

Annette Bös

**Frauen mit Eßstörungen
im
Ausdauersport**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaften
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

2003

Gedruckt mit Genehmigung der
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. H. Gabler
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. h.c. Ommo Grupe
Dekan: Prof. Andreas Boeckh, Ph.D.
Tag der mündlichen Prüfung: 16. Juni 2003

“Ebbe und Flut zu benutzen. – Man muß zum Zwecke der Erkenntnis jene innere Strömung zu benutzen wissen, welche uns zu einer Sache hinzieht, und wiederum jene, welche uns, nach einer Zeit, von der Sache fortzieht.“

(F. Nietzsche)

Vorwort

Der Themen- bzw. Problembereich der vorliegenden Arbeit kann in seiner Erforschung als äußerst schwierig betrachtet werden. Der Zugang zum *Gegenstand* Frauen, die intensiv Sport treiben und unter Eßstörungen leiden, gestaltet sich in bezug auf die Intimität, die diesem Thema immanent ist, als hoch sensibel. Umso größer entwickelt sich das psychologische, sportpsychologische und sportmedizinische Forschungsinteresse an diesem sehr komplexen Phänomen. Das Krankheitsbild der Eßstörungen, über dessen Bezeichnung und Diagnostik man sich in Fachkreisen lange Zeit stritt, ist auch heute keineswegs wissenschaftlich erfaßt. Vielmehr trifft man auf sehr individuelle Ausprägungen und Erscheinungsformen. Aber gerade diese persönliche Phänomenologie macht die Auseinandersetzung mit dieser auffallenden Problematik für die wissenschaftliche Erforschung erstrebenswert. Dabei geht es zum Einen um die Erklärung von Ursachen, die für die Eßstörungen verantwortlich sein können, und zum Anderen soll eine erweiterte Forschungsperspektive Aufschluß geben über einen noch zu bestimmenden Zusammenhang zwischen dem Tätigkeitsbereich Sport und dem existenziellen Bereich Ernährung. Des weiteren müssen *überdauernde Persönlichkeitsmerkmale* in die Betrachtungen einbezogen werden. Daraus können sich verschiedene interessante Konsequenzen ergeben, die auch für die Praxis des Sports neue Horizonte und Wege eröffnen, so daß Trainer und Betreuer sowie das gesamte sportspezifische Umfeld lernen können, mit betroffenen Athletinnen und Athleten sensibler bzw. erkenntnisreicher und sachlicher umzugehen.

Die vorliegende Arbeit möchte dazu ihren Beitrag leisten, insbesondere durch eine offene und veröffentlichte Darlegung der ansonsten sehr persönlichen Geschichte von sieben Frauen, die sich alle sehr intensiv sportlich betätigen oder betätigt haben.

Wie sich im Verlauf der Beschäftigung mit Eßstörungen herauskristallisierte, kann man von multiplen Erscheinungsformen ausgehen. Die individuellen Krankheitsbilder stehen ihrerseits wiederum in Verbindung mit multidimensionalen Umstandbestimmungen, auf die die

Entwicklung einer Magersucht, Anorexia athletica oder eine andere Art von Eßstörung, zurückgeführt werden kann.

Ohne die Hilfe und Unterstützung anderer kann eine solche Forschungsarbeit kaum bewältigt werden. Genannt werden sollen vor allem die sieben Athletinnen, die hier Rede und Antwort gestanden haben. Dank auch den Kollegen und Freunden am Institut für Sportwissenschaft in Tübingen für ihr Mitdenken, ihre Anregungen und kritischen Anmerkungen. Einen ganz herzlichen Dank möchte ich meinem langjährigen Lebenspartner aussprechen, für seine Unterstützung und Geduld. Mein besonderer Dank geht an Prof. Dr. Hartmut Gabler, für seine individuelle und verständnisvolle Betreuung.

Annette Bös

Inhaltsverzeichnis

<u>Vorwort</u>	I
<u>Inhaltsverzeichnis</u>	1
<u>1 Einleitung, Problemstellung und Aufbau der Arbeit</u>	7
<u>2 Gegenstandsbestimmung</u>	15
<u>2.1 Medizinische Diagnostik</u>	15
<u>2.2 Epidemiologie</u>	19
<u>2.3 Ätiologie</u>	20
<u>2.4 Zur Entdeckung des Phänomens der Anorexia nervosa</u>	22
<u>2.5 Kulturhistorische Aspekte von modernen Eßstörungen</u>	27
<u>3 Theoretische Erklärungsansätze</u>	30
<u>3.1 Entwicklung und Stand der Forschung</u>	30
<u>3.2 Die Problematik der Theoriebildung</u>	31
<u>3.3 Biologische Erklärungsansätze</u>	32
<u>3.4 Familiendynamische Erklärungsansätze</u>	39
<u>3.5 Psychoanalytische Erklärungsansätze</u>	53
<u>3.6 Soziokulturelle und gesellschaftliche Erklärungsansätze</u>	63
<u>3.7 Identitätstheoretischer Erklärungsansatz</u>	76
<u>4 Eßstörungen im Zusammenhang mit Bewegung und Sport</u>	88
<u>4.1 Sport und Ernährung</u>	89
<u>4.2 Vorkommen und bisherige Untersuchungen von Eßstörungen bei Sportlern</u>	90
<u>4.3 Physiologische Phänomene bei extremer Nahrungsreduktion und gleichzeitigem, exzessivem sportlichem Training</u>	92
<u>4.4 Nahrungsreduktion und Bewegungsverhalten im Tierversuch</u>	95
<u>4.5 Psychische Phänomene bei gestörtem Eßverhalten im Zusammenhang mit sportlichen Leistungen</u>	96
<u>4.6 Untersuchungen zur Ursachenklärung pathogener Verhaltensweisen im Zusammenhang von Eßstörungen und sportlichen Aktivitäten</u>	97
<u>4.7 Psychologische Ursachen für Eßstörungen</u>	102
<u>4.8 Funktionen pathogenen Eßverhaltens</u>	105
<u>5 Zusammenfassung der theoretischen Ansätze und der Konsequenzen für den eigenen Ansatz</u>	109
<u>5.1 Zusammenfassung und Beurteilung der verschiedenen Erklärungsansätze</u>	109

5.2	Vorstellung und Erläuterung der Kategorien des identitätstheoretischen Erklärungsansatzes	112
5.3	Der theoretische Ansatz der vorliegenden Arbeit	115
6	Zur Anlage der Untersuchung	118
6.1	Das problemzentrierte Interview	118
6.2	Die Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSKN)	120
6.3	Stichprobe und Untersuchungsdurchführung	121
7	Auswertung der Einzelfälle	123
7.1	Fallbeispiel 1	123
7.1.1	Zur Biographie der Pb 1	123
7.1.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 1	125
7.1.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb1	143
7.2	Fallbeispiel 2	145
7.2.1	Zur Biographie der Pb 2	145
7.2.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 2	147
7.2.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 2	165
7.3	Fallbeispiel 3	167
7.3.1	Zur Biographie der Pb 3	167
7.3.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 3	171
7.3.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 3	187
7.4	Fallbeispiel 4	189
7.4.1	Zur Biographie der Pb 4	189
7.4.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 4	193
7.4.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 4	207
7.5	Fallbeispiel 5	209
7.5.1	Zur Biographie der Pb 5	209
7.5.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 5	211
7.5.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 5	220
7.6	Fallbeispiel 6	222
7.6.1	Zur Biographie der Pb 6	222
7.6.2	Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 6	225
7.6.3	Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 6	240
7.7	Fallbeispiel 7	242
7.7.1	Zur Biographie der Pb 7	242

7.7.2	<u>Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 7</u>	247
7.7.3	<u>Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 7</u>	262
8	<u>Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einzelfälle</u>	264
8.1	<u>Gemeinsamkeiten</u>	264
	<u>Kurzform der Hypothesen zur Erklärung der Eßstörungen der Pbn 1-7</u>	264
	<u>Hypothesen</u>	267
	<u>Die sieben zentralen Hypothesen und Erklärungsansätze</u>	268
	<u>Weitere gemeinsame Aspekte</u>	270
8.2	<u>Individuelle Unterschiede</u>	271
8.3	<u>Bezüge zum identitätstheoretischen Ansatz</u>	273
9	<u>Zusammenfassung, Ausblick und Konsequenzen</u>	275
10	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	285

1 Einleitung, Problemstellung und Aufbau der Arbeit

Immer häufiger liest oder hört man in der heutigen Zeit in den Medien, daß Spitzenathleten verschiedenster Sportarten, Männer und Frauen, ihre sportliche Karriere unterbrechen oder beenden, weil sie unter Eßstörungen leiden und deshalb Schwierigkeiten mit ihrem Gewicht haben. Der Begriff *Eßstörungen* wird hier deshalb verwendet, weil es sich in den meisten Fällen um Variationen der klassischen Krankheitsformen *Anorexia nervosa* oder *Bulimie* handelt. Betroffen sind keineswegs nur junge, pubertierende Mädchen, wie dies aus den ästhetischen Sportarten (Rhythmische Sportgymnastik, Kunstturnen, Eiskunstlauf) schon länger bekannt ist. Vielmehr geben auch erwachsene Sportlerinnen und Sportler ihre Eßprobleme öffentlich zu. Davon betroffen sind z.B. Skispringer (Sven Hannawald), Ruderer (Bahne Rabe, Schlagmann des Deutschen Achters, der bei den Olympischen Spielen 1988 in Seoul die Goldmedaille gewann. Er verstarb am 05.08.2001, zwei Tage vor seinem 38. Geburtstag an Magersucht), Skilangläufer, Radfahrer (Vanderbroucke), Nordische Kombinierer, Leichtathleten und viele andere.

Bei einem internationalen Triathlon-Wettkampf mußte Sonja Oberem (früher S. Krolik) nach der ersten Disziplin, dem Schwimmen, wegen Unterkühlung aus dem Rennen genommen werden. Unter anderem war ein zu geringer Körperfettanteil (unter 7%) mitverantwortlich dafür, daß ihr Stoffwechsel nicht mehr für die entsprechende Körpertemperatur sorgen konnte. Nach diesem Vorfall entfachte im Verband eine Diskussion über Gesundheitsrisiken, Gesundheitsschäden und Gefahren bei untergewichtigen Leistungssportlerinnen, an deren Ende die ansonsten sehr erfolgreiche Triathletin, deren stärkste Disziplin das Laufen war, den Verband wechselte und reine Langstreckenläuferin wurde.

