßt wohlbeleibte Männer um mich sein,
Mit glatten Köpfen und die nachts gut schlafen,
Der Cassius dort hat einen hohlen Blick;
Er denkt zuviel: *die* Leute sind gefährlich!
[…]
Wär er nur fetter! Zwar ich fürcht ihn nicht;
Doch wäre Furcht nicht meinem Namen fremd,
Ich kenne niemand, den ich eher miede
Als diesen hagern Cassius. Er liest viel;
Er ist ein großer Prüfer und durchschaut
Das Tun der Menschen ganz; er liebt kein Spiel
Wie du, Antonius, hört nicht Musik […].

Julius Caeser. 1.Akt, 2. Szene
(Shakespeare, W. 1986, S. 11)

In der Shakespear´schen Tragödie fühlt sich Caesar von der Verschwörung seiner politischen Gegner bedroht und erkennt im hageren, asketisch lebenden und intelligenten Denker Cassius seinen erbittertsten Feind. Von wohlbeleibten Männern, die den Freuden des Lebens nicht abgeneigt sind, sich lieber mit Musik und Spiel beschäftigen und kaum Ehrgeiz entwickeln, sieht er keine Gefahr für sich ausgehen (vgl. Ried, J. 2010, S. 181).

Doch nicht erst seit den Zeiten Shakespeares wird von der körperlichen Erscheinung eines Menschen auf seine Charakterzüge geschlossen. Das Aussehen ist auch Grundlage für die Erwartungen, die andere an die betreffende Person richten (vgl. Ried, J. 2010, S. 181).

Die Menschheitsgeschichte durchzieht eine solche sterotypisierende und wechselseitige Zuordnung von körperlichen und geistigen Eigenschaften und ihre Verbindung mit sozialen Erwartungen und Maßstäben der Ästhetik in verschiedensten Abwandlungen. Betrachtet man die künstlerische Darstellung von menschlichen Körpern aus den verschiedenen Epochen, so lässt sich zeigen, dass die prägenden körperlich-ästhetischen Ideale einem ständigen Wandel unterworfen waren. Beginnend bei der ausgesprochen korpulent gestalteten Venus von Willendorf über die athletischen Statuen der klassischen griechischen und römischen Antike und weiter zu den jungen Frauen in Renaissanceportraits, die beinahe anorektisch wirken und die ihr Gegenstück in den üppigen Damen der Gemälde von Rubens finden, bis hin zu den aktuell in den Medien angepriesenen Models (vgl. Ried, J. 2010, S. 182).

Im westlichen Kulturraum ist das leitende körper-ästhetische Ideal geprägt von Schlankheit und Sportlichkeit. Mit dieser Erscheinung werden eine Reihe positiv konnotierter persönlicher Eigenschaften verbunden, so wie Erfolg, Ansehen und Disziplin. Ein höheres Körpergewicht wird umgekehrt mit den korrespondierenden negativ bewerteten Charakterzügen wie Faulheit, Nachlässigkeit und Dummheit in Verbindung gebracht (vgl. Ried, J. 2010, S. 182).

Diese negative Charakterisierung einzelner Personen dieser Gruppe aufgrund von gesellschaftlich negativ bewerteten Merkmalen, wird als Stigmatisierung bezeichnet (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 43). Bereits sechsjährige Kinder verbinden mit der Silhouette eines dicken Kindes Adjektive wie „faul, dreckig, dumm und unansehnlich“ und wählen vermehrt dünne Kinder als Freunde (vgl. Musher-Eizenman et al. 2004, S. 613-620).

Die Folgen der Stigmatisierung sind Ausgrenzung, Benachteiligung und soziale Isolation. Das soziale Klima unserer Gesellschaft begünstigt Schlanksein in erheblichem Maße, so dass es oft verwunderlich erscheint, dass nicht alle dicken Menschen aufgrund ihres Dickseins an Aversion und Selbsthass leiden. Es bestand die Tendenz, die gesellschaftliche Stigmatisierung und das Gefühl, einer verachteten Minderheit anzugehören, für die psychischen Probleme und das niedrige Selbstwertgefühl der Adipösen verantwortlich zu machen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 130).

Heute geht man allerdings davon aus, dass stigmatisierte Personen zwar problematische Situationen erleben, die ihren Selbstwert bedrohen, trotzdem es aber viele schaffen, diese Herausforderung zu bewältigen. Es werden Copingstrategien eingesetzt, um den Selbstwert zu schützen (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 44).

Nicht jeder Mensch verfügt jedoch über solche Copingstrategien. Psychische Probleme werden oft nicht nur durch Stigmatisierung ausgelöst, sondern bestehen bereits und erschweren die Bewältigung von Stigmatisierungserlebnissen. Stigmatisierung von Adipositas ist ein erhebliches gesellschaftliches Problem, das den Menschen bewusst gemacht werden muss, damit sie sensibilisiert werden. Doch muss auch gesagt werden, dass es Stigmatisierung aufgrund eines Normbruches immer schon gegeben hat und sie somit kein Phänomen unserer heutigen Gesellschaft ist. Das gilt auch für die Schönheitsnorm, das Ideal, deren Abweichung stigmatisiert wird. Generell sind Menschen darum bemüht, sich dieser Norm anzupassen, doch ist zu bemerken, dass dies in unterschiedlichem Ausmaß passiert.

Obwohl die Anzahl der Personen, die mit ihrem Gewicht unzufrieden sind, ziemlich groß ist, kann man beobachten, dass nicht alle Übergewichtigen mit ihrem Körper ein Problem haben.

Genauso wie es verschiedene Ursachen für Adipositas gibt, sind auch die Einstellungen der Betroffenen zu ihrem Körper unterschiedlich. Der gesellschaftliche Druck schlank zu sein, ist so groß, dass so ziemlich jeder Mensch, dessen BMI knapp über dem Normalbereich liegt, darunter leiden müsste. Jedoch findet man genug Übergewichtige, die sich in ihrem Körper wohlfühlen und keinen Gedanken an Diäten verschwenden. Ist dies zwar aus medizinischer Sicht nicht optimal, so lässt sich erkennen, dass es einen Unterschied geben muss zwischen adipösen Personen, die kein Problem mit ihrem Gewicht und dessen Stigmatisierung haben, und jenen, die unter ihrem adipösen Körper leiden und verzweifelt versuchen, sich dem Schönheitsideal zu unterwerfen. Woran liegt es, dass solche Personen ständig versucht sind, sich den gesellschaftlichen Erwartungen anzupassen? Solche Personen erleben oft Selbsthass und Verachtung wegen des Dickseins, doch können diese Gefühle nicht ausschließlich durch soziale Einstellungen begründet sein. Psychische und zwischenmenschliche Erfahrungen im frühen Leben spielen die wesentliche Rolle (vgl. Bruch, H. 2001, S. 130). Deshalb stehen sie auch im Mittelpunkt dieser Arbeit.

2. Adipositas

2.1 Erster Versuch einer Definition (nach Hauner 1998)

Bei der Adipositas handelt es sich um „eine über das Noramalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes“ (Hauner, H. 1998, S. 12), die mit einem erhöhten Gewicht einhergeht. Sie erlangt dann Krankheitswert, wenn damit eine Beeinträchtigung wichtiger Organfunktionen bzw. eine erhöhte Morbidität und Mortalität einhergehen (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 37).

2.2 Zweiter Versuch einer Definition

Die Frage nach der Adipositas kennt viele Antworten, denn hinter diesem Begriff steckt viel mehr als ein körperlicher Zustand.

„Adipositas ist:

- ein BMI größer als 30,
- eine chronische Krankheit,
- ein Risikofaktor für Diabetes,
- Herzkreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten.

Adipositas ist:

- eine Zivilisationskrankheit
- die Folge von Fast Food, Soft Drinks und Süßigkeiten
- […] genetischer Defekt, aber auch Folge falscher Erziehung,
- [Resultat] mangelnder Zuneigung, Vereinsamung oder sexueller Frustration.

Adipositas ist:

- eine kritisch erhöhte Fettmasse,
- eine physische und psychische Belastung,
- das Gesundheitsrisiko Nummer 1 in westlichen Gesellschaften,
- Grund für sinkende Lebenserwartung und leere Sozialkassen,
- sozialer Tod und schwerer Start ins Leben,
- eine weltweite Epidemie und in vielen Staaten bald nicht mehr Ausnahme, sondern Regel, nicht mehr Abweichung, sondern Norm.“ (Schorb, F. 2008, S. 57)

Trotz ihrer Überspitztheit beinhaltet diese Definition in ihrer Gesamtheit sehr viel Wahres. Adipositas ist in ihrer Entstehung sehr komplex und viele Definitions- und Erklärungsan-

sätze sind bloß aus einer spezifischen Sichtweise korrekt und somit strittig (vgl. Schorb, F. 2008, S. 57).

Von der WHO wird Adipositas bereits als Epidemie bezeichnet. Fest steht: Sie ist ein volksgesundheitliches Problem mit verschiedenen sozialmedizinischen Aspekten. (vgl. WHO, 2000).

2.3 Anthropometrie

Unter Anthropometrie versteht man die Messung von Körpergröße und Körpergewicht sowie die Ermittlung von Umfängen und Längen verschiedener Körperregionen (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 36-48).

Zur Anthropometrie zählen unter anderem die Berechnung des Body Mass Index (BMI), die Messung des Bauchumfangs und die Bestimmung des Taillen-Hüft-Quotienten (WHR), die hauptsächlich im klinischen Bereich angewendet werden, da diese einfache, schnelle Methoden sind und eine Beurteilung des viszeralen Fettes erlauben (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 36f). Die häufigste Methode, die zur Bestimmung herangezogen wird, ist die Erfassung des BMI, der Körpergröße und –gewicht zueinander in Relation setzt. Der BMI ist somit der Quotient aus Gewicht (kg) und Körpergröße (m) zum Quadrat, BMI= $kg/(m)^2$ (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 36-48).

Üblicherweise wird zur Klassifizierung des BMI bei Erwachsenen die international akzeptierte Einteilung der WHO (2000) verwendet. Sie grenzt Unter-, Normal- und Übergewicht, sowie mehrerer Schweregrade der Adipositas ab. (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 36-48).

Klassifikation	BMI (kg/m^2)	Risiko für Begleiterkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	≥ 25,0	–
Prä-Adipositas	25,0 – 29,9	gering erhöht
Adipositas (Grad I)	30,0 – 34,9	erhöht
Adipositas (Grad II)	35,0 – 39,9	hoch
Adipositas (Grad III)	≥ 40,0	sehr hoch

Tab. 2- 1: BMI-Klassifikation und Risikobewertung bei Erwachsenen
(Quelle: Kiefer, I. et al. 2006, S. 39)

Bei Kindern und Jugendlichen (0-18 Jahre) erfolgt die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas anhand der geschlechtsspezifischen Altersperzentilen, da der BMI im Wachstum von den physiologischen Veränderungen des Körpergewichtes beeinflusst wird. Bei Jugendlichen soll der BMI etwa zwischen der 25. und 75. Altersperzentile liegen. Ab der 90. Perzentile wird von Übergewicht und ab der 97. von Adipositas gesprochen. Als gutes Maß für die Definition der mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbundenen Adipositas erwies sich die

97. Perzentile, weil sie im jungen Erwachsenenalter fast fließend in die risikobezogenen Grenzwerte der WHO übergeht (vgl. Kromeyer-Hauschild et al. 2001, S. 807-818).

Die Klassifikation der WHO teilt Übergewicht in Präadipositas und verschiedene Grade der Adipositas ein. Übergewicht wird definiert als BMI <25 und Adipositas als BMI >30kg/m². Eine Klassifikation der Adipositas ist notwendig, da sich das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko mit dem Grad der Adipositas erhöht (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 37).

2.4 Epidemiologie in Österreich

In Amerika gilt Adipositas als Hauptursache für Morbidität und Mortalität. Laut Schätzungen sterben jedes Jahr 300.000 Menschen durch ihre Folgen. Denn ein Body-Mass-Index >30 kg/m² kann die Mortalität um 50 bis 150 % erhöhen (vgl. Kiefer, I. et al. 2001, S.17).

Die „globale Epidemie“ Adipositas (vgl. WHO. 2000) weitet sich immer mehr aus und das mit beträchtlichen Folgen. Fettleibigkeit und Übergewicht stellen ein erhebliches Risiko für schwere ernährungsbedingte chronische Krankheiten dar. Die gesundheitlichen Folgen reichen von schweren chronischen Erkrankungen, welche die allgemeine Lebensqualität verringern bis zu erhöhtem Risiko vorzeitigen Todes. Von besonderem Interesse ist die zunehmende Häufigkeit von Fettleibigkeit bei Kindern (vgl. WHO. 2010; vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 36ff, vgl. Hauner, H. et al. 2007, S. 7f). Nach Einschätzung der WHO hat Übergewicht, weltweit betrachtet, bereits Aktionsfelder von Public Health wie Untergewicht und Infektionskrankheiten überholt (vgl. Ried, J. 2010, S. 187). Schätzungen zu Folge liegt der Anteil der adipösen Erwachsenen bei 17 % (vgl. Lobstein, T. & Millstone E. 2007, S. 7-16).

Auch in Österreich ist die Anzahl an Übergewichtigen und Adipösen bedenklich hoch, dies zeigte auch der erste österreichische Adipositasbericht 2006 (vgl. Kiefer, I. et al. 2006).

Die Daten wurden anhand von 1.054 Teilnehmern, im Alter zwischen 30 und 74 Jahren, durch Vorsorgeuntersuchungen in ganz Österreich ermittelt. Das Ergebnis: In Österreich sind jeder zweite Mann und jede dritte Frau übergewichtig. 37,0 % der erwachsenen ÖsterreicherInnen sind übergewichtig (BMI 25–29 kg/m²) und 9,1 % adipös (BMI ≥ 30 kg/m²). Männer leiden häufiger an Übergewicht als Frauen (54,3 % vs. 21,3 %) Letztere sind hingegen eher untergewichtig als Männer (3,3 % vs. 0,9 %). In den jüngeren Altersgruppen weisen Untergewicht und Normalgewicht die höchsten Prävalenzen auf. Bei den 55 bis 64-jährigen Männern und bei den 65 bis 74-jährigen Frauen wird am häufigsten Übergewicht und Adipositas festgestellt (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 59).

	20–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–84	85+	gesamt
Männer									
Untergewicht*	2,1	0,9	0,6	0,7	0,5	0,7	1,7	2,3	0,9
Normalgewicht*	55,8	45,4	36,8	26,6	25,2	27,3	33,3	43,7	35,7
Übergewicht*	39,4	48,5	54,1	59,6	60,7	59,3	57,6	50,3	54,3
Adipositas*	2,7	5,2	8,4	13,1	13,6	12,7	7,4	3,7	9,1
Frauen									
Untergewicht*	6,9	5,4	3,3	2,0	1,1	1,7	2,6	7,3	3,3
Normalgewicht*	83,2	77,9	73,1	61,3	54,3	51,4	58,6	69,9	66,3
Übergewicht*	7,4	11,7	17,1	25,8	30,0	31,4	29,5	17,8	21,3
Adipositas*	2,5	5,1	6,6	10,9	14,6	15,5	9,3	5,0	9,1
Gesamt									
Untergewicht*	4,5	3,1	2,0	1,3	0,8	1,3	2,3	5,9	2,2
Normalgewicht*	69,4	61,6	54,7	44,0	40,2	40,9	50,3	62,7	51,7
Übergewicht*	23,4	30,1	35,8	42,7	44,9	43,5	38,8	26,7	37,0
Adipositas*	2,6	5,2	7,5	12,0	14,1	14,3	8,7	4,7	9,1

* Untergewicht: BMI < 18,5 kg/m²; Normalgewicht 18,5–24,9 kg/m²; Übergewicht 25–29,9 kg/m²; Adipositas ≥ 30 kg/m²

Tab. 2- 2: Verteilung der BMI-Klassifikation bei Erwachsenen in Österreich nach Geschlecht und Alter (in %) (Quelle: Kiefer, I. et al. 2006, S. 59).

Die Prävalenz der Adipositas nach Bundesländern betrachtet zeigt ein deutliches Ost-West-Gefälle. Den höchsten Anteil an Adipösen hat das Burgenland mit 13,1 % und den niedrigsten Salzburg mit 6,2 %. Das Burgenland (13,1 %), Niederösterreich (10,4 %), Oberösterreich (9,7 %) und die Steiermark (10,3 %) sind über dem österreichischen Durchschnitt von 9,1 %. Das Vorkommen von starkem Übergewicht in Salzburg, Vorarlberg, Kärnten, Tirol und Wien liegt unter dem Durchschnitt (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 60).

Der international beschriebene Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Prävalenz der Adipositas findet sich auch in Österreich, denn Frauen mit Pflichtschulabschluss ohne Lehre haben die höchste Adipositasprävalenz (13,9 %). Dagegen sind Frauen mit Universitätsabschluss am seltensten adipös (3,2 %) Bei Männern findet sich ebenfalls ein Gefälle der Adipositasprävalenz mit steigender Bildung, jedoch weniger deutlich wie bei den Frauen. 11,4 % der Männer mit Pflichtschulabschluss ohne Lehre sind adipös. Im Vergleich dazu sind es 4,4 % der Akademiker (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 59-75).

Risikogruppen sind sozioökonomisch schwächere Schichten, ArbeiterInnen sowie die bäuerliche Bevölkerung. Besonders Frauen betreffen die Folgen der Adipositas verstärkt, denn sie sind häufiger arbeitslos und leiden auch vermehrt an psychischen Erkrankungen (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 59-75).

Die drohenden Beeinträchtigungen der Gesundheit sind bereits Grund genug, um Maßnahmen zur Reduktion von Inzidenz und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas anzustreben. Es spielen aber auch gesundheitspolitische und wirtschaftliche Gründe eine entscheidende Rolle. Durch die weite Verbreitung von Übergewicht und Adipositas erwartet man sich eine weitere Steigerung der Kosten. Direkte Kosten sind Aufwendungen für medizinische

Leistungen, indirekte Kosten hingegen fallen aufgrund von Produktivitätsausfällen an. Beide belasten das ohnehin schon chronisch unterfinanzierte Gesundheitssystem (vgl. Ried, J. 2010, S. 188).

Kosteneffektiver als deren Behandlung wären präventive Maßnahmen gegen Adipositas. Diese müssten als Langzeitprogramme mit gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität geplant werden und für adipöse, aber auch für normalgewichtige Personen gelten (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 59-75).

Laut „System of Health Account" der OECD betrugen im Jahr 2004 die gesamten Gesundheitsausgaben in Österreich 22,77 Milliarden €, das entspricht 9,6 % des BIP. Schätzungen ergaben, dass die direkten Kosten der Adipositas in Europa 1–5 % der gesamten Gesundheitskosten ausmachen. Legt man dies auf Österreich um, betragen die direkten Adipositas assoziierten Kosten 227,7 Millionen bis 1,14 Milliarden € (0,1 – 0,5 % des BIP) (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 203). In Österreich würde ein 1 %iger Rückgang der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas Einsparungen direkter Gesundheitskosten in der Höhe von 751,4 Millionen € bringen (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 203).

2.5 Komorbidität der Adipositas

Ein erhöhter Anteil an Körperfett erhöht das Risiko für eine ganze Reihe körperlicher Erkrankungen. Ab einem BMI von 30 kg/m² steigt das Erkrankungsrisiko für eine Vielzahl an Beschwerden (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 24).

Unter anderem können Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels auftreten. Hierzu zählen: Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz und Diabetes mellitus Typ 2. Des Weiteren steigt die Wahrscheinlichkeit an Dyslipoproteinämie, Hyperurikämie/Gicht oder chronischer Entzündungen zu erkranken. Einen hohen Anteil an Erkrankungen stellen die arterielle Hypertonie und kardiovaskuläre Erkrankungen, wie z.B. koronare Herzerkrankung, Schlaganfall und Herzinsuffizienz dar. Auch Karzinome, bei den Frauen z.B. Gebärmutterschleimhaut, Gebärmutterhals, Eierstöcke, Brustdrüse, Niere, Dickdarm, bei den Männer z.B. Prostata, Dickdarm, Gallenblase, Pankreas, Leber, Niere, Ösophagus, sind oft Folgen von Übergewicht und Adipositas. Hormonelle Störungen, pulmonale Komplikationen, gastrointestinale Erkrankungen und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Coxarthrose, Gonarthrose, Wirbelsäulensyndrome) zählen ebenso zu den Folgeerkrankungen wie ein erhöhtes Operations- und Narkoserisiko, Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens, eine verminderte Lebensqualität und ein erhöhtes Unfallrisiko (vgl. Hauner, H. et al. 2007, S. 7f).

2.5.1 Psychische Komorbidität der Adipositas

Die Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten und Störungen ist bei Menschen mit Adipositas im Vergleich zu normalgewichtigen Personen höher. Als komorbide Störungen stehen dabei Angststörungen und Depression im Vordergrund. Nach aktuellen Erkenntnissen haben vor allem Frauen und Personen mit „Binge-Eating"-Störung ein erhöhtes Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 25f).

Wechsler J.G. et al. (S. 41-61) konnten 2005 zeigen, dass Depressionen bei Übergewichtigen doppelt so häufig sind, wie bei gleichaltrigen Personen mit Normalgewicht (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 26).

Der Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Klinik Dortmund, Stephan Herpertz, meint, dass im Idealfall bei psychischen Belastungen zwischen ursächlichen Faktoren und Folgezuständen der Adipositas unterschieden werden sollte, doch dies ist in der Regel nicht möglich. Untersuchungen ergeben, dass eine Gewichtsreduktion in den meisten Fällen mit einer Besserung psychischer Symptome verbunden ist (vgl. Herpertz, St. 2008, S. 292).

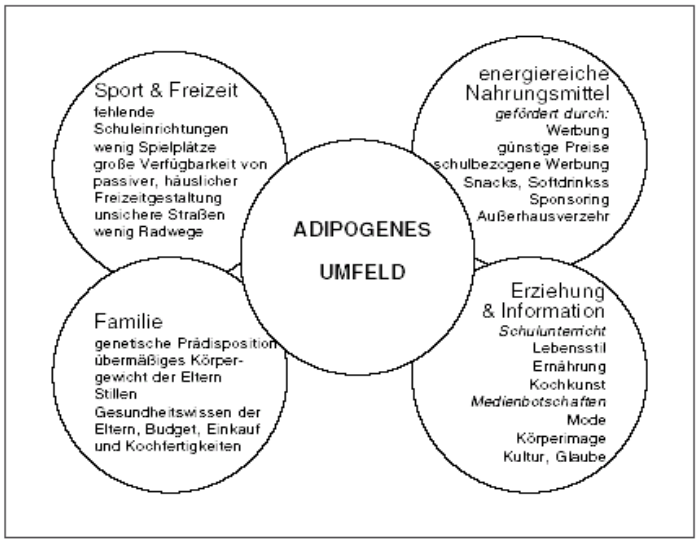
Beispielsweise zeigte eine schwedische Studie von Karlsson J. et al. 1998 (S. 113-126) eine Verbesserung der sozialen Interaktionen, eine Verringerung der Depressivität, eine Steigerung des seelischen Wohlbefindens und einen Verlust von Angst, wenn der Gewichtsverlust über fünf Jahre konstant blieb (vgl. Hauner, H. et al. 2007, S. 30).

Adipositas und die Depression weisen wichtige Gemeinsamkeiten wie Bewegungsarmut, Antriebsschwäche und pathologisches hyperkalorisches Essverhalten, im Sinn einer Binge-Eating-Störung, auf. Die psychosozialen Belastungen eines adipösen Menschen sind unverkennbar und nur zu häufig aus der Diskrepanz von steigendem durchschnittlichen Körpergewicht der Bevölkerung und gesellschaftlich tradierten hohen Schlankheitsnormen begründet (vgl. Herpertz, St. 2008, S. 293).

3. Ätiologie der Adipositas

3.1 Erklärungsansätze nach dem Österreichischen Adipositasbericht 2006. Das „adipogene Umfeld“

Welche Faktoren nun Adipositas verursachen oder begünstigen ist nicht eindeutig zu beantworten. Es handelt sich eher um einen multifaktoriellen Prozess, der sowohl Verhalten, Physiologie und Umwelt mit einbezieht. Im Österreichischen Adipositasbericht 2006 wird von einem „adipogenen Umfeld“ ausgegangen (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 93).



Tab. 2- 3: Umweltfaktoren, die die Adipositasentstehung beeinflussen (Quelle: Kiefer, I. et al. 2006, S. 93)

Menschen in Industrienationen sind einer Reihe von Umweltfaktoren ausgesetzt, die das Risiko für die Entstehung von Übergewicht fördern. In der Pathogenese der Adipositas gibt es bis jetzt noch keine gesicherten epidemiologischen Daten, welche Faktoren mit welchem Ausmaß an der Pathogenese der Adipositas beteiligt sind (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 93).

Fest steht jedoch, dass Adipositas entsteht, wenn langfristig die tägliche Kalorienaufnahme den Kalorienverbrauch übersteigt. Das heißt, es wird über einen längeren Zeitraum mehr Energie aufgenommen als verbraucht wird. Der somit entstehende Überschuss wird in Form von Fettmasse gespeichert. Doch über die zugrunde liegenden Prozesse und Faktoren wird diskutiert. Das Essverhalten spielt auf Seiten der Energieaufnahme die zentrale Rolle. Es wird von physiologischen und psychologischen Prozessen der Hunger- und Sättigungsregulation gesteuert (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 27).

Der Adipositasbericht zeigt, dass ein hoher Fettkonsum und energiereiche Nahrungsmittel, einschließlich kalorienreicher Getränke, an der Genese von Übergewicht beteiligt sind.

Adipöse Personen konsumieren bevorzugt Nahrungsmittel mit hoher Energiedichte und essen mehr Fett als Normalgewichtige (vgl. Kiefer, I. et al. 2006, S. 93).

Der evangelische Theologe und Mitglied der Nachwuchsforschergruppe Adipositas der Universität Marburg Jens Ried, hat vier Deutungsmuster festgehalten. Als erstes Deutungsmuster kann das individuelle unzureichend kontrollierte Ess- und Bewegungsverhalten angeführt werden. Dieser Ansatz ist jedoch nicht neu: Schon Aristoteles (vgl. Aristoteles Eth Nik, 1118b) hatte im Defekt des natürlichen Bedürfnisses nach Sättigung, das in einem übermäßigen Konsum von Nahrungsmitteln resultiert, die Ursache für ein erhöhtes Körpergewicht gesehen. Er sah diese „Unvollkommenheit“ als eine Verletzung des Gebotes der Mäßigung und des Maßhaltens und interpretierte Übergewicht als Ergebnis eines individuellen Charakterfehlers. Übergewicht ist demnach die Folge einer Leidenschaft für den Genuss, die gleichzeitig zu einem psychosomatischen Leiden beiträgt bzw. auch ein solches reflektiert. Sowohl die Gewichtszunahme als auch ihre Reduktion werden der individuellen Verantwortlichkeit zugeschrieben (vgl. Ried, J. 2010, S. 189).

Ein weiteres Deutungsmuster löst das Verhalten aus dem Bereich der individuellen Verantwortlichkeit. Es ordnet deutlich erhöhtes Körpergewicht in einen biologisch-medizinischen Rahmen ein. Nicht nur das Bewegungsverhalten, auch biologisch-physiologische Faktoren wie z.B. Stoffwechselprozesse, bestimmen den Energieverbrauch. In Bezug auf die genetische Komponente weiß man derzeit, dass eine Menge an Genen an der Entstehung von Adipositas beteiligt ist. In diesem Bereich kann eine Eigenkontrolle gänzlich ausgeschlossen werden (vgl. Ried, J. 2010, S. 189). Auch aus Zwillingsexperimenten, Adoptionsstudien und Familienuntersuchungen ist inzwischen belegt, dass auch genetische Faktoren für eine Gewichtszunahme verantwortlich sind. Schätzungen über den genetischen Anteil am Gewichtsverhalten schwanken jedoch zwischen 25 % und 70 %. Es darf aber nicht geleugnet werden, dass unter anderem sowohl Alkohol, Rauchen und körperliche Inaktivität ein abdominelles Fettverteilungsmuster begünstigen (vgl. Hauner et al. 1998, S. 24).

Liebermeister (2002) geht davon aus, dass Adipositas durch genetisch multifaktorielle Bedingungen entsteht. Die genetische Ausstattung trägt bis zu 50 % zur Entstehung von Adipositas bei. Die persönliche Umgebung, wie Familie und Beruf spielen bis zu 20 % und Umweltfaktoren, wie Bewegungsarmut und fettreiche Ernährung, bis zu 30 % eine Rolle (vgl. Liebermeister, H. 2002, S. 15-30).

Damit gibt die Adipositasgenetik auch zu verstehen, dass deutlich erhöhtes Körpergewicht auf keinen Fall genetisches Schicksal ist. Sie betont die Möglichkeit und Notwendigkeit von präventiven und verhaltenstherapeutischen Interventionen, die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten verändern (vgl. Ried, J. 2010, S. 190).

Das dritte Deutungsmuster zeigt Ursächlichkeiten für Adipositas auf, welche vollständig außerhalb des Individuums liegen (vgl. Ried, J. 2010, S.190). Gemeint ist damit eine Reihe von Umweltfaktoren, die auf das Ess- und auf das Bewegungsverhalten einwirken (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 27).

Es findet sich eine Reihe von Faktoren, die eine erhöhte Aufnahme an Kalorien fördern und körperliche Aktivität kaum unterstützen. Hierzu zählen zum Beispiel der Überfluss an Nahrungsmitteln, die Masse an Fast Food Restaurants oder auch das große Angebot energiereicher Snacks. Damit verbunden sind oft die geringen Kosten und die großen Portionen dieser hochkalorischen Nahrungsmittel. Zu diesen Faktoren gehören aber auch Städtekonzepte sowie Transport- und Verkehrssysteme, die für körperliche Aktivitäten nicht förderlich sind (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 27).

Die Tatsache, dass in den westlichen Industrieländern Adipositas in Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker verbreitet ist als in höheren Schichten, lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass der Konsum von frischem Obst, Gemüse und hochwertigem Fleisch wegen geringer finanzieller Mittel keine große Bedeutung hat und daher bevorzugt Konservennahrung und Fertiggerichte gegessen werden. Im Allgemeinen weisen diese Lebensmittel einen deutlich höheren Fettgehalt auf (vgl. Böhnisch, E. et al. 2002, S. 31).

Doch das Argument, dass hochwertige Lebensmittel teuer sind, ist sicher zu kurz gegriffen, denn die Zutaten für eine ausgewogene und sättigende Ernährungsweise sind auch für Haushalte mit niedrigem Einkommen bezahlbar. Ausschlaggebender sind eher Tendenzen zum verstärkten Verzehr von vorgefertigten Mahlzeiten sowie vermehrtem Essen außer Haus. Weiters sind schichtspezifische Unterschiede im Hinblick auf die physische Aktivität entscheidend (vgl. Ried, J. 2010, S. 191).

Studien bestätigen, dass in den sozial besser gestellten Schichten verstärkt auf gesunde Ernährung geachtet wird. Diese halten sich auch mehr an das Schlankheitsideal und betreiben daher mehr Sport (vgl. Benecke, A. & Vogel, H. 2004, S. 9).

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft lässt sich die Entstehung von Adipositas nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen, sondern ist durch das Vorliegen mehrerer Faktoren bedingt. Genetische, soziokulturelle und auch psychosoziale Faktoren spielen beim Großteil der adipösen Menschen eine Rolle. Für die Entstehung von Adipositas lassen sich drei in sich greifende Hauptfaktoren zusammenfassen: Genetik, Verhalten und Umweltbedingungen, wobei psychische Probleme nicht außer Acht gelassen werden dürfen (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 28).

3.2 Psychologische Erklärungen der Adipositas

Psychologische Dimensionen dürfen in Bezug auf die Entstehung von Adipositas keineswegs als unabhängig von den äußeren Faktoren betrachtet werden. Jeder Einflussfaktor kann auf psychischer Ebene eine unterschiedliche Reaktion auslösen. Es gibt die verschiedensten psychischen Ursachen für Adipositas, genau so wie es viele Adipöse ohne psychische Störung gibt. Es muss anerkannt werden, dass Gesundheit und Krankheit von einer Vielzahl miteinander interagierender Faktoren beeinflusst sind und dass sich diese Interaktionen von Individuum zu Individuum unterschiedlich äußern (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 43).

Bei den psychologischen Ursachen der Adipositas werden nun verschiedene Auslöser diskutiert. Eine der psychologischen Perspektiven richtet ihre Aufmerksamkeit für die Entstehung der Adipositas auf das klassische Konditionieren. Besonders in der Werbung werden Produkte mit angenehmen und lustvollen Reizen verknüpft, und diese sollen die Menschen zum Kauf animieren. Solche Reizkoppelungen können auch übermäßiges Essen begünstigen. Bei der Behandlung von Adipositas setzt man nun auf Reizentkopplung, d.h., den Adipösen wird empfohlen, Reize zu entkoppeln, indem sie z.B. im Kino auf Popcorn verzichten. Weiters wird angeraten, Reize zu kontrollieren und zum Beispiel nicht hungrig einkaufen zu gehen, denn so laufe man nicht Gefahr, große Mengen an Lebensmitteln zu kaufen (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 45).

Das operante Konditionieren interessiert sich weniger für die Reize, die dem Verhalten vorausgehen, sondern stellt die Frage, was auf ein bestimmtes Verhalten folgt. Skinner antwortete darauf mit den unterschiedlichen Formen der Verstärkung: Die positiven Verstärkung, die indirekte Bestrafung, die direkte Bestrafung und die negative Verstärkung. Im Rahmen des operanten Konditionierens wird Essen als einer der bedeutsamsten positiven Verstärker gesehen. Essen beruhigt und tröstet oder kann als Belohnung dienen. Ein gebrochenes Herz verlangt nach Schokolade, oder man belohnt sich mit einer Pizza für die bestandene Prüfung (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 45).

Durch diesen Lernprozess entsteht eine Verknüpfung von „Essen“ und „angenehm“. Bei Übergewichtigen kann dies nun aber zu einem Teufelskreis führen, denn starke Emotionen, Stress, ein gescheiterter Diätversuch oder auch Hänseleien lösen das Bedürfnis nach Trost aus, das mitunter durch Essanfälle gestillt wird, die wiederum negative Gefühle auslösen, da der Diätversuch gescheitert ist (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 31).

Während einige Personen auf Stresssituationen mit Appetitverlust reagieren, lässt sich die gegenteilige Reaktion ebenfalls beobachten, nämlich ein plötzlich aufkommendes intensives Verlangen zu essen, dessen Folge die Entstehung von „Kummerspeck“ ist. Es konnte

auch gezeigt werden, dass insbesondere gerade jene Stresssituationen diese appetitsteigernde Wirkung auslösen, die durch Unterforderung und Reizarmut gekennzeichnet sind. In Gefühlszuständen wie Langeweile oder Einsamkeit dringt offensichtlich ein Bedürfnis des Organismus hervor, das in normalaktivierenden Situationen nicht verspürt oder verdeckt wird (vgl. Pudel, V. 1985, S. 34). Auch aktuelle Studien, die im Zusammenhang mit emotional motiviertem Essen unternommen wurden, bestätigen, dass insbesondere in negativen Gefühlslagen und Stimmungen wie Angst, Langeweile oder Einsamkeit mit dem Verzehr von Snacks reagiert wird (vgl. Macht, M. & Simons, G. 2000. S. 65-71). Dieses Verhalten wurde in gesteigerter Form vor allem bei übergewichtigen Personen beobachtet. Sie setzen, bewusst oder unbewusst, Essen zur Abwehr negativer Gefühle ein, da es durch seine symbolischen Qualitäten angenehme Empfindungen hervorruft und so von der misslichen Stimmung ablenkt (vgl. Setzwein, M. 2004, S. 310f).

Weitere psychologische Perspektiven, die versuchen, die Entstehung von Übergewicht zu erklären, sind die kognitiven Lerntheorien und im Speziellen die sozial-kognitive nach Bandura. Er geht davon aus, dass man am Modell lernt, indem man beobachtet. Und so beobachten Kinder ihre Eltern, wie sie sich ernähren, und ahmen das nach. Besonders für das Essverhalten kommt dem Modelllernen eine zentrale Rolle zu. Kinder essen das, was ihre Eltern essen. Jugendliche bevorzugen die Lebensmittel, die ihre Altersgenossen „cool“ finden (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 52).

Die Psychoanalyse sieht das Seelenleben als einen dynamischen und dauerhaft konfliktreichen Prozess. Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht das Unbewusste, das sich durch Fehlleistungen, den Traum und neurotische Symptome erkundbar zeigt. In diesem Zusammenhang stellt Adipositas ein neurotisches Symptom als Folge eines unlösbaren unbewussten intrapsychischen Konflikts dar (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 54).

Dies soll durch ein Beispiel verdeutlicht werden: Eine Person wünscht sich einerseits von einem anderen Menschen versorgt zu werden, andererseits geht dieses Bedürfnis nach Versorgtwerden mit Abhängigkeit einher, was ihr gefährlich erscheint. Die Person wird auf Versorgtwerden durch andere verzichten, sich stattdessen dem Kühlschrank zuwenden und übermäßig essen, denn der Kühlschrank scheint weniger bedrohlich als die Abhängigkeit von einem anderen Menschen. Warum nun diese Angst vor der Abhängigkeit besteht kann verschiedene Gründe haben (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 59):

<u>Drohender Verlust einer wichtigen anderen Person (Objektverlust):</u> Abhängigkeit von einer anderen Person kann die Angst erzeugen, diese Person zu verlieren, was als sehr schmerzvoll antizipiert wird. Den Hindergrund könnte ein tatsächlich erlebter Objektverlust bilden.