Jedes Frühjahr fragen sich am Radsport Interessierte, ob und wieviel Deutschlands bekanntester Radprofi, Jan Ullrich, an Gewicht zugelegt hat, wie diszipliniert er über den Winter kam und ob er zur Tour de France wieder fit und damit schlank ist, also sein sogenanntes Wettkampfgewicht erreicht hat. Auch an diesem Beispiel ist die Aktualität des Themas Sport und Gewicht bzw. Gewicht und Leistungsfähigkeit nicht zu übersehen. Und es betrifft keinesfalls nur junge, pubertierende Sportler. Immer öfter leiden ältere, erfahrene Sportlerinnen und Sportler aller Leistungsklassen, vom Breitensport bis hin zum Hochleistungssport, unter den verschiedenen Ausprägungen von Eßstörungen. Warum also, so lautet die Frage, ist die Verbindung *Sport-Ernährung-Gewicht* von solch großer Bedeutung – zumal man außerdem von einer relativ hohen Dunkelziffer von eßgestörten Athletinnen und Athleten ausgehen kann? Dieses Phänomen kann man, in nicht geringem Ausmaß, auch im

Breitensport antreffen. Auch sogenannte Breiten- oder Hobbysportler greifen zu den verschiedensten Mitteln, um ihr Gewicht zu reduzieren. Auch sie kommen nicht selten auf Trainingsumfänge zwischen 15 bis 30 Stunden in der Woche.

Von der psychischen Problematik einer strengen Diät einmal abgesehen, läßt sich der Vorteil eines optimalen Last-Kraft-Verhältnisses in den meisten Sportarten nicht wegdiskutieren oder gar ignorieren. Zur professionellen Einstellung zum (Leistungs-) Sport gehören neben trainingsphysiologischen Maßnahmen die richtige Lebenseinstellung und damit auch eine gesunde, eventuell sportartspezifische Ernährung (zumindest während der Wettkampfsaison).

Bezogen auf alle Leistungsebenen – sei dies der Spitzen- oder Hochleistungssport oder auch der Fitneß- und Breitensport – können ganze Industriezweige von den auf die Ernährung achtenden Hobby- und Wettkampf-Athletinnen und Athleten gut leben. Es sei hier nur an das reiche Angebot von Energieriegeln, Mineralgetränken, Eiweiß- oder Kohlenhydratzusatzprodukte erinnert. Auf den Zusammenhang zwischen sportlicher Leistungsfähigkeit und gesunder Ernährung wurde in den letzten Jahren von Fachleuten vermehrt hingewiesen. Man sieht sich einer Informationsschwemme auf allen möglichen publikativen Ebenen gegenüber. Sowohl in seriösen Wissenschaftsbereichen als auch in diversen Zeitschriften werden Tipps gegeben, wie Mann oder Frau die sogenannte Traumfigur erreichen oder erhalten kann und was man in bezug auf die *richtige Ernährung* alles beachten sollte.

Im Zeitalter der Biogentechnologie starteten Ende Mai 2001 deutsche Genforscher ein Großprojekt mit dem Namen *Nutrigenomatik*. Die Fragestellung lautet ganz allgemein: Wie hängen genetische Veranlagung, Ernährung und Gesundheit zusammen? Die Forscher gehen davon aus, daß ein *schlechtes Gen* allein noch nicht zu einer Krankheit führen muß. Vielmehr müssen auslösende Faktoren hinzukommen, die in der Nahrung versteckt sein könnten. Das ehrgeizige Projekt verfolgt unter anderem das Ziel, einen *Nutrichip* zu entwickeln, auf dem das gesamte genetische ernährungsphysiologische Wissen gespeichert wird. Ernährungsberater, sogenannte Ökotrophologen, gehören heute ebenso zum Betreuungsteam einer Kadermannschaft wie Trainer, Sportmediziner, Physiotherapeuten und der Psychologen. Im März 1996 setzten sich verschiedene deutsche Sportverbände mit Sportmedizinern und Gynäkologen in Berlin zusammen, um über die immer häufiger auftretenden Fälle von eßgestörten Athletinnen und Athleten zu diskutieren. Das Problem soll transparenter und von unterschiedlichen Perspektiven aus betrachtet werden, damit man angemessene Bewältigungsstrategien entwickeln kann. Man will den Sportlerinnen und Sportlern, um

welches Krankheitsbild es sich auch jeweils handelt (Magersucht, Bulimie oder ein allgemein eßgestörtes Verhalten), nicht mehr hilflos gegenüberstehen. Ziel ist ein wissenschaftlich fundierter, professioneller Umgang mit dieser Problematik im Sport.

Im folgenden soll dargestellt werden, wie sich das Problem *Eßstörungen bei Frauen im Sport* konkret darstellt, wobei sich aus einer zunächst harmlos scheinenden Situation eine lebensbedrohende Existenzkrise entwickeln kann. Oftmals beginnt eine Eßstörungserkrankung mit einer zunächst harmlos erscheinenden Diät. Die jungen Frauen versuchen durch verschiedene Mittel, z.B. durch eine vorgegebene, empfohlene Diät, an Gewicht zu verlieren. Oder sie stellen sich selbst ganz bestimmte Nahrungsmittelkonstellationen zusammen, auf die sie sich dann oftmals ganz fixieren. In der vorliegenden Arbeit wurden Frauen untersucht, die unter einer sekundären Anorexie erkrankten. Die meisten haben ihre eigentliche Leistungssportkarriere schon beendet, kommen aber mit der Folgesituation nicht zurecht. Ihr Leben war auf den Sport, die Erfolge und die Bestätigung durch diese festgelegt. Der ursprüngliche Gedanke, *etwas* an Gewicht zu verlieren, wieder *etwas* mehr Sport zu treiben, wird immer dominanter bis er zum zentralen Lebensinhalt wird. In relativ kurzer Zeit wird der Lebensalltag bestimmt durch die Waage, das Training und die Gedanken an Essen bzw. der Vermeidung von Nahrungsaufnahme. Dieses Bild ist typisch für eßgestörte Menschen. Bei Sportlern kommt erschwerend hinzu, daß sie offensichtlich sehr leistungswillig, trainingsfleißig und ehrgeizig sind. Auf der einen Seite benötigen sie ausreichend Energie für ihren Arbeitsaufwand, auf der anderen Seite aber wollen sie so wenig wie möglich wiegen. Speziell bei Frauen scheint der Aspekt der äußerlichen Attraktivität einer athletischen, maskulinen Figur eine handlungsweisende Rolle zu spielen. Das Problem liegt aber vor allem darin, daß die ehemaligen Leistungssportler, aufgrund der Schwächung ihres Körpers, an Belastungs- und Leistungsfähigkeit einbüßen. Ihre Trainingsmotivation besteht zum Einen darin, noch höhere Leistungen aus sich heraus zu holen. Dafür glauben sie so wenig wie möglich an Gewicht haben zu müssen. Des weiteren aber trainieren sie, weil die Waage wieder einmal zuviel anzeigt. Sie treiben exzessiv Sport, um sich wenigstens etwas Essen erlauben, sich mit Essen belohnen zu können. Bei anorektischen Sportlern findet man nur selten sogenannte Null-Diät betreibende Magersüchtige. Denn ihr Ziel ist der sportliche Leistungserfolg und die damit verbundene Beachtung, Anerkennung und Bewunderung. Dennoch verbieten es ihre Ängste, sich Ruhepausen oder Regenerationszeiten zu gönnen. Meist nimmt das Training immer

unphysiologischere Ausmaße an. Die an einer Anorexia athletica erkrankten Sportlerinnen kommen in eine Phase, die sich durch verschiedene Punkte auszeichnet:

Sie werden unfähig, ihren Lebensalltag zu bewältigen. Alles dreht sich nur noch um die Themen Training, Gewicht und Vermeidung von Essen. Es geht nur noch um die Organisation des Tages, um die Planung von Trainingseinheiten und um die Frage wo sie eingerichtet werden können, zwischen den *normalen* Lebensumständen, die sein müssen (Schule, Beruf, Einkauf, Erledigungen). Dadurch ergibt sich ein hohes Maß an Unflexibilität. Sie geraten schon dann unter Streß, wenn sich ihr Tagesablauf um nur wenige Minuten verändert, sich Termine verschieben oder wenn irgendetwas außerplanmäßig vorfällt. Auch resultieren aus dieser Engstirnigkeit berufliche und soziale Probleme. Zu den Folgen gehören Isolation und Vereinsamung. Die Fixierung auf die körperliche Bewegung bringt die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche mit sich. Nicht zuletzt muß die sportliche Karriere am Ende oftmals doch beendet werden, weil der Körper zu dünn und zu schwach geworden ist, um zu einer Leistungssteigerung oder gar zu einer sportlichen Höchstleistung fähig zu sein.

In den meisten Fällen handelt es sich bei den Betroffenen um sehr gute Sportler, mit viel Talent, um Menschen mit enormen psychischen und physischen Qualitäten. Sie bringen ein hohes Potential an Merkmalen mit, die sie für den Leistungssport prädestinieren. Dazu gehören sowohl körperliche als auch intellektuelle Qualitäten. Sie sind ehrgeizig, fleißig, insbesondere trainingswillig und belastbar, auch mental. Sie haben oftmals einen Hang zum Perfektionismus und auch zu einer Art Masochismus, den man im Leistungssport in gewissem Sinne braucht, um alles aus sich heraus zu holen, um in einer starken und harten Konkurrenz bestehen zu können. Es erfordert das Äußerste an physischer und psychischer Kraft, um bis an die persönlichen Grenzen zu gelangen. Aber auch ein hohes Maß an Selbstkenntnis, Sensibilität und Eigenverantwortlichkeit sind erforderlich, um den Anforderungen der Wettkampfkonzurrenz im Leistungssport gewachsen zu sein. Es ist tragisch, daß das Extreme des Krankheitsbildes *Eßstörungen*, mit seinen multiplen Erscheinungsformen, Männer und Frauen schließlich zu labilen und angstgeprägten Mitmenschen macht.

Zielsetzung und systematische Einordnung der Arbeit. Es handelt sich hier um eine Arbeit, die im Bereich der *qualitativen Sozialforschung* anzusiedeln ist. Dabei geht es um die Erforschung von Individuen, in diesem konkreten Fall um sieben Sportlerinnen. Bei dem hier behandelten Thema kann es nicht darum gehen, statistisch auswertbare Ergebnisse zu sammeln. Vielmehr soll dem Forschungsobjekt, jedem Einzelfall die bestmögliche

Bearbeitung zukommen. Bei einem solch sensiblen psychischen Problembereich wie den Eßstörungen, soll jeder einzelnen Pb dieser Untersuchung eine intensive und multiperspektivische Beschäftigung zuteil werden.

Als qualitative Methoden werden jene Arbeitsschritte charakterisiert, bei denen wenig Auskunftspersonen, keine Stichprobenverfahren und keine statistischen Analysen eingesetzt werden. Mit der Methode des problemzentrierten Interviews, einer offenen, halbstrukturierten Befragung, sollen die Befragten möglichst frei zu Wort kommen. Anhand eines Interviewleitfadens wurde das Problem *Eßstörungen und Sport* in das Zentrum des Interesses gerückt.

Zusätzlich diene das Frankfurter Selbstkonzeptinventar (FSKN) von Deusinger (1986a) der Erforschung der Einstellungen der untersuchten Individuen im Sinne von Attitüden zur eigenen Person, also Kognitionen und Emotionen eines Individuums, auf das eigene Selbst bezogen.

Die Arbeit setzt sich zum Ziel, einen Beitrag zur systematischen Erfassung des immer häufiger auftretenden Phänomens *Eßstörungen in Verbindung mit sportlichen Aktivitäten* zu leisten. Sie dient unter anderem der Klärung der Frage, ob es sich hierbei um ein eher extrinsisch verursachtes Problemfeld oder um ein eher intrinsisch motiviertes, von der Persönlichkeit und dem Charakter einer Person abhängiges Verhalten handelt.

Magersucht und Eßstörungen allgemein sind schon seit längerem ein Problem unserer Zeit. In dieser Arbeit soll ein neuer Aspekt, nämlich der Zusammenhang mit sportlichen Aktivitäten, systematisch untersucht werden.

Die vorliegende Arbeit verbindet zwei Themenbereiche, die zwei Wissenschaftsbereichen zuzuordnen sind: die Psychologie beschäftigt sich mit dem Problemfeld Magersucht bzw. Eßstörungen und die Sportwissenschaft interessiert sich für sporttreibende Frauen. Da in dieser Untersuchung auf Zusammenhänge zwischen diesen Forschungsfeldern aufmerksam gemacht wird, handelt es sich um eine sportpsychologische Arbeit. Im Mittelpunkt des Interesses stehen Frauen, die intensiv Sport treiben und die unter Eßstörungen leiden. Aus dieser Perspektive ergeben sich verschiedene Fragestellungen.

Vorläufige Fragestellung der Arbeit. Lassen sich Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der sporttreibenden Person und dem äußerst komplexen Krankheitsbild einer Eßstörung herstellen? Wenn ja, um welche handelt es sich dabei?

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erklärung der Entwicklung von Eßstörungen bei sieben Ausdauersportlerinnen. Es geht um die Klärung der Frage, welche Faktoren bei der Entstehung von Eßstörungen bei Ausdauer-Athletinnen, die schon ein gewisses Alter erreicht haben, eine Rolle spielen. Zweifelsohne ist schon einiges über den Gegenstand *Eßstörungen* bekannt, aber im vorliegenden Fall geht es um differenzierte, spezifische Fragestellungen: um einen eventuellen Zusammenhang von eßgestörtem, anorektischem Verhalten und exzessiven sportlichen Aktivitäten. Des weiteren werden Vergleichsstudien zwischen Langstreckenathleten und –Athletinnen und Anorexie-Patienten einbezogen. Das Problem *Magersucht* ist zwar in ästhetischen Sportarten schon näher betrachtet worden, nicht aber in Ausdauersportarten. Ein weiterführender Aspekt dieser Arbeit ist das “reifere“ Alter der hier zu Wort kommenden Athletinnen. Es handelt sich folglich um das Krankheitsbild sekundärer Anorexien.

In den Medien, in Zeitschriften und anderen Veröffentlichungen wurde und wird noch immer viel spekuliert und Vermutungen über Verantwortlichkeiten angestellt. Diesem populärwissenschaftlichen Kontext soll mit einer systematischen Erfassung der Realitäten ein fundiertes Forschungsergebnis entgegengestellt werden. Welche Rolle spielen das sportliche Umfeld, nämlich Trainer und andere Sportlerinnen und Sportler? Inwieweit war die Familiensituation in die Entstehung einer solchen problematischen Verhaltensgestörtheit involviert? Oder waren es doch eher überdauernde Persönlichkeitsdispositionen, die die Frauen dazu prädestinierten, mit Eßstörungen zu reagieren? Zur Beantwortung dieser und anderer Fragen soll die eingehende und intensive Beschäftigung von sieben Einzelfällen unter Berücksichtigung der individuellen Lebensläufe Auskunft geben. Sowohl familien- als auch gesellschaftsdynamische Prozesse und spezifische Interaktionsmuster werden in der Untersuchung berücksichtigt. Im Zentrum der Arbeit steht allerdings die Perspektive der einzelnen Betroffenen.

Von besonderer Bedeutung in dieser Untersuchung sind Gesichtspunkte, die in bisherigen, psychologischen Überlegungen weniger Beachtung fanden. Zum einen handelt es sich bei den betroffenen Frauen um Leistungssportlerinnen oder ehemalige Leistungssportlerinnen in einer Ausdauersportart (Triathlon, Langstreckenlauf, Skilanglauf, Schwimmen). Zumindest während der Phase ihrer akuten Eßstörungen waren sie in diesen Sportarten sehr aktiv. Darüber hinaus haben einige vorher eine andere Sportart leistungsmäßig betrieben (Tennis, Alpinski, Tanzen bzw. Aikido). Bisher lag der Schwerpunkt der Forschung bei den ästhetischen Sportarten. Die hier untersuchten Mädchen waren meist noch in der Pubertät und dementsprechend relativ jung. Somit unterscheidet sich die Pbn-Population der vorliegenden

Arbeit von bisherigen Untersuchungen, vor allem durch ein höheres Alter (20 - 40 Jahre) und durch die Ausübung einer nicht-ästhetischen Sportart.

Aufbau der Arbeit. Die vorliegende Arbeit gliedert sich in neun Kapitel.

Im folgenden Kapitel zwei werden medizinische und sportmedizinische Aspekte der Erscheinungsbilder verschiedener Eßstörungserkrankungen (Anorexia nervosa, Anorexia athletica, Magersucht und Bulimie oder Mischformen der genannten Erkrankungen) behandelt. Danach wird eine Übersicht über die bisher vorliegenden, offiziellen Diagnosekriterien der verschiedenen Eßstörungserkrankungen gegeben.

Kapitel drei beinhaltet verschiedene theoretische Erklärungsansätze zum Thema Eßstörungen und deren zusammenfassende Beurteilung und Bewertung.

Um den Zusammenhang zwischen Sport und Ernährung geht es in Kapitel vier. Dabei werden Symptome, Ursachen und Funktionen krankhafter Eß- und Bewegungsverhaltensstrategien differenziert betrachtet und unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes diskutiert.

In Kapitel fünf werden die in Kapitel drei und vier besprochenen theoretischen Ansätze zur Erklärung von Eßstörungen überprüft und auf ihre Aussagekraft hin bewertet. Danach werden die vier Kategorien des identitätstheoretischen Ansatzes von Stahr et al. (1995) kurz vorgestellt, da sie als Grundlage des eigenen theoretischen Ansatzes dienen, der am Ende dieses Kapitels vorgestellt wird.

Über Anlage und Methodik der Untersuchung gibt Kapitel sechs Auskunft. Hier werden die Probandenerhebung, Aspekte der qualitativen Sozialforschung und das problemzentrierte Interview im besonderen thematisiert. Ebenso werden die Frankfurter Selbstkonzeptskalen kurz beschrieben und deren Bedeutung für die Auswertung erörtert.

In Kapitel sieben erfolgt die Auswertung der Untersuchungsergebnisse. Dabei wird zuerst jeder Einzelfall in Form einer Kurzbiographie vorgestellt. Anschließend erfolgt die Auswertung und Interpretation des Interviews. Hierzu werden Hypothesen zur Erklärung der Entwicklung der Eßstörungen der jeweiligen Pb formuliert. Schließlich werden bei jedem Einzelfall die Ergebnisse des Selbstkonzept-Fragebogens berücksichtigt.

Nach den Einzelfallanalysen werden in Kapitel acht die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten Pbn herausgearbeitet.

Das neunte Kapitel gibt zusammenfassende Aspekte der gesamten Arbeit wider. Der Schwerpunkt richtet sich auf das komplexe Beziehungsnetz zwischen eßgestörten, sporttreibenden Frauen und den aufgezeigten Einflußfaktoren. In einem abschließenden

Ausblick geht es um mögliche zukünftige Arbeits- bzw. Forschungsgebiete zum Themenbereich Frauen mit Eßstörungen im (Ausdauer-) Sport.

2 Gegenstandsbestimmung

In diesem Kapitel stehen die medizinischen Aspekte im Vordergrund. Die verschiedenen Erscheinungsformen der Eßstörungserkrankungen sollen als Gegenstand von Medizin und Forschung begrifflich erfaßt werden. Hierzu gehören zunächst die Definitionen der einzelnen Krankheitsbilder, differenziert nach Schwerpunkten ihrer Diagnosekriterien. Dabei wird deutlich werden, daß die jeweilige Forschungsperspektive keine unbedeutende Rolle spielt, je nachdem, ob mehr psychologische oder eher medizinische Fragen im Focus des Interesses liegen.

2.1 Medizinische Diagnostik

Beim Phänomen Eßstörungen handelt es sich keinesfalls um ein einheitliches Krankheitsbild. Die intensive Beschäftigung mit diesem Phänomen, in das die verschiedensten Faktoren involviert sind (Persönlichkeit, Familie, Gesellschaft) führt dazu, jeden einzelnen Fall in seiner ganz individuellen Formation zu betrachten. Auch der Verbindung von Anorexie und sportlichen Aktivitäten versuchte man erst in neuerer Zeit auch mit einer eigenen Begrifflichkeit gerecht zu werden. Zunächst aber sollen im folgenden die wichtigsten, vorherrschenden Kriterienmaßstäbe angeführt werden. Die klassische Diagnostik der Anorexia nervosa stammt aus dem Jahre 1972 und wurde von Feighner (Feighner et al. 1972) aufgestellt. Ihm wird allerdings vorgeworfen, er würde zuviel Wert auf die körperliche Symptomatik, also auf das Gewicht legen.

Anorexia nervosa nach Feighner (1972)

- (1) Krankheitsbeginn vor dem 25. Lebensjahr
- (2) Anorexie mit einem Gewichtsverlust von mindestens 25% des ursprünglichen Körpergewichts
- (3) Verzerrte und nicht korrigierbare Einstellung gegenüber dem Essen, Nahrung und Gewicht, die trotz Hunger, Ermahnung Bekräftigung, Versprechungen und Drohungen weiter besteht, z.B:
 - Krankheitsverleugnung, die gekoppelt ist mit der Unfähigkeit, den normalen Kalorienbedarf zu erkennen
 - Gefallen am Gewichtsverlust. Demonstration, daß die Verweigerung der Nahrungsaufnahme als angenehm erlebt wird
 - Wunsch nach einem extrem schlanken, dünnen Körper (Body-Image)
 - (Dieser Zustand soll in jedem Fall aufrecht erhalten werden.)