Schwäche enthüllt sich in Nähe: In der Nähe zu einem anderen Menschen zeigen sich die eigenen Schwächen, es ist einem nicht mehr möglich, sie zu verbergen, und deshalb wird Nähe gemieden. Die Person braucht die Distanz, da sie es nicht verkraftet, dass andere sie schwach sehen.
Die potenziell übergriffige, allmächtige andere Person: Oft gewährt man der Person von der man abhängig ist zu viele Zugangsrechte. Dies kann dazu führen, dass die Person das ausnützt um übergriffig zu werden oder um zu manipulieren.
Das fehlende Nein: Wenn man von jemandem abhängig ist, ist es nötig Grenzen zu ziehen und „Nein“ zu sagen, damit die Abhängigkeit nicht zu einer bedrohlichen Größe werden kann.

Diese Angst vor der Abhängigkeit ist lediglich eine Möglichkeit, warum eine Person adipös wird (vgl. Klotter, Ch. 2007. S. 60). Wird eine Person aufgrund einer Neurose adipös, dann ist davon auszugehen, „dass die Adipositas die derzeit beste Lösung eines bestehenden inneren Konflikts darstellt.“ (Klotter, Ch. 2007, S. 60)

Eine weitere psychoanalytische Perspektive ist Freuds Triebtheorie. Auch wenn die Freud´sche Phasenlehre abgelehnt oder als ergänzungsbedürftig angesehen wird, besitzt sie zum Verständnis von gestörtem Essverhalten nach wie vor hohe Relevanz (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 62).

In der oralen Phase ist die zentrale erogene Zone der Mund, wodurch das Kind durch das Gestillt- und Gefüttertwerden Befriedigung erfährt. Die Nahrungsaufnahme lässt sich nicht trennen von elementaren emotionalen Erfahrungen, sie ist für das Kind untrennbar mit der Befriedigung anderer Bedürfnisse wie Wärme, Zuwendung, Sicherheit und Aufmerksamkeit verbunden. Innerhalb der oralen Phase hat das Stillen eine zentrale Bedeutung. Im Akt des Stillens entsteht ein enger körperlicher Kontakt zur Mutter. Ist die Mutter entspannt und vermittelt dem Kind positive Gefühle, dann erfährt das Kind durch die Nahrungsaufnahme Wohlbefinden. Umgekehrt bringt eine angespannte oder feindselige Mutter das Kind dazu, die Nahrungsaufnahme zwiespältig zu erleben. In diesem Fall kann sogar die Entstehung von Essstörungen begünstigt werden. Während die Mutter-Kind-Interaktion bei Überlegungen zur Entstehung von Essstörungen fokussiert wird, wird die Rolle des Vaters oft wenig berücksichtigt. Vielleicht ist der Vater der Grund, warum die Mutter so angespannt ist, oder der Vater ist für Mutter oder Kind nicht hinreichend vorhanden (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 62f).

Eine weitere triebtheoretische Erklärung der Adipositas beruht auf der Annahme, dass Adipositas auf einer Fixierung der oralen Phase basiert. Es bestehen zwei Möglichkeiten: Das Kind wird zu gut versorgt und damit nicht aus der oralen Phase entlassen. Es erlebt keine Frustration und damit auch keine Separation von den Eltern. Als Erwachsener kann das Kind

dann den Anspruch ableiten, ein Leben lang gut versorgt zu werden. (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 65).

Die zweite Möglichkeit besteht darin, dass das Kind, vor allem auf der emotionalen Ebene, zu wenig versorgt wird. Es ergibt sich eine lebenslängliche Suche nach der guten Nahrung, die in diesem Fall für die emotionale Zuwendung steht. Der Mensch versucht diese Defizite zu kompensieren, indem er übermäßig isst, auch wenn er eigentlich Zuneigung und Wärme sucht (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 65).

Eine Interpretation zur Entstehung von Übergewicht ist die Regression vom genitalen Niveau auf ein orales Niveau. Ein Mensch, der zum Beispiel Angst vor Sexualität hat, kehrt zur Triebbefriedigung auf ein orales Niveau zurück und isst dann übermäßig viel. Sexualität wird als Grenzverletzung gesehen, die sexuellen Impulse lassen sich im Sinne Freuds umwandeln und durch die Nahrungsaufnahme befriedigen (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 66).

Hilde Bruch, Psychoanalytikerin und Koryphäe auf dem Gebiet der Essstörungen, liefert eine weitere psychoanalytische Erklärung für die Adipositas. Sie legt eine gestörte Mutter-Kind-Interaktion als Ursache aller Formen von Essstörungen zu Grunde. Wenn die Mutter nicht lernt, die unterschiedlichen Unmutsäußerungen (nasse Windel, Hunger, Magenkrämpfe…) des Kindes zu unterscheiden und alle als Hunger interpretiert und die Flasche reicht, dann wird das Kind auch nicht in der Lage sein, seine eigenen inneren Reize differenzieren zu lernen. Mit der Folge, dass das Kind noch als Erwachsener alle inneren Reize mit Nahrungsaufnahme beantworten wird (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 61).

Diese Annahme, dass Adipöse nicht gelernt haben, innere Reize wahrzunehmen, hatte zahlreiche Experimente zur Folge, die zur Formulierung der Externalitätshypothese führten. Sie besagt, dass das Essverhalten der Adipösen als „außenreizgesteuert“ beschrieben werden kann, denn Umweltsignale scheinen das Erleben von Hunger, Sättigung und Appetit zu beeinflussen. Ihre Körperwahrnehmung indessen ist weniger intensiv durch „Innenreize“ gesteuert. Indem gezeigt wurde, dass bei Übergewichtigen die Aversion zu essen während einer Mahlzeit zeitlich stark verzögert auftritt und dass Stress zu einem gesteigerten Essbedürfnis führt, konnte eine gestörte Sättigungswahrnehmung bei übergewichtigen Personen nachgewiesen werden (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 119; vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 136f).

Ein Experiment sollte die Außenreiztheorie überprüfen. Die Versuchspersonen erhielten eine Suppenmahlzeit aus einem Teller. Sie sollten solange essen, bis sie gesättigt sind. Der Teller wurde jedoch durch ein Loch am Boden ständig auf gleichem Füllzustand gehalten. Das Experiment lässt so nun den „Außenreiz“ des sich leerenden Tellers für das Erleben des Sättigungsgefühls überprüfen. Adipöse Versuchspersonen überessen in dieser Situation um durchschnittlich 70 %. Hilde Bruch erklärt den Zwang zum Tellerleeressen als Konditionie-

rungsprozess, der den Außenreiz „leerer Teller“ zum ausschlaggebenden Signal für die Sättigung werden lässt (vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 136ff).

Aufgrund von weiteren Studien musste indessen die Gültigkeit der Externalitätshypothese eingeschränkt werden. Es gibt auch Nichtadipöse, die außenreizabhängig reagieren, genauso wie nicht alle Adipösen außenreizabhängig sind. Das Konzept des/der „latent Übergewichtigen“ und die Theorie des „gezügelten Essens“ wurden eingeführt. Mit beiden Konzepten werden Menschen beschrieben, die Probleme haben, ihr Normalgewicht dauerhaft zu halten und mit mehr oder weniger großem Verhaltensaufwand ihre Ernährung einschränken wollen. Gezügelten EsserInnen, ob adipös oder nicht, kann eine Außenreizabhängigkeit, eine vermindert intensive Wahrnehmung der Körpergefühle und eine durch Stress verursachte Nahrungsaufnahme, zugeordnet werden (vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 136ff).

Warum Menschen nun ein gezügeltes Essverhalten entwickeln, kann unter anderem durch die Theorie der kognitiven Stereotype erklärt werden. Demnach denken Menschen gern in Stereotypen. Besonders Essgestörte teilen Lebensmittel in gut und böse – gesunde Schlankmacher und ungesunde Dickmacher (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 120).

In einer Studie von Oakes 2005 (S. 447-454) konnte gezeigt werden, dass ein Mini-Schokoriegel mit 47 Kalorien als fetter machend eingestuft wurde, als ein Snack mit 569 Kalorien, der aus Käse und Gemüse bestand. Stereotypen vom „gesunden“ und „ungesunden“ Essen können durchaus dazu führen, das Falsche zu essen (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 120).

3.3 Ursachen und Erscheinungsformen der Adipositas nach Hilde Bruch

3.3.1 Eine Einteilung der Begriffe

Die Nahrungsaufnahme hat für Menschen einen besonderen Stellenwert, da sie von Geburt an mit Emotionen verbunden ist. Deswegen ist es auch nahe liegend, dass versucht wird, unlösbar erscheinende Probleme über das Essen zu lösen und es auf diesem Wege missbräuchlich zu verwenden (vgl. Bruch, H. 2001, S. 13).

Im Mittelpunkt des Interesses dieser Arbeit stehen Menschen, die versuchen, über die Nahrungsaufnahme ihre Probleme zu lösen. Dies kann sich in unterschiedlichen Formen äußern. Zum einen gibt es Menschen, die abnorme Mengen an Nahrung zu sich nehmen, was sich letztendlich in ihrem äußeren Erscheinungsbild ausdrückt, oder sie reduzieren ihre Nahrung, bis sich Abmagerungserscheinungen zeigen, die mitunter lebensgefährlich sein können. Die Erscheinungsbilder der Fettsucht und der Anorexia Nervosa sind zwar gegensätzlich, doch die zugrunde liegenden Probleme sind die gleichen. Bei Personen, die unzählige Mög-

lichkeiten der Gewichtsabnahme ausprobieren und immer wieder scheitern, rückfällig werden und sogar Depressionen entwickeln, ist die Adipositas meist die Folge von psychischen Problemen, die vorher gelöst werden müssen. Ein Gewichtsverlust ist zweitrangig, denn er führt nicht zur Heilung der Krankheit (vgl. Bruch, H. 2001, S. 13-15).

Die Adipositasforschung untersuchte zunächst die Beziehung zwischen Essen und Emotionen und suchte nach Erklärungen für die „undisziplinierte“ Nahrungsaufnahme von Übergewichtigen. Hilde Bruch fand im Zuge ihrer psychoanalytischen Arbeiten heraus, dass viele ihrer essgestörten PatientInnen nicht in der Lage waren, ihre Gefühle, und darunter auch das Hungergefühl, differenziert wahrzunehmen. Es zeigte sich, dass die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung durch Lernprozesse erworben wird und somit ein sozial und kulturell vermitteltes Wissen ist (vgl. Setzwein, M. 2004, S. 310f). Bei der Diskussion über emotionale Aspekte der Fettsucht konnten vier Arten von Überessen erkannt werden. Eine Gruppe, die als Reaktion auf emotionale Spannungen wie Einsamkeit, Angst oder Langeweile aß, und eine andere, die Nahrungsmittel als Ersatzbefriedigung in unerfreulichen oder intolerablen Lebenssituationen benutzt. Das Überessen zeigte sich bei der dritten Gruppe als Folge einer zugrunde liegenden emotionalen Krankheit, meist einer Depression. Bei der vierten Gruppe nahm das Überessen das Ausmaß einer Sucht an, indem es durch eine zwanghafte, intensive Gier nach Nahrung gekennzeichnet war, die keinen Bezug zu äußeren Lebensereignissen oder emotionalen Aufwallungen zeigte (vgl. Bruch, H. 2001, S. 161).

Grundsätzlich unterscheidet Bruch zwischen zwei Phasen der Fettsucht, einer dynamischen und einer stabilen. Unter Fettsucht versteht sie eine fortschreitende Ansammlung von Fettgewebe, sie ist also dynamisch. Fettleibigkeit hingegen ist ein Zustand, in dem ein stabiles Gewicht aufrechterhalten wird. Bei solchen Personen, die an Fettsucht leiden und somit unfähig sind, sich auf ein bestimmtes Gewicht einzupendeln, sieht Bruch eine massive psychische Störung. Derartige Schwankungen werden am häufigsten bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen beobachtet, deren verzweifelte Bemühungen abzunehmen, Anzeichen für erste Fehlanpassungen sind (vgl. Bruch, H. 2001, S. 147-149).

Hilde Bruch bemerkt in ihrer Arbeit, dass bereits die große Anzahl an Betroffenen darauf hinweist, dass sich Übergewicht und Adipositas nicht bei allen Menschen auf der gleichen Basis entwickelt haben und das gleiche klinische und psychologische Erscheinungsbild bieten. Von außen betrachtet, haben sie jedoch ein gemeinsames Problem, denn ihr Gewicht weicht vom Normal- oder Idealgewicht ab. Doch es ist egal welche Ursachen dahinter liegen, der Körper wird in der Gesellschaft zum Objekt des Spottes (vgl. Bruch, H. 2001, S. 141).

„Die psychischen Probleme von fettsüchtigen Menschen sind weit davon entfernt, einheitlich zu sein.“ (Bruch, H. 2001, S. 159) Keine Dynamik eines grundlegenden Persönlichkeitstyps ist

charakteristisch für alle fettsüchtigen Menschen. Adipositas kann mit jeder psychischen Störung, sowohl mit einer Neurose als auch einer Psychose, einhergehen. Außerdem ist es wesentlich zwischen den psychischen Aspekten der Fettsucht zu unterscheiden, die bei der Entwicklung dieser Krankheit mitwirken, und solchen, die durch den fettsüchtigen Zustand hervorgerufen werden. (vgl. Bruch, H. 2001, S. 159f).

Bei PatientInnen, deren Fettsucht auf psychische Probleme zurückgeht, lassen sich zwei Gruppen unterscheiden. Bei der „Entwicklungsfettsucht“ ist die Gesamtentwicklung der Person mit vielen Persönlichkeitsstörungen gekennzeichnet, die mit der Fettsucht verflochten sind. Auslöser sind eine gestörte Familientransaktion sowie eine gestörte Hungerwahrnehmung (vgl. Bruch, H. 2001, S. 160).

Die „reaktive Fettsucht“ hingegen ist als Reaktion auf traumatische Ereignisse anzusehen. Sie entwickelt sich häufig nach dem Verlust oder Tod von jemandem, der der PatientIn nahe stand, aber auch durch die bloße Angst vor dem Verlust. Hier scheint das Überessen als Abwehrfunktion gegen Angst zu dienen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 165). Bruch beschreibt eine Patientin, die erklärt, dass sie überhaupt nicht hungrig sei, sie sei einfach nur unglücklich über Dinge, die sie nicht bekommen kann, und da sie an Nahrung am leichtesten heran käme, würde sie essen, um sich behaglich zu fühlen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 169).

3.3.1.1 Adipositas eine Essstörung?

Während Adipositas in vielen Fällen durchaus als Folge von emotionalen oder psychischen Problemen gesehen werden kann, hat sich der Weg, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zu beschreiben, die als typisch für Adipöse gelten, für den Ernährungspsychologen Volker Pudel als aussichtslos herausgestellt. Für ihn gibt es keine Adipositaspersönlichkeit. Trotzdem betont er, dass eine Gewichtsabnahme häufig mit einer Reduktion von depressiven Verstimmungen und Angst einhergehen kann. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die untersuchten adipösen PatientInnen, die psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, nicht repräsentativ für die Population der Übergewichtigen sind. Diese klinischen Beobachtungen identifizieren aber innerhalb des Gesamtkollektivs eine Untergruppe von adipösen Menschen, die „Binge-Eater“, bei denen die Nahrungsaufnahme unter anderem der Spannungsabfuhr und dem Aufschub von Angst dient (vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 136ff; vgl. Pudel, V. & Herpertz, St. 2005, o.S). Die psychischen Probleme von Adipösen werden somit eher als Folgen der Adipositas und ihrer Stigmatisierung gesehen und nicht als deren Ursache (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 26). Auch Hilde Bruch gibt zu verstehen, dass es keine Verallgemeinerungen über einen Persönlichkeitstyp der Adipositas

geben darf. Doch sieht sie die Ursachen der Adipositas oft in psychischen Problemen, ähnlich denen der Anorexie- und BulimiepatientInnen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 13f).

Die Frage, ob nun Adipositas eine Essstörung ist, wird von Volker Pudel verneint. Bei einer Podiumsdiskussion zwischen ihm und Stephan Herpertz 2005, macht Pudel deutlich, dass bei der Adipositas grundsätzlich keine Verhaltensstörung vorliegt. Er erklärt, dass die Nahrungsaufnahme der Übergewichtigen und Adipösen auf einem ungestörten Essverhalten basiert, das auf Grund von Genetik und Lebensbedingungen den Fettspeicher auffüllt und zu Adipositas führen kann. Dies ist ein biologisch gewolltes Resultat, das sich früher als Überlebensstrategie bewährt hat, heute aber pathologische Folgen hat (vgl. Pudel, V. & Herpertz, St. 2005, o.S). Gegenteiliger Meinung ist jedoch der Psychoanalytiker Michael Ermann, der Adipositas in die Gruppe der Essstörungen, und somit auch in die der Verhaltensstörungen aufnimmt (vgl. Ermann, M. 2004, S. 282).

Einigkeit besteht lediglich darin, dass die Gruppe der Adipösen sehr heterogen ist. Auch Faith und Kollegen stellten 2003 fest, dass es durchaus Untergruppen mit psychischen Problemen geben kann. Aus psychologischer Sicht unterscheiden sich viele Adipöse nicht von Normalgewichtigen. Dabei wird betont, dass durchaus die Möglichkeit besteht, dass Adipositas durch psychische Faktoren beeinflusst sein kann (vgl. Faith, M. et al. 2003, S. 17-32).

Volker Pudel und Stephan Herpertz einigen sich zusammenfassend auf ein psycho-sozio-biologisches Wechselspiel im Sinne eines Kontinuums von primär genetischen bis hin zu individuellen psychologischen Wirkfaktoren als Basis der Konzepte zur Entstehung der Adipositas (vgl. Pudel, V. & Herpertz, St. 2005, o.S).

Generell ist davon auszugehen, dass Adipöse, *wie andere Personen auch*, unter psychischen Störungen leiden können. Genauso, wie nicht jede Adipositas auf psychische Probleme zurückzuverfolgen ist. Pudel und Herpertz betonen aber auch, dass die normative Festsetzung der schlanken Figur als gesellschaftliches „Schönheitsideal“ dem übergewichtigen oder adipösen Menschen einen Konflikt beschert, der sich aufgrund von instabiler Identität und Selbstvorstellung in Essstörungen äußern kann. Auch sind Persönlichkeitsstörungen in Folge der sozialen Stigmatisierung und Diskriminierung des Übergewichts zu beobachten. Essstörungen, insbesondere die Binge-Eating-Disorder, können verhindern, dass Gewicht reduziert wird, bzw. die Gewichtszunahme steigern. Somit kann bei Adipösen mit Binge-Eating angenommen werden, dass diese Essstörung die Ursache der Adipositas ist (vgl. Pudel, V. & Herpertz, St. 2005, o.S; vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 136ff).

Sowohl die Definition von Hauner (1998) als auch die der WHO (2000) beschreibt Adipositas lediglich als einen Zustand und impliziert kein Verhalten. Die Ursachen, die zu diesem Zustand führen, sind unterschiedlich und können auf falsches Ernährungsverhalten zu-

rückgehen, aber auch genetisch oder psychologisch bedingt sein. Das schließt somit nicht aus, dass eine Verhaltensstörung vorliegen kann.

Betrachtet man adipöse Körper, scheinen sie alle das gleiche Problem zu teilen. Sie weichen von der Norm ab und werden stigmatisiert. Adipöse Personen stehen zurzeit im Mittelpunkt der Gesundheitsdebatte und die Ursachen der Adipositas werden heiß diskutiert. Doch bleiben vielleicht die wesentlichen Probleme ungesehen, obwohl sie so offensichtlich am Körper ausgetragen werden.

Wie bereits im Vorfeld angeführt wurde, werden psychische Probleme völlig der gesellschaftlichen Ablehnung und Stigmatisierung des Dickseins zugeschrieben und als zweitrangig bezeichnet. Jedoch muss auch beachtet werden, dass das Klima gesellschaftlicher Missbilligung lediglich ein Aspekt des Problems ist. Oft sind psychische Probleme aufgrund einer gescheiterten Mutter-Kind-Interaktion und einem gestörten Selbstbild die Hauptursache von gestörtem Essverhalten. Identitätsprobleme und niedriger Selbstwert führen dazu, dass die Stigmatisierung von Adipositas eine erhebliche emotionale Belastung darstellt, die zu Depressionen, Persönlichkeits- und Essstörungen führen kann. Ein adipöser Mensch der Oberschicht steht wahrscheinlich mehr unter Druck, schlank zu werden, als jemand aus der Unterschicht. Trotzdem kann man nicht daraus schließen, dass alle fettsüchtigen „Oberschichtskinder“ emotional gestört sind, aber auch nicht, dass Adipositas bei Angehörigen der Unterschicht nicht Ausdruck einer emotionaler Störungen sein kann. Innere psychische Probleme zu leugnen ist genauso irreführend wie Beeinträchtigungen durch Gruppendruck zu unterschätzen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 38f).

In weiterer Folge soll nun gezeigt werden, dass jeder Störung des Ess- und Suchtverhaltens ähnliche Ursachen zugrunde liegen. Obwohl in der Literatur Begriffe wie Adipositas, Fettsucht, Binge-Eating-Disorder oder psychogene Hyperphagie oft synonym verwendet werden, werden in dieser Arbeit, in Bezugnahme auf Hilde Bruchs Unterscheidung zwischen Fettsucht und Fettleibigkeit, die Begriffe Fettsucht, psychogene Hyperphagie und Binge-Eating-Disorder im Sinne einer Essstörung verwendet, Adipositas (Fettleibigkeit) jedoch wird als deren Folge gesehen.

3.3.2 Die Mutter-Kind-Beziehung als Grundlage

In Hilde Bruchs Buch „Essstörungen“ werden Magersucht und Fettsucht gemeinsam abgehandelt. Sie sieht in beiden Syndromen dieselben pathogenen Lernprozesse und findet, dass sowohl Magersucht als auch psychogene Fettsucht durch dieselben Störungen von Wahrnehmung und kognitiver Verarbeitung interozeptiver Reize charakterisiert sind. Diese beziehen

sich auf Körperschemastörungen, Störungen während der propriozeptiven Wahrnehmung und auf ein lähmendes Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit. Die Manipulation von Nahrungszufuhr und der Körpergestalt dient dazu, innere Konflikte, Schwierigkeiten und Stress zu bewältigen (vgl. Fichter, M.M. 1985, S. 195).

Bruch geht davon aus, dass allen Körpermanipulationen durch Nahrung, bei denen das Gewicht von einem Extrem zum anderen schwankt, die gleichen Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung zugrunde liegen. Ein Fallbeispiel soll dies verdeutlichen: Eine 20-jährige Studentin hatte seit ihrem 13. Lebensjahr 24 kg ab- und wieder zugenommen. Als sie wegen ihres Gewichtes gehänselt wurde, begann sie eine Diät, die ihr Gewicht von 61 kg auf 50 kg reduzierte. Mit 16 Jahren glaubte sie, sie müsse attraktiver aussehen und hungerte sich auf 33,5 kg hinunter. Somit wurde aus einer dicken eine anorektische Patientin. Innerhalb der Familie war ihr Essverhalten das zentrale Thema und ihr wurde ein Arzt zu Seite gestellt, der ihr Insulinspritzen verabreichte. Sie fing an, heimlich zu essen und sich danach zu übergeben. Als sie mit 18 Jahren zu studieren begann, wog sie 50 kg, die sie zu behalten hoffte. Doch sie war unfähig ihr Essverhalten zu kontrollieren und ihr Gewicht stieg auf 70 kg. Sie wurde depressiv und suizidgefährdet, sodass sie in die Psychiatrie eingewiesen werden musste, wo man sie auf Diät setzte. In den darauf folgenden Jahren wechselte sie häufig den Psychotherapeuten und ihr Gewicht schwankte zwischen 47 kg und 79 kg. Erst als sie sich dafür zu interessieren begann, die Beziehung zwischen ihrem unberechenbaren Essverhalten und ihren inneren Problemen, schmerzlichen Lebenserfahrungen, schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen und einer tiefen Überzeugung von ihrer Hilflosigkeit zu verstehen, begann sie abzunehmen. Sie lernte ihr Essverhalten zu kontrollieren und schaffte es mit 22 Jahren, ihr Gewicht konstant auf 50 kg zu halten (vgl. Bruch, H. 2001, S. 151).

Wie bei der Adipositas werden auch bei gestörtem Essverhalten verschiedene Ursachen diskutiert. Aber auch hier liegt die Betonung auf der Komplexität von Interaktionsmustern. Der Organismus wird als Kontenpunkt in einem äußeren komplexen Netzwerk von Interaktionen, Beziehungen und Transaktionen gesehen. Ein Teil dieses kausalen Netzwerks liegt in den biochemischen und physiologischen Prozessen – also im Inneren. Der andere Teil ist äußerlich; er ist zuständig für die Interaktion des Organismus mit der Umwelt. Auch wenn Umwelteinflüsse wie interpersonelle Erfahrungen im Zusammenhang mit Über- oder Unterernährung nur ein Teil dieses Systems sind, stellen sie einen wesentlichen Faktor dar (vgl. Bruch, H. 2001, S. 42f).

Das mangelnde Selbstvertrauen und das negative Selbstbild werden von Hilde Bruch als Hauptsymptome anorektischer und bulimischer Essstörungen angegeben. Pathognomonische Selbstwertprobleme haben ihren Ursprung in interpersonellen Problemen oder sie besitzen

gegenseitige Verstärkerfunktionen. Das mangelnde Selbstvertrauen und das negative Selbstbild ziehen eine hohe Abhängigkeit gegenüber äußeren Wertungen mit sich (vgl. Herpertz, St. 2008, S. 59f).

Die Hungerwahrnehmung und das Körperbild, bzw. dessen Störungen, gelten als die zwei wesentlichen Punkte, die von Hilde Bruch als Grundlage aller pathologischen Essverhaltensstörungen angenommen werden. Deshalb gilt es sie näher zu betrachten.

3.3.3 Hungerwahrnehmung

Ein zentrales Thema, um das sich die Essstörungspathologie dreht, ist die Hungerwahrnehmung. Hunger ist jedem durch persönliche Erfahrung vertraut. Solange man sich erinnert ist er immer schon vorhanden, sodass es selbstverständlich erscheint, Hunger sei ein angeborener Trieb oder ein angeborenes Gefühl (vgl. Bruch, H. 2001, S. 64).

Bei PatientInnen mit schweren Essstörungen lässt sich deutlich eine Grundstörung bezüglich der Art und Weise erkennen, wie das Hungergefühl wahrgenommen wird. Das ist verbunden mit Störungen in vielen anderen Funktionsbereichen, die alle Anzeichen dafür zeigen, dass sie Folgen von verzerrten frühen Erfahrungen sind (vgl. Bruch, H. 2001, S. 64).

Auch im Laufe längerer psychiatrischer und psychoanalytischer Behandlung von schwer gestörten fettsüchtigen und anorektischen PatientInnen, konnte Hilde Bruch diese funktionellen Defizite im Wahrnehmen und Verstehen des Hungergefühls beobachten. Die symbolische Bedeutung der gestörten Nahrungsaufnahme kann sich in gieriger, unkontrollierter Form oder in rigider Nahrungsverweigerung äußern. Außerdem kann die Bedeutung der Nahrung ernorme Vielfalt, aufweisen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 64).

„Nahrung kann symbolisch für ein unstillbares Verlangen nach unerreichbarer Liebe stehen oder Ausdruck von Wut und Hass sein; sie kann Ersatz für sexuelle Befriedigung sein oder asketische Verweigerung anzeigen; sie kann den Wunsch repräsentieren, ein Mann zu sein und einen Penis zu haben, oder den Wunsch, schwanger zu sein, oder die Furcht davor. Sie kann ein Gefühl von Macht verleihen und damit zur Selbsterhöhung führen, oder sie kann als Abwehr gegen Erwachsensein und Verantwortlichkeit dienen. Die Überbeschäftigung mit Nahrung kann als hilfloses, abhängiges Anklammern an die Eltern erscheinen oder als deren feindselige Ablehnung.“ (Bruch, H. 2001, S. 64)

Hilde Bruch kommt zu der Erkenntnis, dass das Erfahren von Hunger nichts Angeborenes ist, sondern etwas, das wichtige Elemente des Lernens enthält. Wie sonst könnte es sein, dass eine Körperfunktion, die so lebensnotwenig und grundlegend ist, sich in den Dienst von Bedürfnissen stellt, die nichts mit Ernährung zu tun haben (vgl. Bruch, H. 2001, S. 65).

Doch was ist Hunger? Um zu zeigen, was man unter Hunger im alltäglichen sprachgebrauch versteht, wird auf die Definition von Wikipedia zurückgegriffen, wo Hunger als „eine unangenehme körperliche Empfindung, die Menschen und Tiere dazu veranlasst, Nahrung aufzunehmen. Die biologische Funktion dieses Reizes besteht darin, die ausreichende Versorgung des Organismus mit Nährstoffen und Energie sicherzustellen." (http://de.wikipedia.org/wiki/Hunger)

Das Wort „Hunger" wird demnach weitläufig benutzt, um den physiologischen Zustand des Nahrungsmangels zu bezeichnen. Aber Hunger bedeutet auch eine psychische Erfahrung, nämlich dann, wenn keine Nahrung vorhanden ist, um ihn zu stillen. Dieses unerfreuliche und zwingende Empfinden führt zur Suche nach Essbarem und wenn es sein muss zum Kampf darum, um die Qual zu lindern. Von Appetit spricht man in einem angenehmeren Sinn, nämlich als Verlangen nach einer bestimmten Speise und als Freude an der Nahrung, an deren Zubereitung und Verfeinerung (vgl. Bruch, H. 2001, S. 66).

Der Begriff „Hunger" steht als symbolischer Ausdruck für einen allgemeinen Bedürfniszustand oder Mangel. Ungenaue und verwirrende Kindheitserlebnisse können nun die Fähigkeit beeinträchtigen, Hunger und Sattsein zu erkennen. Hunger, als der Drang zu essen, kann nicht mehr von anderen Signalen für Unbehagen unterschieden werden. Die Funktion der Nahrungsaufnahme wird als Scheinlösung für emotionale Spannungszustände und Persönlichkeitsprobleme benutzt. Essgestörte haben Schwierigkeiten damit, Hunger richtig zu bestimmen und von anderen körperlichen Bedürfnissen oder emotionalen Erregungen zu unterscheiden (vgl. Bruch, H. 2001, S. 65).

Nach Bruchs Erfahrung sind zwei Merkmale hervorzuheben, die von fundamentaler Bedeutung für die Entwicklung schwerer Essstörungen sind „die Unfähigkeit, Hunger und andere Körperempfindungen zu erkennen, und fehlendes Bewusstsein darüber, dass es das eigene Leben zu leben gilt." (Bruch, H. 2001, S. 68)

Den Kontrollverlust bei Esssüchtigen könnte man mit der Aussage beschreiben, dass es der Magen zwar nicht braucht, der Mund es aber will. Während eines Essanfalls fühlen sich die Betroffenen zum Essen getrieben, obwohl sie stets bemüht sind, nicht zuzunehmen. Sie konsumieren sogar Essen, das sie eigentlich gar nicht mögen. Sie spüren weder Hunger noch Genuss, noch Sättigung. Die Erleichterung von Angst oder Depression hält jedoch nur kurz an, Gefühle wie Scham und Ekel stellen sich ein und der Kreis der unbefriedigten Nahrungsaufnahme wird endlos wiederholt (vgl. Bruch, H. 2001, S. 65f).

Essgestörte Menschen erkennen nicht, wann sie hungrig oder satt sind. Diese wichtigen Funktionen müssen gelernt werden, doch der Lernprozess kann misslingen, wenn die Reaktionen der Bezugsperson und die begriffliche, verbale Kommunikation, die damit einhergeht, irreführend und verwirrend sind. Werden die angeborenen Bedürfnisse des Kindes und die

Reaktionen der Umgebung nur mangelhaft aufeinander abgestimmt, ergibt sich ein Durcheinander in seinem konzeptuellen Bewusstsein. Das Bedürfnis nach Nahrung kann dann nicht von anderen unbehaglichen Empfindungen und Gefühlen getrennt unterschieden werden. Das muss sich aber nicht nur auf die Ernährung beziehen, sie ist nicht die einzige Funktion, die auf diese Weise falsch wahrgenommen oder missbraucht wird. Es bestehen genauso Schwierigkeiten darin, andere Körperempfindungen oder zwischenmenschliche Situationen zu identifizieren, wenn der Lernprozess misslingt (vgl. Bruch, H. 2001. S. 68f).

Die Betroffenen „erfahren sich selbst so, als hätten sie keine Kontrolle über ihr Verhalten, ihre Bedürfnisse und Impulse, als ob sie nicht über ihren eigenen Körper verfügen könnten und keinen inneren Schwerpunkt in sich selbst hätten." (Bruch, H. 2001, S. 75)

Rekonstruiert man die Entwicklungsgeschichte der PatientInnen, erkennt man, dass sie alle gewisse verzerrte Erfahrungen gemacht haben: Ein Fehlen oder einen Mangel an angemessenen und bestätigenden Reaktionen auf Signale, die ihre Bedürfnisse anzeigten. Angemessene Antworten auf Hinweisreize, die vom Kind ausgehen, sind notwendig, damit das Kind die wesentlichen Elemente für die Entwicklung von Selbstwahrnehmung und eigenständigem Handeln organisieren kann. Fehlen solche Reaktionen oder sind widersprüchlich, so wird aus dem Kind ein Mensch werden, der ein ungenügendes Bewusstsein seiner Eigenständigkeit und „diffuse" Ich-Grenzen hat (vgl. Bruch, H. 2001, S. 76f).

Abhängig von der Reife des Gehirns und dem emotionalen Zustand zum Zeitpunkt der Erfahrungen, werden im Gehirn zutreffende oder fehlerhafte Lernerfahrungen auf verschiedenen Ebenen für eine begriffliche Repräsentation kodiert. Das Kind wird umso unterscheidungsfähiger bei der Wahrnehmung und Identifizierung von körperlichen Bedürfnissen und anderen Empfindungen, je häufiger auf dessen unterschiedliche Ausdrucksweisen angemessen reagiert wird (vgl. Bruch, H. 2001, S. 78).

Im Gegensatz zu dem Kind, das diese Erfahrungen nicht machen konnte und dem die wesentliche Grundlage vorenthalten wird, auf der es die eigene „Körperidentität" mittels sinnlicher und begrifflicher Wahrnehmung der eigenen Funktionen erreichen kann, wird ein Kind, auf dessen Ausdrucksweisen angemessen reagiert wurde, sich als Erwachsener bezüglich der eigenen Erfahrungen als wesentlich selbstbestimmter erleben (vgl. Bruch, H. 2001, S. 77f).

Bruchs Überlegungen, dass sich die Persönlichkeit aus der dynamischen Interaktion und den Erfahrungen des Kindes mit den Menschen seiner Umgebung heraus entwickelt, entstanden in den 70er Jahren, in denen der Ich-Psychologie große Bedeutung innerhalb der Psychoanalyse beigemessen wurde (vgl. Bruch, H. 2001, S. 86). Bei der Ich-Psychologie werden Triebe als primär angesehen. Sie wird abgelöst durch die Objektbeziehungstheorie, die sich mit der Umwandlung zwischenmenschlicher Beziehungen in verinnerlichte Vorstellungen

von Beziehungen beschäftigt (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 42). Somit kann vermutet werden, dass Bruchs Theorien bereits objekttheoretische Züge haben.

Wie bereits angeführt, stehen ein negatives Selbstbild und Identitätsprobleme im Zentrum der Essstörungspathologien. Ausgehend von der Objektbeziehungstheorie soll gezeigt werden, wie sich die Konzepte des Selbst und die Bildung eines Selbstwertgefühls vollziehen und welche Auswirkungen eine fehlerhafte Entwicklung mit sich bringen kann.

4. Die Entwicklung der Selbst- und Objektvorstellungen

4.1 Objektbeziehungstheorie

Ursprünglich waren die Objekte in Freuds Theoriebildung nicht als Gegenstück eines Subjektes in Form einer ganzen Person gedacht. Sie wurden als Gegenstück für einen Trieb gesehen und waren somit selbst nicht Personen. (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 163).

Bei Freud steht der Begriff der Objektrepräsentanz für die Bedeutung des Objektes als Stellvertretung, ohne dass die Notwendigkeit einer Ähnlichkeit mit dem Stellvertretenen gegeben sein muss. Der Begriff der Objektvorstellung wird als Erinnerungsspur und demnach als Abbild aufgrund von Ähnlichkeit gesehen (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 163).

In der heutigen Psychoanalyse wird jedoch die äußere, ganze Person als Objekt dargestellt. Die ursprünglichen Begriffserklärungen wurden einer Kritik unterzogen. Die Objektbeziehungstheorie geht davon aus, dass äußere Objekte besetzt werden und nicht psychische Objektvorstellungen, mit der Folge, dass nicht nur intrapsychische, sondern auch intersubjektive Verhältnisse beachtet werden müssen (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 163f).

So schlägt zum Beispiel McIntosh vor, dass der Begriff der Objektvorstellung nicht als das Objekt der Besetzung verstanden werden soll. Viel mehr ist es zu sehen als ein Mittel, durch das die Besetzung zu ihrem Objekt bezogen ist. Das bedeutet, dass ein Objekt durch die Objektvorstellung besetzt wird (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 165).

„Objektvorstellung drückt nach dem heutigen Verständnis der Psychoanalyse eine Mischung von vergangenen Erfahrungen mit dem Objekt aus, die es ermöglicht, zukünftige intersubjektive oder phantasierte Interaktionen emotional und kognitiv vorwegzunehmen; Vorstellungen sind Strukturen, Schemata, Konstrukte.“ (Perlow 1995, S. 153, zitiert nach: Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 166) Objektvorstellungen stellen also keine Abbildung dar, sondern werden als Mittel oder Werkzeuge gesehen (vgl. Giampieri-Deutsch, P. 2000, S. 166).

In Bezug darauf, wird in weiterer Folge, zum Zweck der Einheitlichkeit, der Begriff der Objektvorstellung verwendet, auch wenn sich in der Literatur oft der Begriff der Objektrepräsentanz als Synonym finden lässt.