- Ungewöhnliches Horten und Hantieren mit Nahrung (Nahrungsmittel)
- (4) Keine bekannte organische, medizinische Krankheit, die für die Anorexie und den Gewichtsverlust verantwortlich ist
- (5) Keine andere bekannte psychische Erkrankung, insbesondere keine primär affektive Störung, Schizophrenie, Zwangsneurose oder Phobie
(Dem liegt die Annahme zugrunde, daß die Nahrungsverweigerung zwar zwanghafte Züge aufweisen kann, diese allein jedoch für die Diagnose nicht ausreichend sind.)
- Vorhandensein von mindestens zwei der folgenden Symptome bei positiver Diagnose:
- Amenorrhoe
 - Lanugobehaarung
 - Bradykardie
 - Perioden von Hyperaktivität
 - Bulimische Phasen
 - Erbrechen (gegebenenfalls selbst induziert)

Bei dieser Auflistung sind der Aspekt des Alters und auch verschiedene physiologische Parameter kritisch zu hinterfragen. Zum einen weiß man heutzutage, daß auch Frauen höheren Alters anorektisch sein können. Außerdem ist der Gesichtspunkt einer chronischen, d.h. schon über Jahre oder gar Jahrzehnte sich hinstreckenden chronischen Erkrankung, auch mit verschiedenen Erscheinungsformen – und Phasen, zu beachten.

Die zu starke Gewichtung körperlicher Symptome bemängelte vor allem Fichter (1985). Hierbei eröffnet sich nämlich die Frage, was der Begriff *ursprüngliches Gewicht* bedeutet? Handelt es sich um Normalgewicht, Idealgewicht? Welches Ausgangsgewicht wird als Maßstab verwendet? Der Begriff der *sekundären Anorexie*, bei dem die Betroffenen schon ein reiferes Alter zu Beginn ihrer Erkrankung erreicht haben, wurde von Bruch (1992b) geprägt.

Das Krankheitsbild einer Anorexia nervosa ist kein einheitliches. Es läßt sich nur schwer in definitivische Begrifflichkeiten fassen, da es individuell sehr unterschiedliche Ausprägungen erfährt. Aus diesen Gründen hat sich auch der Begriff *Eßstörungen* etabliert. Trotzdem werden im deutschsprachigen Raum unter dem Begriff Eßstörungen im wesentlichen folgende Krankheitsbilder subsumiert:

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Adipositas

Die nosologische Zuordnung dieser Krankheitsbilder hat in den letzten Jahrzehnten bedeutsame Veränderungen erfahren. Die Diskussion darüber ist noch lange nicht abgeschlossen. Die oben genannte theoretische Klassifikation hat aus wissenschaftlicher Sicht eher pragmatische Gründe. In der gegenwärtigen Diagnostik dominieren vor allem zwei Diagnoseschlüssel.

(1) Diagnosekriterien der American Psychiatric Association (DSM-IV, 1995)

(307.1 Anorexia nervosa)

- Weigerung, das Körpergewicht über einem Alter und Größe entsprechenden minimalen Normalgewicht zu halten; Gewicht mind. unter 15% unter dem zu erwartenden Gewicht
- Starke Angst, an Gewicht zuzunehmen oder fett zu werden, obwohl Untergewicht besteht
- Verzerrte Wahrnehmung von Gewicht und Figur, unangemessener Einfluß des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Verleugnung der Ernsthaftigkeit des aktuell niedrigen Körpergewichts
- Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe)

Spezifizierung des Typus:

Restriktiver Typ: keine regelmäßigen Heißhungeranfälle oder kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsregulierung; kein Purging (Abführverhalten) wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Klistiere (Darmeinlauf).

Bulimischer Typ: regelmäßige Heißhungeranfälle oder kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsregulierung (Binge-eating/Purging Type, Fressanfälle und Abführverhalten).

(2) *Klinisch-diagnostische Leitlinien zur Klassifizierung psychischer Störungen (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO, 1994)*

(P.50.0 Anorexia Nervosa)

- Körpergewicht mind. 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht oder BMI von 17, 5 oder weniger)

In der Praxis wird noch häufig der veraltete Broca-Index (BI) zur Beurteilung des Körpergewichts verwendet. Die Berechnungsformel lautet:

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

Ein BI von 1.0 entspricht dem sogenannten Normalgewicht. Ein Gewicht, das bei Männern 10% und bei Frauen 15% unter dem Normalgewicht liegt, wurde lange als das Idealgewicht bezeichnet. Da die Anwendung des Broca-Index aber zu Ungenauigkeiten führt, vor allem in bezug auf die Muskelmasse eines Menschen, verwendet man heute den Body-Mass-Index. Die Berechnungsformel lautet:

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

Das Normalgewicht liegt für Männern bei einem BMI von 19 bis 24, bei Frauen von 20 bis 25.

- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch
 - o Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder
 - o selbst induziertes Erbrechen
 - o selbst induziertes Abführen
 - o übertriebene körperliche Aktivitäten
 - o Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung (die Angst dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee)
- endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden Achse: bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libido- und Potenzverlust; erhöhte Wachstums- und Kortisolspiegel, ggf. Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion
- bei Beginn oder vor der Pubertät Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte (fehlende Brustentwicklung, primäre Amenorrhoe)

Die Eßstörung P 50.0 kann weiter spezifiziert werden in:

F 50.00 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme

F 50.01 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme

F 50.1 Atypische Anorexia Nervosa

Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehr Kernmerkmale der Anorexie, z.B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust.

Wie schon an dieser Stelle deutlich wird, gibt es eindeutige Parallelen der Klassifizierung. Die Kategorisierung von Mischformen oder, wie häufig vorkommend, von Übergängen aus der einen in die andere Eßstörung erweist sich als äußerst diffizil. Für die Fragestellung dieser Arbeit ist es ebenfalls von Interesse, ob und welche Gemeinsamkeiten oder Unterschiede sich bezüglich der Persönlichkeitsstruktur und der einzelnen Eßstörungsmuster ergeben. Auf diesen Aspekt wird in Kapitel acht näher eingegangen.

2.2 Epidemiologie

Über die Prävalenz von Eßstörungen geben die Untersuchungen kein einheitliches Bild ab. Die Gründe hierfür liegen unter anderem in der Schwierigkeit adäquater Meßmethoden (Stichprobenauswahl, diagnostische Instrumente und auch der Psychodynamik der Betroffenen). Unabhängig davon aber ist allen gemein, daß sie ein Zunahme von Eßstörungen verzeichnen. Auch ist das Risiko für dieses Problem in der Bevölkerung nicht gleich verteilt; vielmehr treten die Eßstörungen in bestimmten Gruppen auf, wobei die Prävalenz vor allen durch die Variablen Geschlecht, Alter und soziale Schicht determiniert ist. Der Anteil der Frauen liegt bei 95%, wobei Anorexie gehäuft bei Frauen im Alter zwischen dem 15. und 23. Lebensjahr auftritt. Eßstörungen sind zwar in allen sozialen Schichten verbreitet, treten aber vermehrt in der oberen bzw. höheren Mittel- und Oberschicht auf. Die hier aufgeführten Daten beziehen sich hauptsächlich auf die Epidemiologie in westlichen Industrieländern, wobei hier auch das gesellschaftliche Schlankeitsideal, das Normen- und Wertsystem von Beruf und Bildung und das Eintrittsalter in Beruf und Karriere eine Rolle spielt. Auch moderne Rollenanforderungen sind hierzu nennen. Es gelten die Regeln von Leistungsfähigkeit, Selbstsicherheit, Attraktivität und Fitneß im Allgemeinen. Der Hinweis auf den Körper als Dreh- und Angelpunkt identitätsstiftender Kriterien hat sich zunehmend etabliert. Davon abgesehen sind bestimmte Berufsgruppen geradezu prädestiniert, um in einer Phase des Lebens mit Eßverhaltensstörungen zu reagieren. Man denke nur an Profisportler, Models, Stewardessen, Kosmetiker, Fitneßtrainer et al.. Was den Zusammenhang von Eßstörungen und Sport betrifft, so ist dies das Thema der vorliegenden Arbeit und wird in den verschiedenen Kapitel von den verschiedensten Perspektiven beleuchtet werden.

Was die geographische Verteilung betrifft, so findet man in Lateinamerika, Afrika und China kaum Hinweise auf Magersucherkrankungen (Hoppe 1982; Powers und Fernandez 1984). Auch Bruch (1991) macht darauf aufmerksam, daß aus unterentwickelten Ländern, in denen immer noch große Hungersnöte drohen, keine Berichte über Anorexia nervosa vorliegen. Erwähnenswert ist auch, daß in den Vereinigten Staaten keine Fälle von Magersucht bei Farbigen und Mitgliedern anderer unterprivilegierter Gruppen bekannt wurden. Auch hier stammen die meisten anorektischen Patienten aus der Oberschicht. Bruchs Fazit lautet deshalb: Selbst auferlegtes Hungern ist ausschließlich unter Bedingungen ausreichender oder sogar überreichlicher Nahrungsversorgung zu beobachten (Bruch 1991, 27). Bei Armut und Nahrungsmangel, so Bruch, wäre die Nahrungsverweigerung auch ein ineffektives Mittel. Die Ablehnung bzw. Nahrungsverweigerung hat grundlegende Auswirkungen auf das Familienleben der Betroffenen. Auch Fichter (1985) gibt an, daß das Phänomen Magersucht in den Ländern der dritten Welt weitestgehend unbekannt ist. Bei vielen Autoren wird eine typische Familienstruktur bei Anorexia nervosa postuliert. Es wird gefolgert, daß bestimmte pathologische Interaktions- und Einstellungsmuster über Generationen hinweg vermittelt werden. Desweiteren finden sich Hinweise auf übergeordnete Familienideologien und Einstellungsmuster (Utz 1988).

Neuere Studien haben ergeben, daß auch in Japan und Nordamerika die Inzidenzrate von Anorexie-Erkrankungen kontinuierlich gestiegen ist (Mester, 1981; Willi et al. 1989).

Bleibt die Frage nach den Prävalenzraten in osteuropäischen Regionen. In diesem Zusammenhang muß die politische und wirtschaftliche Lage beobachtet und in die Betrachtungen mit einbezogen werden. Hierbei handelt es sich um Zahlen zwischen 0,4 und 4% bei Schülerinnen und Studenten und eine Prävalenzrate von 0,2-4% (Feiereis 1991). Die Mortalitätsrate einer Magersucht liegt mittlerweile im Bereich zwischen 5 und 15% (Potreck-Rose 1991).

2.3 Ätiologie

Alle jüngeren Untersuchungen postulieren übereinstimmend eine multideterminante Ätiologie (Garfinkel und Garner 1982; Mester 1982; Powers und Fernandez 1984).

Einigkeit herrscht auch über den funktionellen Charakter von Eßstörungen, wobei der Schwerpunkt der Charakteristika unterschiedlich gesetzt wird. Der Körper wird zum Mittelpunkt allen Denkens, ganz gleich, ob dieses Mittel das adäquate ist, um bestimmte Ziele zu erreichen oder nicht. Eigentlich aber geht es um Lebensstrategien, um die Bewältigung von Problemen und Konflikten. Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühle von Personen mit

Eßstörungen basieren auf einer absoluten Kontrolle über den Körper, inklusive Bewegung und Ernährungsverhalten. Nicht weniger wichtig scheint die Sucht nach Anerkennung, Aufmerksamkeit und Liebe. Ein schwieriger Aspekt ist die Frage nach dem Entzug vor Verantwortung der Betroffenen. Verantwortlichkeit sich selbst und dem Erwachsen-werden gegenüber provoziert eindeutige Streßmerkmale bei Magersüchtigen. Viele Anorexie-Patienten berichten, daß ihre Symptomatologie mit einer Diät anfing. Daraus entwickelten sie dann ein jeweils individuell ausgeprägtes Krankheitsbild einer Anorexie, je nach Schwerpunkt der Praktika zur Gewichtsregulierung (exzessives sportliches Training, Erbrechen, Verwendung von, Laxantien, Diuretika etc.).

Ergänzend zur medizinischen Symptomatik führt Stahr et al. (1995) psycho-soziale Merkmale an. Da der Identitätstheoretische Ansatz Grundlage dieser Arbeit ist, soll auf diese weiterführenden symptomatischen Aspekte näher eingegangen werden. Ein ursprüngliches Ziel, wie z.B. die reine Gewichtsabnahme aus gesundheitlichen Gründen oder weil andere wegen der Figur hänseln, gerät aus dem Blickfeld. Der Prozeß des Abnehmens verselbständigt sich und wird zum alles bestimmenden Lebensmittelpunkt. Versagensängste, Leistungs- und Perfektionismusgedanken dominieren die Kognitionen dieser Frauen (und Männer). Physische und psychische Risiken werden ignoriert oder verdrängt. Die Körperkontrolle bildet das Zentrum allen Fühlens und Denkens. Eine daraus sich häufig resultierende Konsequenz ist die soziale Isolation und eine rigide Introvertiertheit der Betroffenen. Nichts vermag die hungernden und bewegungsfanatatischen Menschen zur Ruhe, zur Einhaltung zu gebieten. Andere Lebensbereiche werden total unwichtig und vernachlässigt. Ein Gefühl von Desorientiertheit und Verlust der Identität sind vorprogrammiert.

Zusätzlich zu den hier aufgezählten psychischen Symptomen werden im folgenden körperliche Folgeschäden referiert (vgl. Mester 1981; Fichter 1985; Potreck-Rose 1986; Meermann & Vandereyken 1987; Laessle et al. 1991; Bruch 1992b):

Infolge von Mangelernährung stellt der menschliche Körper seinen Metabolismus auf einen sogenannten Fastenstoffwechsel um. Zwar bestehen individuelle Unterschiede zwischen einzelnen Personen, sowohl in ihrem basalen Energiebedarf (Grundumsatz und Thermogenese) als auch in der Regulationsfähigkeit auf Veränderungen in der Nahrungsaufnahme. Die Gegenregulation des Organismus auf eine negative Energiebilanz besteht im Wesentlichen aus einer Absenkung der Energieabgabe (Verminderung der Turnoverrate). In pathologischen Fällen, wie dies bei einer Anorexia nervosa der Fall ist, können manifeste Störungen des Energiestoffwechsels und seiner Regulation zur drastischen

Erhöhung der basalen Energieabgabe (Ruhe-Nüchtern-Umsatz, Thermogenese) und zum schnellen Gewichtsverlust führen (Steiniger 1996). Des Weiteren ist ein Ausbleiben der monatlichen Menstruation zu beobachten. Denn ein abgemagerter Körper, der genug damit zu tun hat, für die eigene Existenz zu sorgen, könnte nicht auch noch potentiell ein zweites Leben miternähren. Die Natur reagiert hier also ganz logisch und einfach. In der Gynäkologie spricht man von einem Kausalzusammenhang zwischen dem Körperfettgehalt und Verzögerungen der Menarche bzw. auftretenden Zyklusstörungen.

Oft kommt es bei einer chronischen Unterernährung zu Herz-Kreislauf-Störungen, Absinken des Blutdrucks (unter 100/Hg systolisch), Verlangsamung des Pulses (Bradykardie), und unter gegebenen Umständen kann es sogar zu Herz-Rhythmusstörungen kommen. Beeinträchtigungen der Magen-Darm-Tätigkeit, die Temperaturregulierung und Hautprobleme sind außerdem zu beobachten. Ein oftmals mit der Magersucht parallel eingesetztes exzessives sportliches Training belastet zusätzlich und kann zu Konzentrationsschwächen und Muskelproblemen führen. Aufgrund der meist zu niedrigen Östrogenkonzentration kommt es nicht selten zu Ermüdungsbrüchen und einer fortschreitenden Osteoporose-Gefahr. Die hyperaktiven Anorektikerinnen aber ignorieren diese Symptome, da sie eine Art Schwäche darstellen. Folglich wird gegen sich, insbesondere gegen den Körper, mit noch härteren Maßnahmen gekämpft.

2.4 Zur Entdeckung des Phänomens der Anorexia nervosa

In der medizinischen Forschung findet man Krankheitsphänomene, die als *exotisch* bezeichnet wurden. Solche Verhaltensstörungen erregten in der Psychiatrie schon immer Aufmerksamkeit. Zu Beginn handelte es sich dabei vor allem um Erkrankungen, die nur sehr selten in westlichen Ländern vorkamen. So entstand die Theorie der kulturgebundenen Syndrome. Sie beherrschten die sogenannte transkulturelle Psychiatrie. Aber auch in der westlichen Welt tauchten plötzlich solche psychosozialen Störungen auf. In diesem Zusammenhang muß der Begriff *Normalität* genauer betrachtet werden. Norm bedeutet Richtschnur, Regel, Maßstab; Leistungssoll, sittliches Gebot oder Verbot als Grundlage der Rechtsordnung; *normen* heißt demnach, einheitlich festsetzen und gestalten. Im 18. Jh. entstand der Begriff aus dem lateinischen *normalis* nach dem Winkelmaß gerecht; (Duden, Herkunftswörterbuch Bd. 7). Normwerte haben also immer etwas zu tun mit einem gemeinschaftlichen Konsens, einer Übereinkunft, was als normal bzw. abnormal angesehen wird und ist deshalb nicht unbedingt naturgegeben (natürlich), sondern eine Konvention.

Eine Dysfunktion oder Krankheit tritt hier also nur in einem Teil der Gesamtbevölkerung auf. Zur Erklärung und therapeutischen Behandlung sind diese kulturellen Zusammenhänge von essentieller Bedeutung. Ein auffallendes Merkmal für die Anorexie ist, daß vor allem Frauen davon betroffen sind. Auf biologischer Ebene gibt es dafür keine Erklärung, da Männer keineswegs immun dagegen sind. Selbstaushungerung und Selbstkasteiung inmitten von Überfluß ist ein Paradoxon und aus medizinischen Gründen kaum zu erklären. So war es auch äußerst schwierig, daß die als Krankheitsbild der Anorexia nervosa eingegangene Störung in der medizinischen Diagnostik ihren Platz fand.

Wie Vandereycken, vanDeth und Meermann (1990) ausführen, ändert sich das Verhalten der Menschen in der Geschichte, und damit ändert sich auch der Gegenstand der Verhaltenswissenschaften. Sie sprechen von der *Geschichtlichkeit des Verhaltens*, von einem spezifischen Mensch-Welt-Verhältnis. Entscheidend ist also, wie die Realität gesehen und interpretiert wird, von der Mehrzahl der an einer Gemeinschaft teilhabenden. Gestörte Verhaltensweisen lassen sich aus dieser Perspektive heraus als eigene Sprache, als eigene Deutung von Wirklichkeit ansehen, die es zu verstehen gilt. Es bedarf der Übersetzung zweier Weltbilder. Bedient man sich der daseinsanalytischen Betrachtungsweise, dann kann man sich an Boss anlehnen, der auf ein Grundproblem der Daseinsanalyse hinweist. Die Art der Räumlichkeit ist immer nur die Wesensfolge des spezifisch abwehrenden und fernhaltenden Bezugs der Anorexie-Kranken allen leiblich-seelischen Dingen gegenüber. Demzufolge kann auch das Wesen der Anorexie-Patienten nicht primär von der Räumlichkeit der Weltstruktur her verstanden werden. Bei Binswanger wird die Maniertheit in Beziehung gesetzt zur Verdeckung einer Lebensschwäche, einer Lebens- oder Todesangst, aber auch einer nur mühsam zurückgehaltenen, prolethaften Aggressivität (1956, 114). Die Maniertheit steht im Dienste der Verdeckung der gesamten Ängste. Weltentwurf einer Kranken kann sein, daß sie eine existentielle Leere darstellt. Hunger ist dann nicht nur ein somatisches Bedürfnis, sondern zugleich das Bedürfnis nach Ausfüllung der existentiellen Leere. Ein solches Aus- und Auffüllungsbedürfnis bezeichnet Thomä (1961) als Süchtigkeit.

An dieser Stelle kommt man leicht in den Bereich Philosophie und Existenzialismus, worauf hier aber nicht näher eingegangen werden soll.

Streßkrankheiten oder Zivilisationskrankheiten bezeichnen heute psychische Störungen. Erst kurz vor dem zweiten Weltkrieg etabliert sich die psychosomatische Medizin als formelles medizinisches Fachgebiet. Im 19. Jh. erkannte man erstmals, daß auch Emotionen Ursache für bestimmte Krankheiten sein können. Ob es sich hierbei um Faktoren handelt, die in ihrer

Pathogenität ihren Einfluß direkt über ein peripheres Organ geltend machen oder aber zentral über gewisse Hirnfunktionen, darüber wurde lange Zeit diskutiert.