Die Objektbeziehungstheorie geht davon aus, dass Triebe im Kontext einer Beziehung, z. B. zwischen Säugling – Mutter, entstehen und deshalb nie von dieser getrennt werden können. Einige Vertreter der Objektbeziehungstheorie (Fairbairn 1952) sind auch der Ansicht, dass Triebe nicht der Reduzierung von Spannung dienen, sondern vor allem der Objektsuche (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 42). Die Objektbeziehungstheorie befasst sich mit „der Um-

wandlung zwischenmenschlicher Beziehungen in verinnerlichte Repräsentanzen von Beziehungen.“ (Gabbard, G.O. 2010, S. 42)

Während der Entwicklung des Kindes werden nicht Objekte oder eine Person verinnerlicht, sondern die gesamte Beziehung. In den Zeiten, in denen das Kind gestillt wird, entsteht der Prototyp einer liebevollen und positiven Erfahrung. Der Säugling erfährt sich positiv, da seine Bedürfnisse gestillt werden (das positive Erfahren des Ich) und er erlebt die Mutter als fürsorglich (das positive Erfahren des Objektes). Dazwischen entsteht eine positive affektive Erfahrung wie Genuss und Sättigung. Wenn nun der Säugling Hunger verspürt und die Mutter womöglich nicht gleich zur Stelle ist, bildet sich der Prototyp der negativen Erfahrung. Dieser integriert das negative Erfahren des Ich, da der Säugling frustriert ist und seine Bedürfnisse nicht befriedigt werden, das negative Erfahren eines nicht fürsorglichen Objekts, weil die Mutter vielleicht abwesend ist und eine negative affektive Erfahrung von Wut und Angst. Diese beiden Erfahrungen werden schließlich als zwei entgegengesetzte Darstellungen von Objektbeziehungen verinnerlicht. Sie bestehen aus einer Ichvorstellung, einer Objektvorstellung und einer affektiven Verbindung zwischen diesen beiden (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 42f).

Die Introjektion, d.h. die Verinnerlichung der Mutter des Säuglings, beginnt mit den körperlichen Empfindungen beim Stillen. Sie bekommt jedoch erst mit der Ausbildung der Grenze zwischen Innen und Außen eine Bedeutung. Isolierte Bilder der Mutter vereinigen sich allmählich zu einer dauerhaften mentalen Vorstellung um den sechzehnten Lebensmonat, wo auch gleichzeitig eine dauerhafte Ichvorstellung entsteht. Diese bildet sich zuerst als Körpervorstellung aus und anschließend als Sammlung von Empfindungen und Erfahrungen, welche vom Kind als zu sich gehörend wahrgenommen werden. Bei der Objektbeziehungstheorie muss bedacht werden, dass zwischen dem tatsächlichen Objekt und der verinnerlichten Objektvorstellung keine Eins-zu-eins-Korrelation gegeben ist. Eine Mutter, die vom Säugling als ablehnend, feindlich und nicht verfügbar erfahren und verinnerlicht wird, ist vielleicht einfach nur mit einem Geschwisterkind beschäftigt (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 43f).

Die Verinnerlichung von Objektbeziehungen steht immer in Verbindung mit der Aufspaltung des Ich in unbewusste Untereinheiten. Es werden zwei Gruppen unterschieden:

- Ichbezogene Untereinheiten des Ich – Aspekte des Ich, in welchen die betreffende Person ihre Gefühle und Vorstellungen in höherem Maße als ihre eigenen erlebt.
- Objektbezogene Untereinheiten des Ich – es werden auf eine Art und Weise Bedeutungen geschaffen, die auf eine Identifizierung eines Aspekts des Ich mit dem Objekt basieren. Die Identifizierung mit dem Objekt ist so sorgfältig, dass das Selbstempfinden fast völlig verloren geht (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 44).

Für die Vertreter der Objektbeziehungstheorie steht das Selbst in seiner Beziehung zu Objekten an zentraler Stelle. Deshalb versuchen sie den Platz des Selbst in der Psyche genauer zu bestimmen (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 47).

4.2 Die Entwicklung des Selbst

Edith Jacobson, Psychoanalytikerin und führende Vertreterin der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie, schreibt in ihrem Werk „Das Selbst und die Welt der Objekte“, dass das Bild unseres Selbst sich aus einer unmittelbaren Wahrnehmung unseres inneren Erlebens, der Körpergefühle, der Denk- und Gefühlsvorgänge und der zweckgerichteten Aktivität entwickelt. Weiters tragen die Selbstwahrnehmung und die Introspektion, d.h. die Wahrnehmung des körperlichen und seelischen Selbst als ein Objekt, zur Entstehung des Selbstbildes bei. Stetig vermehren sich die Erinnerungsspuren lustvoller und unlustvoller, triebhafter, funktioneller und emotionaler Erlebnisse, die mit Wahrnehmungen assoziativ verknüpft sind. Daraus werden allmählich Vorstellungen der Liebesobjekte wie auch des körperlichen und seelischen Selbst. Sind sie vorerst noch unbestimmt und veränderlich, entwickeln sie sich zu konsistenten realistischen intrapsychischen Vorstellungen der Welt der Objekte und des Selbst (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 30f).

Da kaum jemand dazu fähig ist, dem eigenen Selbst gegenüber objektiv zu sein, werden die Selbstvorstellungen niemals objektive Vorstellungen sein. Sie werden sogar noch stärker als die Objektvorstellungen durch das subjektive emotionale Erleben beeinflusst. Zu Beginn ist das Bild des eigenen Selbst, ebenso wie das primitive Bild vom Objekt, keine stabile Einheit (vgl. Jacobson, E.1973, S. 31).

„Hervorgegangen aus Empfindungen, die von Wahrnehmungen des bedürfnisbefriedigenden Teilobjekts kaum zu unterscheiden sind, ist es zunächst mit den Objektimagines vermischt und verschmolzen und setzt sich aus einer ständig wechselnden Reihe von Selbstimagines zusammen, die hauptsächlich die unaufhörlichen Fluktuationen im primitiven Zustand des Seelenlebens widerspiegeln“. (Jacobson, E. 1973, S. 31)

Jacobson weist auf die enormen Einflüsse hin, die die infantilen Verleugnungs- und Verdrängungsvorgänge auf die Entstehung unserer Vorstellungen vom Selbst und von der Welt der Objekte haben. Werden unlustvolle Erinnerungen verdrängt, werden viele unannehmbarer Aspekte des Selbst und der Außenwelt eliminiert. Dadurch entstehen Lücken, die durch Tarnungselemente, durch Verzerrungen oder Beschönigungen ausgefüllt werden. Diese werden durch die sekundären Bearbeitungsmanöver des Abwehrsystems des Ichs produziert. Wenn die verdrängten Phantasien aus dem Unbewussten den Weg zur Oberfläche finden,

können sie den Selbst- und Objektvorstellungen die Färbung vergangener kindlicher Vorstellungen verleihen. Der Einfluss infantilen emotionalen Erlebens kann bei der Ausbildung „richtiger“ Körpervorstellungen hinderlich sein. Dies gilt besonders für die Vorstellung des seelischen Selbst, denn diese entstehen erst mit der wachsenden Fähigkeit zur Wahrnehmung, Unterscheidung und Bewertung unserer eigenen Gefühle, Gedanken und Handlungen. Die Entwicklung dieser Funktionen erfolgt viel später als die körperliche Selbstwahrnehmung und obwohl sie durch die Überichbildung gestärkt werden, sind sie bei vielen Menschen nur bescheiden ausgebildet. Wie die unbewusste Fixierung auf die Phantasie der weiblichen Kastration zeigt, ist es kaum möglich, realistische Objektvorstellungen zu bilden, da sie ständig von Gefühlen und emotionalen Konflikten der Vergangenheit gefärbt sind. Aufgrund der Mangelhaftigkeit der menschlichen Wahrnehmung kann die Sicht der Welt, und besonders die Welt der belebten Objekte, leicht Verzerrungen durch die Übertragung infantiler Vorstellungen auf andere Personen und Sachen zulassen. Gründe dafür können subjektive emotionale Reaktionen auf das Verhalten anderer sein, ein auf primitive affektive Identifizierungen basierendes empathisches Verstehen oder Projektionen (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 32f).

„Unter einer realistischen Selbstimago verstehen wir […] eine, die den Zustand und die besonderen Eigenschaften, die Möglichkeiten und Fähigkeiten, die Vorzüge und Grenzen unseres körperlichen und seelischen Selbst widerspiegelt. Sie umfasst also einerseits unsere äußere Erscheinung, unsere Anatomie und Physiologie, andererseits unser Ich, unsere bewussten und vorbewussten Gefühle und Gedanken, Wünsche und Haltungen, unsere physischen und psychischen Funktionen und Verhaltensweisen.“ (Jacobson, E. 1973, S. 33)

Zum psychischen Selbst gehört auch das Ichideal und das Überich, deshalb muss eine solche Vorstellung auch die vorbewussten und bewussten Ideale, Wertskalen und die Effektivität, oder auch Ineffektivität, korrekt wiedergeben. Je nach der Entwicklungsebene, mit der das Es mit dem Ich kommuniziert, ist auch das Es in der Selbstvorstellung miteinbezogen. Aus all den spezifischen Einzelaspekten entwickelt sich eine Wahrnehmung des Selbst als eine differenzierte aber organisierte Einheit. Ihren emotionalen Ausdruck findet diese Wahrnehmung im Erlebnis der persönlichen Identität (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 33f).

Jacobson betrachtet die symbiotische Mutter-Kind-Beziehung, aber auch die Trennung des Kindes von der Mutter und den daraus resultierenden Individuationsprozess, als den Beginn der menschlichen Identitätsbildung. Zu Beginn kann der Säugling kaum Unterscheidungen zwischen seinen eigenen lustvollen Empfindungen und den Objekten, von denen sie herstammen, treffen. Erst bei weit genug ausgereiften Wahrnehmungsfunktionen können Befriedigungen und Frustrationen mit dem Objekt in Verbindung gebracht werden. Wiederholte unlustvolle Erlebnisse der Frustration und der Trennung vom Liebesobjekt führen dazu, dass

die Wiederherstellung der verlorenen Einheit gewünscht wird. Daraus entstehen Phantasien von totaler Inkorporation des befriedigenden Objekts. Diese frühesten Phantasien von Verschmelzung und Einssein mit der Mutter sind die Basis, auf der alle Objektbeziehungen und auch alle zukünftigen Arten von Identifizierungen aufgebaut werden. Ist die Mutter dem Kind nahe, werden diese Phantasien auf dem Weg der Inkorporation (oral, visuell, respiratorisch und durch die Haut) befriedigt und Selbst- und Objektvorstellungen verschmelzen solange, bis die Befriedigung beendet ist und neue Triebbedürfnisse anwachsen. Durch die Verschmelzung von Selbst- und Objektvorstellungen kommt eine Identifizierung zu Stande. Dieser Typus der Identifizierung besteht im Seelenleben des Kindes während der präödipalen und frühen ödipalen Phase hindurch, aber auch zum Teil noch später. Treten diese Identifizierungen neben reifen personalen Beziehungen und fest etablierten Ich- und Überich-Identifizierungen auf, so scheinen sie die Identitätsgefühle nicht zu beeinträchtigen. Doch es konnte festgestellt werden, dass die Abhängigkeit von der Mutter hinsichtlich der Triebbefriedigung und der Ausübung der Ichfunktionen eine vollständige Trennung der mütterlichen und der Selbstvorstellungen verhindert. Eine aktivere Identifizierungsweise entwickelt sich aus dem wachsenden Bemühen, die Liebesobjekte zu imitieren. Diese frühen Identifizierungsweisen beruhen auf Introjektions- oder Projektionsmechanismen, die mit Verschmelzungen von Selbst- und Objektvorstellungen zusammenhängen. Sie setzen sich über die realen Unterschiede zwischen Selbst und Objekt hinweg (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 44-58).

Die Mechanismen der Introjektion und Projektion haben ihren Ursprung in frühinfantilen Inkorporations- und Ausstoßungsphantasien und sind an der Konstituierung der Selbst- und Objektvorstellungen und somit an der Bildung der Objektbeziehungen beteiligt. In den ersten Lebensjahren ist die Fähigkeit des Kindes, zwischen äußerer und innerer Welt zu unterscheiden, noch begrenzt und die Selbst- und Objektvorstellungen haben introjektiven und projektiven Charakter, doch dieser nimmt mit der Reifung der Wahrnehmungs- und Selbstwahrnehmungsfunktionen und der Realitätsprüfung ab (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 44-58).

In der Terminologie der Objektbeziehung wird die Introjektion als eine von zwei Möglichkeiten der Verinnerlichung von der Identifizierung verstanden. Wird ein Elternteil introjiziert, wird er als Teil der Unterabteilung „Objekte des Ich“ verinnerlicht, was die Selbstvorstellung nicht wesentlich verändert. Bei der Identifizierung wird der Elternteil in der Unterabteilung „Selbst des Ich“ verinnerlicht und verändert so deutlich die Selbstvorstellung (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 52).

Auf Grund der weiteren Entwicklung des Kindes bilden sich realistische Selbstvorstellungen, die zu einem Spiegel des Ichs werden. Sie beginnen auch, übernommene Eigenschaften des Objektes der Identifizierung widerzuspiegeln. So werden jetzt Ähnlichkeiten zwischen

Objekt und Selbstvorstellungen auf einer realistischen Grundlage erlebt. Die wachsende Unterscheidung zwischen wunschbestimmten und realistischen Selbstvorstellungen ist eine Voraussetzung für die Bildung des Ichideals und von Ichzielen und somit auch für die Entwicklung der Identitätsgefühle (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 62).

4.3 Selbstgefühl und Identität

Über die Entwicklung der Persönlichkeit gibt es viele psychologische Theorien, doch es herrscht eine zentrale Meinung darüber, dass zwei Dimensionen für die Entwicklung der Persönlichkeit zentral sind (vgl. Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 297):

„1. die Entwicklung eines differenzierten, integrierten, realistischen, wesentlich positiven Selbstgefühls oder einer Identität und 2. die Entwicklung der Fähigkeit, gegenseitig befriedigende, reziproke, interpersonelle Beziehungen gestalten zu können“. (Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 297)

Psychoanalytiker Sidney Blatt und seine Kollegen der Yale University School of Medicine, sind der Ansicht, dass sich diese beiden Prozesse im Rahmen einer wechselseitigen dialektischen Entwicklung während des gesamten Lebens entfalten. Eine Entwicklung im Selbstgefühl verändert auch die Fähigkeit zur interpersonellen Verbundenheit, genauso, wie eine Entwicklung in der Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen zu Veränderungen im Selbstgefühl führt. Die beiden Dimensionen, Verbundenheit und Selbstgefühl, sind für die normale Persönlichkeitsentwicklung wesentlich, aber auch wichtig bei der Erklärung von Formen der Psychopathologie, bei denen dieser Entwicklungsprozess auf unterschiedlichen Entwicklungsebenen unterbrochen wurde (vgl. Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 297).

Sidney Blatt und Kollegen sind der Ansicht, dass sich das Selbst in einer intersubjektiven Matrix innerhalb der Beziehung von Säugling und Bezugsperson entwickelt. Obwohl das Kind noch kein Gefühl von Autonomie oder Gefühle körperlicher Einheit, Selbstreflexivität, Sprache sowie kein Gefühl für sein Mentales und für das Mentale anderer Menschen entwickelt hat, sieht eine einfühlsame Bezugsperson das Baby von seiner Geburt an als ein unabhängiges Subjekt. Es ist von Bedeutung, dass die Bezugspersonen das Kind erkennt und ihm ein eigenes Mentales und eigene Gefühle eingesteht, denn dadurch wird es dem Kind ermöglicht, zu einem unabhängigen Subjekt zu werden (vgl. Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 298).

Umgekehrt ist es ebenso wichtig, dass das Kind die Bezugsperson getrennt von ihm wahrnimmt und ihr ein eigenes Mentales zuspricht. Das Kind erlebt sich mit ca. 18 Monaten als eigenständig und mit 4 Jahren entwickelt es allmählich ein Gefühl für sein eigenes Mentales, das von dem der Bezugsperson unabhängig ist. Wenn ein Kind in der Lage ist, zu erken-

nen, dass nicht nur es selbst über ein unabhängiges Mentales verfügt, sondern auch seine Bezugsperson, wird das Kind zu einem vollständigen unabhängigen Subjekt.

Somit sind diese zwischenmenschlichen Interaktionen von wesentlicher Bedeutung, da sich in ihnen das vollständige Selbstgefühl sowie psychologische und interpersonelle Fähigkeiten entwickeln, die es ermöglichen, das eigene Selbst und auch das der anderen Menschen, zu verstehen und zu würdigen (vgl. Blatt S.J. & Shahar, G. 2004, S. 298f).

Um als Subjekt, als eigenständige Persönlichkeit, existieren zu können, braucht man also die Anerkennung eines anderen unabhängigen Subjekts. Die Entwicklung des Selbstgefühls kann dann beeinträchtigt werden, wenn das Kind nicht als unabhängiges Subjekt erkannt und gewürdigt wird. Verfügt es aber über ein sich entwickelndes Selbstgefühl, ist es imstande, auch dem Objekt, seiner Bezugsperson, zu gestatten, eigenständig zu existieren und Gefühle von Liebe und Interesse für anderen zu entwickeln (vgl. Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 299).

Nach Sidney Blatt vollzieht sich die psychische Entwicklung demzufolge immer als dialektisches Geschehen zwischen zwei Dimensionen. Auch die Konzepte des Selbst und wichtiger anderer Menschen entwickeln sich in dialektischer und reziproker Weise. Dadurch fördert eine differenziertere Beziehung zu einem wichtigen Menschen die Differenzierung innerhalb des Selbst, umgekehrt hat eine verbesserte Selbstdifferenzierung eine weitere Differenzierung der Beziehungen zu anderen Menschen zur Folge. Folglich entwickeln sich getrennte Vorstellungen von sich und anderen Personen (vgl. Blatt, S.J et al. 2005, S. 865).

Besonders Erik H. Erikson hat sich mit seelischen Integrationsvorgängen und dem Wachstum der Persönlichkeit beschäftigt. Sein Konzept der Identität ist ein Vorläufer der modernen Objektbeziehungs- und Selbsttheorien der Psychoanalyse (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 510).

Blatt und Mitarbeiter haben Eriksons psychosoziales Entwicklungsmodell als Grundlage genommen, es ausgearbeitet und erweitert und drei Stufen der Entwicklung interpersonaler Bezogenheit identifiziert: Urvertrauen vs. Misstrauen, Kooperation vs. Entfremdung und Intimität vs. Isolation. Weiters gibt es sechs Stufen der Entwicklung des Selbst: Autonomie vs. Scham, Initiative vs. Schuldgefühl, Beharrlichkeit vs. Minderwertigkeitsgefühl, Identität vs. Rollendiffusion, Generativität vs. Stagnation und Integrität vs. Verzweiflung. Das Kind schreitet auf der Entwicklungslinie der Bezogenheit voran und das Vertrauen in die Mutter führt zur Kooperationsfähigkeit, zunächst innerhalb der Familien und später im Kreis der Peers. Das Kind erwirbt eine Autonomiefähigkeit, die durch ein Gefühl des Stolzes und durch die Fähigkeit, ohne Schuldgefühle tätig zu werden, charakterisiert ist. Die Entwicklungsfortschritte der Autonomie und der Initiative finden in der frühen Phase der Selbstentwicklung

statt und machen es dem Kind möglich, über die Beziehung zur Mutter hinaus gemeinschaftliche Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Dadurch wird das Selbst weiter bereichert und die Fähigkeit entwickelt, sich frei von Minderwertigkeitsgefühlen einer zielgerichteten Aktivität zu widmen und ein stabiles Identitätsgefühl zu erwerben. Dieses Identitätsgefühl ist Basis für die Entwicklung intimer wechselseitiger Beziehungen, denn so entstehen klare Vorstellungen darüber, was man selbst zu einer Beziehung beitragen kann und was man sich von einer dauerhaften intimen Beziehung wünscht (vgl. Blatt, S.J. et al. 2005, S. 865).

Auf diese Weise entfalten sich im Laufe der Entwicklung das Selbstgefühl und die Qualität der interpersonalen Bezogenheit, wobei jede Weiterentwicklung in einem Bereich gleichzeitig auch die Entwicklung in einem anderen fördert. Für viele Formen der Psychopathologie besitzen die Aspekte der Bezogenheit und der Selbstdefinition einen zentralen Stellenwert. Schwere Beeinträchtigungen der normalen dialektischen Entwicklung des Selbst und der interpersonalen Bezogenheit kommen in unterschiedlichen Formen der Psychopathologie zum Ausdruck, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt der Entwicklung sie aufgetreten sind (vgl. Blatt, S.J. et al. 2005, S. 866).

Die Identitätsbildung, die eingebunden ist in die Entwicklungsstadien des Menschen, wird in der Adoleszenz phasenspezifisch. Der jugendliche Mensch ist vor die Aufgabe gestellt, seine verschiedenen, teils widersprüchlichen Identifizierungen innerlich umzuwandeln und aus ihnen in einer bewussten und unbewussten Restrukturierung, ein einzigartiges und zusammenhängendes Ganzes zu machen. Die Bedeutung der Anerkennung durch die soziale Umgebung wird von Erikson betont, denn sie ist eine der wesentlichen Bedingungen für das Gelingen seelischer Integration. Eine innere Einheit und Kontinuität kann nur aufrechterhalten werden, wenn diese Eigenschaften auch von anderen gesehen werden. Diese Definition der Identität umfasst sowohl eine Dezentrierung des Subjektes, als auch eine seelische Vereinheitlichung (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 510).

Die traditionelle Sichtweise geht von einer entwicklungsphasenabhängigen Genese einer mehr oder weniger gesicherten Identität aus, die von physischen, soziokulturellen, psychischen, kognitiven, intrapsychischen und intersubjektiven Prozessen determiniert wird. Doch dieses traditionelle Identitätskonzept wird neu formuliert. Identität wird nun als eine hochkomplexe, flexible, sich psychisch fließend und prozesshaft entwickelnde Konstruktion verstanden, die im intrapsychisch geformten interpersonellen Austausch zwischen zwei oder mehreren Subjekten immer wieder neu geschaffen und konstituiert wird (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 141).

„Identität ist zu einem lebenslangen Projekt geworden.“ (Bohleber, W. 1999, S. 511).

4.3.1 Neuere psychoanalytische Selbst- und Identitätstheorien

R. D. Hinshelwood (1997) hat auf der Basis der kleinianischen Psychoanalyse mit den Begriffen der Spaltung und projektiven Identifizierung ein modernes kleinianisches Konzept der Identität entwickelt. Basis seiner Überlegungen ist die Theorie der Fähigkeit des menschlichen Geistes, sich seiner eigenen Erfahrungen zu entledigen und sie nicht als die eigenen anerkennen zu müssen. Durch die projektive Identifizierung verschwindet ein unerträglicher Selbstanteil aus der psychischen Selbstorganisation und wird in einen anderen Menschen hineinprojiziert, wo er lokalisiert und kontrolliert wird. Durch die Projektion bleibt im Selbst eine Erfahrung der Leere und eines Verlustes von Bedeutung zurück. Für Hinshelwood ist Identität keine Struktur des Individuums oder ein Prozessgeschehen innerhalb des Selbst. Es ist eine zwischenmenschliche Auseinandersetzung darüber, welche Selbstanteile und Erfahrungen als zu sich zugehörig betrachtet werden (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 512).

Roy Schafer (1992) ist der Ansicht, dass die Erfahrung des Menschen ursprünglich sprachlich und narrativ konstruiert wird. Zur dahinter liegenden Realität haben wir keinen Zugang, denn die Sprache erschafft die Welt, von der sie erzählt. Schafer glaubt, dass es kein einheitliches dauerhaftes Selbst gibt, das direkt und ohne Vermittlung durch Sprache und Geschichte erfahrbar ist. Für ihn ist das Selbst eine von Beobachtungen gebildete Konstruktion in Form einer Narration. Dies beinhaltet die Möglichkeit, von mentalen und verhaltensmäßigen Handlungen zu erzählen (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 515f).

Doch durch die unterschiedlichen Erzählungen entstehen auch unterschiedliche Selbste, die von Schafer zusammengefasst werden, indem er eine Person als handelnde Instanz annimmt. Das Selbst ist somit eine Erzählung und es braucht eine ZuhörerIn, damit es existiert. Den Begriff der Identität gibt es bei Schafer nicht, vielmehr steht das Narrativ im Mittelpunkt. Die Identität einer Person erkennt man durch ihre Erzählungen über das Selbst und durch die Erfüllung der Kriterien der Konsistenz, Kohärenz und Verständlichkeit. Die Kritik zu einer solchen Theorie des Menschen als offenes Narratives blieb natürlich nicht aus. So zum Beispiel wird angedeutet, dass die Funktion von Affekten nicht berücksichtigt wurde, genauso wie die Rolle traumatischer Erfahrungen, deren Kennzeichen der unmittelbare Einbruch einer Realität ins Selbst ist (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 515f).

4.4 Adoleszenz und Identität

Der Entwicklungsschritt in der Adoleszenz zum innerlich wie auch äußerlich autonomen Individuum gestaltet sich mitunter konfliktreich und kann somit auch einen Auslöser für gestör-

tes Essverhalten darstellen, da der Körper in der Adoleszenz oft der Austragungsort innerlicher Konflikte ist (vgl. Gransee, C. 2008, S. 167).

In Untersuchungen wurde die Entstehung der Selbstreflexion aus der frühen Mutter-Kind-Interaktion erforscht und Unterschiede zwischen einem präreflexiven Selbst der unmittelbaren Erfahrung und dem reflexiven Selbst festgestellt. Das reflexive Selbst schafft eine symbolische Repräsentation der Erfahrungen, indem es sie interpretiert und mentalisiert. Diese Fähigkeit zur Mentalisierung ergibt sich aus einem intersubjektiven Austausch zwischen Mutter und Kind. Indem die Mutter die Absichten des Kindes erkennt und sie verbal oder nonverbal ausdrückt, sieht das Kind, wie die Mutter seiner eigenen Intentionalität Wort oder Gestalt gibt, und es lernt, dass die Mutter seine Absichten symbolisch repräsentiert. Auf diese Weise wird die Fähigkeit entwickelt, Gefühle, Gedanken und Handlungen zu reflektieren. Die reflexive Fähigkeit des Selbst stellt die Basis der Selbststruktur dar und bildet ein Identitätsgefühl. Identität ist demzufolge immer intersubjektiv begründet und wird als spiegelnder Dialog verinnerlicht. Selbstreflexion und Identitätsgefühl sind Ergebnis der jeweiligen Entwicklung und werden geprägt durch Entwicklungskonflikte und Abwehrvorgänge (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 517).

Die Identität ist weder qualitativ, noch ist sie durch bestimmte Charakterzüge zu beschreiben. Sie ist eine nie abgeschlossene psychische Konstruktion, bestehend aus reflexiven Vergleichsprozessen. Dem Vergleich unterzogen werden zentrale Selbstvorstellungen einerseits und soziale Rollen, Handlungen, Gefühle, Objekte und Träume andererseits. Die Struktur der Identitätsarbeit nimmt eine Mittelstellung zwischen der inneren Welt und der äußeren Realität ein, denn es gilt eine Balance zwischen äußeren Erwartungen, gesellschaftlichem Rollenverhalten und der inneren Wirklichkeit, den Identifizierungen und den Abkömmlingen unbewusster Phantasien zu schaffen. Durch das Identitätserleben ist es einem möglich, der Beziehung zum eigenen Selbst und zu seinen Objekten eine spezifische Form zu verleihen (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 518).

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Flexibilität, Selbstbilder im inneren mentalen Raum durchzuspielen, ist für den adoleszenten Restrukturierungsprozess von zentraler Bedeutung. Die verschiedenen infantilen Selbstbilder und vergangenen Erfahrungen müssen in der Adoleszenz neu organisiert und im Lichte der gegenwärtigen Realität eines sexuell reifen Körpers in eine entsprechende sexuelle Identität integriert werden. Durch Probehandeln, Ausprobieren und Tagträumen wird getestet, welche sexuellen Vorstellungen, Gefühle und Befriedigungen in das eigene Netzwerk von Selbstbildern passen. Bei dieser seelischen Umgestaltung muss das Gefühl einer eigenen Subjektivität neu verankert werden, indem sich der adoleszente Mensch aus den infantilen Abhängigkeiten herauslöst und sich seiner selbst bewusst wird. Das bewusste Selbsterleben wird neuorganisiert, vertraute Schemata aufgebro-

wusst wird. Das bewusste Selbsterleben wird neuorganisiert, vertraute Schemata aufgebrochen und Grenzsituationen gesucht. Wegen Trennungskonflikten und unzureichender Selbst- und Objektdifferenzierung kann dieser Prozess jedoch erschwert werden (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 519f).

In der adoleszenten Veränderung findet auch ein erheblicher Zuwachs an kognitiven Kapazitäten statt, der die Dezentrierung des Subjektes aus der Verbindung mit vertrauten Objektvorstellungen ermöglicht. Durch den Übergang vom konkreten zum formallogischen Denken sind Jugendliche in der Lage, eine andere Perspektive einzunehmen und sich von außen zu sehen (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 519f).

Es ist jedoch zu betonen, dass vorherrschende, prägenitale Entwicklungskonflikte das Probehandeln und Aktivitäten lähmen können, was dazu führt, dass der sexuell reife Körper zum Feind wird und die regressive Macht von prägenitalen Abhängigkeits- und Versorgungswünschen das Gefühl des Selbst als eines aktiven Handelnden zu überwältigen droht.
Die Bedeutung dieses Bewusstseins einer inneren Aktivität und Wahlmöglichkeit, das vorhanden sein muss, um die Identifizierungen der Kindheit durchzuarbeiten, wurde auch von Erikson betont. Eine Identitätsdiffusion beschreibt er durch die Lähmung der Wahlmöglichkeiten und der eigenen Initiative, ausgelöst durch Konflikte, die den Jugendlichen unlösbar erscheinen und ein Gefühl vermitteln, als ob das Leben geschieht, und nicht aus ihrer eigener Initiative gelebt wird (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 520f).

4.5 Das Selbstwertgefühl

Ein zu gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl gehört zu den Risikofaktoren einer Essstörung, also muss geklärt werden, wie das Selbstwertgefühl entsteht und wodurch es beeinträchtigt werden kann. Die Objektbeziehungstheorie legt das Gewicht auf die verinnerlichten Beziehungen zwischen Vorstellungen des Ich und des Objektes. Doch welche Rolle spielen nun die äußeren Beziehungen für die Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und der Selbstkohäsion (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 53)?

Der theoretische Ansatz der Selbstpsychologie, der auf Heinz Kohut zurückgeht, sieht die PatientIn als jemanden, die dringend bestimmte Reaktionen anderer Personen braucht, um ein bestimmtes Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Kohut stellte bei der psychoanalytischen Behandlung seiner ambulanten PatientInnen mit narzisstischen Störungen fest, dass bei ihnen zwei Arten der Übertragung auftraten: die Spiegelübertragung und die idealisierende Übertragung (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 53).

Bei der Spiegelübertragung erwartet die PatientIn eine bestätigende Reaktion von der TherapeutIn. Dies brachte Kohut mit dem Exhibitionismus des Kleinkindes, des grandios-exhibitionistischen Selbst, und der Reaktion der Mutter („Glanz in den Augen der Mutter“) in Verbindung. Zustimmende Reaktionen sind entscheidend für eine normale Entwicklung, da sie dem Kind ein Selbstwertgefühl vermitteln. Kann eine Mutter das Bedürfnis ihres Kindes nach dieser Spiegelreaktion nicht nachempfinden, ist es dem Kind kaum möglich, das Gefühl der Ganzheit und seine Selbstachtung zu bewahren. Das Selbstempfinden des Kindes zerbricht als Reaktion auf die fehlende Empathie. Das Kind versucht verzweifelt perfekt zu sein und dem Elternteil etwas vorzumachen, um die gewünschte Bestätigung zu bekommen. Bei der idealisierten Übertragung nimmt die PatientIn die TherapeutIn, die tröstet und heilt, als allmächtigen Elternteil wahr. Ebenso wie fehlende Empathie einer Mutter das Kind traumatisieren kann, kann ein Trauma ausgelöst werden, wenn die Mutter das Bedürfnis des Kindes, sie zu idealisieren nicht nachempfinden kann oder kein Vorbild zum Idealisieren liefert. Sind nun bei einer PatientIn in ihren Beziehungen zu ihren Eltern solche frühen Störungen aufgetreten und hat sie eine Veranlagung zu solchen Übertragungen, so kämpft sie mit einem fehlerhaften oder unzulänglichen Selbst, dessen Entwicklung in einer Phase stehen blieb, in der sie sehr anfällig für Fragmentierung war (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 54).

Folglich entwickelte Kohut eine Zwei-Achsen-Theorie, nach welcher nicht nur im Bereich des Narzissmus sondern auch im Bereich der Objektliebe eine fortlaufende Entwicklung stattfindet. Aufgrund der Reifung versucht das Kind, die verlorene Perfektion der frühen Bindung zwischen Mutter und Kind durch eine von zwei Strategien zu erreichen. Durch das „grandiose Selbst“ wird die Perfektion in der eigenen Person erreicht, oder das Kind idealisiert das Elternbild, dem die Perfektion zugewiesen wird. Das bipolare Selbst wird von diesen beiden Polen gebildet. Kohut erweitert dieses Modell später um den dritten Pol der Selbstobjektbedürfnisse, Zwilling oder Alter Ego. Dieses Bedürfnis hat seinen Ursprung in dem Wunsch nach Verschmelzung, der in nachahmendes Verhalten übergeht. Verhalten sich die Eltern angemessen, wird das grandiose Selbst in gesunden Ehrgeiz umgestaltet und das idealisierte Elternbild bleibt in Form von Idealen und Werten verinnerlicht. Wenn die Eltern jedoch des Öfteren nicht passend auf die Strategien des Kindes reagieren, bleibt dessen Entwicklung stehen (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 55).

Der Begriff der Selbstobjekte soll die Rolle der anderen Menschen bezüglich der Spiegelungs-, Idealisierungs- und Zwillingsbedürfnisse des Selbst beschreiben. Aus der Sicht des Selbst sind andere Menschen keine gesonderten Personen, sondern Objekte, die die Bedürfnisse des Selbst befriedigen. Nach Kohut wächst der Mensch nie aus dem Bedürfnis nach Selbstobjekten heraus. Er ist der Ansicht, dass wir Selbstobjekte in unserem Umfeld brau-

chen, um emotional zu überleben, genau so wie wir auf den Sauerstoff in der Atmosphäre für unser körperliches Überleben angewiesen sind. Auch die Trennung des Selbst vom Selbstobjekt wird als unmöglich gesehen, denn Menschen brauchen ein Leben lang bekräftigende, empathische Reaktionen von anderen, um ihr Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 57).

5. Körperbild

5.1 Konzept und Definition

Die Begriffe „Körperbild“ und „Körperschema“ sind sehr vieldeutig. Sie werden in der psychologischen Beurteilung von PatientInnen häufig benutzt, obwohl ihr Konzept sehr vage ist (vgl. Bruch, H. 2001, S. 114).

Das Körperschema ist ein gefühlter Sinn, der auf den physischen Eigenschaften des Körpers basiert. Das Körperbild hingegen geht auf erlernte Haltungen gegenüber dem Körper zurück. Über die gesamte Körperoberfläche verteilt liegen Sensoren, die empfindlich auf Liebkosungen oder Schmerz, Wärme oder Kälte reagieren. Diese Sensoren berechnen das Gewicht des Körpers und seine Haltungen, sie sind die Grundlage der Selbstwahrnehmung. Das Körperschema ist ein physiologisches Konstrukt. Das Gehirn erschafft es aus dem Zusammenspiel von visuellen, taktilen, propriozeptiven, vestibulären und akustischen Signalen. Das Gehirn dehnt das Körperschema auch auf den umgebenden Raum aus. Somit ist es möglich, Objekte im Raum oder auf dem Körper zu lokalisieren. Durch einen Strom von Signalen von Haut, Muskeln, Gelenken und Eingeweiden wird das Körperschema auf den neuesten Stand gebracht. Aus diesem mentalen Gebilde erwächst das Gefühl, einen Körper zu bewohnen, der in eine größere Welt eingebettet ist. Empfindungen aus dem Körper sind selten bewusst, sie sind automatisch und unbewusst. Ohne Rezeptoren wüsste man nicht, dass man einen Körper hat (vgl. Blakeslee, S. & Blakeslee, M. 2009, S. 38-51).

Von der Neurologie über die Psychiatrie und Psychoanalyse bis zur Psychologie war das Körperbild Forschungsgegenstand, doch das Bedürfnis ein „Körperschema“ zu definieren, hatten Neurologen. Henry Head und Gordon Holms formulierten 1911 ihre Vorstellung eines Körperschemas. Sie fanden heraus, dass Signale vom muskuloskelettalen System des Körpers ans Gehirn geleitet werden, um Körperhaltung und Position der Extremitäten festzustellen. Head ging davon aus, dass Menschen innere Haltungsmodelle ihrer selbst in Verbindung mit Modellen der Körperoberfläche aufbauen. Dies nannte er „Körperschema“ und definierte es als „organisatorische Modelle unserer selbst“. In seinem Werk *„Studies in neurology”* (1920) stellte er sein Konzept einer somatosenorischen Repräsentation des eigenen Körpers, ein so genanntes „Körperschema“, vor (vgl. Blakeslee, S. & Blakeslee, M. 2009. S. 38-51).

Der österreichisch-amerikanische Neurologe Paul Schilder befasste sich ebenfalls mit dem „Körperschema“, erweiterte jedoch Heads Konzept, indem er klinisch-psychiatrische Überlegungen mit einbezog und somit das „Körperbild“ definierte. In seinem 1935 erschienen Werk „*The image and appearance of the human body*” untersuchte er das Phänomen des Kör-

perschemas im Hinblick auf das normale und abnormale Verhalten (vgl. Bruch, H. 2001, S. 114).