Abgesehen von den Fastenkünstlern, Fastenheiligen, Hungerkünstlern oder Wundermädchen der Jahrmärkte, tauchte zu Beginn der Neuzeit die Nahrungsreduktion und Nahrungsverweigerung mit all ihren physiologischen Konsequenzen als medizinisches Problem auf. Im folgenden soll auf die Entwicklung von Eßstörungserkrankungen eingegangen werden, für die keine konkreten somatischen Ursachen angegeben werden können. Die Ärzte der Neuzeit belegten Eßstörungen häufig mit Begriffen aus dem griechischen *anorexia*, mit seinem lateinischen Äquivalent *inappetentia*, Appetitmangel. Der Begriff *an-orexis* (*Mangel an Begierde*) erscheint erstmals im 1. Jahrhundert. Galeanus (2. Jh.) benutzte ihn später mit der Bedeutung *fehlender Appetit*. Ein Autor der byzantinischen Kompilatoren, Alexander von Tralles (Trallianus; 525-605), bearbeitete in Eigenregie und mit eigenen Erfahrungen das Thema Appetitmangel. Danach etablierte sich zu Beginn unseres Jahrhunderts durch Richard Morton (1637-1698) der Begriff *Anorexia nervosa*. Allerdings verwendet er noch den Begriff der *Atrophia nervosa* oder *Phthisis nervosa*. Richard Morton erlernte eigentlich den Beruf des Predigers, bevor er 1670 in Oxford seinen Doktor der Medizin erhielt. Er wurde hauptsächlich aufgrund seiner guten Beobachtungsgabe und klaren Beschreibungen von Krankheitsphänomenen bekannt. Mit der Bezeichnung Hysterie öffnet sich ein weites Kapitel der Medizingeschichte. Wie der Name schon sagt, liegt der Focus der Betrachtungen in der *hystera*, (griechisch = Gebärmutter). Dieses Organ wurde für eine Vielzahl von Symptomen verantwortlich gemacht. Hippokrates führte den Begriff *Hysterie* ein, als ein Phänomen der wandernden Gebärmutter. Es wurde angenommen, daß sie dadurch verschiedenartigste Störungen im Organismus auslösen könne. Die Hysterie ist wiederum verbunden mit dem weiblichen Geschlecht und wurde deshalb hier aufgeführt, weil sie vielerorts mit Eßstörungen in Verbindung gebracht wurde. Ein weiterer Begriff, zu dem die Symptome Abmagerung und Eßstörungen passen, ist die Melancholie (Schwermut, Trübsinn). Das griechische Wort bedeutet *Schwarzgalligkeit* (*melas* = schwarz; *chole* = Galle). Nach antiken medizinischen Anschauungen galt die Schwermut als Folge einer durch den Übertritt von verbrannter schwarzer Galle in das Blut verursachten Erkrankung. Melancholie ging also mit Trübsinn, Ängsten, Unruhe, Schlaflosigkeit, einer Neigung zur Menschenscheu (Misanthropie), Wahnbildern und Mager-Darm-Beschwerden einher. Desweiteren werden Gewichtsverlust oder Abneigung gegen Nahrung angeführt.

In der Psychiatrie setzte sich die physiologisch orientierte Psychiatrie durch, wobei der deutsche Wilhelm Griesinger (1817-1869) genannt werden muß. Die Neuropsychiatrie im 19.

Jahrhundert folgte dem Leitsatz Griesingers, daß Geisteskrankheiten gleich Gehirnkrankheiten sind. Der französische Arzt Fleury Imbert (1795-1851) veröffentlichte 1834 eine neurophysiologische Studie über das Hunger- und Durstgefühl. Er postulierte die Dominanz des Gehirns in ihrer zentralen Bedeutung für alle vegetativen, intellektuellen, affektiven, moralischen und psychischen Funktionen oder Fähigkeiten. In einem von Imbert (1840) veröffentlichten Buch über Frauenkrankheiten findet man Bemerkungen zu Neurosen des Magens und insbesondere zu drei Eßstörungen: Anorexie, Bulimie und Pica. Auch differenziert er schon zwischen einer *anorexie gastrique* und einer *anorexie nerveuse*. Schon hier wurde die Bedeutung des Gehirns, die primäre Ursache von einer Organischen unterschieden. In einem Beitrag von Marce (1860) wird die Nahrungsverweigerung vor allem bei Mädchen im Pubertätsalter beschrieben. Zur Behandlung empfahl Marce bereits zu seiner Zeit, die Kranken nicht bei der Familie zu lassen, sondern sie anderweitig in neutraler Umgebung unterzubringen.

Es herrscht keine Übereinstimmung darüber, wer das Krankheitsbild der Anorexia nervosa letztendlich entdeckt und begrifflich dingfest gemacht hat. Zwei Mediziner müssen in diesem Zusammenhang allerdings genannt werden: der Engländer William Withey Gull (1816-1890) und der Franzose Ernest-Charles Lasègue (1816-1883). Während Gull als prominenter Arzt mit einem außergewöhnlichen Ruf, seiner scharfen Beobachtungsgabe und einiger wissenschaftlicher Preise hohes Ansehen genoß, trat Lasègue eher bescheiden auf. Gull avancierte zum Hofarzt. Er machte eine vorbildliche Karriere durch. Lasègue veröffentlichte eine große Anzahl medizinischer Schriften, blieb jedoch zeitlebens im Schatten des großen Neurologen seiner Zeit, Jean-Martin Charcot (1825-1893). Entscheidend aber ist, daß beide, Gull und Lasègue, wissenschaftliches Arbeiten und genaues Beobachten medizinischer Phänomene als unabdinglich ansahen. Mit einer relativ neuen Sichtweise entwickelte Gull eine moderne Psychosomatik, derzufolge Störungen durch eine sogenannte pathogene Kraft im Gehirn ausgelöst werden können. In einem Vortrag im Jahre 1868 erwähnt der englische Arzt zum ersten Mal ein neues Syndrom: Die extreme Abmagerung einiger Frauen sei nicht auf eine Darmerkrankung zurückzuführen. Viel mehr Beachtung aber schenkte er dem neuen Krankheitsbild nicht. Im April 1873 veröffentlichte Lasègue seine grundlegende Arbeit *De l'anorexie hystérique*, in der er darauf aufmerksam macht, daß er den Begriff *hysterische Unterernährung* für die angemessenere Bezeichnung hält. Er beschrieb den pathologischen Zustand der Patientinnen schon sehr genau und erkannte schon früh, daß es sich eigentlich bei diesem Krankheitssymptom nicht um ein fehlendes Verlangen handelt. Auch die Ursachen

erkannte Lasègue schon als nicht organisch; und er führte sie auf Gemütszustände, auf emotionale Störungen zurück, die die Patientinnen zu verbergen suchen. Als eklatante Symptome dieser neuen Krankheit beschreibt der französische Arzt unter anderem Verminderung der Nahrungsaufnahme und ausgeprägte Hyperaktivität. Auch Beziehungsstörungen zur Umwelt, Depressionen, Hautprobleme, Amenorrhoe und Verstopfung charakterisieren das Erscheinungsbild der hysterischen Anorexie. Nicht zuletzt erwähnt Lasègue die Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin. Dies könnte als erster Hinweis auf die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung gedeutet werden. Auch Gull spricht in einem wissenschaftlichen Beitrag in *The Lancet* (1888) von einem auffälligen Bewegungsdrang, trotz extremer Abmagerung der Patientin, wobei er sich auf Beobachtungen aus dem Jahre 1874 bezieht. Wer nun der erste war, der definitiv als Entdecker der Anorexia nervosa gelten kann, bleibt offen. Denn außer den letzt genannten Medizinerinnen, die sich gewiß um die Erkennung dieses sehr komplexen Phänomens verdient gemacht haben, sollten die Arbeiten von Morton, Briquet, Imbert, Marcé nicht ungeachtet bleiben. Um die Jahrhundertwende hatte man sich schließlich darauf geeinigt, daß es sich bei der Anorexia nervosa um eine psychische Erkrankung handelt.

Die Erforschung der wirklichen Ursachen einer Magersucht interessierte vor allem die phänomenologische Psychiatrie (Binswanger, Kuhn, Zutt). Von Mangel an sozialer Anpassung spricht Zutt, der Terminus Abwehr als Mittelpunkt psychopathologischer Symptome stammt von Binswanger.

Die im Laufe der Geschichte aufgezählten Symptome der neuen Krankheit Anorexia nervosa beinhalten in ihren Kernaussagen immer Hyperaktivität, Bewegungsdrang und motorische Unruhe der Patienten. Hinzu kommt, daß den Anorektikerinnen die körperlichen Anstrengungen, trotz ausgezehrteten Körper, Freude bereiten und als angenehm empfunden werden. Die Ärzte fragen sich, wie ein solch geschwächter Körper noch solche Kräfte aufzubringen vermag. Lasègue zitiert ausdrücklich die Hyperaktivität seiner Patientinnen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, daß im Paris der Jahre 1870/71 eine Hungersnot herrschte, weil sie von den Deutschen belagert wurden. Dem exzellenten Auge des Arztes fiel auf, daß Anorexie Patientinnen einen enormen Bewegungsdrang verspürten, immer aktiv waren, während die unfreiwillig hungernden Menschen müde, matt und keinerlei Lust auf Bewegung hatten. Die Verringerung der Nahrungsaufnahme, so schloß Lasègue aus seinen Beobachtungen, beeinflusse also nicht so sehr die Muskelkraft, sondern steigere vor allem die Beweglichkeit. Auf einen anderen wichtigen Aspekt weist Gull hin. Er stellt fest, daß Medikamente für den Appetit oder die Verdauung nutzlos sind. Viel wichtiger sei die

moralische Kontrolle der Patientinnen. Dazu sollten sie möglichst von der Familie, Freunden und Verwandten isoliert werden. Man benötige ein Behandlungsprinzip, das objektive Distanz zuließe. Bemerkenswert bleibt die Tatsache, daß das Krankheitsbild erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts als eigenständige medizinische Entität seine Beachtung fand.

Einige weitere Autoren und Psychologen, die sich um Verständnis und Aufklärung von Eßstörungen, vor allem der Anorexia nervosa, verdient gemacht haben, sollen an dieser Stelle noch kurz erwähnt werden. Sigmund Freud (1856-1939) machte hauptsächlich Ängste aufgrund ungelöster, emotionaler Assoziationen für die Ausbildung einer Anorexie verantwortlich. Die Symptome (Nahrungsverweigerung, Hyperaktivität, Introvertiertheit u.a.) seien Abwehrmechanismen zur Vermeidung oder Verminderung von Ängsten (Triebängste, Gewissensängste, Realangst). Diese Symptome verfolgen als Ziel die Vermeidung von Gefahrensituationen. Eine schier unerträgliche Spannung durch Abwehrvorgänge könne zu einer Ich-Veränderung führen. Freud erkennt einen der bedeutendsten Wesenzüge der Magersucht: der unablässige Kampf der Kranken, durch Selbstbestrafung irgendwelchen Schuldgefühlen entkommen zu können. Selbstvorwürfe werden oft verstärkt, und es kommt zu Gefühlen von Unfähigkeit und Wertlosigkeit. Letzterem versuchen viele Anorexia-nervosa-Patienten durch überdeterminierte Hyperaktivität zu entgehen. Diese kann aber niemals zu einer echten Befriedigung führen.

Der Erforschung psychologischer und psychopathologischer Ernährungsprobleme ist das zentrale Forschungsgebiet der Amerikanerin Hilde Bruch (1904-1984). Mit ihren bahnbrechenden Beiträgen zu den verschiedenen Arten von Eßstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas) erhielt die Psychiatrie einen enormen Anstoß und Einblick in die Ursachenproblematik dieser Phänomene. Ein deutscher Psychiater, der sich um die Behandlung von eßgestörten Menschen verdient gemacht und sich auf Anorexie spezialisiert hat, ist der Münchner Manfred Fichter. Unter anderem beschäftigte er sich auch mit Kafkas Hungerkünstler (1987). Sowohl in Kafkas Werk als auch bei Magersüchtigen sieht er Parallelen in prägnanten Persönlichkeitsmerkmalen. Ehrgeiz und Perfektionismus und ein stets unbefriedigtes Verlangen nach Anerkennung von außen sind hier von besonderer Bedeutung.

2.5 Kulturhistorische Aspekte von modernen Eßstörungserkrankungen

Im 18./19. Jahrhundert fanden revolutionäre Umwälzungen der Arbeitswelt, im Familienleben und in der Politik statt. Entsprechend spricht man von der demographischen-, der industriellen- und der sozial-politischen Revolution. In dieser Zeit sank die Mortalitätsrate,

die Bevölkerung nahm explosionsartig zu, es entwickelte sich auf manchen Gebieten Massenproduktionen, und das Bürgertum übernahm die Vorherrschaft. Zwei Strömungen müssen an dieser Stelle genannt werden: 1. *die Aufklärung* und 2. *die Romantik*. Die viktorianischen Wurzeln der Magersucht könnten als Ohnmacht der *idealen Familie* gedeutet werden. Es kam zur Ausbildung einer Doppelmoral, zu der Anstand und Pflichterfüllung gehörten. Die Familienmitglieder waren psychisch, sozial und wirtschaftlich aneinander gebunden. Erziehungsmethoden hingen immer auch mit *Essen* zusammen. Z. B. wurden Kinder als Bestrafung ohne Essen zu Bett geschickt. Oder sie erhielten Essen als Belohnung für bestimmtes Verhalten. Auch die Einstellung zur Sexualität ist mit dem Begriff *viktorianisch* eng verbunden. Selbstbeherrschung oder besser Affektbeherrschung sind hier die dominierenden Vokabel. Die eigenen Gefühle und Emotionen unter Kontrolle zu haben, war ein *Muß* in gesellschaftlichen Kreisen. Ethische Tabus, Verhaltensnormen und Regeln hielten eine strenge Ordnung aufrecht. Dem Mann gehörte die Rolle als Ernährer; ihm oblagen alle Verantwortlichkeiten, die Frau hatte für Haushalt und Mutterschaft zu sorgen. Anstatt Prügelstrafen wie früher drohte man nun mit viel subtileren Mitteln in der Erziehungspraxis, wie z.B. über das Essen. Nicht von ungefähr entstanden in dieser Zeit Märchen wie *der Däumling*, *Aschenputtel* oder der *Struwelpeter* und der *Suppenkasper*. Um die Jahrhundertwende entwickelte Freud seine spezifische Sichtweise von den pathogenen Wurzeln psychischer Erkrankungen im Kindesalter. Viele Familientherapeuten sehen in dem gescheiterten Prozeß der idealen Bürgerfamilie grundlegende Wurzeln der modernen Magersucht. An den Rollenerwartungen mußten junge, sensible Mädchen geradezu scheitern und andere Auswege aus ihren Gefühlsdilemmata suchen. Die viktorianische Epoche lieferte zwar eine neue Sichtweise für Wissenschaft und Technik, ein neues Verständnis für Raum und Zeit (schneller, besser, bessere Techniken, Einsteins Relativitätstheorie, Dampfer, Telephon), doch das Mitwachsen und Mitdenken war für jeden eine neue Anforderung und bedurfte neuer Verarbeitungsstrategien. In diesem Zusammenhang erweist sich die Adoleszenz als eine soziale und kulturelle Auswirkung der industriellen Gesellschaft. Oftmals und nur zu gerne wurden die Emanzipationsbewegungen der neuen, intellektuellen Frau als *Hysterie* oder *Nervenleiden* abgetan. Das Streben dieser Frauen (Suffragetten u.a.) nach Zielen wie Selbstverantwortung, Wahlrecht, nach eigener Entscheidungsfreiheit zwischen Herd oder Karriere, erinnert an die Legende der Wilgefortis, die hungerte, weil sie sich für ihren Bräutigam unattraktiv machen, weil sie ihn nicht heiraten wollte. Eine Reihe weiterer Faktoren wären noch zu nennen, die Teil hatten an der Entwicklung der modernen Zivilisationskrankheit *Eßstörung*. In der Geschichte der Ernährung sind da zum

einen die kulturhistorischen Aspekte (Genuß und Gastronomie), aber auch der sozial-anthropologische Aspekt (Essen als Mittel zur Kommunikation und Machtausübung, als Zeichen der Identität und des Status'). Von der Fettlastigkeit der Nahrung kam man ab und entwickelte Konzepte im Zusammenhang mit Eßgewohnheiten, Tischsitten und der Figur. Gesundheitsgedanken, Schlankheit als Zeichen von Persönlichkeitsstärke und Disziplin wurden modern. Diese Disziplin ersetzte das äußere Korsett, die Krinoline. Auch in der Kunst strebte man nun nach schwerebenen, idealen Tänzerinnen und Tänzer. Abgebildet wurden schlanke, graziöse und feingliedrige Körper.

Auch in unserer Gegenwart zeigen sich eine Vielzahl subtiler Normwerte, die auf konventionellen Vorstellungen basieren, und eine entscheidende Rolle bis in den Alltag einer jeden Person hinein haben. Man denke nur an Fitneß-Kult, Breitensport, Diätenschwämme, Waagen-Kult und vieles mehr. Die Definition als Person über das Body-Image steht außer Frage. Was sich aus Körperkontrolle, Wettkampf- und Rekordhysterie, Schlankheit und Gesundheitswahn paradoxerweise entwickeln kann, dafür soll die hier vorliegende Arbeit grundlegende Erklärungsversuche und Deutungsinhalte liefern.

3 Theoretische Erklärungsansätze

3.1 Entwicklung und Stand der Forschung

Das Krankheitsbild der *Anorexia nervosa* muß im Zusammenhang mit der Tradition der medizinischen Gedankenwelt gesehen werden. Im 19. Jahrhundert bildeten sich die Grundlagen der modernen Medizin, und die Psychiatrie entwickelte sich zu einer eigenständigen medizinischen Disziplin. Die erste detaillierte Beschreibung ist dem englischen Arzt Richard Morton (17. Jahrhundert) zu verdanken. Als Hauptmerkmale der als *nervöse Atrophie* bezeichneten Krankheit nannte er Appetitverlust, Verstopfung, extreme Abmagerung, Amenorrhoe und Hyperaktivität. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts trat die *Anorexia nervosa* als ein modernes klinisches Erscheinungsbild mit einer klar definierten Symptomatologie hervor. F.J. Gall (1758-1828) postulierte als erster eine cerebrale Lokalisationslehre. Sie besagt, daß die verschiedenen psychischen Funktionen je einen spezifischen Teil des Gehirns beanspruchen. Die sich daraus bildende Wissenschaft der *Phrenologie* gab der Hirnforschung und der physiologischen Psychologie einen wichtigen Impuls. Indirekt wurden hierdurch auch der psychosomatischen Medizin allgemein und insbesondere der Entdeckung der *Anorexia nervosa* der Weg bereitet.

Im Jahre 1840 erschien ein Buch des französischen Arztes Fleury Imbert, in dem er sich unter anderem zu den *Neurosen des Magens* und insbesondere zu drei Eßstörungen äußert: Anorexie, Bulimie und Pica. Imbert unterschied zwei Arten von Anorexie, die *anorexie gastrique* und die *anorexie nerveuse*. Die zweite Art nannte er auch *primaire* oder *idiopathique*. Während bei der *anorexie gastrique* der Magen zu behandeln sei, sollten bei der Behandlung der *anorexie nerveuse* Hirnfunktionen beeinflußt werden.

Im Jahre 1873 erhielt das Erscheinungsbild der *Anorexia nervosa* eine anerkannte Stellung im Pantheon der Medizin. Fast gleichzeitig beschrieben der französische Wissenschaftler Lasègue und der britische Arzt Gull eine anorektische Hysterie. Hierbei handelt es sich um eine psychogene Selbstaushungerung mit verschiedenen, manchmal fatalen körperlichen Störungen, die durch Unterernährung und Auszehrung bedingt sind.

Um die Jahrhundertwende bestand bezüglich der *Anorexia nervosa* Übereinstimmung darin, daß es sich um eine psychische Erkrankung handelt.

Im Zeitraum von 1945-1960 wurde die Psychiatrie stark von psychoanalytischen Auffassungen beherrscht. Auch die Theoriebildung über die *Anorexia nervosa* wurde davon beeinflußt. Die Angst vor der Nahrungsaufnahme hing danach mit unbewußten Phantasien

über orale Befruchtung zusammen. Das Interesse an der Magersucht war jedoch noch nicht besonders groß. Erst das bahnbrechende Werk von Hilde Bruch (1904-1984) machte auf die besondere Störung des Selbstbildes von Magersüchtigen aufmerksam.