Schilder stellte ein ganzheitliches Konzept des Körperbildes auf und beschrieb es als „ […] picture of our own body which we form in our mind, that is to say the way in which the body appears to ourselves." (Schilder, P. 1935, S. 11)

Das Körperbild ist also jenes geistige Bild, das wir uns über unseren eigenen Körper machen, d.h. wie der Körper uns selbst erscheint. Im Gegensatz zum Körperschema, das weitgehend unbewusst ist, ist das Körperbild die bewusste Wahrnehmung des eigenen Körpers. Es ist mehr als ein Körperschema, mehr als ein Gestaltmodell, das aus wechselnden Körperstellungen und –bewegungen entsteht (vgl. Blakeslee, S. & Blakeslee, M. 2009, S. 62). Das Körperbild repräsentiert „ein aus allen unmittelbaren organischen und psychischen Erfahrungen bestehendes Integrationsmuster." (Bruch, H. 2001, S. 115)

Schilder betonte aber auch die Wichtigkeit der Bewegungsfähigkeit, denn wir würden wenig über unseren Körper wissen, könnten wir ihn nicht bewegen. Die Fähigkeit, sich bewegen zu können, ist nicht nur bei der Bestimmung der Grenzen des eigenen Selbst wesentlich, sie dient zur Differenzierung zwischen sich selbst und der gesamten Wahrnehmung. So gesehen scheint es so, als ob die oft typische Inaktivität von adipösen Menschen mit einem gestörten Körperkonzept zusammen hänge. Schilder meinte auch, dass das Körperschema und das Körperbild der Körperstruktur vorausgehen und sie bestimmen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 115).

Körperschema und Körperbild entwickeln sich während des Heranwachsens. Die Veränderungen im Körperschema beziehen sich auf das Längerwerden der Arme und Beine, doch während das Körperschema weitgehend eine Funktion bewegter Körperteile ist, basiert das Körperbild auf persönlichen Erfahrungen und Erinnerungen (vgl. Blakeslee, S. & Blakeslee, M. 2009, S. 62).

Es wird von der Bedingung ausgegangen, dass der Säugling seinen Körper ursprünglich wahrnimmt, als wäre er in all seine Gliedmaßen geteilt und als existiere er außerhalb seiner selbst. Der Körper in seinen Einzelteilen ist demnach das erste Objekt, das für Unwohlsein steht, da durch ihn Hunger, Kälte oder andere Missempfindungen erlebt werden. Es bedarf nun eines psychischen Reifeprozesses, in dem die Partialobjekte des Körpers in ein Ganzes integriert werden und in dem der Körper als Selbst und als Objekt erlebt wird. Ob nun diese Integrationsleistung funktioniert, hängt von der verstehenden, empathischen, haltgebenden und versorgenden Interaktion zwischen Mutterobjekt und Säugling ab (vgl. Gerisch, B. 2006, S.141f).

Diese existenzielle Basis leitet den Aufbau von Selbst-, Körper- und Objektvorstellungen ein und ist für das Kind wesentlich, damit es später reale Trennungen vom mütterlichen

Objekt meistert und sich selbst hinreichend über Raum und Zeit hinweg existent fühlt. Sind diese frühen Entwicklungsschritte traumatisch gestört oder durch die Abwesenheit der Mutter verhindert, so führt das später zu einem permanenten Angewiesensein des Kindes auf ein reales äußeres Objekt, um dem konstant drohenden Gefühl der psychischen Vernichtung und Fragmentierung entgegenzuwirken. Die Körper-, Selbst-, und Objektvorstellung beginnt somit im Anderen (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 142).

Die Art und Weise, wie ein Kind seinen Körper wahrnimmt, verändert sich also im Laufe des Wachstums und erweitert sich allmählich, bis die Körperwahrnehmung mit der gegenwärtigen Körperstruktur ident ist. Außerdem nimmt das Kind die Einstellungen anderer gegenüber seinem Körper und dessen Teilen auf. Somit kann es ein angenehmes und befriedigendes Bild von seinem Körper entwickeln, jedoch auch zu der Ansicht gelangen, sein Körper und dessen Teile seien schmutzig, unangenehm, ekelhaft oder unanständig. Einen wesentlichen Einfluss haben die Einstellungen der Eltern, die in das kindliche Körperkonzept integriert werden. Besonders stark wirken sich herabsetzende Haltungen aus (vgl. Bruch, H. 2001, S. 115).

Als Beispiel dient hier das dicke Mädchen, dessen Mutter die Fettsucht immer mit Widerwillen betonte. Die Mutter war ihrem Kind gegenüber, wegen seiner besonderen Körpergestalt, ziemlich feindlich gesonnen und machte es zum Gegenstand ihrer Missbilligung. Eigentlich solle es keinen Unterschied zwischen Körperbau, Körperbild und sozialer Akzeptanz geben. Doch gerade die Stigmatisierung der übergewichtigen und adipösen Menschen beweist das Gegenteil. Fettsüchtige Menschen leben unter dem ständigen Druck einer ablehnenden sozialen Umwelt. Eine solche ständige Herabsetzung der physischen Persönlichkeit eines Menschen kann zu einer Spaltung zwischen der Körperstruktur und dem gewünschten und gesellschaftlich akzeptierten Bild führen. Schilder sieht in solchen Diskrepanzen den Grund für eine Psychose (vgl. Bruch, H. 2001, S. 115f).

Melanie Klein geht davon aus, dass im frühen Stadium, der paranoid-schizoiden Position, die psychischen Entwicklungen und Erfahrungen durch Spaltungsprozesse wie lustvoll/unlustvoll, gut/böse, inklusive der Projektion und projektiven Identifikation, strukturiert und codiert werden. Der heranwachsende Säugling stattet die Vorgänge in seinem Körperinneren und in anderen Körpern, wie dem der Mutter, mit intensiven und unbewussten Phantasien aus. Diese sind im Sinn einer Verbildlichung oder Objektivierung von Körpergeschehnissen zu verstehen und finden ihren Niederschlag in inneren Objekten. Mit dem Erreichen der depressiven Position geht die Befähigung zur Dankbarkeit und Wiedergutmachung einher. Es öffnet sich ein psychischer Raum, in dem Trennung und die Anerkennung der anderen Person als getrenntes Objekt ertragen werden können. Subjektwerdung und Identitätsbildung schwin-

gen zwischen der paranoid-schizoiden und der depressiven Position (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 142).

Im Zuge der physiologischen Reifung der Pubertät aktualisieren sich die präödipalen, ödipalen und besonders die unbewältigten Konflikte noch einmal mit aller Heftigkeit. Die Adoleszenz stellt eine zentrale und schmerzhafte lebensgeschichtliche Entwicklungsphase dar, denn sie steht im Zeichen der Aneignung einer gesicherten Geschlechtsidentität, die zunächst mit psychisch und physisch bedeutsamen morphologischen Veränderungen einhergeht. Körperpathologien wie Essstörungen und Suizidalität aber auch Drogenkonsum treten in spezifischer Weise erst in der Adoleszenz auf. Diese Beobachtung führte zu der These, dass diese Psychopathologien mit der Verankerung des Körberbildes, der endgültigen geschlechtlichen Differenzierung und der Auflösung des Ödopuskomplexes in einem spezifischen wechselseitigen Zusammenhang stehen (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 143).

5.2 Psychoanalytische Theorien über das Körperbild und dessen Störung

Der Körper wird in der Psychoanalyse nicht isoliert und normativ betrachtet. Er ist aber nicht Gegenstand der Psychoanalyse, sondern die Bedeutung, die er annehmen kann. Sigmund Freud verstand unter psychopathologischen Verformungen des Körpers einen Ausdruck intrapsychischer Konfliktlösungen. In der heutigen Psychoanalyse wird die Formierung des Körperbildes nicht mehr isoliert von Selbstwerdungs-, Identitäts- und Interaktionsprozessen betrachtet. Dementsprechend werden Körpersymptome und –reaktionen als Niederschläge unbewusster, intrapsychischer Beziehungserfahrungen verstanden (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 138-139).

Indem Freud erkannte, dass die psychische neben der materiellen Realität gewürdigt werden müsse, da sie ebenso pathogen wirken kann, verstand er das Symptom als symbolischen Ausdruck eines intrapsychischen Konflikts. Die bis heute ungelöste Kernfrage des Leib-Seele-Problems stellt die Herausforderung für die Psychoanalyse dar. Sie hat seit jeher ein kompliziertes Verhältnis zum Körper, denn mit der Triebtheorie steht sie fortwährend zwischen der Biologie und der Intersubjektivität (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 134f).

Obwohl der Körper in der psychoanalytischen Metapsychologie der psychischen Instanzen nie verankert worden ist, schreibt Freud in seiner Arbeit „Das Ich und das Es“ (1923): „Das Ich ist vor allem ein körperliches“. (Freud, S. 1923, S. 253f)

Mathias Hirsch, Facharzt für psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker, dessen Forschungsschwerpunkt auf der psychoanalytischen Körperpsychologie liegt, sieht das „vor allem“ zeitlich und übersetzt es mit „ursprünglich“, sodass das Ich, das an der Wahr-

nehmung des Körpers entstanden ist, als Anfang einer sich weiterentwickelnden psychischen Instanz zu sehen ist (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 2).

Die Differenzierung zwischen dem rudimentären Ich und dem Körper resultiert aus einer undifferenzierten und unlustvollen Wahrnehmung des eigenen Körpers und seiner Reaktionen. Freud behauptet aber auch, dass sich der Körper aus der schmerzhaft erlebten Wahrnehmungswelt als ein *anderes Objekt* herausbildet (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 135).

Sucht man nun in Freuds Texten nach der impliziten und expliziten Genese des Körperbildes und dessen Identitätsformulierungen, rückt der zentrale Aspekt der Geschlechterdifferenz in den Vordergrund. Obwohl Freud nicht meint, dass Frauen einen männlichen Körper haben sollen, geht er davon aus, dass der männliche Körper im Kontext des Phallozentrismus dem weiblichen eindeutig überlegen ist (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 135).

Die freud´sche Weiblichkeitstheorie sieht die Ausbildung mangelhafter intrapsychischer Strukturen, wie mangelnde Überichbildung und Sublimierungsfähigkeit, spezifische Charaktereigenschaften (sexuelle Anästhesie, eingeschränkte Liebesfähigkeit, Tendenz zur Aggressionsumkehr) und Verhaltensweisen wie Objektabhängigkeit und –anklammerung, als unveränderliche und allgegenwärtige Faktoren der weiblichen Entwicklung. Diese werden auf den Versuch der Frau zurückgeführt, Zeit ihres Lebens mit ihrer anatomischen Mangelausstattung fertig zu werden, bzw. versucht sie diese zu überwinden oder bestenfalls sie zu verbergen (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 136).

Auch wenn heute die Theorie über die Kompensation des Genitaldefektes etwas veraltert erscheinen mag, findet die Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin Benigna Gerisch darin doch etwas, was in der Psychodynamik weiblicher Körperpathologien tatsächlich aufscheint, nämlich die unbewusste Identifikation der Frau mit dem Topos des Genitaldefektes. Sie zeigt sich kompensatorisch als körperfixierte narzisstische Eitelkeit und induziert eine ausgeprägte, konfliktträchtige Objektbezogenheit und –abhängigkeit (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 136).

War es die Syphilishysterie um die Jahrhundertwende, die Aidsphantasmen in den 80ern, so zeigen sich aktuell intrapsychische Konflikte häufig in Körperphathologien. Das bedeutet, die intrapsychischen Konflikte werden im, am und mit dem Körper ausagiert (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 137).

Dass das Gefühl von Unsicherheit und Fragmentierung den Körper als Agierfeld der intrapsychisch verwandelten Ängste heranzieht, liegt nahe. Denn kein anderes Organ als die Haut scheidet das Innere vom Außen, begrenzt das Selbst und hält es zusammen. Formulierungen wie „ich fühle mich nicht wohl in meiner Haut“ oder „ ich kann aus meiner Haut nicht

heraus“ sind Beispiele dafür, dass das fragmentierte Selbsterleben mit einem beunruhigenden Körpererleben korrespondiert (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 138).
Körpermanipulationen verschiedenster Art, ob durch Fitness, Nahrungsverzicht, Fettsucht oder blutige Selbstbeschädigung, tragen dazu bei, sich selbst wieder begrenzt und lebendig zu fühlen. Sie vermitteln das Gefühl, trotz identitätsauflösender Bedrohungen, wieder „Herr im eigenen Körper“ zu sein (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 138). Übertriebene sportliche Aktivitäten, Körperspannung und Bewegung dienen häufig dazu, ein Selbstgefühl zu gewährleisten, wobei die Lust an der Bewegbarkeit Ersatz für ein gutes Mutterobjekt ist. Auch anorektische Personen versuchen ihren Körper durch extreme sportliche Anstrengungen zu kontrollieren (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 9).

Die moderne Identitätskrankheit wird im wahrsten Sinne des Wortes „verkörpert“. Er ist Objekt des gegenwärtigen Schönheitswahns und des Agierens von psychischen Traumatisierungen. Schon Freuds berühmte Hysteriepatientin Anna O. beschrieb ihre hysterische Symptomatik als „Privattheater“. Der Körper, der Leib ist somit Bühne, auf der von Zeit zu Zeit ein dramatisch aufgeladenes Zweipersonenstück als Ausdruck soziokulturell geformter, internalisierter Objektbeziehungserfahrungen zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Gerisch, B. 2006, S.138).

5.3 Körperpathologien

Manipulative Körpermodellierungen sind letztendlich alles Maßnahmen, die dazu dienen, den Körper anders erscheinen zu lassen als er tatsächlich ist, ihn zu kontrollieren oder unbewusste Konflikte zu funktionalisieren. Nicht selten entstehen daraus Körperpathologien wie das offene und verdeckte selbstverletzende Verhalten, Essstörungen und Suizidversuche. Hierbei kommt es zu einer konkreten Objektwerdung. Es wird davon ausgegangen, dass Körperpathologien ihren Ursprung in der frühesten Entwicklungsphase des fragilen Körper-Selbst-Erlebens haben und es durch stark ausgeprägte traumatische Einwirkungen zu einer Fixierung von Spaltungsprozessen kommt. Die Integration von Körper-, Selbst- und Objektvorstellungen missglückt. In der Folge wir der Körper als Objekt erlebt und zum Austragungsort intrapsychischer Konflikte oder innerer Objekte (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 144f).

In Körperpathologien verdichtet sich ein zentraler Konflikt der Subjektwerdung und wird an ihnen sichtbar. Dieser Konflikt zentriert sich ein Leben lang um Fusions- und Abgrenzungswünsche, um das Oszillieren zwischen der paranoid-schizoiden und depressiven Position, um Integration und Desintegration und letztlich um die Nähe-Distanz-Regulation. Versagen die herkömmlichen Abwehrmechanismen, die dafür sorgen, mit auslösenden Konfliktsi-

tuationen fertig zu werden, werden spezifische Regressionsmechanismen in Gang gesetzt. Besonders Projektions- und Spaltungsprozesse können zu einer Trennung von Psyche und Körperselbst oder zu einer konfliktreichen Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Selbstanteilen führen (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 145f).

5.3.1 Der eigene Körper als Objekt

Die erste Subphase der Lösung aus der Mutter-Kind-Symbiose beginnt ca. ab dem 4. Lebensmonat und ist gekennzeichnet durch die ersten Autonomiebestrebungen des Säuglings. Das Kleinkind lernt erstmals den eigenen Körper von dem der Mutter zu unterscheiden und körperliche Erfahrungen einerseits und geistige Gedanken und Gefühle andererseits getrennt wahrzunehmen. Diese Trennung der inneren Bilder von Selbst und Körperselbst ist Voraussetzung für eine Integration eines Gesamtkonzeptes der Vorstellungen von Selbst, Körperselbst und äußeren Objekten. Es kann nun eine innere Selbst-Körperselbst-Konzeption angenommen werden, die ein Einssein mit und auch eine Beziehung zum eigenen Körper enthält (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 4).

Dieses Selbst-Körperselbst-Gefühl kann aber in der Differenzierungsphase aufgrund von traumatischer Überstimulierung durch innere und äußere Reize oder fehlenden Reizschutz infolge einer ungenügenden mütterlichen Zuwendung Störungen davon tragen. Diese Theorie betont ein weiteres Mal die Bedeutung der Außenwelt bei der Entwicklung von Selbst und Körperselbst. Fallen Selbst und Körperselbst auseinander, wird der Körper als äußeres Objekt erlebt (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 5).

5.3.2 Der Körper als Übergangsobjekt

Körperpathologien lassen sich auf die Bildung des Körper-Ich in den ersten Lebensjahren zurückführen. Neben dem Körperkontakt spielt auch die Bewegung des Körpers, das Schaukeln durch die Mutter, eine bedeutende Rolle. Die motorische Aktivität ist bei der Abgrenzung des Körpers von dem der Mutter notwendig. Wird sie später exzessiv betrieben, kann sie ersatzweise dazu dienen, Ängste vor Desintegration und vor Selbstauflösung zu mindern. Hirsch nimmt die Manipulation, das Beherrschen des Körpers und die Kontrolle über ihn als Anstoß, um darüber nachzudenken, ob nicht der Körper auch als Übergangsobjekt gesehen werden kann. Man könnte ihn als Mutterobjekt verstehen, das einen nicht verlassen kann, und dennoch ist man ihm nicht hilflos ausgeliefert, da man es selbst erschaffen hat (vgl. Hirsch, M. 1998. S. 9).

Typische Übergangsobjekte, die dem Kind in der Phase der Loslösung aus der Symbiose und bei Abwesenheit der Mutter Trost und Beruhigung spenden, sind der Teddybär oder das Schlaftuch. Dadurch, dass das Übergangsobjekt an die Stelle der Mutter tritt, hilft es, ihre relative Abwesenheit zu ertragen und zwar durch die Aktivität des Kindes selbst, die die phantasierte Einheit wiederherstellt (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 9f).

Die Definition des Übergangsobjektes von Winnicott lässt den Körper als Übergangsobjekt nicht zu, denn ein Teil des kindlichen Körpers oder auch die Mutter können nicht Übergangsobjekt sein, da ein Übergangsobjekt die Einheit mit der abwesenden Mutter repräsentiert. Trotzdem ist Hirsch der Ansicht, dass der Körper und seine Teile unter bestimmten Bedingungen in das weite Feld der Übergangphänomene aufgenommen werden können (vgl. Hirsch, M. 1998. S. 12).

Die Anwendung des Konzeptes des Übergangsobjektes auf den eigenen Körper ist eher in der pathologischen als in der unauffällig verlaufenden Entwicklung des Kindes möglich, in der Selbst und Körperselbst genügend integriert sind. Im pathologischen Fall dagegen liegt eine Spaltung oder Dissoziation zwischen Selbst und Körperselbst vor. Der eigene Körper wird dann wie ein äußeres Objekt, ein Ding oder ein Übergangsobjekt erlebt und behandelt (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 25).

Es gibt nun zwei Ebenen auf denen sich die Ursachen der Spaltung finden lassen: die Ebene der frühen Deprivation und die Ebene der späteren traumatischen Überstimulierung. Die Entwicklung eines integrierten Körperbildes spielt innerhalb der gesamten Selbst-Objekt-Differenzierung eine wesentliche Rolle. Genauso wie die fortgeschrittene Reifung für die Begriffsbildung von Selbst, Körper und Objekt erforderlich ist, ist auch eine genügend gute Reaktion der Umgebung auf innere und äußere körperliche Reize notwendig. Durch die Reaktion können nämlich die Reize gemildert und integriert werden, wenn die eigenen Schutzmechanismen des Kleinkindes nicht ausreichen. Ein optimales Wechselspiel von Spannung und Erleichterung wird für den Kern der Bildung des Körperbewusstseins angenommen (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 25).

Sind die Reaktionen nicht genügend, so liegt eine Möglichkeit der Bewältigung in der Spaltung zwischen Selbst und Körper, noch bevor ein integriertes und differenziertes Bild beider Selbstanteile gebildet werden konnte. Das Körperselbst wird vom rudimentären frühen Selbst getrennt und ist nun „böse“ und verfolgend, aber außerhalb, sodass das Selbst gerettet und „gut“ ist. Wird der Körper derart abgespalten, kann er als äußeres Objekt erlebt und auch verwendet werden, das Selbst jedoch identifiziert sich mit der „guten“ Mutter (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 24-26).

„[…] in Situationen, die nicht zu bewältigen sind, wird zu einer derartigen Ich-Spaltung gegriffen, die den Körper als äußeres Objekt erschaffen und dadurch das übrige Selbst von unerträglicher Spannung entlastet, denn der Körper ist so das böse Objekt, das Aggression, Schuld und Bestrafung auf sich zieht, gleichzeitig aber wie ein Mutterobjekt als präsent erlebt wird und vor Alleinsein schützt.“ (Hirsch, M. 1998, S. 28)

Hirsch legt allen Essstörungen eine Schädigung in der Loslösungsphase durch eine zu überfürsorgliche Mutter zugrunde, die es dem Kind nicht ermöglichte, ein Übergangsobjekt zu schaffen und jeden Autonomieversuch verhinderte. Somit kann das Kind keine getrennten Selbst-Objekt-Grenzen ausbilden (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 171f).

Ebenso erkannte Bruch diesen Zusammenhang, auch wenn sie noch nicht von einem Körper als Übergangsobjekt sprach, stellte sie fest, dass Adipöse und Magersüchtige Probleme hatten, sich emotional von der Mutter zu lösen. Alle ihre Einzelbeobachtungen zeigten ein gemeinsames Bild, nämlich dass die Mütter ihren Kindern ihre eigenen Vorstellungen über deren Bedürfnisse überstülpten (vgl. Bruch, H. 2001, S. 89-100).

Häufig wurde von Bruch beobachtet, dass sich viele übergewichtige Kinder nicht ohne Hilfe ihrer Mutter anziehen konnten, auch wenn sie schon zehn Jahre oder gar älter waren. Wenn an solche Kinder eine Frage gerichtet wurde, antwortete entweder die Mutter, oder sie ließ das Kind kaum zu Wort kommen. Es stellte sich heraus, dass diese Kinder unfähig waren, Dinge alleine zu tun, was sich so ziemlich auf jeden Bereich des Lebens erstreckte. Es war deutlich, dass in diesen Fällen eine ängstliche und überfürsorgliche Mutter es verhinderte, dass jene Kräfte definiert wurden, die das Heranwachsen des Kindes zu einem eigenständigen Individuum mit Bedürfnissen und Impulsen, welche klar von seinen Eltern getrennt sind, unterstützen. Wenn die Mutter in ihrer grundlegenden Einstellung gegenüber ihrem Kind unsicher ist, neigt sie dazu, diesen Mangel durch übermäßiges Essen und überbeschützende Verhaltensweisen zu kompensieren. Nahrung dient unter diesen Bedingungen als Ersatz für Liebe, Sicherheit und Zufriedenheit. Körperliche Bewegungen und soziale Kontakte hingegen werden mit Vorstellungen der Gefahr und der Trennung verknüpft (vgl. Bruch, H. 2001, S. 89-100).

Es wurde auch erkannt, dass adipöse Kinder oft als Entschädigung für die Enttäuschungen und Frustrationen der Eltern ausgewählt wurden. Sie werden somit als kostbarer Besitz angesehen, der die allerbeste Fürsorge braucht. Doch dies geschieht auf Kosten der Anerkennung der eigenen Individualität des Kindes, das dazu benutzt wird, das Leben der Eltern zu vervollständigen. Ein übermäßiges Behüten durch die Mutter beeinträchtigt die kindliche Entwicklung von Initiative und Autonomie und verhindert den Aufbau von Ichgrenzen zwischen sich und dem Kind. Bruch schließt bei jedem gestörten Essverhalten auf schwere Män-

gel der Ich-Funktionen. Die PatientInnen sind nicht fähig, das Selbst in die Zukunft auszurichten. Ihnen blieb eine eigene Individualität und ein selbstbestimmtes Leben versagt, was mitunter vielleicht ein Grund sein könnte, warum sie ständig versuchen, sich den Normen und Idealen der Gesellschaft anzupassen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 89-100).

5.4 Am Anfang war das Essen

Warum aber werden gerade Identitätsprobleme so häufig am Körper ausgetragen? Dass Essen stark mit Emotionen verbunden ist, liegt nahe, denn die Entwicklung des Seelenlebens ist eng mit der Nahrung und dem Umgang damit verbunden. Alleine die unzähligen Redewendungen, die mit dem Essen verbunden sind, machen deutlich, dass der Umgang mit dem Essen dazu dient, psychosoziale Spannungen, intrapsychische und interpersonelle Konflikte nachzubilden (vgl. Böhme-Bloem, C. 2002, S. 93f).

Das Erleben des Säuglings im primitiven oralen Stadium besteht aus einer Vielzahl stimulierender, befriedigender und frustrierender Erlebnisse. Das Kind reagiert darauf mit psychobiologisch vorgeformten Triebreaktionen wie Lächeln, Saugen, Schreien, Klammern und später Nachlaufen. Hunger und oral-libidinöse Bedürfnisspannungen und deren Befriedigung führen zu starken Lust-Unlusterlebnissen, welche die erste und wichtigste Verbindung zur Mutter sind. Mit der Fütterungssituation verbunden sind auch die ersten visuellen Eindrücke des Kindes von der Mutter. Die Brust wird zum ersten Bild der befriedigenden Mutter (vgl. Jacobson, E. 1973, S. 46).

Insofern ist die erste menschliche Nahrung die Milch. Sie nimmt eine Sonderstellung in der Entwicklungsgeschichte des Individuums ein. Die Brust wird als ein höchstes Gutes, als Grundlage der anfänglichen Abhängigkeit, angenommen. Doch die Anerkennung dieser Lebenstatsache ist problematisch, denn eine dauerhafte Befriedigung durch die Brust ist nicht möglich (vgl. Böhme-Bloem, C. 2002, S. 93).

Bion entwickelte auf Basis von Kleins Konzept der projektiven Identifikation sein „Containment Modell“, wo am Anfang eine angeborene Erwartung, Präkonzeption, in Gestalt des suchenden geöffneten Säuglingsmundes steht. Diese Präkonzeption muss durch die Mutterbrust zu einer Kozeption realisiert werden. Besitzt der Säugling die Fähigkeit Versagungen zu ertragen, stellt sich mit der Zeit die Vorstellung ein, dass das mit der Versagung verbundene schlechte Gefühl aufkommt, weil es ein gutes Objekt gibt, das zwar abwesend ist, aber zurückkommt („gute“ abwesende Brust). Besitzt der Säugling ungenügend Frustrationstoleranz, entwickelt sich die Vorstellung einer „bösen“ anwesenden Brust, die als böses Objekt empfunden wird, von dem er sich durch omnipotente Projektion befreien muss. Bion sieht

dadurch die Entwicklung von Symbolen und die Entfaltung und Differenzierung des Denkens beeinträchtigt (vgl. Böhme-Bloem, C. 2002, S. 99).

Bei Symbolisierungsprozessen liegt der zentrale Fokus auf dem Schritt von der körperlichen sensomotorisch-geistigen Interaktion über das vorsprachliche Präsymbol hin zum hoch strukturierten, sprachlichen Symbol. Von wesentlicher Bedeutung ist nun, ob es dem Kind in seiner psychischen Entwicklung gelungen ist, Gefühle und Affekte zu „denken“ und damit auch sprachlich zu bezeichnen. Bei Körperpathologien stagnieren diese auf einem vorsprachlichen Niveau, auf dem Gefühlszustände nur als diffuses Körpererleben wahrgenommen werden. Heftige Affekte können weder gespürt noch benannt werden, sondern müssen unmittelbar in den Körper abgeführt werden (vgl. Gerisch, B. 2006, S.146f).

Ein Syndrom, das einen schweren symbolischen Mangel vermuten lässt, ist das Wiederkäu-Syndrom. Der Säugling strebt danach, die Bedürfnisse des Organismus zu befriedigen. Doch ist er gezwungen, zum Beispiel durch vorzeitiges Abstillen oder durch eine schwere Erkrankung, sich von der Mutter abzulösen, entwickelt er ein besonderes Abwehrverhalten, das Wiederkäu-Syndrom. Dies ist ein psychophysisches Syndrom, bei dem die Nahrung ständig verschluckt und wieder erbrochen wird. Die Säuglinge führen die Nahrung aus dem Magen wieder in den Rachen- und Mundraum zurück und verschlucken sie erneut, der Akt des Vollwerdens befriedigt. Die Folgen sind eine Mangelernährung sowie eine Entwicklungsverlangsamung (vgl. Böhme-Bloem, C. 2002, S. 101). Das Fehlen der Mutter wird vollständig verleugnet. Der Säugling hat sich frühzeitig einen eigenen Schutz gegen die Abwesenheit der Mutter geschaffen (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 13). Das Kind unterliegt aber einem schweren symbolischen Mangel. Es liegt ein asymbolisches, psychosomatisches Ersatzgeschehen vor, das suchtartig beibehalten wird. Im Gegensatz zu einem Übergangsobjekt, das eines Tages überflüssig wird, dient das meryzistische Erbrechen dem bloßen Ersatz und nicht der Entwicklung (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 174).

Die Befähigung zum Denken, zur Verbildlichung und zur Symbolisierung steht im Kontext triangulärer und somit auch interpersoneller Strukturen. Der trianguläre Raum bietet die mentale und psychische Reifemöglichkeit des Kindes durch die drei Personen der ödipalen Situation und ihrer Beziehungen untereinander. Die Befähigung zum Denken und zur Vorstellungsbildung im Sinne des Auftauchens des Dritten, geht aus einer erträglichen und integrierbaren Frustrations-, Abwesenheits- und Trauererfahrung hervor. Sie befördert idealtypisch das Aufspannen eines psychischen Raumes, in dem sich psychische Erfahrungen in mentalen Symbolisierungen und Vorstellungen abbilden. Dadurch können sie nun frei aktiviert und dynamisch verbunden werden. Damit diese prozessualen Entwicklungen hinrei-

chend gelingen können, müssen primäre interpersonelle Bedingungen und genügend gute Beziehungserfahrungen gegeben sein (vgl. Gerisch, B. 2006, S. 147).

Bei der Behandlung essgestörter PatientInnen des gesamten Spektrums hat sich allerdings gezeigt, dass PatientInnen oft darüber sprechen, unerwünscht zu sein, und von konkreten Äußerungen der Mutter über gescheiterte Abtreibungsversuche berichten. Offene Ablehnung durch die Mutter oder Erinnerungen an frühe Misshandlungen während der ersten Lebensjahre der PatientInnen, haben zu einer Deprivation geführt (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 163f).

Das Kind fühlt sich unsicher, empfindet eine Bedrohung durch die von der Mutter verkörperte Welt und sieht sich gezwungen, sich vorschnell aus der symbiotischen Beziehung zu lösen. Es findet ein verfrühter Objektwechsel statt und das Kind geht eine alternative Beziehung mit einem anderen Objekt ein. Dieser Wechsel kann zu einer Spaltung in gute und böse Objektvorstellungen und ebenso zu einem gespaltenen Umgang mit primitiven Selbstvorstellungen führen. Alle guten, libidinös besetzen Vorstellungen werden einem anderen Objekt, z.B. dem Vater, zugeschrieben, alle bösen der Mutter bzw. dem inneren Bild der Weiblichkeit (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 164).

Die Entwicklungsgeschichte eines adipösen Patienten von Hilde Bruch soll hier als Beispiel dienen: Saul, 14 Jahre, wog bei 165 cm 136 kg. Sein Verlangen nach Nahrung war bereits seit seinem zehnten Lebensmonat grenzenlos. Die Familie hatte schon zwei Töchter und für die Mutter war die Familienplanung abgeschlossen, doch der Vater wünschte sich einen Jungen und bedrängte die Mutter, ein weiteres Kind zu bekommen. Bei der Geburt wog Saul nur 2,2 kg und es war sehr schwierig, ihn zu füttern, da er alles wieder ausspuckte. Das Füttern und die Pflege übernahm der Vater. Ohne eine organische Ursache bekam die Mutter schließlich Rückenschmerzen und konnte Saul nicht mehr hochheben oder sich über die Wiege beugen. Somit saß der Junge oft übertrieben lange im Hochstuhl, wurde unruhig und schrie, bis die Mutter entdeckte, dass Saul ruhig wurde, wenn sie ihm einen Keks gab. Begann Saul wieder zu schreien, bekam er noch einen. Als er 8 Monate alt war, beklagte sich die Mutter, dass keine Nahrungsmenge mehr groß genug sei, um ihn ruhig zu halten. Mit 2 Jahren wog Saul schließlich 30 kg (vgl. Bruch, H. 2001, S. 83f).

Werden der Körper oder die Nahrung als Objekt verwendet, bedeutet Objekt in diesem Zusammenhang Ersatz für gute und böse mütterliche Teilobjekte. Anfangs nur in der Phantasie, können sie entsprechend den entstehenden Essverhaltens- und Körpersymptomen zu einer fatalen Realität werden (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 170).

6. Psychogene Essstörungen

„Psychogene Essstörungen sind Störungen des Essverhaltens auf der Basis einer neurologischen Entwicklung. Das gestörte Essverhalten erhält dabei die Funktion, innerseelische Konfliktspannungen zu vermindern und Einfluss auf zwischenmenschliche Beziehungen zu nehmen.“ (Ermann, M. 2004, S. 282)

Die Körper der an psychogenen Essstörungen leidenden PatientInnen besitzen eine kommunikative Funktion. Bei den psychogenen Essstörungen sind 3 Dimensionen entscheidend (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 56):

- Der körperliche Zustand bzw. das Gewicht,
- Das Ess- und Gewichtskontrollverhalten,
- Die Einstellung zum Körper und zur Nahrungsaufnahme.

Zu den Extremen der Essstörungen gehört einerseits der fettsüchtige, adipöse Mensch, der von der Angst vor dem Verhungern gequält wird, und auf der anderen Seite die abgemagerte AnorektikerIn, die Hunger und andere Symptome, die eine Unterernährung ankündigen, nicht wahrnimmt (vgl. Bruch, H. 2001, S. 77).

Demnach gibt es ein sehr breites Spektrum beobachtbarer Erscheinungsformen der Essstörungen. Auch wenn die äußerlichen Erscheinungen so verschiedenartig sind, liegt der gemeinsame Kern darin, Körperumfang und Ernährungsverhalten zu manipulieren, um Anpassungsschwierigkeiten und inneren Stress zu lösen oder zu verschleiern (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 156f).

Anorexie, Bulimie und psychogene Hyperphagie (Binge-Eating-Disorder) zählen zu den psychogenen Essstörungen, die wiederum in die Gruppe der Verhaltensstörungen eingeordnet werden. Lange Zeit wurden sie als psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn beschrieben, doch die maßgeblichen körperlichen Symptome sind kein primär psychosomatisches Geschehen, sondern die Folge der gestörten Verhaltensmuster (vgl. Ermann, M. 2004, S. 282).

Typischerweise leiden an ihnen gut situierte gebildete weiße Frauen. Obwohl sich das klinische Bild der beiden Symptomgruppen vielfach überschneidet, werden Essstörungen oft in Anorexia nervosa, in Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder unterteilt (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 402).

Westen und Harnden-Fischer bewerteten 2001 in einer Studie mit 103 erfahrenen PsychiaterInnen und PsychologInnen, für die ein Rangfolgeverfahren verwendet wurde, die Persönlichkeitsfunktionen von PatientInnen, die wegen Bulimie oder Anorexie in Behandlung

waren. Es wurden 3 Kategorien von PatientInnen abgegrenzt: eine emotional dysregulierte/unterkontrollierte, eine gehemmte/überkontrollierte und eine auf hohem Niveau funktionierende/perfektionistische Gruppe. Hinsichtlich der Ätiologie, der Prognose und der Behandlung schienen diese Kategorien relevant zu sein. Es wurde gefolgert, dass Symptome der Achse I nur eine Komponente des Verständnisses und der Behandlung von Essstörungen sind. Es könnte auch sein dass Essstörungen nur eine Form der Impuls- und Affektregulierung sind. Das heißt, dass bulimische Symptome bei PatientInnen der emotional dysregulieten/unterkontrollierten Gruppe ein allgemeines Problem hinsichtlich der Impulsivität zeigen können. Im Gegensatz dazu ist dies beim perfektionistischen und auf hohem Niveau funktionierenden Typ nicht der Fall (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 402).

In der Praxis der Behandlung einer konkreten Essstörung ist gegebenenfalls eine Kombination der Grundsätze beider Kategorien anzuwenden bzw. ist es wichtig die allgemeinen Persönlichkeitsmerkmale zu berücksichtigen (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 403).

Psychogene Essstörungen im Vergleich			
	Anorexia Nervosa	Bulimie	Psychogene Hyperphagie
Betroffene	Ganz überwiegend Frauen	Ganz überwiegend Frauen	Beide Geschlechter
Manifestationsalter	15 bis 30, oft Pubertät	15 bis 35, Anfang 20	Alle Altersgruppen
Häufigkeit	~ 1 Prozent	1 bis 3 Prozent	~ 1,5 Prozent
Zentrale Psycho-Pathologie	Störung des Körperschemas, Gewichtsphobie	Fixierung auf das Essen	Fixierung auf das Essen
Zentrales Symptom	Fasten mit Kontrollverlust	Essanfälle mit Kontrollverlust	Essanfälle oder Daueressen
Gewicht	Untergewicht, Kachexie BMI < 15 kg/m²	~Normalgewicht	Übergewicht, Adipositas BMI > 30 kg/m²
Erbrechen	Im typischen Falle obligat	Im typischen Falle extrem	Nicht vorhanden
Weitere Gewichtskontrolle	Laxantien, Aktivität	Laxantien, Aktivität	Nicht vorhanden
Amenorrhoe	Im typischen Falle obligat	Nicht vorhanden	Nicht vorhanden
Angelpunkt der Psychodynamik	Störung der weiblichen Identität	Störung des Selbstwertgefühls	Störung des realistischen Selbsteinschätzung
Zentrale Psychodynamik	Angst vor der Rolle als Frau, Loslösung aus der Kindheit und vom Elternhaus	Angst vor Zielsetzung, Bindung, Hingabe	Angst vor Herausforderungen und Leistungserwartungen
Strukturniveau	Niederes/mittleres	Mittleres/höheres/niederes	Mittleres/niederes
Verlauf	Chronisch, 20 % letal	Günstiger als Anorexie	Chronisch

Tab. 6- 1: Psychogene Essstörungen im Vergleich
(Quelle: Ermann, M. 2004, S. 285)

6.1 Psychosomatik der Oralität

An dieser Stelle sollen zum Teil bereits erwähnte Erklärungsansätze für gestörtes Essverhalten zusammenfassend dargestellt werden.

Das Essverhalten wird gesteuert durch zusammenwirkende physiologische, instinktiv-triebhafte und psychologisch-interaktionelle Faktoren. Am Saugreflex zum Beispiel wird die instinktive Sicherung des Essverhaltens deutlich, während der Einfluss von Stimmungen, Spannungen und Umgebungsfaktoren auf das Essverhalten die psychologischen Einflüsse zeigt. Wodurch wird aber Hunger und Sättigung reguliert? Durch hormonelle, humorale und zentralnervöse Einflüsse wird der Prozess zwischen Hunger, Appetit, Nahrungsaufnahme und Sättigung von physiologischen Regelkreisen gesteuert. Der Blutzuckerspiegel, der Füllungszustand des Magendarmtraktes, die Konzentration von Adrenalin und Acetylcholin sowie die Stimulierung höherer Hirnzentren über den lateralen Hypothalamus sind entscheidend. Das Hungergefühl wird durch Y- und YY-Peptide, ausgeschüttet von der Bauchspeicheldrüse, erhöht und durch Glucagon und das Gastrin-Releasing-Peptid reduziert (vgl. Ermann, M. 2004, S. 283).

Wie bereits angeführt, werden Hungergefühl und Essverhalten auch durch Lernvorgänge beeinflusst. Durch die Experimente von Pawlow mit Hunden wurde die klassische Konditionierung von Hungergefühl und Speichelsekretion berühmt. Pawlow ging davon aus, dass die Sekretion Lernprozessen unterliegt und so wurde, nach erfolgreicher Konditionierung, Magensaft sezerniert, sobald der Hund den Glockenton hörte, ohne dass ihm Futter gegeben wurde (vgl. Ermann, M. 2004, S. 283).

Auch für Ermann haben die Nahrungsaufnahme und das Gefüttertwerden eine wesentliche interaktionelle Funktion. Durch eine gelungene orale Bedürfnisbefriedigung und das Erlebnis versorgt, gehalten und gewärmt zu werden, wird die Erfahrung einer grundlegenden zwischenmenschlichen Bezogenheit sowie Fürsorge und Geborgenheit vermittelt (vgl. Ermann, M. 2004, S. 284).

„Oralität“ bedeutet Bedürfnisspannungen durch Erwerb und Einverleibung zu befriedigen. So können nun übermäßige orale Entbehrungen, Willkür oder Verwöhnungen zu tiefgreifenden Störungen in den frühen Beziehungen führen, die möglicherweise die Entwicklung der psychischen Grundstruktur beeinträchtigen. Auf Belastungen, seelische Spannungen und Konflikte wird dann mit destruktiven Phantasien und Aggressionen reagiert. Diese haben ihren Ursprung in Projektionen von Frustrations- und Enttäuschungsaggression, Angst verlassen zu werden und schützende Selbst-Objekte zu verlieren (vgl. Ermann, M. 2004, S. 284).

Im Verlauf der Entwicklung bekommt die Oralität eine selbstregulierende Funktion, die mit narzisstischen Bedürfnissen verbunden ist. Werden das Bedürfnis nach Sicherheit und Bindung, der Wunsch, in seiner Eigenart und Bedürfnissen anerkannt und wohlwollend behandelt zu werden, und das Bedürfnis nach Unabhängigkeit befriedigt, bildet sich ein stabiles Selbstwertgefühl aus. Aber auch angemessene und zeitgerechte Enttäuschungen dieser Bedürfnisse fördern die Autonomie. Dagegen behindern orale Abhängigkeiten die Selbstständigkeit und haben nachhaltige Konflikte zwischen Bedürfnisbefriedigung und Anpassung, Verlustängsten und Autonomiestreben zur Folge. Störungen der Individuations- und Autonomieentwicklung können aber auch umgekehrt die Oralität konflikthaft belasten. Spannungen dieser Art führen dazu, dass spätere Konflikte um Identität, Autonomie und Individuation „oral“ ausgetragen werden (vgl. Ermann, M. 2004, S. 284).

Aufgrund der zentralen und vielschichtigen Bedeutung ist der orale Beziehungsmodus sehr störanfällig. Ermann ist, wie auch Bruch, der Meinung, dass sich in Essstörungen oft ein Misslingen zwischenmenschlicher Beziehungen zeigt. Neben Störungen des oralen Trieberlebens weisen sie besonders auf Probleme in der Regulierung der Kernidentität, der grundlegenden Sicherheit, des Selbstwertgefühls und der Autonomie hin. Essstörungen dienen einerseits der Autonomie, der Selbstbehauptung und der Stabilisierung gefährdeter Ichgrenzen, andererseits zeigt sich durch sie ein Fürsorgebedürfnis und –defizit (vgl. Ermann, M. 2004, S. 285).

6.2 Erscheinungsformen der Essstörungen

6.2.1 Anorexia Nervosa

„Die Anorexia Nervosa ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, die vornehmlich bei jungen Mädchen vorkommt und durch ein krankhaftes Bedürfnis gekennzeichnet ist, das Gewicht zu vermindern. Dieses Bedürfnis hat eine dranghafte Qualität. Es wird jedoch nicht zum Anlass, Hilfe zu suchen. Es sind erst die Folgen der „Magersucht“ […], welche die Patientinnen zum Arzt führen. Bedrohlich sind die somatischen Komplikationen, die zum Tod führen können.“ (Ermann, M. 2004, S. 286)

Das Hauptmerkmal der Anorexia nervosa ist ein fanatisches Streben nach Schlankheit, das verbunden ist mit einer überwältigenden Angst vor dem Dickwerden (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 403), gestörter Körperwahrnehmung, manipulierter Gewichtsabnahme und somatischen Krankheitskorrelaten wie Elektrolytstörungen und Kachexie. Das Krankheitsbild zeichnet sich durch die anorektische Trias aus: Hypophagie mit Kachexie, induziertes Erbrechen sowie sekundäre Amenorrhoe (vgl. Ermann, M. 2004, S. 286). Für die Diagnose wird der

Grenzwert von 85 % des normalen Mindestgewichts für das jeweilige Alter und die jeweilige Körpergröße verwendet. Die meisten PatientInnen mit Anorexia nervosa glauben, dass sie vollkommen untauglich und machtlos sind, außerdem fehlt ihnen jegliches Gefühl der Autonomie. Somit haben sie das Gefühl, sie hätten nicht einmal die Kontrolle über ihre Körperfunktionen. (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 403).

Rund ein Prozent der Frauen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren leidet an Anorexie. Abhängig vom Manifestationsalter und dem Verlauf können drei Typen unterschieden werden (vgl. Ermann, M. 2004, S. 286):

- Die anorektische Reaktion ist eine leichte Form der Anorexie und bezieht sich auf Sexual- und Rollenkonflikte der Adoleszentenkrise.
- Die chronifizierende Anorexie zeigt einen chronischen Verlauf, der meistens auf einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation oder auf einer narzisstischer Dynamik auf mittlerem Strukturniveau beruht.
- Die Spätanorexie wird oft im Zusammenhang mit Schwangerschaften ausgelöst und tritt bei Frauen um die 30 Jahre oder älter auf.

6.2.1.1 Psychodynamik

Die Dynamik der Anorexia nervosa ist geprägt von einer konflikthaften Selbstfindung aufgrund einer krisenhaften Pubertätsentwicklung. Der übergeordnete Konflikt besteht zwischen Festhalten und Veränderung des Bisherigen und wird über das Sexualerleben und die sexuelle Identität ausgetragen. Somit steht die Furcht vor dem Dickwerden für die Ablehnung der reifen, runden weiblichen Körperformen, aber auch der biologischen und sozialen Rollen der Frau (vgl. Ermann, M. 2004, S. 289).

Hilde Bruch geht davon aus, dass Anorexia nervosa ihren Ursprung in einem gestörten Verhältnis des Säuglings zu seiner Mutter hat. Indem die Mutter das Kind nach ihren eigenen Bedürfnissen versorgt und nicht nach denen des Kindes, erlebt sich das Kind als eine Erweiterung der Mutter und nicht als Wesen mit eigener Autonomie. Nach Bruch ist das auch der Grund für den verzweifelten Versuch der anorektischen PatientIn, Anerkennung und Bewunderung als besonderer und einzigartiger Mensch mit außergewöhnlichen Eigenschaften zu bekommen (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 403f).

Die italienische Psychoanalytikerin Mara Selvini-Palazzoli und Salvador Minuchin, Familientherapeut, haben Bruchs dynamisches Konzept bestätigt und erweitert. Es konnte ein Muster von Verstrickungen in den Familien anorektischer PatientInnen identifiziert werden, in dem alle Familienmitglieder am Leben der anderen beteiligt sind und keiner von ihnen außerhalb des Familiengefüges sich als Wesen mit einer eigenen Identität wahrnimmt. Außer-

dem wurde von Selvini-Palazzoli beobachtet, dass es Anorexie- und BulimiepatientInnen nicht gelungen ist, sich psychologisch von ihrer Mutter zu lösen. Dadurch haben sie kein stabiles Empfinden für ihren Körper entwickelt (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 404).

In diesem Zusammenhang schreibt Hirsch, dass der Punkt der Schädigung in der Loslösungsphase liegt. Die Behinderung und Bestrafung der ersten Autonomiebestrebungen des Kleinkindes im zweiten Lebenshalbjahr durch eine überfürsorgliche, dominierende und kontrollierende Mutter kann ein Trauma auslösen. In dieser Phase wird auch ein Übergangsobjekt erschaffen und verwendet, das einerseits die Mutter repräsentiert und die Trennung von ihr erleichtert, andererseits auch eine Grenze zwischen dem Selbst des Kindes und der dominierend erlebten Mutter bildet. Doch eine Autonomie behindernde Mutter verhindert auch die Erschaffung eines Übergangsobjektes durch das Kind. Die Trennung kommt dann unvorbereitet, was zu einem überstürzten Objektwechsel führen kann. Selvini-Palazzoli (2003) geht davon aus, dass der Körper die negativen inkorporierten Aspekte der Mutter enthalte, und nimmt eine Spaltung des Selbst in den Körper (böses Objekt) und in das zentrale Ich, das sich mit der guten Mutter identifiziert, an (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 171f).

Deshalb haben AnorexiepatientInnen häufig das Gefühl, als wohne ein böses mütterliches Introjekt in ihnen. Hungern wird als Waffe eingesetzt, mit der das aufdringliche, feindliche innere Objekt am Wachstum gehindert werden soll (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 404).

Die Abneigung gegen die weibliche Sexualität wird auf die Oralität gerichtet. Im Nicht-Essen zeigen sich eine Störung der Beziehung zum Selbst und eine nicht erreichte Autonomie (vgl. Ermann, M. 2004, S. 289).

Aufgrund der ungenügenden Selbst-Objekt-Differenzierung bedeutet die Ausbildung der weiblichen Körperformen in der Adoleszenz eine unerträgliche symbolische Verschmelzung mit dem „bösen“ behindernden Mutterobjekt (vgl. Hirsch, M. 1998, S.172). Magersüchtigen fehlt wegen der Störung in der Primärbeziehung die positive Besetzung der Vorstellungen weiblicher Attribute, Organe und ihrer Funktionen. Darum hat das Aushungern eine reparative, selbsterhaltende Funktion. Es ist eine Strategie, um zwei Katastrophen zu verhindern: Die totale Identifikation mit einem internalisierten bösen Objekt würde die depressive, und der Verlust eines guten Objektes, die schizophrene Katastrophe bedeuten (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 178).

Der Körper der anorektischen PatientIn repräsentiert das Mutterobjekt. Der normal- oder übergewichtige Körper steht für das „böse“ weibliche Objekt, das verschlingt und mit Verschmelzung droht, der untergewichtige Körper hingegen stellt ein idealisiertes gutes Mutterobjekt, eine „Anti“- oder „Nicht-Mutter“, dar. Steigt das Körpergewicht und droht die Fusion mit der Mutter, entstehen Panik und Depression. Wird das böse Objekt beherrscht, in

Schach gehalten und ein Einssein mit dem „Nicht-Mutter-Objekt“ erlebt, stellt sich ein Gefühl der Omnipotenz ein. Das unbedingte Beherrschenwollen des Körpers, auch oft durch extreme Körperübungen, sportliche Höchstleistungen und die Kontrolle des Gewichts, vergleicht Hirsch mit der Beherrschung und der Kontrolle über das Übergangsobjekt. Somit hat für ihn der Körper einer AnorexiepatientIn den Stellenwert eines Übergangsobjektes (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 172f).

Die extreme Abwehrhaltung bei der Anorexia nervosa weist auf einen zugrunde liegenden Impuls hin. Boris (1984) hat festgestellt, dass die Anorexie aus einer Gier heraus entsteht. Doch orale Wünsche sind dermaßen inakzeptabel, dass sie mit Hilfe der projektiven Identifizierung auf die Eltern übertragen werden. Nun sind sie es, die Wünsche haben, nämlich die, dass ihr Kind isst. Die PatientInnen glauben, dass sie nicht besitzen können, was sie haben möchten und somit verzichten sie auf all ihre Wünsche. Durch diesen Verzicht wird die PatientIn zum Gegenstand der Wünsche anderer und sie glaubt, ihre Mitmenschen beneiden und bewundern sie aufgrund ihrer „Selbstkontrolle“ (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 404f).

Wie bereits zuvor angeführt, kann der Vater als Alternativobjekt, aufgrund der konfliktreichen Beziehung zwischen Mutter und Tochter, herangezogen werden (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 163f). Deshalb konnte auch ein charakteristisches Muster der Beteiligung des Vaters bei magersüchtigen Töchtern beobachtet werden. Der typische Vater einer Magersüchtigen ist, oberflächlich betrachtet, fürsorglich und unterstützend, doch emotional vernachlässigt er sie jedes Mal, wenn sie ihn bräuchte (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 405).

Eine Patientin erinnert sich, dass ihr Vater sie am Tag ihrer ersten Menarche im Stich gelassen hat. Es scheint tatsächlich in manchen Fällen zu entwertenden Äußerungen gekommen zu sein, doch es liegt auch nahe, dass der Vater gegenüber der pubertierenden Tochter eine ganz natürliche Befangenheit zeigt, die die Tochter überinterpretiert und als Wiederholung des frühen Traumas der Unerwünschtheit erlebt (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 170). Statt ihnen emotionalen Halt zu geben, suchen die Väter oft selber Kraft bei ihren magersüchtigen Töchtern. Die Ehe der Eltern ist für beide enttäuschend, und so suchen sie emotionale Unterstützung bei ihrem Kind, das als Selbstobjekt behandelt wird. Es übernimmt Spiegelungs- und Bestätigungsfunktionen für beide Elternteile, doch ihm selbst wird ein eigenes Selbstempfinden verweigert, und seine Selbstobjektbedürfnisse bleiben unbefriedigt. Mit vielen dieser psychodynamischen Faktoren gehen auch Merkmale wie eine falsche Körperwahrnehmung, obsessiv-zwanghafte Gedanken, ein Alles-oder-Nichts-Denken und Rituale einher (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 405).

Eine negativ erlebte Rolle der Mutter zum Vater aufgrund gegenseitiger Entwürdigungen kann einem Mädchen das Frausein verhasst machen. Die weibliche Sexualität wird dann

als Beschmutzung und Demütigung gesehen, was auf ein Scheitern der ödipalen Entwicklung hinweist. In dieser Dynamik liegt die Veranlagung zur Regression in orale Erlebniswelten (vgl. Ermann, M. 2004, S. 289).

6.2.2 Bulimia Nervosa

„Die Bulimie ist eine erst seit einigen Jahrzehnten gehäuft auftretende Erkrankung. Sie kommt inzwischen häufiger vor als die Anorexie und ist wie diese eine bevorzugte Erkrankung von Frauen, tritt allerdings etwas später in Erscheinung. Sie ist durch episodischen Heißhunger mit Essattacken, anschließende Selbstvorwürfe und die Angst vor Kontrollverlust in Bezug auf das Essen geprägt.“ (Ermann, M. 2004, S. 291)

PatientInnen mit Bulimia Nervosa unterscheiden sich gewöhnlich von AnorexiepatientInnen durch ihr relativ normales Gewicht, sowie durch eine Esssucht und willkürliches Abführen. Umfangreiche Daten lassen aber darauf schließen, dass ein bedeutender Zusammenhang zwischen den beiden Störungen besteht, denn mindestens 40 % aller AnorexiepatientInnen haben auch Bulimie. Es wurde gezeigt, dass eine Anorexia nervosa durch eine Bulimia nervosa abgelöst werden kann, wobei das Gegenteil selten der Fall ist. Anorektische PatientInnen zeichnen sich durch eine größere Ichstärke und eine stärkere Kontrolle durch das Überich aus. BulimiepatientInnen dagegen weisen aufgrund eines geschwächten Ich und eines nachlässigen Überich eine allgemeine Unfähigkeit zur Verzögerung der Entladung von Impulsen auf (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 412).

Im Gegensatz zur Anorexie, wo das Symptom der Umgebung präsentiert wird, wird das bulimische Agieren verborgen und findet hinter einer oft gut funktionierenden sozialen Fassade statt (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 174). Aufgrund der starken Schamgefühle wird die Bulimie lange geheim gehalten und erst nach langem inneren Ringen eine TherapeutIn aufgesucht (vgl. Ermann, M. 2004, S. 291).

„Es dreht sich alles nur noch ums Essen“, worunter die BulimikerInnen subjektiv leiden. Im Gegensatz zur Anorexie besteht ein Leidens- und Krankheitsgefühl. Auch bei der Bulimie werden 2 Untergruppen unterschieden (vgl. Ermann, M. 2004, S. 291):

- Purging-Typ – Erbrechen und Gewichtskontrolle durch Medikamente.
- Non-Purging-Typ – ohne Erbrechen. Gewichtskontrolle durch Bewegung und Fasten.

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Bulimia nervosa spielen familiäre Einflüsse und Umweltfaktoren. Durch eine Studie konnten Probleme mit den Eltern, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch und eine negative Selbsteinschätzung mit der Krankheitsentstehung in Zusammenhang gebracht werden. Weites wurden Störungen im emotionalen Dia-

log zwischen BulimiepatientInnen und ihren Eltern und Konflikte zwischen widersprüchlichen Teilen des Selbst festgestellt, was klar auf widersprüchliche Identifizierungen mit den Eltern hinweist. Bei den Betroffenen konnten aber auch große Schwierigkeiten bezüglich der Trennung festgestellt werden (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 412f).

Aronson untersuchte an Hand des „Blatt assessment of qualitative and structural dimesions of object representations“ die Zusammenhänge der Schwere der Symptomatik und der Reife der Objektbeziehungen und leitete ab, dass häufiges willkürliches Erbrechen mit einem niedrigen „level of object-relations“ einhergeht (vgl. Willenberg, H. 1998, S.187).

6.2.2.1 Psychodynamik

Das typische Bulimiesyndrom ist gekennzeichnet durch anfallartiges Verschlingen großer Mengen von Nahrungsmitteln, hervorgerufen durch Zustände der Angst, Leere, Alleinsein, Trennungen, diffuser Spannung, dem Gefühl bevormundet, bedrängt oder behindert zu werden, gefolgt von der Panik zu dick, zu schwer und unförmig zu sein. Zuerst geht die Bedrohung von einem äußeren Objekt aus, das nach dem Fressanfall inkorporiert ist. Folglich geht dann die Bedrohung von der einverleibten Nahrung aus, die nur durch selbstinduziertes Erbrechen abgewendet werden kann (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 170).

Der Verlust von selbststützenden und versorgenden Beziehungen kann oft zu einer plötzlichen Regression führen, die es ermöglicht, dass orale, anal-aggressive und infantil-sexuelle Impulse entstehen. Indem die Nahrung hineingestopft, verschlungen und erbrochen wird, kommt es zu einem „oralen Orgasmus“, der nicht nur der Triebbefriedigung dient, sondern auch der BulimikerIn das Gefühl vermittelt, von anderen unabhängig zu sein. Sie zieht sich aus der enttäuschenden Welt zurück in ein verfügbares bulimisches Verhalten, das dem Selbsttrost dient. Die Wut der Kränkung und Verzweiflung richtet sich jedoch gegen die eigene Person und somit ist es auch ein selbstschädigendes Verhalten. Ist der Körper übersättigt, stellen sich Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Selbsthass ein, die die BulimikerIn davor schützen, die Kontrolle über ihre Bedürftigkeit definitiv zu verlieren und sich auf Dauer selbst aufzugeben (vgl. Ermann, M. 2004, S. 292).

Auch bei bulimischen PatientInnen ist ein gemeinsames Merkmal der Entwicklung das Fehlen eines Übergangsobjektes, aufgrund einer dominierenden, überfürsorglichen Mutter, mit der Folge, dass der Körper im Kampf um die Loslösung als Übergangsobjekt eingesetzt wird. Die Nahrungsaufnahme repräsentiert den Wunsch nach einer symbolischen Verschmelzung mit der Mutter, die Ausscheidung der Nahrung den Versuch der Loslösung von ihr (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 413).

Dennoch ist hierbei nicht die Nahrung das Wesentliche, sondern die körperliche Aktion des Essens, die eine flüchtige Erfahrung der Mutter wieder aufleben lässt. Hirsch ist der Ansicht, dass zu Beginn der Essattacke die Illusion besteht, ein gutes Objekt inkorporieren und handhaben zu können. Jedoch kommt es im weiteren Verlauf zu einer immer stärker werdenden Vermischung der Grenze zwischen Selbst- und Objektvorstellungen, wobei nicht nur die körperliche Aktion des Essens immer chaotischer wird, sondern auch die intrapsychische Objektwelt. Willenberg (1986) spricht von einer immer schneller oszillierenden Selbst-Objekt-Vertauschung und schließlich von einer Selbst-Objekt-Fusion. Das geliebte Mutterobjekt wird vom Selbst aktiv einverleibt und dann hasserfüllt zerstört. Die Spaltung in eine gute und böse Vorstellung wird aufgelöst und die Objektvorstellung wird immer stärker und mächtiger. Ist die Essattacke beendet, hat die PatientIn heftige Schuldgefühle, fühlt sich unwohl und realisiert die Folgen des Exzesses. Sie hat die realistische Befürchtung zuzunehmen und dass sich ihr Körper von ihrem Idealbild entfernt. Die inkorporierte Nahrung droht eine Verbindung mit dem Körper einzugehen (vgl. Willenberg, H. 1998, S.192f).

Ist die Nahrung erstmal verschlungen, verwandelt sie sich in ein fremdes Objekt im eigenen Selbst und die Nahrung bekommt ein Eigenleben. Der eigene Körper könnte zur Mutter werden, indem er mit dem mütterlichen Bösen verschmilzt. Solange aber der Körper das Böse nur enthält, muss aktiv das Erbrechen herbeigeführt werden, bevor der Körper zum Bösen wird. Das unerwünschte und bedrohliche Objekt wird in Identifikation mit dem Aggressor vernichtet (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 220).

Die Nahrung wird von Boris (1984) als nachgemachte Mutter-Substanz bezeichnet, die das Bedürfnis nach Fusion mit der Mutter befriedigt. Somit wird auch der Nahrung ein Übergangsobjektcharakter zugeschrieben, da sie die Mutter mit dem Kind verbindet. Während Hirsch bei der Anorexie den Körper als Übergangsobjekt annimmt, ist er der Ansicht, da bei der Bulimie in erster Linie die Nahrung beherrschbar sein muss, dass die Nahrung das Übergansobjekt ist (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 175).

Willenberg folgt Hirsch in seinen Überlegungen zur Nahrung als Übergangsobjekt. Kommt es zu einem überstürzten Objektwechsel aufgrund einer überfürsorglichen und bedrohlich erlebten Mutter, die kein Übergangsobjekt zuließ, so kann die Verwendung der Nahrung als Übergangsobjekt eine reparative Regression darstellen und als Nachholung einer ursprünglich übersprungenen Phase dienen (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 194).

Wie auch bei der Anorexie werden bulimische PatientInnen von ihren Müttern als Erweiterung ihrer Selbst gesehen. Zur Bestätigung des Selbst der Eltern werden die Kinder als Selbstobjekte benutzt, wodurch jedes Mitglied der Familie das andere braucht. In einer „bulimischen Familie“ darf es keine schlechten Eigenschaften geben, alle Mitglieder haben ein

starkes Bedürfnis, sich als „nur gut“ zu fühlen. Das bulimische Kind wird zum Aufbewahrungsort alles Schlechten, da alle inakzeptablen Eigenschaften auf es projiziert werden. Es identifiziert sich unbewusst mit diesen Projektionen und wird zum Träger aller Impulsivität und Gier der Familie. Die Abwehrmechanismen der Introjektion und der Projektion werden in vielen Fällen von den BulimiepatientInnen konkretisiert. So stehen Fressattacken für den unbewussten Abwehrmechanismus gegen die Angst vor dem Verlassenwerden. Die Aufnahme und die Ausscheidung von Nahrung spiegeln die Introjektion und die Projektion aggressiver oder böser Introjekte wider (vgl. Gabbard, G.O. 2010, S. 411-414).

Probleme des weiblichen Körpererlebens, der weiblichen Identität und ihrer Rolle als heranreifende Frau spielen auch bei der Bulimie eine Rolle, doch scheinen die Probleme der späteren Lebensphase einen stärkeren Einfluss zu haben. Probleme der Bindung, wie solche zwischen Hingabewunsch und Hingabeangst oder Entscheidungskonflikte um die berufliche Tätigkeit, stehen im Mittelpunkt. Sie können unterschiedliche Ängste, wie die Angst vor Kontrollverlust oder Selbstaufgabe, vor Ablehnung, Kränkung und Kritik, auslösen. Die Bulimie basiert auf einer narzisstischen Pathologie. Die zentralen Persönlichkeitszüge sind demzufolge Selbstunsicherheit, Minderwertigkeitsgefühle und Verletzlichkeit, welche mit einem starken Bedürfnis verbunden sind, den Erwartungen der Umwelt zu entsprechen und dadurch Zuwendung und Bestätigung zu bekommen (vgl. Ermann, M. 2004, S. 293).

6.2.3 Psychogene Hyperphagie/Fettsucht

„Unter psychogener Hyperphagie versteht man eine suchtartige übermäßige Nahrungsaufnahme, die Übergewichtigkeit mit einem Body Mass Index von mehr als 30 kg/m² bewirkt, wobei gewichtsreduzierende Gegenmaßnahmen fehlen.“ (Ermann, M. 2004, S. 293)

Obwohl Ermann die psychogene Hyperphagie als Adipositas übersetzt, wird diese Übersetzung von mir nicht beibehalten, sondern als Fettsucht in Form einer Essstörung verstanden. In der amerikanischen Nomenklatur erscheint die psychogene Hyperphagie als Binge-Eating-Disorder (BED) (vgl. Ermann, M. 2004, S. 293).

Zur Binge-Eating-Disorder liegen noch keine psychodynamischen Konzeptualisierungen vor. Doch man geht davon aus, dass, ähnlich wie bei der Magersucht und der Bulimia nervosa, eine psychodynamische Spezifität gegeben ist (vgl. Herpertz, St. 2008, S. 59). Sie hat bislang in den beiden gängigen Klassifikationssystemen für psychische Störungen noch keine eigenständige Kategorie. Im ICD-10 findet man die BED unter den Klassen „atypische Bulimia Nervosa“ (F50.3) und unter „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“

(F50.4). Im DSM-IV ist die BED unter der Kategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen klassifiziert (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 31).

Obwohl sie ständig als „neue“ Essstörung bezeichnet wird, wurde sie bereits 1959 von Stunkard beschrieben. Damals fand sie jedoch wenig Beachtung und wurde weitgehend ignoriert, da man keine Abgrenzung zur Bulimia Nervosa vornahm. In der Tat hat die Binge-Eating-Disorder große Ähnlichkeit mit der Bulimia Nervosa (vgl. Pudel, V. & Westenhöfer, J. 1998, S. 246).

Das Familienmilieu, die Persönlichkeit der Eltern und die Entwicklung der PatientInnen, deren Anamnese aufgezeichnet wurde, sind in auffälliger Weise ähnlich. Ebenso wie BN ist BED gekennzeichnet durch wiederkehrende Essanfälle, bei denen die Betroffenen in einer begrenzen Zeit ungewöhnlich viel Nahrung zu sich nehmen. Dies ist verbunden mit Gefühlen von Kontrollverlust. Während dieser Episoden müssen bei der BED drei von fünf Merkmalen vorhanden sein (Forschungskriterien nach DSM-IV-TR, APA 2003) (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 32):

- deutlich schnelleres Essen als normal,
- essen bis ein unangenehmes Völlegefühl einsetzt,
- essen, auch wenn man sich nicht hungrig fühlt,
- alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die gegessen wird,
- aufgrund des übermäßigen Essens Ekel- und Schuldgefühle und sich deprimiert fühlen.

Es besteht ein großer Leidensdruck wegen der Essanfälle, die im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auftreten. Jedoch führen, in Abgrenzung zu Personen mit Bulimie, solche mit Binge-Eating keine kompensatorischen Maßnahmen durch. Angesichts der hochkalorischen Nahrungsaufnahme während solcher Essanfälle steigt natürlich das Risiko Übergewicht und Adipositas zu entwickeln (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 32).

2000 ermittelte eine Studie die Prävalenz von Essstörungen bei StudentInnen. Von 507 Studierenden wurde der Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) ausgefüllt. Anhand von DSM-IV-Kriterien simulierten Diagnosen wurde bei 3 Frauen Bulimia nervosa vermutet. 19 Personen (3,7 %) erfüllten die DSM-IV-Forschungskriterien für die “Binge-Eating-Störung”, 4 von 113 Männern (3,5 %), 15 von 394 Frauen (3,8 %) und 14 von 329 Frauen bis zu 30 Jahren (4,3 %). Anorexia nervosa wurde bei einer Studentin identifiziert. Dieser Studie zufolge ist BED die häufigste Essstörung (vgl. Thiels, C. & Garthe, R. 2000, S. 552-558).

Diese Zahlen werden auch 2004 von der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen angegeben. Von adipösen Personen, die an einem Gewichtsreduktionsprogramm teilnahmen, erfüllten ca. 30 % der PatientInnen die diagnostischen Kriterien für eine Binge-Eating-

Disorder. In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Häufigkeit ca. 2 %. Im Gegensatz zu Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa sind auch häufig Männer betroffen (vgl. De Zwaan, M. 2004, o.S).

Das Frauen/Männer-Verhältnis wird auf 3:2 geschätzt, wobei aber anzumerken ist, dass es zum Vorkommen von BED bei Männern weniger Untersuchungen gibt. Hinweise lassen indessen auch darauf schließen, dass Männer sich durch die Essanfälle weniger belastet fühlen bzw. sich seltener in Behandlung begeben (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 34).

Auch wenn Binge-Eating-Disorder und Adipositas einen deutlichen Zusammenhang aufweisen, sind sie getrennt zu betrachten. Mehr als die Hälfte der Personen mit BED sind adipös, doch nur ein geringer Teil der Übergewichtigen erfüllt die Kriterien einer Binge-Eating-Störung. Die Zahlen darüber variieren stark und liegen je nach Erfassungsmethode zwischen 8 % und 30 % (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 34). Generell wird angenommen, dass es sich bei BED überwiegend um eine Untergruppe der Adipösen handelt, wobei es aber auch sein kann, dass einige nicht übergewichtig sind. Kennzeichnend sind starke Gewichtsschwankungen und wiederholte, gescheiterte Diätversuche, die mit einem starken Leidensdruck aufgrund des Gewichtes einhergehen. Einige Experten schließen sich nicht der Überzeugung an, dass es sich bei BED um einen Untertyp der Adipositas handelt. Vier Modelle dieser Störung werden diskutiert (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 145f):

1. Sie ist eine eigenständige, eindeuig abgrenzbare Störung.
2. Sie ist eine Variante der Bulimia nervosa.
3. Sie ist ein Untertyp der Adipositas.
4. Sie reflektiert das Verhalten der Psychopathologie der Adipositas.

Inzwischen tendieren Experten zu Variante 1 und 4 (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 145f). Es gibt eine Reihe von Belegen dafür, dass die Binge-Eating-Disorder als eigenständige psychische Störung aufgefasst werden kann. Es sind typische Symptome von Essstörungen erkennbar (vgl. Hilbert, A. & Krones, T.2008, S. 33-35).

6.2.3.1 Psychodynamik

Die PatientInnen messen ihrem Gewicht und ihrer Figur eine übermäßige Bedeutung zu. Weiters weisen sie ein gestörtes Körperbild auf. Es konnte auch gezeigt werden, dass eine Binge-Eating-Disorder häufig mit Persönlichkeitsstörungen verbunden ist, besonders der Anteil an Major Depression und der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist erhöht (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 33-35).

Selvini-Palazzoli (1982) steht zu der Auffassung, dass die „neuen“ Formen der Magersucht zwischen Depression und Psychose anzusiedeln sind, während Rothenberg (1986) ein-

räumt, dass schwere Erscheinungsbilder auch „borderline psychotic conditions“ zurunde liegen können (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 186).

Die Psychodynamik der BED gleicht jener der depressiven Störungen bei narzisstischen Persönlichkeiten. Versorgungswünsche, unrealistische Erwartungen an andere Menschen und Fehleinschätzungen der eigenen Person stehen im Mittelpunkt. Die PatientInnen neigen zu einer starken Kränkungsbereitschaft und zum Rückzug. Aufgrund von Größenphantasien unterschätzen sie oft den Kraft- und Ausdaueraufwand, der benötigt wird, um Ziele zu erreichen. Auch wenn sie sich noch gar nicht richtig um Erfolg bemüht haben, glauben sie, versagt zu haben, wenn der Erfolg ausbleibt. Bestehen Selbstzweifel hinsichtlich der sexuellen Rollenidentität, werden Versagungen als Bestätigung gesehen, von Jungen/Männern bzw. von Mädchen/Frauen nicht begehrt zu werden (vgl. Ermann, M. 2004, S. 295).

Wie auch bei der Bulimie kann angenommen werden, dass BED aus einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung in der oralen Phase resultiert. Wird auf Empfindungen des Kindes nicht angemessen reagiert und es bei jeder Unlustäußerung gefüttert, so lernt es auf Unlustgefühle undifferenziert mit Nahrungsaufnahme zu reagieren (vgl. Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. 1995, S. 59). Oft wirken orale Verwöhnungen in der Kindheit als Ersatz für emotionale Zuwendung als Disposition, denn viele BED-PatientInnen sind es gewohnt, dass ihnen bei kleinstem Kummer „der Mund gestopft“ wird. Vielfach steht das Schuldgefühl der Eltern hinter solchen „Problemlösungen“, da sie glauben, aufgrund der eigenen Probleme dem Kind zu wenig zu geben. Die Kinder können so kein realistisches Gefühl für die eigenen Möglichkeiten entwickeln, denn sie sind durch Überprotektion zur Unselbstständigkeit und Bequemlichkeit erzogen worden (vgl. Ermann, M. 2004, S. 295).

Der direkten Beobachtung zugänglich ist, zum Zeitpunkt der Symptomentstehung, ein Konflikt in der mittleren und späten Adoleszenz. Gab es in der präödipalen Phase immanente Separations-Individuations-Konflikte, so gestaltet sich die „zweite Loslösung und Individuation“, der Entwicklungsschritt vom abhängigen Mitglied der Familie zum innerlich wie auch äußerlich autonomen Individuum, oftmals konfliktreich (vgl. Herpertz, St. 2008, S. 59).

Objektverluste, Trennungen, Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen (z.B. das Scheitern einer Diät) oder beruflichen Bereich können dann die Symptome auslösen. Das Essen stellt einerseits einen Ersatz für verlorene oder nicht erlangte Liebe, Bestätigung oder Bewunderung dar, denn diese Art der Selbsttröstung macht von der enttäuschenden Umwelt unabhängig. Andererseits zeigt sich durch das übermäßige Essen eine Innenwendung der gegen die enttäuschenden, kränkenden Anderen gerichteten Aggressivität. Die Selbstdestruktivität äußert sich dann schließlich in der unförmigen Körpergestalt, der Unattraktivität und im

abstoßenden Äußeren, das oft als Schutz vor konflikthafter sexueller Attraktion gesehen wird (vgl. Ermann, M. 2004, S. 295).

In einer Untersuchung konnten für PatientInnen mit BED im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen erhöhte Häufigkeiten für:

- ein negatives Selbstkonzept
- schwieriges Sozialverhalten
- elterliche Kritik
- selbstverletzendes Verhalten
- gescheiterte Diätversuche
- sozialen Druck, schlank zu sein
- hohe Erwartungen
- geringe Zuneigung
- geringe mütterliche Fürsorge und hohe Überbehütung

festgestellt werden. Zusätzlich berichten PatientInnen mit BED über negative Kommentare und Sticheleien über Figur, Gewicht und Essen (vgl. Jacobi, C. & Fittig, E. 2008, S. 72).

Übergewicht in der Kindheit, abwertende Bemerkungen und Hänseleien der Familie über Figur, Gewicht und Aussehen zählen ebenso zu den Risikofaktoren. Die Bedingungen lassen sich bei PatientInnen mit BED häufiger finden als bei normalgewichtigen und adipösen Menschen (vgl. Becker, S. & Zipfel, S. 2010, S. 63).

Die enorme Nahrungszufuhr dient, wie bei den Adipösen ohne BED auch, der Abwehr von Unlustempfindungen. Negative Gefühle wie depressive Verstimmungen, Ängste und narzisstische Kränkungen sollen dadurch abgewehrt werden. Aufgrund ihres adipösen Körpers glauben Esssüchtige, sie müssten auf alle Aktivitäten verzichten, was wiederum negative Gefühle auslöst, die sie mit Essen bekämpfen und somit schließt sich der Teufelskreis (vgl. Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. 1995, S. 45).

Die Kontrollüberzeugungen Esssüchtiger stehen im engen Zusammenhang mit einer extremen Orientierung an anderen Personen. Bei PatientInnen sind oft selbstwertmindernde Kognitionen feststellbar, was wiederum auf eine inadäquate Entwicklung des Selbst und der Identität schließen lässt. Durch das Abnehmen erwarten sie sich eine Selbstwertsteigerung und Anerkennung, was jedoch selten zutrifft. Somit haben Adipöse immer das Gefühl, zu kurz gekommen zu sein, benachteiligt oder ausgenutzt zu werden (vgl. Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. 1995, S. 45).

Magersüchtige erleben die Kontrolle über den eigenen Körper als positiv verstärkend, bei BulimikerInnen führt die Erkenntnis der eigenen Abartigkeit zu großem Leidensdruck,

Schuld- und Schamgefühlen. Es wird versucht, die Erkrankung vor Angehörigen, KollegInnen und FreundInnen zu verbergen. Der Aufwand wird jedoch immer größer und zum bestimmenden Faktor im Leben der PatientInnen. Adipöse PatientInnen dagegen leiden aufgrund ihres Körperumfangs in aller Öffentlichkeit und sind Stigmatisierung und Ausgrenzung ausgesetzt, was wiederum zu erheblichen Frustrationserlebnissen beiträgt (vgl. Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. 1995, S. 47).

6.3 Körperbild und Selbstwahrnehmung

Körperbildprobleme sind ein zentrales Symptom von Essstörungen. Für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa stellt die Körperbildstörung nach dem derzeit gültigen Klassifikationssystem DSM IV-TR der American Psychiatric Association ein notwendiges Diagnose Kriterium dar (vgl. Tuschen-Caffier, B. 2008, S. 82).

Als die Pioniere der Body-Image-Forschung im Bereich der AN gelten Slade und Russell (1973), die eine abgewandelte Form der „visual-size-estimation-task“, entwickelt für die Untersuchung von Schizophrenen, angewand haben. Aus der Formel (wahrgenommene Größe/tatsächliche Größe) x 100 ergab sich ein Maß für die „body perception accuracy“. Die Kontrollgruppe nicht essgestörter Frauen konnte die Ausmaße ihrer Brust, der Taille und des Gesichtes sehr genau schätzen. Bei den anorektischen PatientInnen hingegen gab es Überschätzungen zwischen 27 % und 58 %, was Bruchs Hypothese einer gestörten Körperwahrnehmung stützte (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 159).

Bei der BN dagegen beschränkt sich die Begriffsbestimmung einer Körperbildstörung darauf, dass die Figur bzw. das Körpergewicht extremen Einfluss auf die Selbstbewertung hat. Das Klassifikationssystem ICD nennt sowohl bei der AN als auch bei der BN die Wahrnehmungsverzerrung und die Angst, dick zu werden. Nicht erwähnt wird der übermäßige Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung. In den Forschungskriterien zur Diagnose einer BED ist die Körperbildstörung nicht als Diagnosekriterium vorgesehen. Es sprechen aber zahlreiche Befunde bereits dafür, dass es auch im Rahmen der Binge-Eating-Disorder die Bedeutung einer Körperbildstörung gibt (vgl. Tuschen-Caffier, B. 2008, S. 82).

Seit den Untersuchungen von Anja Hilbert, Nachwuchsforscherin der Universität Marburg (2006), kann man davon ausgehen, dass unsystematische Versuche der Nahrungseinschränkung, ein negatives Körperbild und andere spezifische Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung der BED beitragen (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 40).

Die verhaltensbezogene Komponente einer Körperbildstörung kann sich in Form von willentlich gesteuertem Vermeidungsverhalten zeigen, indem die Betroffenen z.B. versuchen,

durch das Tragen von weiter Kleidung negativ bewertete Körperzonen zu kaschieren. Das Vermeidungsverhalten kann sich aber auch auf die Betrachtung des eigenen Körpers beziehen (z.B. Blickabwendung gegenüber dem eigenen Körper, kein Spiegel in der Wohnung). Ein Körperbildproblem auf der Verhaltensebene kann sich ebenso in die entgegengesetzte Richtung, als übertriebene Beschäftigung mit dem Körper oder der Figur, äußern. Die verzerrte Körperwahrnehmung oder Körperschemastörung ist Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Hierzu wurden verschiedene Verfahren, wie die Videoverzerrtechnik oder *Image Marking Procedure*, entwickelt und eingesetzt (vgl. Tuschen-Caffier, B. 2008, S. 84).

Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass PatientInnen mit der Diagnose einer Essstörung deutlich öfter Wahrnehmungsverzerrungen aufweisen als gesunde Kontrollpersonen (vgl. Cash, T.F. & Deagle, E.A. 1997, S. 107-125).

Aktuelle Forschungen zu Körperbildstörungen beziehen sich verstärkt auf experimentalpsychologische Untersuchungsmethoden, welche Verhaltenmaße direkt erfassen, indem selektive Aufmersamkeitsprozesse gegenüber dem Körper und den damit verbundenen Gefühlen wie Ekel oder Angst erforscht werden. So zeigten Studien, die zur experimentellen Figurexposition sowohl als Videoexposition als auch als geleitete Imaginationsaufgabe durchgeführt wurden, dass PatientInnen mit der Diagnose einer BN für die Beschreibung von „Problemzonen“ (Bauch, Bein, Po) weniger Zeit brauchten als die Frauen der Kontrollgruppe ohne Essstörung. Dies könnte einen Nachweis für ein Vermeidungsverhalten gegenüber ihren wenig attraktiv erlebten Körperzonen darstellen (vgl. Tuschen-Caffier, B. 2008, S. 83f). Vermeidungsverhalten scheint ein wichtiger aufrechterhaltender Faktor von Körperbildstörungen zu sein (vgl. Shafran, R. et al. 2004, S. 93-101).

Vermeidungs- als auch Kontrollverhalten sind bei PatientInnen mit AN, BN und BED deutlicher vorhanden und unterscheiden sich durch ihre Häufigkeit und Ausprägung von nichtklinischen Personengruppen. PatientInnen mit Essstörungen nennen den Vergleich des eigenen Körpers mit dem von anderen, das Berühren der Oberschenkel und des Bauches sowie deren Betrachtung im Spiegel als die häufigsten Kontrollverhaltensweisen (vgl. Tuschen-Caffier, B. 2008, S. 83f).

6.4 Wahrgenommene Stigmatisierung

Auch das Erleben von negativen Bewertungen hängt davon ab, in wie weit Identität, Selbstwert und Bewältigungsstrategien entwickelt sind. Diesbezüglich lässt sich ein Unterschied zwischen adipösen Personen und jenen mit Binge-Eating-Disorder feststellen (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 55-124).

Innerhalb eines größeren Forschungsprojektes des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg zu Adipositas und Binge-Eating-Disorder, leitete Viola Singer eine Untersuchung zur Stigmatisierung von übergewichtigen Menschen. Hierbei wurden zwei Untergruppen von Adipösen betrachtet und miteinander verglichen: adipöse Personen mit und ohne BED. Adipöse Personen mit einer Binge-Eating-Disoder scheinen in vielen Bereichen stärker belastet zu sein. Die Studie untersuchte, ob sich auch bezüglich der Erfahrung von Stigmatisierung und Diskriminierung Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen zeigen. (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 55f).

Um die gewichtsbezogenen stigmatisierenden Erfahrungen und Diskriminierung zu messen, wurde das *Stigmatizing Situations Inventory* von Myers und Rosen (1999) in einer deutschen Übersetzung verwendet. In diesem Fragebogen wird die Häufigkeit von unangenehmen stigmatisierenden Erlebnissen von Adipösen erfasst. Er enthält eine Beschreibung von 50 Situationen aus 11 Kategorien. Unter anderem sind negative Kommentare von Familienmitgliedern, physische Barrieren oder unangemessene Bemerkungen von ÄrztInnen angeführt. Deren Auftretenshäufigkeit gilt es zu beurteilen. Die Häufigkeit und Art der erlebten Stigmatisierung und Diskriminierung wurden in dieser Studie retrospektiv erfasst. Es handelt sich also um die wahrgenommenen Benachteiligungen und Beleidigungen. Ob eine bestimmte Situation als Stigmatisierung aufgefasst wird oder nicht, wird beeinflusst durch die persönliche Informationsverarbeitung, die selektive Aufmerksamkeit oder den Attributionsstil. Weiters ist zu berücksichtigen, dass nachträgliche Aussagen die Rekonstruktion der Vergangenheit aus aktueller Sicht darstellen, was oft das Abbild der ursprünglichen Situation verzerrt. Die Untersuchung ergab, dass Personen mit BED häufiger von Stigmatisierung und Diskriminierung berichten als Personen ohne Essanfälle. Das Ergebnis bestätigt frühere Untersuchungen, die negative soziale Erfahrungen aufgrund des Gewichts als Risikofaktor für die Entstehung einer BED identifiziert haben (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 115).

Es bleibt allerdings unklar, ob die untersuchten Personen mit BED wirklich mehr negative soziale Erfahrungen gemacht haben, oder ob bei ihnen durch Verzerrungen in Wahrnehmung und Erinnerung die tatsächlich vorgefallenen Stigmatisierungsereignisse überschätzt werden. Es wird vermutet, dass das erhöhte Maß an Depressivität mitverantwortlich für den gefundenen Unterschied ist, bzw. ist es möglich, dass die Gruppe der Personen ohne BED mit einem günstigeren Attributionsstil die Häufigkeit solcher negativer Situationen unterschätzt. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass adipöse Personen mit und ohne BED in vielen Aspekten unterschiedlich sind. PatientInnen mit BED scheinen, neben den schon bekannten, erhöhten allgemeinen und ernährungsspezifischen psychopathologischen Auffälligkeiten, auch stärker belastet durch Stigmatisierungserfahrungen und weisen tendenziell un-

günstigere implizite kognitive Prozesse auf. Bei der untersuchten Gruppe mit BED gab es höhere relative Assoziationsstärken zwischen der eigenen Person, sowie dem Dicksein mit negativen Attributen. Das Störungsbild der BED bei Adipösen ist auch in kognitiven Besonderheiten von der Adipositas ohne Essstörungspathologie abzugrenzen. Dies sollte besonders bei einer Therapie berücksichtigt werden (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 55-124).

Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass Personen, bei denen Adipositas aufgrund einer inadäquaten frühen Versorgung entsteht, ein stärkeres Unlustempfinden sowie das Gefühl tiefer Hoffnungslosigkeit und Resination verspüren. Weiters ist ihr Selbstwertgefühl schwach ausgeprägt, was dazu führt, dass sie dem gesellschaftlichen Druck und der Stigmatisierung stärker ausgeliefert sind. Bei den Betroffenen überwiegt im Sinne eines depressiven Verarbeitungsmodus Zurückstellung eigener Bedürfnisse, Angepasstheit, sozial erwünschtes Verhalten, aber auch Kontakt vermeidendes oder anklammerndes Verhalten, aus Angst vor Enttäuschungen, Kränkung, Zurückweisung und Kritik. Ihr Leben ist geprägt von einer enormen Trennungsangst und dem Defizit bei der Selbst-Objekt-Differenzierung (vgl. Hippel, A. & Reich, G. 2010, S. 233).

Die vermehrt wahrgenommene Stigmatisierung kann aber auch als Schutz vor Selbstkritik oder Überforderung verstanden werden (man stellt mich nur nicht ein, weil ich dick bin) (vgl. Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. 1995, S. 46).

6.5 Körperwahrnehmung und Adipositas

Dass adipöse Frauen ein negativeres Körperbild im Sinn einer stärkeren körperbezogenen Unzufriedenheit als normalgewichtige Frauen haben, konnte durch Studien gezeigt werden (vgl. Sarwer, D. B., et al. 1998, S. 651-654). Besonders Adipöse, die schon als Kind übergewichtig waren, sind mit ihrem Körper weniger zufrieden als Normalgewichtige und berichten häufig von Hänseleien wegen ihres Gewichts und ihres gesamten äußerlichen Erscheinungsbildes. Im Gegensatz zu Personen, bei denen eine Adipositas erst im Erwachsenenalter aufgetreten ist, bleibt dieses negative Körperbild bei Menschen, deren AD im Kindesalter begonnen hat, auch dann bestehen, wenn gar kein Übergewicht mehr vorhanden ist (vgl. Hilbert, A. 2000, S. 29).

PatientInnen, die lange Zeit übergewichtig waren, können sich nachdem sie Gewicht verloren hatten, selbst nicht als „schlanker“ sehen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 120). Die Betroffenen „tragen das Bild ihrer vorherigen Figur wie einen Schatten mit sich herum.“ (Bruch, H. 2001, S. 120)

Einen erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung des Körpers und das Körperbild scheinen direkte Kommentare durch Familienmitglieder und Gleichaltrige bezüglich des Aussehens zu haben, sie sind ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von körperlicher Unzufriedenheit (vgl. Bruch, H. 2001, S.115; vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 48). Dies konnten auch Untersuchungen von Thompson et al. 1995 (S. 221-236) zeigen.

Hilde Bruch bringt diesbezüglich ein passendes Beispiel. Eine gesellschaftlich angesehene Familie aus der Oberschicht hatte sich bezüglich der 18 Jahre alten fettleibigen Tochter zu einem Zeitpunkt eine Konsultation gesucht, als die später anorektische Schwester erst zwölf war. Die Mutter sprach begeistert über ihre jüngste Tochter, die in jeder Beziehung ein ideales Kind sei. Auch die Lehrer bezeichneten sie als ausgeglichen und setzten auf ihre Wärme und Freundlichkeit, wenn ein anderes Kind Schwierigkeiten hatte, Freundschaften zu schließen. Vier Jahre später brach die Anorexie aus, und man konnte nachvollziehen, dass der ängstliche und strafende Umgang mit der Fettsucht der älteren Schwester Denken und Selbstkonzept des jüngeren Mädchens beeinflusst hatte. Es wurde davon überzeugt, dass Dicksein der schändlichste und beklagenswerteste Zustand sei. Als das Mädchen während der Pubertät rasch an Gewicht zunahm, war es entsetzt. Es hatte das Gefühl, der einzige Weg, Achtung zu verdienen, sei das Dünnsein, und so begann es mit einer Hungerkur (vgl. Bruch, H. 2001, S. 109).

Die Art und Weise, wie Übergewicht wahrgenommen wird, ist oft unterschiedlich und hängt auch sehr mit der Einstellung und Wahrnehmung der Mutter zusammen. Denn viele Mütter erklären, dass die Lehrer in der Schule sagen, ihr Kind sei zu dick, doch für sie sieht es normalgewichtig aus. In diesem Fall können erst dann therapeutische Schritte gesetzt werden, wenn das abnormale Aussehen anerkannt und wahrgenommen wird (vgl. Bruch, H. 2001, S. 119).

Hilde Bruch schreibt auch von einem 42-jährigen Mann, der bereits seit seiner Jugend übergewichtig war. Er leugnete, trotz Kreislaufbeschwerden, dass irgendetwas mit seinen Körpermaßen nicht stimmte. Als er eines Tages vor dem Spiegel stand und sah, wie dick er ist, gestand er es sich endlich ein. Danach machte er das, was viele dicke Menschen machen: Er sah nicht mehr in den Spiegel (vgl. Bruch, H. 2001, S. 119).

Auch bei der Konzeption über die Körperstruktur tauchen Fehlurteile auf. Ein 102 kg-schwerer vierzehnjähriger Patient Bruchs war phobisch und traute sich nicht alleine auf die Straße. Verlegen sprach er über die Gründe seiner Ängste, vor allem über seine Angst vor dem Abnehmen. Er schilderte, dass er Angst vor Verletzungen habe. Sein Körper erscheine ihm als dünne Hautschicht, die mit Gallerte gefüllt sei. Würde er sich verletzten, käme die

Gallerte heraus und er wäre ganz leer. Er aber habe schreckliche Angst vor dem Leersein, und deshalb habe er sich so vollgestopft (vgl. Bruch, H. 2001, S. 120f).

Bei einer adipösen Patientin, die wegen eines schizophrenen Schubs ins Krankenhaus gebracht werden musste, wurde von Bruch beobachtet, dass sie Heißhungerattacken bekam, wenn sie eine Auseinandersetzung hatte oder sich bedroht fühlte. Als Erklärung gab sie an, sie hätte Angst vor der Feindseligkeit der anderen und ihre bösen Worte würden in ihrem Inneren herumpoltern und ihr Wunden zufügen. Damit die Verletzungen nicht so sehr zu spüren waren, versuchte sie nun, sich mit Nahrung voll zu stopfen, um ihr Inneres „auszupolstern“ (vgl. Bruch, H. 2001, S. 120f).

Weiters werden auch Körperfunktionen von essgestörten Menschen fehlinterpretiert. Fettsüchtige scheinen unfähig zu sein, genau beurteilen zu können, wie viel sie essen, sie haben immer Platz für mehr. Oft ist es auch so, dass sie ihre Figur und das, was sie essen, überhaupt nicht in Verbindung bringen können. Sie verhalten sich so, als seien sie von ihrem Körper getrennt und als würde sie das Essen nicht dick machen, wenn es keiner sieht, dass sie essen. Bei einem anorektischen Mädchen konnte festgestellt werden, dass es sich so wenig von anderen abgrenzen konnte, dass das Mädchen das Gefühl hatte, wenn es anderen beim Essen zusah, würden die für es mitessen. Danach fühlte es sich voll, obwohl es nichts gegessen hatte (vgl. Bruch, H. 2001, S. 122).

Essgestörte PatientInnen erleben den eigenen Körper, als ob er unter dem Einfluss anderer stehen würde. Sie sind der Ansicht, dass sie keine Kontrolle über ihren Körper und dessen Funktionen hätten, was daraus resultiert, dass Übergewichtige ihre körperlichen Bedürfnisse nicht wahrnehmen können. Sie neigen dazu von ihrem Körper zu sprechen als sei er außerhalb ihrer selbst. Bei der Behandlung der PatientInnen stellte sich oft heraus, dass sie ihr ganzes Leben bemüht waren, sich jenem Wunschbild anzupassen, das die Eltern für sie entworfen haben. Sie erleben sich wie von außen gesteuert, als ein Mensch ohne Selbstständigkeit und ohne eigene Persönlichkeit (vgl. Bruch, H. 2001, S. 134-137).

Bei Untersuchungen von fettsüchtigen Kindern stellte man fest, dass der zunehmende Körperumfang und die Fettansammlung Ausdruck dafür sind, mit einem inneren Bild übereinstimmen zu wollen. Das hohe Gewicht gibt dem Kind ein gewisses Gefühl von Stärke und Sicherheit. Das Kind sucht Schutz vor der bedrohlichen Welt und findet ihn hinter den Fettschichten. Bei fettsüchtigen Kindern ist offen aggressives Verhalten selten. Es scheint, als ob das Essen selbst die aggressiven Impulse zufrieden stelle, und der Körperumfang sei eine Art Selbstbehauptung. Es zeigt sich, dass viele dicke Kinder Angst davor haben, klein und mager zu sein. Sie finden Sicherheit darin, dick zu sein, auch wenn sie unglücklich über ihren Körper sind (vgl. Bruch, H. 2001, S. 123).

Die Angst vor dem Gewichtsverlust und dem Dünnsein geht auch einher mit der Angst, verletzt zu werden. Diese Angst wird oft von den Müttern geteilt, indem sie ihre Kinder, nachdem sie abgenommen haben, geschickt wieder dickfüttern (vgl. Bruch, H. 2001, S. 124).

Bei der Arbeit mit magersüchtigen oder esssüchtigen Menschen musste Bruch feststellen, dass eine sehr komplexe Einstellung ihres Selbstkonzeptes zutage kommt. Viele PatientInnen sprachen davon, sich wie eine doppelte Person zu fühlen, wobei eine dünn und die andere dick sein will. Befragt man dicke Personen über die Persönlichkeit von dicken und dünnen Menschen, so sind sie der Ansicht, dass schlanke Mädchen immer das tun würden, was man von ihnen erwartet. Sie seien angepasst und lernbegierig, gut gepflegt und gut angezogen, doch im Inneren seien sie egoistisch. Sie hätten keine inneren Qualitäten und Werte und würden sich immer auf ihr Äußeres verlassen. Im Gegensatz dazu würden dicke Mädchen das Studium hinauszögern. Sie seien unglücklich, weil sie ständig Zielscheibe von herabsetzenden Bemerkungen von Eltern und FreundInnen sind. Im Inneren sei ein dickes Mädchen aber ein freundlicher, ehrlicher und rücksichtsvoller Mensch. Es war zu bemerken, dass sie tiefen Schmerz darüber verspüren, dass Familie und Gesellschaft allgemein nur die Schlanken anerkennen und bewundern, obwohl sie so rücksichtslos und egoistisch sind. Die Dicken hingegen werden, trotz ihrer wertvollen Qualitäten, abgewertet und verachtet. Daraus konnte geschlossen werden, dass sich Übergewichtige selbst als unförmig und seltsam wahrnehmen, dies aber die Folge von verformenden, destruktiven zwischenmenschlichen Erfahrungen im frühen Leben ist (vgl. Bruch, H. 2001, S. 132-134).

Das Gefühl, den eigenen Körper zu besitzen und ihn unter Kontrolle zu haben, sowie eine genaue Interpretation der im Körperinneren entstehenden Reize, müssen im Konzept der Körperwahrnehmung in der Körperidentität integriert sein, um sich in seinem eigenen Körper wohl zu fühlen. Ist diese Grundvoraussetzung nicht gegeben, zeigt sich, in welchem Ausmaß das Schönheitsideal unserer Gesellschaft, die Einstellung dem Körper gegenüber und unsere ständige Sorge um das Aussehen eine Rolle in den Köpfen der essgestörten PatientInnen spielen. Aufgrund der Besessenheit der westlichen Welt vom Schlanksein, wird das Übergewicht als unerwünscht und hässlich angesehen, was durchaus als Verzerrung des gesellschaftlichen Körperkonzeptes betrachtet werden kann (vgl. Bruch, H. 2001, S. 116).

6.6 Diätverhalten

Die gesellschaftliche Missbilligung trägt mitunter dazu bei, dass Übergewichtige verstärkt darum bemüht sind, das Gewicht zu reduzieren. Die „Normalgewichtigen“ hingegen unternehmen alles, um ja nicht zuzunehmen. Denn wer schlank ist, ist glücklich. Dies konnte auch

eine Studie von Viken et al. 2005 (S. 65-72) zeigen. Heutzutage wird Glück mit Schlankheit in Verbindung gebracht. (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 20).

Um schlank zu werden oder zu bleiben, bedient man sich diverser Diäten. Was man früher in erster Linie als eine Schon- und Krankheitskost verstand, gilt jetzt als temporäre Ernährungsumstellung zum Zweck der Gewichtsabnahme. Bereits seit den 70er Jahren gibt es die *WeightWachers* in Deutschland, in den 80er Jahren traten die „light"-Produkte ihren Siegeszug an und seit den 90ern finden sich vermehrt gesunde Bioprodukte im Handel (vgl. Deak, A. 2006, S. 214). 2005 bot der Internetbuchversand *Amazon* 1.638 Diätratgeber an, 2010 waren es 15.516 (vgl. http://www.amazon.de. Suche: Diät. Stand: 01.09.2010).

Eine Reduktion des Gewichtes ist selten erfolgreich, besonders auf lange Sicht wird wieder zugenommen. Die Enttäuschung angesichts des ausbleibenden Erfolges führt oft sogar dazu, dass mehr gegessen wird als vorher (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 20f).

Das zeigte auch eine Untersuchung 1999, bei der Diätversuche tendenziell zu allen Formen von Essstörungen führten (vgl. Howard, Ch. E. & Porzelius, L.K. 1999, S. 25-44).

Dies konnte auch eine weitere Studie von Austin 2001 (S. 268-283) bestätigen: Kontrolliertes Essverhalten als alltägliches kulturelles Muster, vor allem von Mädchen und jungen Frauen, löst Essstörungen aus (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 21).

Diesbezüglich ist es bedeutend, dass eines von drei Mädchen bis zu einem Alter von zehn Jahren schon mit Diäten Erfahrung hat. Innerhalb der Bevölkerung versuchen mehr als 50 % ihr Gewicht zu kontrollieren: Davon sind 56,7 % erwachsene Frauen und 50,3 % erwachsene Männer. Bei jungen Mädchen handelt es ich um 44 % und um 36,8 % bei den Jungen. Es wurde erforscht, dass 50 % der Kinder ihr Gewicht reduzieren wollen. 16 % haben es bereits versucht. Bei 77 % der Kinder haben auch Familienmitglieder ihre Ernährungsgewohnheiten umgestellt. Somit kann der Schluss gezogen werden, dass die Familie erheblich das Ernährungsverhalten und dessen Umstellung beeinflusst (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 20f).

Diäten und Essstörungen haben einen gemeinsamen psychologischen Ausgangspunkt: Eine Art Unheilsvorstellung vom eigenen Körper. Die Betroffenen empfinden ihren eigenen Körper als mangelhaft und projizieren die eigene Heilvorstellung auf das Ideal des schlanken Körpers. Erreicht man das Ziel der Schlankheit, ist man nicht nur schön und gesund, sondern auch glücklich. Diese Vorstellung nimmt bei Essgestörten wahnhafte Gestalt an und bestimmt das gesamte Denken und Handeln. Ein intakter, schlanker Körper wird mit einem intakten Leben assoziiert. Generell ist der Wunsch, etwas Gewicht abzunehmen, unproblematisch und auch immer öfter medizinisch induziert, doch dem gegenüber steht eine krankhafte Fixierung auf das eigene, als grundlegend mangelhaft empfundene Körpergewicht (vgl. Deak, A. 2006, S. 214-218).

Es scheint als weisen die Diäten den Weg zu einem „erfüllten“ Leben. Die Reduzierung der Kost ist die erste Forderung einer Diät. Die Reduzierung reicht von einer leichten Kalorienunterversorgung bis hin zum völligen Verzicht auf feste Nahrung. Eine Sättigung bleibt aus und somit auch die Befriedigung beim Essen. Sie besteht vielmehr in der Selbstdisziplinierung und in der Überwindung der eigenen körperlichen Ansprüche. Bestes Beispiel stellen die Magersüchtigen dar. Die vermeintliche „Stärke“, dem Hungergefühl dauerhaft widerstehen zu können, ist die Quelle ihres gesamten Selbstwertgefühls. Eine Reduktionsdiät wird somit von vielen Experten als der klassische Einstieg in die Magersucht betrachtet (vgl. Deak, A. 2006, S. 214-218).

Um die Gefahren einer Reduzierung der Nahrung aufzuzeigen, sei in diesem Zusammenhang die „Hungerstudie“ erwähnt. In dieser umfangreichen Studie haben 1959 Keys und seine Mitarbeiter in Minneapolis Dokumente des Hungers in der Vergangenheit und Erfahrungen von Forschern und Beobachtern in Kriegszeiten gesammelt (vgl. Keys, A. et al. 1950). 36 männliche Probanden wurden nach einer dreimonatigen Anlaufphase mit normaler kalorischer Kost (3500 kcal) und für weitere sechs Monate mit einer Diät versorgt, bei der die Kalorienzufuhr auf 1600 kcal reduziert wurde. Die Speisen bestanden aus Kohl, Rüben, Kartoffeln, Brot und Nudeln und entsprachen der in Europa üblichen Kriegskost. In einer weiteren Phase wurde schließlich die Kalorienzufuhr langsam wieder gesteigert. Der durchschnittliche Gewichtsverlust der Probanden während der Kalorienreduzierung betrug 25 %. Körperliche Auswirkungen waren Schlafstörungen, Müdigkeit und Apathie, Schwindelattacken, Kälteanfälligkeit und Muskelschmerz. Beobachtet wurden auch psychische Auswirkungen wie Erregbarkeit, Konzentrationsstörungen, emotionale Instabilität und Depressionen. Die Probanden tendierten zum sozialen Rückzug, aber auch zur Streitsucht. Besonders auffällig war die übermäßige Beschäftigung mit nahrungsbezogenen Themen in Gesprächen, Phantasien und Träumen. Die extreme Auseinandersetzung mit Nahrung und Essen zeigte sich auch in Verhaltensweisen wie exzessivem Kaugummikauen, Nägelkauen, erhöhtem Genussdrogenkonsum, Essattacken, Futterneid, Nahrungsdiebstahl sowie im Sammeln von Rezepten, Speisekarten und Kochbüchern. Diese Reaktionen haben die Versuchsleiter dazu veranlasst, von einer „Unterernährungsneurose“ zu sprechen (vgl. Deak, A. 2006, S. 217f).

Erschreckend waren die Berichte darüber, wie Hunger jede Art von Niederträchtigkeit menschlichen Verhaltens auslöst. Unabhängig von Zeit und Ort besteht zwischen allen Menschen eine Ähnlichkeit darin, wie sie auf Hunger reagieren. Nur wenige haben sich mit hoher Motivation und spiritueller Kraft über die brutale Demoralisierung durch Hunger erhoben (vgl. Bruch, H. 2001, S. 23).

Eine Hungerperiode ist stets durch zwei Phasen gekennzeichnet: Die erste Phase ist geprägt, wie bereits die Studie zeigte, durch die ständige Beschäftigung mit Speisen. Weiters ist ein Verlust des sexuellen Verlangens, eine Verrohung aller emotionalen Reaktionen und zunehmender Egoismus bei völligem Verlust menschlicher Rücksichtnahme zu bemerken. Das Endstadium zeichnet sich durch Inaktivität, Apathie, Rückzug vom Leben und durch erhöhte Reizbarkeit gegenüber jeder Art und Störung aus. Noch lange Zeit, nachdem der Körper physiologisch wiederhergestellt ist, ist diese ständige Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und die Angst, nicht genug zu bekommen, zu beobachten (vgl. Bruch, H. 2001, S. 23).

Dies wurde auch von der Studie bestätigt, da sich gezeigt hat, dass die Probanden kaum zu einem normalen Verhältnis zum Essen zurückfanden. Besonders der Sättigungsmechanismus war betroffen. Berichtet wurde über anhaltende Essattacken und von großen Schwierigkeiten, den Hunger zu stillen. Ein „gesundes“ Hunger- und Sattheitsgefühl sind Grundvoraussetzungen für ein gesundes Essverhalten, doch das Experiment hat gezeigt, dass bereits eine temporäre kalorische Unterversorgung das gesamte Essverhalten eines Menschen nachhaltig aus dem Gleichgewicht bringen kann. Ein massiv gestörtes Gefüge zwischen Hunger- und Sattheitsgefühlen ist nicht nur für die Bulimia Nervosa kennzeichnend, sondern auch für die Binge-Eating-Disorder (vgl. Deak, A. 2006, S. 218).

Essstörungen sind somit häufige Folgen von Diäten, die durch erheblichen psychosozialen Druck auf die Betroffenen geprägt sind. So können starke Emotionen, extreme Beanspruchung oder das Brechen einer Diätregel einen Zusammenbruch der Kontrolle und Essanfälle auslösen (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 28-31).

Eine weitere wichtige Gemeinsamkeit von Diäten und Essstörungen ist die ständige kritische Bewertung einzelner Lebensmittel. Es herrscht in der Öffentlichkeit eine grundlegende Einteilung in gute/schlechte, gesunde/ungesunde Lebensmittel vor; sei es in der Werbung, in der Politik oder bei Lebensmittelverordnungen – die VerbraucherIn sieht sich zu einer permanenten Reflexion von erlaubten/verbotenen Speisen angehalten. Insbesondere OrthorektikerInnen und Magersüchtige lassen sich von dieser bewertenden Kontrollsucht vereinnahmen, während BulimikerInnen und Esssüchtige unter einem Kontrollverlust zu leiden haben.

Im Gegensatz zu den OrthorektikerInnen, die jedes Lebensmittel einer intensiven Prüfung unterziehen und die „ungesunden“ Lebensmittel als Bedrohung ihrer Gesundheit, ihres Lebens betrachten, liegen die bulimischen Heilsvorstellungen in der Schlankheit (vgl. Deak, A. 2006, S. 219-222).

Oft scheint es so, als seien diese Verhaltensweisen an ersatzreligiöse Glaubensinhalte geknüpft. Es gilt die Gebote einzuhalten. Schon ein kleiner Bissen vermeintlich „böser“ Lebensmittel löst einen seelischen Zusammenbruch und entsprechende Überreaktionen aus. Das

Heilziel der Schlankheit kann aufgrund der eigenen, sich im sündigen Verzehr äußernden Schwäche nicht erreicht werden. Bei BulimikerInnen resultieren aus der permanenten Unterdrückung ihres Essverlangens Kontrollverluste in Form von Essattacken. Dieses Schicksal teilen auch Personen, die an der Binge-Eating-Disorder leiden. Es werden extreme Mengen an „schlechten" Lebensmitteln verschlungen. Die Folge ist eine Art moralische Selbstbegeiselung. Nach den Essorgien haben die Betroffenen Schuldgefühle und machen sich Selbstvorwürfe, welche mit einem Ekel vor der eigenen Person verbunden sind. Werden „schlechte" Lebensmittel verzehrt, mündet das in einen komplexen psychischen Selbstbestrafungsmechanismus (vgl. Deak, A. 2006, S. 219-222).

Personen, die gerade Diät halten, beschäftigen sich fortwährend mit dem Essen. So auch Essgestörte. Magersüchtige, BulimikerInnen, Esssüchtige und OrthorektikerInnen denken dauernd über die Nahrungsaufnahme und über die Frage nach, was sie essen dürfen und was verboten ist. Aus ernährungsmedizinsicher Sicht ist zu bedenken, dass temporäre Diäten nicht empfehlenswert sind, da der Körper mit Kalorien unterversorgt wird und der Stoffwechsel lernt, mit gedrosselter Energie zu arbeiten. Wird wieder normal gegessen, speichert der Körper vermehrt Reserven in Form von Fett, um sich auf eine weitere Unterversorgung vorzubereiten. Umgangssprachlich spricht man vom „Jojo-Effekt". Doch viele Menschen sind trotz dieses Wissens fest von der Wirkung der Diät überzeugt (vgl. Deak, A. 2006, S. 219-222).

Bei den meisten gängigen Diäten lassen sich drei Merkmale festhalten: Sie stören den „gesunden" Hunger- und Sättigungsmechanismus, sie verbreiten bezüglich der Lebensmittel eine gut/böse-Metaphorik und einen Irrglauben, dass eine neurotische Kontrolle des Essverhaltens auf Dauer zum Erfolg führt. Es hat sich aber auch gezeigt, dass sich alle drei dieser höchst heiklen Merkmale in Essstörungen wieder finden (vgl. Deak, A. 2006, S. 219f).

Mangelndes Selbstwertgefühl und eine instabile Identität sind oft Gründe, warum sich Menschen von gesellschaftlichen Normen und Idealen unter Druck setzten lassen und dies häufig in Essstörungen und Suchtverhalten mündet. Doch warum gibt es eigentlich Normen und warum wird deren Abweichung geahndet? Ein Blick in die Soziologie soll hier Antworten geben.

7. Soziologische Perspektive

7.1 Stigma

7.1.1 Erving Goffman

Erving Goffman, ein amerikanischer Soziologe, hat über das Problem der Stigmatisierung eines seiner frühen Bücher geschrieben: „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (1963). Goffman greift in diesem Werk den Stigmabegriff auf und stellt fest, dass der Terminus im Bereich der Soziologie im ursprünglichen Wortsinn verwendet wird. „Stigma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Zeichen“, „Brandmal“ oder „Stich“ (vgl. Finzen, A. 2000, S. 26).

Die Griechen, so Goffman, „[…] schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen“. (Goffman, E. 1975, S. 9)

Goffman erklärt das Phänomen Stigma, indem er den Begriff der „sozialen Identität“ einführt. Menschen sind im sozialen Miteinander auf Routinen angewiesen, an Hand derer es möglich ist, sich schnell zu orientieren. Es ist wichtig, die „soziale Identität“ des Gegenübers vorwegnehmen zu können. Die soziale Identität beinhaltet sowohl persönliche Charaktereigenschaften als auch strukturelle Merkmale und wird unterteilt in eine „virtuale“ und eine „aktuale“ Seite. Die „virtuale soziale Identität“ sieht er durch Vorstellungen bzw. Erwartungen charakterisiert, mit Hilfe derer eine Person in bestimmte Kategorien eingeordnet werden kann. Diese prägen das Verhalten und übernehmen entlastende Funktionen (vgl. Goffman, E. 1975, S. 10). Wo immer wir auch leben, haben wir bestimmte Vorstellungen darüber, wie Menschen sein, leben und sich verhalten sollten – ob uns das bewusst ist oder nicht (vgl. Finzen, A. 2000, 26-28). Die „aktuale soziale Identität“ zeigt Merkmale und Attribute, „deren Besitz dem Individuum tatsächlich bewiesen werden konnte.“ (Goffman, E. 1975, S. 10)

Die Erfahrung zeigt jedoch, dass sich die virtuale soziale Identität oft von der Wirklichkeit unterscheidet, da Vorstellungen oder Erwartungen eine Person betreffend und die Wirklichkeit in Interaktionsprozessen voneinander abweichen können (vgl. Goffman, E. 1975, S. 10).

Diese Diskrepanz kann dazu führen, dass die Person „in unserer Vorstellung […] von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert“ (Goffman,

E. 1975, S.11) wird, das heißt ihr werden Attribute zugeschrieben, die diese als abweichend kennzeichnen und sie damit herabstufen. Solche Attribute werden von Goffman als Stigma bezeichnet, besonders, wenn deren diskreditierende Wirkung sehr stark ist. Es wird aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht alle unerwünschten Eigenschaften zu einer unerträglichen Diskrepanz führen, „sondern nur diejenigen, die mit unserem Stereotyp von dem, was ein gegebener Typus von Individuum sein sollte, unvereinbar sind." (Goffman, E. 1975, S. 11)

Der Begriff des Stigma wird somit in Bezug auf eine herabmindernde Eigenschaft gebraucht, doch „es sollte gesehen werden, dass es einer Begriffssprache von Relationen, nicht von Eigenschaften bedarf. Ein und dieselbe Eigenschaft vermag den einen Typus zu stigmatisieren, während sie die Normalität eines anderen bestätigt, und ist daher als ein Ding an sich weder kreditierend noch diskreditierend." (Goffman, E. 1975, S. 11)

Das Merkmal selbst ist also nicht von zentraler Bedeutung und ist nicht an sich stigmatisierend oder nicht, sondern es kommt auf die negative Definition an. Goffman unterscheidet weiter drei „krass verschiedene Typen" von Stigma: Erstens gibt es die „Abscheulichkeit des Körpers" – dahinter stehen die verschiedenen physischen Deformationen. Zweitens die „individuellen Charakterfehler", die als Willensschwäche wahrgenommen werden, sowie unnatürliche Leidenschaften, starre Meinungen und Unehrenhaftigkeit, Alkoholismus, Sucht und Homosexualität. Schließlich gibt es die „phylogenetischen Stigmata" von Rasse, Nation und Religion. Diese werden gewöhnlich von Geschlecht zu Geschlecht weitergegeben und kontaminieren alle Mitglieder der Familie in gleicher Weise (vgl. Goffman, E. 1975, S. 13).

Alle diese Typen weisen jedoch die gleichen soziologischen Merkmale auf: „Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten." (Goffman, E. 1975, S. 13)

Nach Goffman ist die interindividuelle Kommunikation der primäre Ort, an dem Stigmatisierungsprozesse stattfinden. Man muss beachten, dass die stigmatisierten Gruppen, die im Mittelpunkt der Forschung stehen, durch die Gemeinsamkeit des Merkmales, an das sich stigmatisierende Einstellungen festmachen, zuerst einmal errichtet werden (vgl. Ried, J. 2010, S. 184).

Es liegt am Grunde eines Stigmas also ein Kategoriefehler bzw. ein Fehlschluss, denn es wird von einer mehr oder weniger natürlichen Disposition auf persönliche und soziale Eigenschaften geschlossen. Goffmans Definition weist darauf hin, dass durch den Prozess der Stigmatisierung eine sozial devaluierte Gruppe zuerst als solche konstruiert wird. Stigmatisie-

rende Einstellungen orientieren sich an Merkmalen, und diese sind oft offensichtlich und auffällig und „drängen sich der Aufmerksamkeit auf“ – es scheint, die betroffenen Gruppen von Individuen seien besonders homogen. Doch genau dieser Eindruck ist Teil oder auch bereits das Ergebnis des Stigmatisierungsprozesses (vgl. Ried, J. 2010, S. 184).

Goffmans Aussage: „Von der Definition her glauben wir natürlich, dass eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist“ (Goffman, E. 1975, S. 13) bringt das moralische Problem der Stigmatisierung, vielleicht etwas überspitzt, auf den Punkt. Die notwendige Achtung, die Menschen einander als Menschen schulden, bleibt durch Stigmatisierung oft aus (vgl. Ried, J. 2010, S. 184). Goffman schreibt weiter: „ Unter dieser Voraussetzung üben wir eine Vielzahl von Diskriminationen aus, durch die wir ihre Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren.“ (Goffman, E. 1975, S. 13)

Dies bringt deutlich zum Ausdruck, dass stigmatisierende Einstellungen keine sozialen Belanglosigkeiten sind, sondern interindividuelle und gesellschaftliche Kommunikation wesentlich und nachhaltig prägen, und das oft unbewusst (vgl. Ried, J. 2010, S. 184). Ein Stigma ist die Begegnung mit einem Menschenbild, in das die betroffene Person nicht eingefügt werden kann, es ist somit mehr als eine alltägliche Erfahrung von Abwertung oder Antipathie. Die stigmatisierte Person gerät an den Rand dessen, was überhaupt als human gilt. Bleiben grundlegende Anerkennungsansprüche, die jeder Mensch an seine Mitmenschen stellen kann, unbeachtet, wird die Erfahrung „nicht ganz menschlich zu sein“, erfahrbar (vgl. Ried, J. 2010, S. 184).

Stigmatisierte Personen werden nach Goffmans Ansicht nun versucht sein im Sinne eines Stigmamanagement ihr „Anders-Sein“ zu verbergen oder es an das „Normale“ anzupassen. „In einigen Fällen wird es ihr [der stigmatisierten Person] möglich sein, einen direkten Versuch zu machen, das zu korrigieren, was sie als die objektive Basis ihres Fehlers sieht […].“ (Goffman, E. 1975, S. 18) Jedoch weist Goffman darauf hin „wo eine solche Reparatur möglich ist, ist das Ergebnis oft nicht der Erwerb eines vollkommen normalen Status, sondern die Transformation eines Ich mit einem bestimmten Makel zu einem Ich mit dem Kennzeichen, einen bestimmten Makel korrigiert zu haben.“ (Goffman, E. 1975, S. 18f).

Weiters warnt Goffman vor dem Ausgeliefertsein einer stigmatisierten Person an betrügerische HelferInnen, die ihre „Wundermittel“ anpreisen. Und dass diese großen Zuspruch finden, zeigt, wie weit Stigmatisierte willens sind zu gehen, um „Normal“ zu sein. In Bezug auf Übergewichtige muss man sich nur einmal die erhebliche Anzahl an Diäten, Schlankheitspillen und Abnehmprogrammen vor Augen halten. Je nach der Art des Stigmas verlaufen das Erleben und der Prozess der Stigmatisierung auf unterschiedliche Weise. Doch alle Stigmatisierten machen eine ähnliche Erfahrung, denn sie müssen zur Kenntnis nehmen, dass sie

anders sind als andere Menschen, anders als die „Normalen“. Und sie müssen lernen, damit umzugehen, es wird Teil ihrer Biografie und ihrer Identität (vgl. Finzen, A. 2000, S. 32). Den Weg zur diese „beschädigten Identität“ beschreibt Goffman als „Karriere“ (vgl. Goffman, E. 1975, S. 18).

7.1.2 Die Funktion der Stigmata – Jürgen Hohmeier

Menschen mit einem Stigma machen ähnliche Erfahrungs- und Lernprozesse durch und entwickeln sich weiter, doch diese Entwicklung ist auch oft von der Art des Stigmas abhängig. Doch letzten Endes sind es oft nur irrationale Ängste, die die Stigmatisierung aufrechterhalten, denn soziale Interaktionen sind oft sehr komplex, und man versucht durch verschiedene Methoden, diese Komplexität zu verringern (vgl. Finzen, A. 2000, S. 33-41).

Jürgen Hohmeier sieht die Funktion von Stigmata darin, dass oft schon aus wenigen Informationen Vorstellungen und Verhaltensweisen eines Menschen interpretiert werden können. „Stigmata strukturieren damit Situationen im Voraus und erleichtern die Einstellung darauf; sie verringern Unsicherheit und stellen eine Entscheidungshilfe dar.“ (Hohmeier, J. 1975, S. 6) Sie sind ein unentbehrliches Hilfsmittel in Situationen der Ungewissheit und Veränderung. „Stigmata haben zunächst - ebenso wie die komplementären Vorstellungen von „Normalität“ - eine Orientierungsfunktion in sozialen Interaktionen, insofern in ihnen bestimmte Vorstellungen, Erwartungen und Verhaltensanweisungen bezüglich des Interaktionspartners enthalten sind.“ (Hohmeier, J. 1975, S. 6) Weiters bestätigen Stigmata Majoritäten und werten Minoritäten ab, sie fördern bzw. beschränken den Zugang zu knappen Gütern wie Status, Ausbildung usw. (vgl. Hohmeier, J. 1975, S. 6).

„Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht können durchgesetzte Stigmatisierungen weiter die Funktion einer Systemstabilisierung haben. Sie kanalisieren aus Frustrationen herrührende Aggressionen, indem diese auf schwache, d. h. mit wenig Macht ausgestattete, »Sündenböcke« geleitet werden, denen man alle Schuld an einer Misere zuweisen kann.“ (Hohmeier, J. 1975, S. 8)

Vier verschiedene Kriterien führen nach Hohmeier zur Durchsetzung von Stigmata. Zum einen sind Stigmata generalisierend, es werden einprägsame und anschauliche Klischees einfach auf eine ganze Person oder Personengruppe übertragen. Die Verbreitung des Stigmas wird erleichtert, wenn die Stigmatisierten gegen eine allgemeingültige Norm verstoßen (Fettleibigkeit verstößt gegen die Schönheitsnorm), wobei als weiterer Punkt dieser Normverstoß durch Sanktionsinstanzen geahndet werden muss. Für den Stigmatisierungsprozess entscheidend ist auch die Macht, über die man verfügt. Stigmatisierungen sind gegen Gruppen mit wenig Macht leichter durchzusetzen, als bei Gruppen mit großer Macht (vgl.Hohmeier, J. 1975, S. 5).

Hohmeier definiert nun Stigma als „Sonderfall eines sozialen Vorurteils, gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Es beruht auf Typifikationen, d.h. Verallgemeinerungen von teils selbst gewonnenen, teils übernommenen Erfahrungen, die nicht mehr überprüft werden." (Hohmeier, J. 1975, S.3)

Hohmeier versucht weiters, aus verschiedenen Blickwinkeln die Ursache der Stigmatisierung festzulegen. Aus tiefenpsychologischer Sicht können Stigmata beispielsweise als Projektionen verstanden werden, die als solche die Funktion der Abreaktion von Aggressionen haben. Er weist hier auf den in psychoanalytischen Theorien betonten Zusammenhang zwischen Frustration und Vorurteilen sowie zwischen autoritärer Persönlichkeit und Vorurteilen hin. Weiters führt er an, dass Stigmata auch als Projektionen verdrängter Triebansprüche gedeutet worden sind. Auch in dieser Hinsicht kommt ihnen eine Entlastungsfunktion zu, indem Antriebe und Wünsche, die man selbst nicht zu realisieren wagt, anderen zugeschrieben werden (vgl. Hohmeier, J. 1975, S. 17f).

7.1.3 Sozialpsychologischer Ansatz

In der Sozialpsychologie werden Personen, denen ein soziales Stigma anhaftet, wie folgt definiert: „Stigmatised individuals possess (or are believed to possess) some attribute, or characteristic, that conveys a social identity that is devalued in a particular social context." (Hogg, M.A. & Voughan, G. M. 2005, S. 369).

Jennifer Crocker hat sich intensiv mit dieser Thematik beschäftigt und weist 1998 gemeinsam mit Major und Steele (vgl. Crocker, J. Major, B. & Steele, C. 1998, S. 505-553) auf einen sozialpsychologischen Ansatz hin, in dem der Prozess der Stigmatisierung in einer sozialen Matrix aus Beziehungen und Interaktionen entsteht. Crocker geht auch wie Goffman davon aus, dass Stigma als die Abwertung der sozialen Identität gesehen werden muss. Eine Eigenschaft an sich ist nicht automatisch ein Stigma, es entsteht erst in einem sozialen Prozess, in dem diese Eigenschaft als abwertend definiert wird. Der „stigmatizing mark" können nun Eigenschaften zugeordnet werden, die mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können (vgl. Ladinser, E. 2008, S. 24).

Somit werden verschiedene Stigmatypen unterschieden: „Sichtbarkeit" – Offensichtliche Stigmata wie Rasse, Geschlecht und verborgene Stigmata wie bestimmte Krankheiten, Homosexualität, Religiosität. Die „Kontrollierbarkeit" spielt eine signifikante Rolle bei der Abwertung. Übergewichtige werden für ihr Schicksal selbst verantwortlich gemacht (vgl. Hogg, M.A. & Voughan, G. M. 2005, S. 369).

Reaktionen auf Stigmata wie die Adipositas werden theoretisch an Hand der Attributionstheorie erklärt: Je mehr ein Stigma auf kontrollierbare, internale Ursachen attribuiert wird, desto stärker sind die negativen Reaktionen darauf. Politischen Konservatismus oder Ideologien des Individualismus beeinflussen stark diese Attributionsmuster (vgl. Hilbert, A. 2008, S. 288).

Dass nun übergewichtige Menschen unter einer erheblichen Stigmatisierung leiden, wird dadurch verdeutlicht, dass ihr Stigma offensichtlich ist, und ihm wird eine Kontrollierbarkeit zugeschrieben. Weiters wird ständig an Hand von Zahlen verdeutlicht, wie weit Übergewicht und Adipositas in unserer Gesellschaft fortgeschritten sind und welche erheblichen, gefährlichen Folgen dies für die Gesundheit und auch für die Krankenkassen darstellt. Eine aktuelle Studie fasst die Vorurteile zusammen: „Übergewichtige werden als faul, undiszipliniert, zügellos, willensschwach, genusssüchtig und wenig leistungsbereit gesehen“. (Hilbert, A. 2010, o.S)

7.2 Stigmatisierung von Adipositas

Stigmatisierung und Diskriminierung haben Ausgrenzung, Benachteiligung in vielen Situationen und soziale Isolation zur Folge. Damit sind direkte und indirekte Auswirkungen auf übergewichtige Menschen verbunden, die für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensbewältigung prägend sein können (vgl. Abrahamian, H. 2009, o.S).

Eine Befragung in Deutschland von rund 450 SchülerInnen im Alter von zehn bis 15 Jahren zeigt, dass die SchülerInnen ihren stark übergewichtigen AltergenossInnen auffallend häufig ablehnend begegnen und ihnen gegenüber allgemein Vorurteile haben. Ihnen sind fettleibige Gleichaltrige nicht sympathisch, und sie halten sie zudem für weniger intelligent und fauler als normalgewichtige AltersgenossInnen (vgl. Thiel, A. et al. 2007, S. 1-3).

Eine Studie von Puhl und Brownell (2001) zeigt, dass Stigmatisierung von Übergewichtigen in drei Lebensbereichen - Ausbildung, Gesundheitswesen und Arbeitsplatz - besonders häufig anzutreffen ist. Sie führen Beispiele an, an denen die Diskriminierung deutlich wird. Es zeigten sich bei LehrerInnen stigmatisierende Einstellungen gegenüber stark übergewichtigen SchülerInnen. 28 % der LehrerInnen waren der Meinung, übergewichtig zu werden, wäre das Schlimmste, das einer Person passieren könnte. Übergewichtige Kinder werden während ihrer Schulausbildung weniger von den Eltern unterstützt als ihre normalgewichtigen Geschwister. Auch im Bereich des Gesundheitswesens wurden Anhaltspunkte für eine Stigmatisierung von Übergewichtigen gefunden (vgl. Puhl, R. M. & Brownell K.D. 2001, S. 108-112).

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber adipösen Erwachsenen liegen bei Angehörigen vieler Gesundheitsberufe vor, dazu zählen beispielsweise ÄrztInnen, Krankenschwestern oder DiätassistentInnen. Den stigmatisierten Personen werden Eigenschaften wie fehlende Selbstkontrolle und Willensstärke oder mangelnde Hygiene zugeschrieben, weiters wird ihnen unterstellt, Behandlungsempfehlungen nicht zu befolgen und teilweise sogar unehrlich und feindselig zu sein (vgl. Hilbert, A. 2008, S. 288).

Auch im Berufsleben sind übergewichtige und adipöse Personen Stigmatisierung und Benachteiligungen ausgesetzt (vgl. Hilbert, A. 2008, S. 288). Eine aktuelle Studie analysierte den Zusammenhang zwischen Fettleibigkeit, Lohn und beruflicher Stellung und kam zu dem Ergebnis, dass adipöse Frauen im Durchschnitt weniger verdienen. Weiters reduziert Adipositas bei Frauen die Wahrscheinlichkeit einen Beruf mit hohen Anforderungen ausüben zu dürfen (vgl. Sundmacher, L. & Morris, S. 2010, S. 33-38). Es wurde auch belegt, dass adipöse KandidatInnen weniger häufig für Vorstellungsgespräche ausgewählt wurden bzw. werden adipöse Menschen im Vergleich zu Normalgewichtigen mit vergleichbarer beruflicher Qualifikation weniger häufig eingestellt, insbesondere auf Posten mit repräsentativer Funktion. Stigmatisierende Einstellungen von Vorgesetzten und KollegInnen kennzeichnen adipöse Personen als weniger kompetent, ambitioniert und beförderungswürdig, weiters gelten sie als undisziplinierter, fauler, emotional instabiler und äußerlich weniger ansprechend (vgl. Hilbert, A. 2008, S. 289).

In Bezug auf zwischenmenschliche Beziehungen leiden die Betroffenen ebenso stark unter den sozialen Folgen der Adipositas. In einer Studie wurden adipöse Menschen als weniger attraktiv bewertet und wurden seltener für ein Rendezvous ausgewählt (vgl. Harris, M.B. 1990, S. 1209-1224). Pearce et al. konnten dies 2002 in ihrer Studie bestätigen. Adipöse Jungen und Mädchen waren mit ihrem „dating status“ weniger zufrieden als normalgewichtige Gleichaltrige (vgl. Pearce, M. J. 2002, S. 386-393).

Weiters konnte durch Untersuchungen gezeigt werden, dass unter adipösen Personen solche mit BED mehr von Stigmatisierungen und Hänseleien berichten, verstärkt darunter leiden und auf Grund von derartigen belastenden Situationen vermehrt vermeidende Bewältigungsstrategien anwenden (vgl. Hilbert, A. & Krones, T. 2008, S. 50).

Nachwuchsforscher der Universität Marburg haben in der weltweit ersten repräsentativen Umfrage zum Thema „Stigmatisierende Einstellungen zur Adipositas“ 1000 Deutsche zu diesem Thema befragt (vgl. Hilbert, A. et al. 2008, S. 142-147). 23,5 % der über 14-Jährigen teilen eindeutig stigmatisierende Einstellungen, 21,5 % dagegen lehnen solche Einstellungen ab. Die restlichen Befragten, 55 %, waren unentschieden, ob sie den Vorwürfen zustimmen sollen oder nicht. Die Interpretation dieses Ergebnisses ergibt, dass stigmatisierende Einstel-

lungen zunächst latent sind und erst in solchen Situationen hervorkommen, in denen sie nicht sozial sanktioniert sind. Ein einfaches Beispiel kann dies verdeutlichen: Ein dickes Kind wird von einer MitschülerIn gehänselt, und die anderen machen mit (vgl. Ried, J. 2010, S. 193f).

Ziel dieser Befragung war es auch, den Zusammenhang zwischen stigmatisierenden Einstellungen und der Einschätzung der Adipositas als Krankheit bzw. Kausalannahmen zur Entstehung von Übergewicht herauszufinden (vgl. Ried, J. 2010, S. 193f).

Als Ursache für ein erhöhtes Körpergewicht nannten 85,4 % Verhaltensfaktoren. Als primärer Verhaltenfaktor wurde zu 95,7 % mangelnde physische Aktivität als Grund für Übergewicht genannt. Als weitere Gründe wurden genetische (34,9 %) und ökologische (22,3 %) Faktoren angeführt. Kausalattributionen auf das individuelle Verhalten standen im Zusammenhang mit einem hohen Maß an Stigmatisierung (vgl. Ried, J. 2010, S. 193f).

Auch in einer Studie von Crandall (1994) konnte gezeigt werden, dass das Körpergewicht üblicherweise als kontrollierbar angesehen wird und folglich Personen mit Übergewicht die Verantwortung für ihre Lage selbst zugeschrieben wird (vgl. Crandall, C.S. 1994, S. 882-894).

Medien begünstigen zudem noch das Adipositasstigma. Adipöse Figuren werden beispielsweise in den Medien selten als attraktiv gezeigt, sie haben weniger romantische Interaktionen und erfahren weniger körperliche Zuwendung im Vergleich zu normalgewichtigen Fernsehfiguren. Wesentlich häufiger jedoch werden sie beim Essen gezeigt oder gar lächerlich gemacht (vgl. Hilbert, A. 2008, S. 289).

7.3 Der Körper im Wandel der Zeit

Ein Blick in die Geschichte soll die gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren der Ernährung verdeutlichen, um eine Einschätzung der derzeitigen Ernährungssituation zu ermöglichen. Außerdem soll gezeigt werden, dass Essverhalten nicht nur durch körperliche oder psychische Einflussgrößen bestimmt wird (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 11).

Ein Schönheitsideal und somit auch die Stigmatisierung derjenigen, die davon abweichen, hat es immer schon gegeben.

Diätetik – die Lehre von der Lebensweise – ist uns heute als Begriff wenig geläufig. Doch sie wurde bereits von Hippokrates (460-377 v. Chr.) fundiert und umfasst die gesamte Lebensweise hinsichtlich dessen, was gesundheitsförderlich oder -schädlich ist. Diätetik spricht die Bereiche Übungen, Getränke und Speisen, Schlaf und sexuelle Beziehungen an.
Galen (2. Jahrhundert n. Chr.) hat die Diätetik systematisiert. Dieses System beherrschte die abendländische Medizin 1500 Jahre lang. Die *res naturales* – die natürlichen Dinge, die die

Gesundheit des Menschen ausmachen – werden von Galen von den *res non naturales*, also den nicht natürlichen Dingen, die aus den Lebensbedingungen bestehen, unterschieden. Die Frage, ob nun eher Umweltverhältnisse gesund oder krank machen oder ob das Individuum dafür verantwortlich ist, wurde erst gar nicht gestellt. Galen umgeht das heute heiß diskutierte Problem, indem er selbstverständlich beides mit einbezieht. Gesundheit bzw. Krankheit steht für ihn in einem hoch komplexen System zahlreicher Dimensionen. Die Diätetik ist individuumszentriert, doch die naturwissenschaftliche Medizin, die die Diätetik als vorherrschendes Modell im 19. Jahrhundert abgelöst hat, klammert Umweltbedingungen und psychosoziale Faktoren gerne aus. Diese Normierung hat aber zur Folge, dass bestimmte Maßstäbe, wie zum Beispiel der Broca-Index oder der BMI, für alle Menschen gelten. Der Begriff eines Idealgewichtes wurde eingeführt, denn es soll mit einer höheren Lebenserwartung einhergehen, und deshalb müsse jeder das Idealgewicht erreichen. Diese Norm besitzt gesellschaftliche Relevanz und die „PatientIn“ hat den Anweisungen der „GesundheitsexpertIn“ Folge zu leisten (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 23).

Passiert das nicht und der BMI der PatientIn ist eventuell größer als 25, dann verstößt sie gegen die Norm. Unterschied man bis ins 19. Jahrhundert einfach zwischen dick und dünn, so kann heute jedem Menschen ein Wert zugerechnet werden. Diese Zuweisung eines Rangplatzes wirkt jedoch bedrohlich identitätsstiftend. Die Menschen definieren sich über ihr Gewicht und wollen der Norm entsprechen. Man bekommt ein bestimmtes Bild der „Dicken“ präsentiert. Dicksein wird gesehen als Ausdruck der Unfähigkeit, seine innere Natur zu kontrollieren. Man betrachtet es als gesellschaftsschädigend, als Maßlosigkeit, als Sünde und als Krankheit mit belastenden Folgen (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 33).

Doch die Wurzeln dieses Stigmas liegen bereits in der Antike. Adipositas wird in der griechischen Antike als etwas begriffen, das das Ideal der Mäßigung und des rechten Maßes unterläuft. Die Dicken werden verdächtigt, nicht genug innere Harmonie zu besitzen. Die antiken griechischen Skulpturen stellen immer den idealen schlanken Körper dar. Diese Ästhetik geht aus einer Ethik hervor. Der ideale Mensch der griechischen Antike soll in der Lage sein, seine innere Natur zu beherrschen und seine Triebe zu bändigen, da nur er in der Lage ist, als vernünftige BürgerIn die Polis mit zu gestalten. Jemand, der sich von seinen Impulsen und Affekten mitreißen lässt, wird auch eine schlechte Politik betreiben. Schlankheit steht hier als Synonym für die Beherrschung des Körpers und die Dominanz der Vernunft – Schlankheit galt als schön (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 21-33).

Was zu dieser Zeit als schön galt, wurde von Ovid in seinem Werk „Ars amatoria“ (Liebeskünste) festgehalten. In seinem 3-bändigen Werk, gibt er im dritten Buch den Damen unter anderem Ratschläge zur Körperpflege, zum Ausgleich körperlicher Mängel und mahnt

zur Diskretion bei der Schönheitspflege. So schrieb er zum Thema Körperpflege: „Laßt den Geruch des trotzigen Bockes nicht unter die Achsenhöhlen kommen und die Beine nicht von borstigen Härchen rau sein." (Naso, O.P. 1991, S.121)

Die antiken Mädchen verstanden es bereits, auf „Hilfsmittel" zurück zu greifen, durch Kreide eine weiße Hautfarbe zu bekommen und sich die Augen mit feiner Asche zu untermalen. Doch bittet er sie um Diskretion bei der Schönheitspflege: „Nur eine Kunst, die sich zu verbergen weiß, hilft der Schönheit auf. […] Ich möchte es auch nicht gut heißen, wenn ihr in Anwesenheit des Liebhabers Hirschmark verwendet oder die Zähne putzt. […] Angemessener ist es, dich erst sehen zu lassen, nachdem die letzte Hand angelegt ist. […] Es schickt sich, daß Männer vieles nicht wissen; die meisten Dinge können Anstoß erregen, wenn man die Kunstgeheimnisse nicht verbirgt." (Naso, O.P. 1991, S. 123)

Im Kapitel *„Der Ausgleich der körperlichen Mängel"* schreibt er: „Die Schönen brauchen nicht die hilfreichen Lehren der Kunst; sie haben ihre eigene Gabe, nämlich die Schönheit, die ohne Kunst mächtig ist. […] Selten ist freilich ein Gesicht fehlerlos: Verbirg also die Fehler und verstecke, soweit du es kannst, deinen körperlichen Mangel." (Naso, O.P. 1991, S. 125) Während von den Frauen verlangt wurde, sich zu pflegen und sich zu „verschönern", wurde vor schönen Männern gewarnt: „Aber meidet Männer, die offen erkennen lassen, dass sie sich pflegen, auf Schönheit bedacht sind und sich das Haar kunstvoll zurechtlegen." (Naso, O.P. 1991, S .137) Denn: „Was soll eine Frau tun, wenn der Mann vielleicht eine glattere Haut hat als sie selbst und imstande ist, mehr Männer zu haben als sie?" (Naso, O.P. 1991, S. 137)

Die Römer verabscheuten Übergewicht ebenso wie die Griechen. Die römischen Damen wurden ausgehungert, damit sie schlank wie Bohnenstangen wurden. Die Römer sind aber auch bekannt für die Erfindung des Vomitoriums, das ihnen erlaubte, im exzessiven Essen zu schwelgen und sich anschließend zu übergeben (vgl. Bruch, H. 2001, S. 33).

„Wer schön ist, ist auch gut!" so heißt es im Volksmund. Leuten, die als schön angesehen werden, wird auch eine schöne Seele mit nettem Wesen und guten Taten zugeschrieben (vgl. Gniech, G. 2002, S. 200). Der schlanke Körper ist bloß schön, weil die Schlankheit etwas repräsentiert. Genauso wie ein dicker Körper zu bestimmten Zeiten anzuzeigen vermochte, dass Wohlstand herrscht. Schlankheit und Wohlbeleibtheit bedeuteten und repräsentierten in allen menschlichen Kulturen etwas. Durch ihre Sichtbarkeit gelten sie als Indikatoren für einen bestimmten Zustand. Sie sind stets etwas Politisches, sowohl damals in der antiken Stadt, als auch in der heutigen Gesellschaft (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 32).

In das Schlankheitsideal fließen zahlreiche historische Prozesse ein. Die Schlankheitsnorm begann sich in der Epoche zu verschärfen, als es in den Industrieländern dem Großteil der Bevölkerung vergönnt war, sich regelmäßig satt zu essen, also seit ca. 100 Jahren. Ein

solcher Überfluss an Lebensmitteln war in unserer evolutionären Programmierung nicht vorgesehen. Diese Programmierung sagt uns, jederzeit soviel wie möglich zu essen, da eine kontinuierliche Lebensmittelversorgung nicht gewährleistet war. Doch die Industrialisierung der Lebensmittelproduktion und die besseren Konservierungsmöglichkeiten führten zu einem Überfluss an Lebensmitteln. Solange in unserer Kultur nur ein kleiner Teil immer genug zu essen hatte, galt Wohlbeleibtheit als ein Zeichen von Wohlstand und sozialem Prestige (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 27).

Die römisch-katholische Kirche hat mitunter erbitterte Kriege gegen die Maßlosigkeit und die Völlerei, derer sie auch oft selbst verfallen ist, geführt, doch sie konnte nicht verhindern, dass Fleischkonsum zum Statussymbol der oberen Schichten der europäischen Gesellschaften wurde. Der Konsum von Fleisch, und das in großen Mengen, galt als untrügerisches Zeichen für Macht und für eine hohe gesellschaftliche Position. Bourdieu führte in diesem Zusammenhang den Begriff der sozialen Distinktion ein. Der übermäßige Konsum von Lebensmitteln war eine Möglichkeit der oberen Stände, sich nach unten abzugrenzen (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 18).

Heute können sich, zumindest in Europa, im Prinzip alle einen dicken Bauch leisten. Daher versuchen sozial besser gestellte Menschen sich durch Schlankheit und Sportlichkeit von denen abzugrenzen, die „unten“ sind. Schlankheit ist heute mit beruflichem Erfolg, mit Attraktivität und Flexibilität assoziiert (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 27). Es ist auch hier anzuführen, dass ein verhältnismäßig großer Prozentsatz anorektischer PatientInnen aus der Oberschicht stammt. Selbst auferlegtes Hungern scheint exklusiv unter Bedingungen ausreichender oder sogar überreicher Nahrungsversorgung beobachtbar zu sein (vgl. Bruch, H. 2001, S. 27).

7.3.1 Gewicht und Ideal

Die Wende, die „Verschlankung“ der Gesellschaft, setzte etwa um 1900 ein. Schlankheitsratgeber wie z.B. die Broschüre „Wie bleibe ich jung und schön?“ des Ullstein Verlages aus dem Jahre 1910 kamen auf den Markt. Durch die erste richtungsweisende Formel zur Gewichtsmessung von Paul Broca aus dem Jahre 1868 wurde das Gewicht einzelner Menschen objektiv vergleichbar. Den Broca-Index berechnet man, indem man 100 von der Körpergröße in cm abzieht. Das Ergebnis ist das Normalgewicht. Die Medizin räumte mit dem Vorurteil auf, dass Fett vor Krankheiten schützt. Übergewicht wurde zunehmend als Gesundheitsrisiko erkannt, das Fett geriet langsam in Verruf, doch von der sozialen Stigmatisierung war es noch weit entfernt. Besonders bei Männern wurde Übergewicht noch immer als ein Indikator für Wohlstand gesehen, während es bei Frauen schon eher üblich war, eine „natürli-

che“ Schlankheit anzustreben. Diese natürliche Schlankheit, galt es aber von der Magerkeit zu unterscheiden. Da die Tuberkulose um die Jahrhundertwende die zweithäufigste Todesursache darstellte, war die Magerkeit zu dieser Zeit ein negatives Zeichen. Negativ belastet war sie aber auch durch das medizinische Krankheitsbild der dürren hysterischen Frau. Es zeichnete sich bereits um die Jahrhundertwende die Tendenz ab, Übergewicht als medizinisches Risiko zu sehen. Unterstützt durch die Verbreitung des Kinos, durch die amerikanischen Schönheitswettbewerbe und die Mode- und Kosmetikindustrie, wird die Idee der Schlankheit schon in den 20er Jahren zu einem Wert an sich. Nicht mehr die runde Weiblichkeit wurde idealisiert, sondern ein burschikoses und selbstbestimmtes Frauenbild. Im Gegensatz zu dem heute typischen Schönheitsideal, wurde dieses neue medial verbreitete Schönheitsideal aber zunächst vor allem den gebildeten Bürgerinnen vorbehalten. Ab den 20er Jahren zeigte sich auch eine auffällige Häufung von Veröffentlichungen zu den Themen Hunger- und Diätkuren, und im Jahre 1932 wurde eine besondere Essstörung, die Bulimie, medizinisch klassifiziert. Während die damaligen Beschreibungen des Krankheitsbildes mit den heutigen großteils übereinstimmen, waren die Therapievorschläge nicht ganz die gleichen. Ärzte empfahlen nicht nur Tabakrauchen, sondern auch Opium zum Betäuben des Hungergefühls (vgl. Deak, A. 2006, S. 210-213).

Die nationalsozialistische Ära hatte zur Folge, dass die Emanzipation der Frau wieder in den Hintergrund trat, und das selbstbestimmte Frauenbild der 20er Jahre wurde durch das der gebärfähigen Mutter ersetzt. Das Fehlen an Lebensmitteln während des Krieges und die Hungerperioden machten ein Ende mit dem Trend der „schlanken Linie“. Je schlechter die Zeiten, desto eher toleriert man das Fett am Körper. Nach den mageren Hungerjahren wurden rundlichere Formen als Zeichen glücklichen Wohlstandes und Überflusses wieder positiv bewertet. Marylin Monroe trug immerhin Kleidergröße 42, während heute den von den Medien zu Stil-Ikonen und Sexsymbolen gekrönten Models, It-Girls, und Playmades die Kleidergröße 36 schon zu groß ist (vgl. Deak, A. 2006, S. 214).

Zur symbolträchtigen Figur der Radikalisierung der Schlankheitsnorm in den 60er Jahren des letzen Jahrhunderts wurde Twiggy. Bei einer Körpergröße von 1,67 m wog sie 41 kg, das bedeutet, ihr BMI betrug 14,7 kg/m² (vgl. Deak, A. 2006, S. 210-214).

Mit Twiggy begann nicht nur eine neue Ära des weiblichen Körperideals in den wohlhabenden westlichen Gesellschaften, es erfolgte auch parallel dazu die Entkopplung der Sexualität von der Fortpflanzung durch die Anti-Baby-Pille. Mit dieser Entkopplung veränderten sich die Kriterien der Objektwahl: Der Mann hält nicht mehr Ausschau nach einer Frau mit „sinnlicheren“ Rundungen, deren Kinder höhere Überlebenswahrscheinlichkeit haben. Dieser evolutionäre Blick wurde überflüssig. Die Abkopplung der Sexualität von der Fort-

pflanzung steht für die Befreiung der Sexualität. Doch neue Freiheiten bedingen neue Zwänge (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 28).

Nach Freud basiert jede Kultur auf Triebunterdrückung, auf Sublimierung. Werden alle Triebe befriedigt, dann ist es für den Menschen nicht mehr nötig, erwachsen und autonom zu werden und zu arbeiten. Heute scheint es, als ob die Sexualität keinerlei Unterdrückung mehr unterliegt, nahezu alles ist erlaubt. Es muss nun ein anderer Trieb, der Nahrungstrieb, unterdrückt werden, damit Triebenergie zur Kulturarbeit zur Verfügung steht. Denn während die Sexualität immer stärker liberalisiert und enttabuisiert wurde, wurde die Nahrungsaufnahme einer massiven Restriktion unterworfen. Mit Bezug auf Freud ließe sich nun folgern, dass in unserer Kultur die unterdrückten Triebe, früher Sex - heute Nahrungsaufnahme, nur ausgetauscht worden sind. (vgl. Klotter, Ch. 2007, S. 65).

Ab den 60er Jahren brauchte man keinen dicken Bauch mehr, um seinen Reichtum zu zeigen, auch die soziale Distinktion hat sich ins Gegenteil verkehrt. Dies hat sich natürlich bis heute verstärkt, denn wie bereits erwähnt ist Adipositas vermehrt in den sozial benachteiligten Schichten zu finden (vgl. Klotter, Ch. 2008, S. 27f).

Der Druck, dem adipöse Erwachsene in einer schlankheitsbewussten Gesellschaft ausgesetzt sind, wird in Ergebnissen projektiver Tests des Jahres 1963 gezeigt (vgl. Monello, L.F. & Mayer, J. 1963, S. 35). Fettleibige Mädchen aus der Oberschicht leiden an erhöhter Empfindlichkeit gegenüber dem Dicksein. Damit sind eine Neigung zu Passivität und Isolation von der Gruppe und das

Gefühl, Opfer starker Vorurteile zu sein, verbunden (vgl. Bruch, H. 2001, S. 37). 1968 wurden in einer Diätklinik die Einstellungen fettsüchtiger StudentInnen und Jugendlicher untersucht (vgl. Cahnmann, W.J., 1968, S. 283-299) und dabei festgestellt, dass sich die Teenager diskriminiert fühlten und unfähig, diesem Zustand zu entfliehen. Sie wollten unbedingt anderen gefallen, zogen sich zurück und nahmen Beschimpfungen in Kauf (vgl. Bruch, H. 2001, S. 37).

7.3.2 Ideal- und Selbstbild

Das Männerideal ist ca. 180 cm groß und 77,5 kg schwer. Das Frauenideal hat eine Größe von 164 cm und ein Gewicht von 55,7 kg. Für die Feststellung des jeweiligen Körperimages bzw. -ideals dienen variable Abbildungen der Personen selbst. Dies können nun Fotos sein, oder verschiedene Zerrbilder vor dem Spiegel bis hin zu Videoaufnahmen. Oft werden auch gezeichnete Personen vorgegeben, zum Beispiel je vier männliche und weibliche Variationen von schlank bis üppig im Badeanzug. Die Zielperson wird anschließend nach ihrem

eigenen realen Bild gefragt und gibt dann ihr Selbstideal bzw. das Ideal, das andere (meist das Gegengeschlecht) sich wünschen, an. Die Frauen möchten meist am liebsten noch dünner sein als die Person, die sie am schönsten eingestuft haben (vgl. Gniech, G. 2002, S. 205f).

Das Fremdbild von dicken Personen wurde in zahlreichen Untersuchungen erforscht, wobei Frauen von Vorurteilen stärker belastet sind als Männer. Übergewichtige Personen werden als willenlose Völler gewertet und oft sogar als schuldhafte Normbrecher angesehen. Ursachen für eine derartige Stigmatisierung sind sowohl in gesundheitspolitischen als auch in ästhetischen Dimensionen zu suchen. Diese werden von der Bevölkerung als normierte Vorgaben akzeptiert und exekutiert. Die Norm zum Schlanksein wird internalisiert und ist ein Motiv für eigenes Verhalten geworden. Unter anderem ist eine Reduktion der Essensmenge die Folge, was epidemisch von der Mehrheit der Frauen in Form von Diäten praktiziert wird (vgl. Gniech, G. 2002, S. 205f).

7.4 Essstörungen als culture-bound-syndrom

Schönheitsideale und normative Körperbilder betreffen zwar beide Geschlechter, doch nicht in gleicher Weise. Zwar hat die Ästhetisierung von Körpern in Werbung und Lifestylemagazinen längst den männlichen Körper erfasst, dennoch leiden Frauen stärker unter dem Diktat von Schlankheitsnormen und Idealmaßen. Die Körpernormierung bezieht sich nicht nur auf ästhetische Dimensionen, sondern ist auch prägend für die Wahrnehmung des eigenen Körpers, sein Erleben und den Umgang mit ihm. Medial verbreitete Schlankheitsideale haben nur zu oft Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, psychische Belastungen und Essstörungen zur Folge. Die Selbstzufriedenheit der Frau ist abhängig von ihrem Körperaussehen, was häufig zu einem Auseinanderklaffen vom Wunschbild des Körpers und den tatsächlichen Körpermaßen führt. In den letzten zwanzig Jahren haben Essstörungen erheblich an Häufigkeit und Intensität zugenommen (vgl. Gransee, C. 2008, S. 165f).

Eine Studie von Berger und Mühlhauser (S. 308-321) hat 2002 gezeigt, dass der Anteil der Frauen mit negativer Bewertung ihrer körperlichen Attraktivität und ihres Body Image deutlich angestiegen ist. Das kann auf den zunehmenden gesellschaftlichen Druck zurückgeführt werden, der Schlankheit als ein wesentliches Zeichen sozialer Attraktivität bestimmt (vgl. Gransee, C. 2008, S. 165f).

Auch wenn die Mehrheit der Essgestörten weiblich ist, wird davor gewarnt, Essstörungen wie Bulimie oder Anorexie als „Mädchenkrankheiten“ hinzunehmen. Magersucht wird bei jungen Männern nämlich viel zu spät erkannt und die Gewichtsabnahme wird mit Wachstumsschüben erklärt (vgl. Gransee, C. 2008, S. 165f).

Der Körper steht für die adoleszente Verwandlung im psycho-sozialen und psycho-physischen Umwandlungsprozess und ist somit der Austragungsort der adoleszenten Konflikte. Die krisenerfüllte Zeit der Übergänge vom Stadium der Kindheit ins Erwachsenenleben kann Verunsicherungen im Körpererleben bewirken. Die Verweigerung sozialer Rollenzumutungen kann zu Essstörungen in der Pubertät führen, indem Kontrolle und Macht über den eigenen Körper inszeniert wird (vgl. Gransee, C. 2008, S. 167).

In der Adoleszenz bekommt das Begehren und Begehrtwerden plötzlich Bedeutung. Mit dem kontrollierten Blick von außen kann der Körper als Abweichung von normativ gesetzten Idealen wahrgenommen werden. Somit erleben viele junge Frauen ihren Körper als wesentlich fremdbestimmt und entwickeln ein negatives sowie ein einseitiges Verhältnis zu ihm. Neben Kleidung stellen inzwischen Diäten, Styling, Fitness oder Schönheitsoperationen gesellschaftlich akzeptierte Handlungsweisen dar, um sich seinen Idealkörper zu kreieren (vgl. Gransee, C. 2008, S 167-169).

Die Bemühung um eine Reparatur körperlicher Schäden oder Funktionsstörungen geschieht oft mit ähnlicher Haltung wie die Reparatur eines Autos. Die Manipulation des Körpers durch Styling, Bodybuilding oder Kosmetik ist sozial erwünscht und beeinflusst von sozialen Mechanismen, wie die Auswahl der Kleidung. Es scheint, als sei der soziale Druck, der auf die Frauen ausgeübt wird, größer, bzw. als sei die Wirkung nachhaltiger und effektiver als bei den Männern (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 197).

Als in Italien 1983 das Buch *L´anoressia mantale* von Mara Selvini-Palazzoli erschien, meinte der Herausgeber, er könne es nicht in englischer Übersetzung erscheinen lassen, da es sich um eine seltene Krankheit handle und daher nur für wenige Spezialisten von Interesse sei. Diese Sichtweise hat sich eindeutig geändert, denn aus dieser seltenen Krankheit wurde, um Alice Schwarzer (1987) zu zitieren, eine „neue Frauenkrankheit“, die auch in den populären Medien zum Dauerthema geworden ist (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 197).

Die verschiedenen Erscheinungsformen der Essstörungen traten weltweit etwa zur gleichen Zeit auf und waren auf Länder beschränkt, die überwiegend „westlich“ orientiert sind und ein Mindestmaß an materiellem Wohlstand boten, außerdem waren zum größten Teil Frauen davon betroffen. Willenberg spricht in diesem Zusammenhang von einem „culture-bound-syndrom“. Neben den Störungen des Essverhaltens bei den verschiedenen Essstörungen kommt dem Körper eine entscheidende Rolle zu. Deshalb muss stets mitberücksichtigt werden, welche Bedeutung der Körper in der gegenwärtigen kulturellen Epoche hat (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 197).

Die Voraussetzung dafür, dass wir uns der westlichen Gesellschaft anpassen können, ist die Unterscheidung zwischen uns selbst und den anderen. Illich (1986) sieht die Art, wie wir

heute unseren Körper und unser Selbst erleben als Ergebnis medizinischer Konzepte und Fürsorge. Er meint, dass jeder historische Moment inkarniert sei in einem „epoch-specific body". Dem zu Folge ist der subjektiv erfahrbare Körper die einzigartige Fleischwerdung des Ethos eines Zeitalters. Der Western Body, der Körper des westlichen Menschen, ist die progressive Verkörperung (embodiement) des Selbst. Vielleicht ist es deshalb für uns zu einer Selbstverständlichkeit geworden, mit unserem Körper so umzugehen, als wäre er einer der Gegenstände unserer materiellen Welt. Dass Essstörungen eine „Frauenkrankheit" zu sein scheinen, konnte widerlegt werden, doch steht fest, dass sich der Körper der Frau zahllosen historischen und kulturellen Anforderungen anpassen musste, mehr als jener der Männer. Aimez (1983) meint, der weibliche Körper besäße eine gewisse Plastizität, die zur Folge habe, dass sich im Körper sowohl Psychometamorphosen wie auch Soziometamorphosen widerspiegeln (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 197f).

Die Idealvorstellung vom Körper ist gerade in den letzten Jahrzehnten zu einer Metamorphose geworden, die sich direkt in messbaren körperlichen Veränderungen niederschlug. In einer Untersuchung an Jugendlichen, die keine Essstörungspathologie aufwiesen, konnte gezeigt werden, dass die weiblichen Versuchspersonen der Ansicht sind, dass Männer dünne Frauen favorisieren, was den tatsächlich festgestellten Einstellungen der Männer nicht entsprach. Während sich die Frauen als zu dick und unter dem Druck empfanden, abnehmen zu müssen, waren die Männer mit ihrem eigenen körperlichen Zustand zufrieden. Frauen setzen Schlankheit mit Attraktivität gleich, Männer jedoch schätzen mehr die physische Effektivität ihres Körpers als die Attraktivität (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 198).

Mit der Gesellschaft, ihren Normen und Idealen sind alle Menschen konfrontiert, doch nur ein geringer Teil davon erkrankt tatsächlich an psychogenen Essstörungen. Demzufolge kann der Gesellschaft nicht die Schuld für diese Erkrankungen zugeschrieben werden, es bedarf weiterer ätiologischer Kofaktoren. Bruch sieht Essstörungen als Nebenprodukt der Befreiung der Frau, denn die Veränderungen der sozioökonomischen Verhältnisse der letzten Jahrzehnte haben auch innerhalb der Familie zu Rollenverschiebungen und Umstrukturierungen der Machtverhältnisse geführt. Somit tragen sie nicht nur zur Stärkung oder „Befreiung" der Frau bei, sondern auch zu ihrer Belastung. Kommt es zu Störungen der Primärbeziehung, liegt es nicht an der Frau, diese alleine zu verantworten, denn oft sind es die Folgen von Überforderung. Wenn das uneinfühlsame Verhalten einer berufstätigen Mutter beim Kind eine krankmachende Wirkung entfaltet, setzt dies aber auch voraus, dass das Kind auf kein Alternativobjekt zurückgreifen kann, mit dem es eine kompensierende Beziehung eingehen kann. Weiters bringt die Veränderung der Rollenstruktur mit sich, dass sich die Väter nicht an ihren eigenen Vätern orientieren können, da diese keine den heutigen Anforderungen angemessenen

Identifikationsmodelle darstellen. Das führt wiederum dazu, dass die Väter nicht den kompensatorischen Anforderungen als Alternativobjekt gewachsen sind. So gesehen, spielen in das familiendynamische Verlaufsgeschehen gesellschaftliche Verhältnisse ein und haben Einfluss auf die kindliche Entwicklung (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 197).

Für die Entstehung von psychogenen Essstörungen bedeutet dies, dass die Konfrontation mit gesellschaftlichen Gegebenheiten für einen jungen Menschen einen zusätzlichen Risikofaktor darstellt, der jedoch nur wirksam werden kann, wenn zuvor entsprechend disponierende familiendynamische Bedingungen gegeben sind (vgl. Willenberg, H. 1998, S. 199f).

8. Zusammenfassung

Um die Fragen zu beantworten wie adipöse Personen ihren Körper wahrnehmen, wie er, beeinflusst vom gängigen Schönheitsideal, von der Gesellschaft wahrgenommen wird und welchen Zusammenhang es zwischen diesen beiden Dimensionen gibt, wurden die Adipositas begünstigenden Faktoren aufgezeigt. Hierbei musste festgestellt werden, dass es sich um komplexe, multifaktorielle Prozesse handelt, bei denen Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Physiologie und Umwelt die Hauptrollen spielen, jedoch bei jedem Menschen unterschiedlich großen Einfluss haben. Deshalb ist zu betonen, dass es viele unterschiedliche Faktoren gibt, die individuell stark zu tragen kommen können. So könnten zum Beispiel auch bei einigen Adipösen, neben den bereits erwähnten, psychologische Faktoren angenommen werden, die zu einem gestörten Essverhalten führen. Ähnlich den der Essstörungen Anorexie und Bulimie zugrunde liegenden psychischen Problemen, können sich auch bei adipösen Personen ein niedriger Selbstwert und mangelndes Identitätsgefühl finden lassen. Wie nun die Entwicklung von Selbstwert und Identität stattfindet und wodurch sie beeinflusst werden kann, sollte an Hand der Objektbeziehungstheorie herausgefunden werden.

Auf deren Grundlage wurde die Bedeutung einer genügend guten Mutter-Kind-Interaktion als die Basis aller verinnerlichten Vorstellungen dargestellt, denn das Selbst entwickelt sich in einer wechselseitigen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Das Erkennen des eigenen Mentalen des Kindes durch die Bezugsperson ist von wesentlicher Bedeutung, denn nur so wird das Kind zu einem unabhängigen Subjekt. Baut das Kind über die primäre Beziehung zur Mutter hinaus gemeinschaftliche Beziehung zu anderen Menschen auf, entwickelt sich das Selbst frei von Minderwertigkeitsgefühlen weiter und erwirbt ein stabiles Identitätsgefühl, das die Basis einer klaren Vorstellung von Beziehungen zu anderen Personen ist (vgl. Blatt, S.J. & Shahar, G. 2004, S. 297; Blatt, S.J et al. 2005, S. 865). Zustimmende Reaktionen von anderen sind ebenso entscheidend für die Aufrechterhaltung der inneren Einheit, der Kontinuität und des Selbstwertgefühls. Sind jedoch diese Voraussetzungen nicht gegeben, kann es zu Abwehrmechanismen kommen, die eine klare Trennung von Selbst und Objekt, und in Folge dessen auch die Ausbildung einer eigenen Identität, verhindern (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 510). Hat das Kind nicht gelernt, sich von der Mutter abzugrenzen und eine eigene Identität zu entwickeln, so missglückt die Integration von Körper-, Selbst- und Objektvorstellungen, und der Körper wird als Übergangsobjekt erlebt. Übergangsobjekte, wie z.B. ein Teddybär, sollen dem Kind die Abwesenheit der Mutter erleichtern. Wird von einer überfürsorglichen Mutter jeder Autonomieversuch und somit auch der Bedarf eines Übergangsobjek-

tes verhindert, kann die Ausbildung von getrennten Selbst-Objekt-Grenzen behindert sein und es zu einer Spaltung zwischen Selbst und Körperselbst kommen. Mathias Hirsch sieht diese Schädigung in der Loslösungsphase als Grundlage jedes gestörten Essverhaltens (vgl. Hirsch, M. 1998, S. 171f). Auch Hilde Bruch erkannte, dass viele adipöse PatientInnen Probleme mit der emotionalen Loslösung von der Mutter und dem Aufbau von Ichgrenzen hatten. Das Heranwachsen zu einem eigenständigen Individuum und die Entwicklung einer Identität kann dadurch behindert werden (vgl. Bruch, H. 2001, S. 89f).

Dieses Entwicklungsdefizit kann erhebliche Auswirkungen auf die Selbstvorstellungen haben. Gerade in der Adoleszenz werden vergangene Erfahrungen neu organisiert, doch konnten die Fähigkeit der Mentalisierung und der Selbstreflexion sowie das Identitätsgefühl nicht ausgebildet werden, kann somit auch der adoleszente Restrukturierungsprozess fehlschlagen, und sich die zweite Loslösungsphase und die Individuation konfliktreich gestalten. Der sexuelle Körper kann zum Feind und das eigene Leben als fremdbestimmt wahrgenommen werden (vgl. Bohleber, W. 1999, S. 520f).

In der Adoleszenz kommt auch der gesellschaftliche Faktor ins Spiel, denn der Blick von außen, das Begehren und Begehrtwerden wird von Bedeutung. Wenn nun die Selbstvorstellungen und der Glaube an die eigenen Fähigkeiten geschwächt sind, die Betroffenen es nicht gelernt haben, eigenständig zu sein und sich kein Selbstwertgefühl entwickeln konnte, könnte es sein, dass diese Personen umso stärker bemüht sind, sich den Idealen anzupassen, um sich durch die Einhaltung ihrer Normen eine Identität zu schaffen. Ein Abweichen von der Norm kann Selbsthass gegenüber dem eigenen Körper auslösen und alles Scheitern wird auf das Gewicht zurückgeführt. Dies erklärt auch, warum Bruch schreibt, dass in solchen Fällen eine reine Gewichtsreduktion bei Adipösen die Probleme nicht lösen würde. Es müssten zuerst die zugrunde liegenden psychischen Probleme gelöst werden, um eine erfolgreiche Gewichtreduktion zu ermöglichen (vgl. Bruch, H. 2001, S. 14).

Das könnte der Punkt sein, wodurch sich die Personen, die mit ihrem adipösen Körper zu Recht kommen, von jenen unterscheiden, die zwanghaft versuchen, das Gewicht dem Ideal anzupassen und unter der gesellschaftlichen Stigmatisierung leiden. Ist im ersten Fall der Grund für die Adipositas vielleicht der Überfluss an Ernährung und Bewegungsarmut oder sind es metabolische Faktoren, so können die Ursachen der Adipositas im zweiten Fall in frühen zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen und deren psychischen Folgen liegen.

9. Literaturverzeichnis

Aristoteles (2006). *Nikomanische Ethik*. Hg. Franz Dirlmeier. Stuttgart: Reclam.

Austin, S.B. (2001). Population-Based Prevention of Eating Disorder: An Application of the Rose Prevention Model. *Preventive Medicine* 32: 268-283.

Becker, S. & Zipfel, S. (2010). Binge-Eating und Binge-Eating-Störung. In: *Psychotherapie der Essstörungen*, hg. G. Reich, 3. Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 62-71.

Benecke, A. &Vogel H. (2004). *Übergewicht und Adipositas*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, hg. Robert Koch-Institut, Heft 16.

Berger, M. & Mühlhauser, I. (2002). Diabetes und Übergewicht bei Männern und Frauen. In: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, hg. K. Hurrelmann, P. Kolip. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, S. 308-321.

Blakeslee, S. & Blakeslee, M. (2009). Der *Geist im Körper. Das Ich und sein Raum*. Heidelberg: Spelktrum Verlag.

Blatt, S.J. & Shahar, G. (2004). Das Dialogische Selbst: Adaptive und maladaptive Dimensionen. In: *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaft*. Band 2, hg. P. Giampieri-Deutsch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 297-321.

Blatt, S.J., Luyten, P. & Corveleyn, J. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche* 59: 864-891.

Bohleber, W. (1999). Psychoanalyse, Adoleszenz und das Problem der Identität. *Psyche* 53: 507-529.

Böhme-Bloem, C. (2002). „Der Mensch ist, was er isst" – Ess-Störung als Ausdruck gestörter Identität und mangelnder Symbolbildung. In: *Der eigene Körper als Symbol? Der Körper in der Psychoanalyse von heute*, hg. Hirsch, M. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 93-115.

Böhnisch, E., Hoppichler, F., Lechleitner, M., Ludvik, B., Schmid, P., Schoberberger, R., Wallner, S., Wascher, T. & Toplak, H., Hg. (2002). Praxishandbuch Adipositas. Wien: Springer-Verlag.

Bruch, H. (2001). *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht.* 8. Auflage. Frankfurt: Fischer Verlag.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F. & Kendler, K.S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorder*, 32: 72-78.

Cahnmann, W.J. (1968). The stigma of obesity. *Socialogical Quarterly* 9: 283-299.

Cash, T.F. & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 22: 107-125.

Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology* 66: 882-894.

Crocker, Major & Steele (1998). Social stigma. In: *The Handbook of Social Psychologie*: ed. G. Linzey & S.T. Fiske. Vol. 2. Boston: McGraw Hill, pp. 504-553.

Deak, A. (2006). Schöner Hungern. Über den Zusammenhang von Diät und Wahn. In: *no body is perfekt: Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und ästhetische Aufrisse.* hg. J. Ach & A. Pollmann. Bielefeld: Transcript Verlag, S. 210-214.

Faith, M.S., Matz, P.E., & Allison, D.B. (2003). Psychosocial correlates and consequences of obesity. In: *Obesity: Etiology, assessment, treatment and prevention*. ed. R. E. Anderson, Champaign, Illionois: Human Kinetics, pp. 17-32.

Fichter, M.M. (1985). *Magersucht und Bulimia: Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf.* Berlin: Springer Verlag.

Finzen, A. (2000). Die zweite Krankheit. Das Stigma. In: *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*. Bonn: Psychiatire-Verlag.

Foucault, M. (1986). *Der Gebrauch der Lüste – Sexualität und Wahrheit 2*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Gabbard, G. O. (2010). *Psychodynamische Psychiatrie*. *Ein Lehrbuch.* Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gerisch, B. (2006). Keramos Anthropos. Psychanalytische Betrachtungen zur Genese des Körperbildes und dessen Störungen. In: *no body is perfekt: Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Bioethische und ästhetische Aufrisse.* hg. J. Ach & A. Pollmann. Bielefeld. Transcript Verlag, S. 131-158.

Giampieri-Deutsch, P. (1995). Ferenczis Beitrag zur Theorie des psychoanalytischen Prozesses. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 10: 259-291.

Giampieri-Deutsch, P. (2000). Zum „Objekt“ in der psychoanalytischen Theorie des Mentalen und in der klinischen Theorie. In: *Wiener Jahrbuch für Philosophie*. hg. H.D. Klein. Band XXXII. Wien: Braumüller. S. 157-175.

Giampieri-Deutsch, P. (2002). Einleitung. In: *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaft*. Band 1, hg. P. Giampieri-Deutsch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 13-36.

Giampieri-Deutsch, P., Hg. (2005). *Psychoanalysis as an Empirical Interdisciplinary Science.* Wien: Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften.

Giampieri-Deutsch, P., Hg. (2009). *Geist, Gehirn, Verhalten: Sigmund Freud und die modernen Wissenschaften*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Gniech, G. (2002). *Essen und Psyche*. *Über Hunger und Sattheit, Genuss und Kultur*. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer.

Goffman, Erving, (1975). *Stigma*. *Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Shurkamp.

Gransee, C. (2008). Essstörungen, Körperbild und Geschlecht. In: *Kreuzzug gegen Fette.* hg. F. Schorb & H. Schmidt-Semisch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Harris, M.B. (1990). Is love seen as different for the obese? *Journal of Applied Social Psychology* 20: 1209-1224.

Hauner, H., Buchholz, G. ,Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H. Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A. & Wolfram, G. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas.* hg, Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin.

Hauner, H., Wirth, A., Westenhöfer, J. & Lauterbach, K. (1998). *Adipositas Leitlinie - Evidenz-basierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland*. Düsseldorf: Heinrich-Heine Universität.

Head, H. (1920). *Studies in neurology*. (Vol. 2). London: Oxford University Press.

Herpertz, St. (2008). Psychische Komorbidität der Adipositas. In: *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. hg. S. Zipfel, St. Herpertz, M. De Zwaan. Heidelberg: Springer, S. 292-295.

Herpertz, St.(2008). Psychodynamische Modellvorstellungen. In: *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. hg. S. Zipfel, St. Herpertz, M. De Zwaan. Heidelberg: Springer, S. 59-60.

Hilbert, A. (2000). *Körperbild bei Frauen mit „Binge-Eating"-Störung*. Diss. Philipps-Universität, Marburg 2000.

Hilbert, A., Ried, J., Rief, W. & Brähler, E. (2008). Stigmatisierende Einstellungen zur Adipositas in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse einer repräsentativen Surveyuntersuchung. *Adipositas* 2(3): 142-147.

Hilbert, A. (2008). Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. hg. S. Zipfel, St. Herpertz, M. De Zwaan. Heidelberg: Springer, S. 288-291.

Hilbert, A. & Krones, T. Hg. (2008). *Diskriminierung von übergewichtigen Menschen.* Eine Studie zu Zusammenhängen mit selbstwertrelevanten kognitiven Prozessen. Marburg: Tectum Verlag.

Hippel, A. & Reich, G. (2010). Psychodynamische und familienorientierte Behandlung der Adipositas. In: *Psychotherapie der Essstörungen*, hg. G. Reich. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme, S. 232-243.

Hirsch, M. (1998). Der eigene Körper als Objekt. In: *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens,* hg. M. Hirsch. Gießen: Psychsozialverlag. S. 1-7.

Hirsch, M. (1998). Der eigene Körper als Übergangsobjekt. In: *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*, hg. M. Hirsch. Gießen: Psychsozialverlag, S. 9-33.

Hirsch, M. (1998). Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. In: *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*, hg. M. Hirsch,. Gießen: Psychsozialverlag. S. 170-221.

Hogg, M.A. & Voughan, G. M. (2005). *Social Psychology*. 4. Auflage. Essex: Pearson Education Limited.

Howard, Ch. E. & Porzelius, L.K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review* 19: 25-44.

Jacobi, C. & Fittig, E. (2008). Psychosoziale Risikofaktoren. Binge-Eating-Störung. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. hg. S. Zipfel, St. Herpertz, M. De Zwaan. Heidelberg: Springer, S. 67-74.

Jacobson, E. (1973). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt: Suhrkamp.

Karlsson, J., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS). An intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 22: 113-126.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Bde. 1 & 2, Mineapolis: University of Minnesota Press.

Kiefer, I., Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Eng, B., Dorner, T. & Kunze, M. (2006). *Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006.* Grundlage für zukünftige Handlungsfehler: Kinder Jugendliche, Erwachsene. hg. Altern mit Zukunft 2006.

Kiefer, I., Kunze, M. & Rieder, A. (2001). Epidemiologie der Adipositas. *Journal für Ernährungsmedizin* 1: 17.

Klein, H.D. (2002). Zur Philosophie der Psychologie. In: *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaft*. Band 1, hg. P. Giampieri-Deutsch. Stuttgart: Kohlhammer.

Klotter, Ch. (2007). *Einführung Ernährungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Klotter, Ch. (2008). Von der Diätetik zur Diät – Zur Ideengeschichte der Adipositas. In: *Kreuzzug gegen Fette*. hg. H Schmidt-Semisch, & F. Schorb. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kronmeyer-Hausschild K., Wabitsch M. & Kunze D. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde* 149: 807-818.

Ladinser, E. (2008). *Den Stigmatisierungsprozess durchbrechen*. (Ent-) Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen. Dipl.-Arb. Universität Wien, Wien 2008.

Liebermeister, H. (2002). *Adipositas Ursachen, Diagnostik, moderne Therapieoptionen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S.15-30.

Lobstein, T. & Millstone E. (2007). Context fort the PorGrow study: Europe´s obesity crisis. *Obesity Reviews* 2: 7-16.

Macht, M. & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. Institute for Psychology. University of Würzburg. In: *Appetit* 35 (1): 65-71.

Monello, L.F. & Mayer, J. (1963). Obese adolescent girls: unrecognized minority group? *American Journal of Clinical* Nutrition 13: 35.

Musher-Eizenman et al. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychologie* 29 (8): 613-620.

Naso, Ovidius, P. (1991). Ars amatoria. Hg. Michael von Albrecht, Stuttgart: Reclam.

Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 26(1): 123-131.

Oakes, M. E. (2005). Beauty or beast: Does stereotypical thinking about foods constribute to overeating? *Food Quality and Preference* 16: 447-45.

Pearce, M. J., Boergers, J. & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization and romantic realtionships. *Obesity Research*, 10(5): 386-393.

Pudel V, (2003). Psychologie des Essens. In: *Essen und Trinken, zwischen Ernährung, Kult und Kultur*. hg. F. Escher & C. Buddeberg. Zürich: Hochschulverlag, S. 121-138.

Pudel, V. (1982). *Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas*. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Pudel, V. (1985). *Praxis der Ernährungsberatung*. Berlin: Springer Verlag.

Pudel, V. (2001). Psychologische Ansätze in der Adipositastherapie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(10): 954-959.

Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Puhl, R. M. & Brownell K.D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. In: *Eating Disorders and Obesity*, hg. C.G. Fairburn, & K.D. Brownell. New York: Guilford Press, pp. 108-112.

Puhl, R. M. & Brownell K.D. (2003). Stigma and Discrimination in Weight Management and Obesity. *The Permanente Journal*. 7(3): 21-23.

Ried, Jens (2010.). Passion, Pathologie, Kultur – Deutung und Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas. In: *Körperhandeln und Körpererleben*. Multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld. hg. A. Abraham & B. Müller, Bielefeld: transcript Verlag, S. 181-202.

Roth, G. (2004). Wie das Gehirn die Seele macht. In: *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaft*. Band 2, hg. P. Giampieri-Deutsch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 171-190.

Rudnytsky, P.L., Giampieri-Deutsch, P. & Bókay, A., Hg. (1996) *Ferenczi´s Turn in Psychoanalysis*. New York: New York University Press.

Sarwer, D. B., Wadden, T. A. & Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 651-654.

Schilder, P. (1923). *Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers*. Berlin: Springer.

Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan, Paul, Trench, Trubner & Co.

Schwarzer, A. (1987). Dünne machen. In: *Durch Dick und Dünn*. hg. A. Schwarzer, Reinbek: Rowohlt. S. 11-16.

Setzwein, M. (2004). *Ernährung – Körper – Geschlecht. Zur sozialen Konstruktion von Geschlecht im kulinarischen Kontext.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften..

Shafran, R., Fairburn, C.G., Robinson, P. & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disoders. *International Journal of Eating Disorders.* 35(1): 93-101.

Shakespeare, W. (1986). *Julius Caesar*. Hg. Dietrich Klose. Ditzingen: Reclam.

Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour research and therapy*. 32(5): 497-502.

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Essstörungen und die Suche nach Identität*. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. München: Juventa Verlag.

Stice, E., Presnell, K. & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology* 21: 131-138.

Sundmacher, L., Morris, S. (2010). Adipositas und Erfolg am Arbeitsmarkt. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 15(1): 33-38.

Thiels, C. & Garthe, R. (2000). Prävalenz von Essstörungen unter Studierenden. *Nervenarzt* 71: 552-558.

Thompson J.K, Coovert M.D, Richards K.J, Johnson S. & Cattarin J. (1995). Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modelling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders* 18(3): 221-236.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Tuschen-Caffier, B. (2008). Körperbildstörungen. In: *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. hg. S. Zipfel, St. Herpertz, & M. De Zwaan. Heidelberg: Springer, S. 82-85.

Viken, R.J., Treat, T.A., Bloom, St.L. & McFall, R. M. (2005). Illustory Correlation for Body Type and Happiness: Covariation Bias and its Realtionship to Eating Disorder Symptoms. *International Journal of Eating Disorders* 38: 65-72.

Warschburger, P. & Kröller, K. (2005). Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Was sind Risikofaktoren für die Entstehung einer Binge-Eating-Disorder? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 13: 69-78.

Willenberg, H. (1998). „Mit Leib und Seel´ und Mund und Händen". Der Umgang mit der Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*, hg. M. Hirsch. Gießen: Psychsozialverlag, S. 155-170.

Wechsler J.G., Leopold, K. & Bischoff, G. (2005). Epidemiology and symptomatology of Obesity. *Obesity and binge eating disorders* 171: 41-61.

World Health Organization – WHO (2000). Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic – Report of a WHO Consultation on Obesity, Technical Report Series, p. 894.

9.1 Internetquellen

Abrahamian, H. (2009). *Adipositas – ein soziales Problem?* URL: http://sozialmedizin.universimed.com/artikel/adipositas-%E2%80%93-ein-soziales-problem, Stand: 27.11.10.

Amazon. http://www.amazon.de/s/ref=nb_sb_noss?__mk_de_DE=%C5M%C5Z%D5%D1&url=search-alias%3Daps&field-keywords=di%E4t&x=0&y=0. Suche: Diät. Stand: 01.09.2010.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Diagnosekriterien für Essstörungen. http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=251. Stand: 22.12.2010.

De Zwaan, M. (2004). Binge Eating Störung. In: *Newsletter Herbst 2004*, 4/1. hg. Österreichische Gesellschaft für Essstörungen. URL: http://www.oeges.or.at/download/oeges-newsletter1004.pdf, Stand: 07.09.10.

Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es. Gesammelte Werke*. Bd 13. London: Imago Publishing Co. S. 253f. http://www.pep-web.org/document.php?id=gw.013.0000A. Stand: 23.11.10.

Hilbert, A. (2010). URL: http://derstandard.at/1271375451511/Stereotype-Uebergewichtige-faul-zuegellos-willensschwach. Stand: 19.7.2010.

Hohmeier, Jürgen, (1975). Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In: *Stigmatisierung 1, Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. hg. M. Brusten & J. Hohmeier Darmstadt: Luchterhand. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html, Stand: 05.06.2010.

Pudel, V.& Herpertz, St. (2005). Podiumsdiskussion. Klinik Report 12(1/2005). URL: http://www.bulimia nervosa.de/aktuelles_klinik_report_2005_01_4.htm Stand: 25.08.2010.

Thiel, A., Alizadeh, M., & Zipfel, St. (2007). Stigmatisierung adipöser Kinder und Jugendlicher durch ihre Altersgenossen. Uni Tübingen: Institut für Sportwissenschaft. URL: http://www.uni-tuebingen.de/uni/qvo/pd/pd2007/downloads/pd-2007-08.pdf, Stand: 23.7.10.

Weltgesundheitsorganisation. Fettleibigkeit und Übergewicht. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html, Stand: 26.07.10.

Wikipedia. http://de.wikipedia.org/wiki/Hunger. Stand: 23.9.2010.

10. Anhang

10.1 Anorexia Nervosa

A. Weigerung, das Körpergewicht über einem minimalen Normalgewicht zu halten, das Alter und Größe entspricht (z. B. Gewichtsverlust, der dazu führt, dass das Körpergewicht bei weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts gehalten wird, Ausbleiben der Gewichtszunahme in der Wachstumsphase, was zu einem Körpergewicht führt, das weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts ausmacht).

B. Intensive Furcht vor einer Gewichtszunahme oder davon fett zu werden, obwohl Untergewicht besteht.

C. Störung in der Art und Weise, in der das eigene Körpergewicht oder die eigene Figur erlebt wird, übermäßiger Einfluss von Körpergewicht oder Figur auf die Bewertung der eigenen Person oder Leugnung des Ernstes des gegenwärtigen niedrigen Körpergewichts.

D. Amenorrhö bei Frauen und Mädchen nach der Menarche, d. h. Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen. (Amenorrhö wird bei einer Frau angenommen, wenn ihre Periode nur nach Hormongabe, z. B. von Östrogenen, auftritt.).

Subtyp angeben:
Restriktiver Typ: In der gegenwärtigen Phase der Anorexia nervosa hat die/der Betroffene keine regelmäßigen Essanfälle und praktiziert nicht regelmäßig abführendes Verhalten (selbstherbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika und Einläufen).
Bulimischer Typ (Essanfall/Abführ-Typ).: In der gegenwärtigen Phase der Anorexia nervosa hat die/der Betroffene regelmäßige Essanfälle oder praktiziert regelmäßig abführendes Verhalten (selbstherbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika und Einläufen).

Tab. 10- 1: Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa nach DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, www.dge.de)

10.2 Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder

Binge-Eating-Störung	Bulimia Nervosa
A. Regelmäßige Essanfälle. Ein Essanfall ist durch folgende 2 Merkmale gekennzeichnet: 1. In einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden). wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die die meisten anderen Leute im selben Zeitraum und unter den gleichen Umständen essen würden. 2. Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden (z. B. das Gefühl, nicht mit Essen aufhören zu können oder nicht im Griff zu haben, wieviel gegessen wird).	
B. Die Essanfälle sind mit 3 (oder mehr). der folgenden Merkmale verbunden: 1. Es wird wesentlich schneller gegessen als normal. 2. Es wird gegessen, bis man sich unangenehm voll fühlt. 3. Es werden große Mengen gegessen, obwohl man sich nicht körperlich hungrig fühlt. 4. Es wird allein gegessen, weil es peinlich ist, wie viel man isst. 5. Man fühlt sich von sich selbst angeekelt, depressiv oder sehr schuldig nach dem Überessen. C. Es besteht hinsichtlich der Essanfälle merkliche Verzweiflung. D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen pro Woche über 6 Monate auf. (Anmerkung: Das Häufigkeitskriterium unterscheidet sich von Bulimia nervosa). E. Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von unangemessenem Kompensationsverhalten (z. B. abführende Maßnahmen, Fasten oder exzessiver Sport). verbunden und treten nicht im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.	A. Regelmäßiges unangemessenes Kompensationsverhalten, um einen Gewichtsanstieg zu vermeiden, wie selbstherbeigeführtes Erbrechen, Mißbrauch von Abführmitteln, Diuretika, Einläufen oder von anderen Medikamenten, Fasten oder exzessiver Sport. B. Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten treten beide im Durchschnitt mindestens 2mal pro Woche für 3 Monate auf. C. Die Bewertung der eigenen Person wird durch Figur und Gewicht übermäßig beeinflusst. D. Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Phase der Anorexia nervosa auf. **Subtyp angeben:** **Abführender Typ:** In der gegenwärtigen Phase der Bulimia nervosa praktiziert die Person regelmäßig selbstherbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen. **Nicht abführender Typ**: In der gegenwärtigen Phase der Bulimia nervosa benutzt die Person anderes unangemessenes Kompensationsverhalten, wie Fasten oder exzessiven Sport, praktiziert aber nicht regelmäßig selbstherbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika und Einläufen

Tab. 10- 2: Diagnostische Kriterien für **Binge-Eating-Disorder** und **Bulimia nervosa** nach DSM-IV (American Psychiatric Association 1994)
(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, www.dge.de)

Lebenslauf

NAME	Elisabeth Pahr
ADRESSE	Obere Augartenstraße 48/9 1020 Wien
STAATSANGEHÖRIGKEIT	Österreich
GEBURTSDATUM	25.04.1986
ARBEITSERFAHRUNG	
	August 2009 LKH Oberwart Juli 2008 + August 2007 ÖBB-Postbus GmbH 17.06-24.08.2003 Diakonie Pinkafeld
TÄTIGKEIT	Praktikantin
SCHUL- UND BERUFSBILDUNG	
	2005 Studium an der Universität Wien - Lehramtstudium Psychologie und Philosophie, Haushaltsökonomie und Ernährung 2000-2005: Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe in Oberwart 1996-2000: Musik-Hauptschule Pinkafeld 1992-1996: VS Wiesfleck
MUTTERSPRACHE	Deutsch

SONSTIGE SPRACHEN	Englisch	Französisch
LESEN	gut	Grundkenntnisse
SCHREIBEN	gut	Grundkenntnisse
SPRECHEN	gut	Grundkenntnisse

SOZIALE FÄHIGKEITEN UND KOMPETENZEN	EU-konforme Sicherheitsschulung/Flughafen Wien - 2010 Erste-Hilfe-Kurs (16h) – 2011