Seit Bruch wurden wechselnde Anschauungen vertreten und wieder verworfen. In der Literatur ist der Diskurs zwischen biologischen, psychodynamischen, lerntheoretischen, familientheoretischen, feministischen und anderen Erklärungsansätzen von Anorexien noch in vollem Gange. In neuerer Zeit werden neben den somatischen Symptomen und ihren verschiedenen Modifikationen insbesondere Einstellungen und Verhaltensmerkmale von Kranken als wesentlich zur Beschreibung des Krankheitsbildes herangezogen. Fichter (1985) betont die psychologische Exploration, einschließlich der familiären Interaktion gegenüber medizinischen Befunden. Eßstörungen werden in der Literatur übereinstimmend als Versuch gedeutet, die Nahrungszufuhr und damit das Körpergewicht zu manipulieren, um innere Konflikte, Schwierigkeiten und Streß zu bewältigen. Viele Experten weisen zunehmend darauf hin, daß häufiges und chronisches Diäthalten die Entstehung eßgestörten Verhaltens provoziert. Die Leugnung jeglicher Gefahr seitens der Kranken wird als charakteristisches Merkmal der Magersucht betrachtet; über diesen Punkt ist man sich in renommierten Kreisen einig (Fichter 1985; Selvini-Palazzoli 1986; Feiereis 1987; Meermann & Vandereyken 1987; Bruch 1992). Für Herpertz-Dahlmann & Remschmidt (1989) sind Gefühle von Unzulänglichkeit und Depressionen von entscheidender Bedeutung. Beim Krankheitsbild der eßgestörten Frau wird der ganze Körper in Mitleidenschaft gezogen. Die permanente Gewichtsreduktion, wobei oftmals ein exzessives Fitneßtraining als Mittel zum Zweck eingesetzt wird, kann zu Schwächeanfällen, Schwindel, Frieren und ähnlichen Symptomen führen. Diese werden von den Betroffenen aber meist ignoriert und mit noch härteren Maßnahmen (z.B. intensives Sport treiben) bekämpft.

3.2 Die Problematik der Theoriebildung

In der gegenwärtigen Forschung ist man sich darüber einig, daß sich Eßstörungen im allgemeinen nicht auf nur eine Ursache zurückführen lassen (Mester 1981; Fichter 1985; Meermann & Vandereyken 1987; Feiereis 1991). Die Problematik liegt in der Multidimensionalität der Anorexie. Im Zeitalter der postmodernen spiegeln auch die Krankheitsbilder die Komplexität zivilisatorischer Konsequenzen wider. So diskutiert man über biologische, familiendynamische, psychoanalytische, soziokulturelle und persönlichkeitspezifische Faktoren bei der Entstehung einer Eßstörung.

Eine weitere Problematik der Theoriebildung besteht darin, daß Normen des Eßverhaltens schwer standardisierbar sind.

Essen ist einerseits lebensnotwendig, und Essen ist andererseits mehr als bloße Nahrungsaufnahme. Mit gemeinsamen Mahlzeiten sind auch soziale Kontakte und gemeinsame Erlebnisse verbunden. Mit Essen ist nicht einfach nur eine existenzielle Reaktion auf körperlichen Hunger verbunden. Bei gesunden Menschen reguliert sich die Nahrungsaufnahme über Hunger, Appetit und Sättigung, so daß sie im allgemeinen ein ihrer physischen Konstitution angemessenes Gewicht erreichen, das sie über lange Zeit halten. Dieses Gewicht nennt man auch *set-point-Gewicht*. Es ist zum Teil anlagebedingt und steigt meist mit zunehmendem Lebensalter allmählich an. Normal im Sinne der Ernährungswissenschaft ist ein Eßverhalten, bei dem sich die Nahrungsaufnahme durch Hunger-, Appetit- und Sättigungsgefühl weitgehend in der Form selbst reguliert, daß die vom Körper benötigten Nährstoffe in angemessener Menge aufgenommen werden.

Mit dem Begriff der *Schlankheit* ist heute eine Qualitätsbezeichnung, ein ästhetisches Werturteil verbunden. Eine schlanke Figur ist die Voraussetzung und ein Zeugnis für ein gutes, gesundes Aussehen. Sie ist aber auch bedeutsam für die Wirkung als dynamische, leistungsfähige, begehrte Persönlichkeit im Privat- und Arbeitsleben. Und sie ist das Attribut von Jugend und Schönheit, also höchst erstrebenswert.

Im folgenden werden Gruppen von Erklärungsansätzen vorgestellt. Zunächst werden biologische Erklärungsansätze behandelt. Diese liefern eine gewisse Erklärungsgrundlage für das Phänomen *Eßstörungen*, haben aber nur eine sehr begrenzte Reichweite. Ihnen folgen familiendynamische Erklärungsansätze, die in der Literatur einen wesentlichen Raum einnehmen. Sie beinhalten bereits tiefenpsychologische Komponenten, die im nächsten Abschnitt thematisiert werden. Dann folgen soziokulturelle Ansätze, die den breiten, gesellschaftlichen Rahmen zum Gegenstand ihrer Erklärung machen. Schließlich wird der identitätstheoretische Ansatz vorgestellt. Der identitätstheoretische Ansatz nach Stahr et al. (1995) bildet die Grundlage zur Vorbereitung und Interpretation der Pbn-Interviews.

3.3 Biologische Erklärungsansätze

Genetische Erklärungsansätze. Der genetische Ansatz geht von einer angeborenen Disposition für die Ausbildung einer Magersucht aus. Dies würde bedeuten, daß in den Erbanlagen eines Menschen ein Gen die Ursache für die Entstehung einer Magersucht wäre.

Die potentielle Gefahr läge also schon im Genom. Es bliebe die Frage offen, aus welchen Gründen es zum Ausbruch kommt, d.h. welche Faktoren zur Krankheitsauslösung beitragen. Viele Experten glauben heute, daß es genetische Veranlagungen gibt, die die Entstehung von Eßstörungen begünstigen. Und Umweltfaktoren oder bestimmte Umweltkonstellationen können als Auslöser für Eßstörungenreaktionen angesehen werden.

Degen (1991) faßt die Studien der beiden Forscher Braun und Chouinard zusammen. Diese stützen ihre Ergebnisse auf Daten aus der Zwillingsforschung und aus Untersuchungen von nahen Verwandten von Betroffenen. Danach liegt das Erkrankungsrisiko bei eineiigen Zwillingen, von denen einer erkrankt ist, für den anderen Zwilling zwischen 35% und 56%. Verwandte ersten Grades tragen das sechsfache Erkrankungsrisiko.

Fichter (1985) berichtet dagegen, daß das Vorliegen einer Magersucht in der Elterngeneration vernachlässigbar gering ist. In Zahlen gesprochen findet man bei Kalucy et al. (1977) bei Müttern einen Anteil von 16%, bei den Vätern einen Anteil von 23%.

Bei den Studien mit Zwillingspaaren ist die Anzahl der untersuchten Probanden jedoch äußerst gering. Auch gibt es keine Untersuchung über getrennt aufgewachsene Geschwister (Fichter 1985). Bei der Elterngeneration handelt es sich lediglich um leichte anorektische Symptome, Untergewicht und ungewöhnliche Eßgewohnheiten (Kalucy 1977). Das bedeutet, daß dieser Ansatz nur eine sehr begrenzte Reichweite zur Erklärung von Eßstörungen bietet.

Auf der Basis der Genforschung und der Biotechnologie, d.h. auf molekular-biochemischer Ebene, können in der Zukunft gewiß noch bahnbrechende Erkenntnisse bei der Aufklärung von Eß- und Verhaltensstörungen erwartet werden. Neuere Untersuchungen bei Mäusen z.B. bestätigen von manchen Forschern vermutete genetische Anlagen zur Fettsucht. Wissenschaftler der Universität of New Jersey machten Beobachtungen, daß diese Mäuse bei Nicht-Vorhandensein eines bestimmten Gens auch bei fettreicher Ernährung nicht übergewichtig wurden (Nature Genetics, Bd. 24; S. 377). Die als Hmgic-Gen bezeichnete Erbanlage wird normalerweise nur während der Embryonalentwicklung gebildet. Bei erwachsenen Tieren ist diese Erbanlage normalerweise stumm. In unreifen Fettzellen aber wird sie dann aktiviert, wenn die Mäuse eine sehr kalorienreiche Nahrung zu sich nehmen. Dann veranlaßt das Produkt dieses Gens die Vergrößerung der Fettpolster. Bei unzureichender oder ausgewogener Ernährung wird kein entsprechendes Protein gebildet. Wenn also das Hmgic-Gen fehlt, fehlt auch die Anlage für eine adipöse Reaktion. Folglich werden die Lebewesen mit diesem Genmangel nicht übergewichtig.

Was diese Ergebnisse für die Entwicklung und Behandlung von Eßstörungen, insbesondere der Adipositas, beim Menschen bedeutet, läßt sich noch nicht absehen. Die Übertragung von Forschungsergebnissen von Tieren auf den menschlichen Organismus bleibt nach wie vor problematisch.

Biophysiological Erklärungsansätze. Obwohl die *Anorexia nervosa* seit dem 17. Jahrhundert bekannt ist, versuchen Wissenschaftler bis heute zu klären, was dieser Erkrankung letztlich zugrunde liegt. Bisher war man sich einig, daß die somatischen Symptome Folge der chronischen Mangel- und Unterernährung sind. Heute stellt sich die Frage, ob die Mangelernährung nicht einen Teufelskreis in Gang setzt, der die Stoffwechselsituation des menschlichen Organismus derart verändert, daß auch auf physiologischer Ebene das Krankheitsbild aufrecht erhalten wird.

Alle Vorgänge im Menschen basieren auf biophysiologicalen und biochemischen Grundlagen. Jedes Denken, Handeln und Fühlen ist an neuronalen Aktivitäten erkennbar. Im Zusammenhang mit Eßstörungen wird dem Neurotransmitter Serotonin eine große Bedeutung zugesprochen. Da dieser Botenstoff an der Vermittlung zwischen Sensorik und Motorik beteiligt ist, nimmt man an, daß hierbei ein Rückkopplungszyklus zwischen Hyperaktivität und gestörtem Ernährungsverhalten entsteht. Erwähnt werden Monoamine und insbesondere auch wiederum Serotonin, die bei der Regulation von Hunger, Sättigkeit, Wachheit und Schmerzsensibilität eine große Rolle spielen.

Die Hypothese, die sich aus der Verbindung von biochemisch reguliertem Hungergefühl (auf der Basis von Energieverbrauch und Energiezufuhr) ableiten läßt, ist die eines biologischen Perpetuums. Ein hoher Level an Transmitter, also Serotonin, reduziert die Nahrungsaufnahme und das Hungergefühl und führt so zu Gewichtsverlust. Diese Vorgänge wiederum sind Auslöser für eine gesteigerte physische Aktivität.

Exkurs

In der Biochemie zählt man Serotonin zu den Mediatoren. Als Mediatoren bezeichnet man heute chemische Botenstoffe, die in vielen Geweben gebildet werden können. Sie verbreiten sich durch Diffusion im Gewebe, soweit sie nicht von den weißen Blutzellen gebildet und ins Blut abgegeben werden. Serotonin ist ein 5-Hydroxytryptamin oder auch Enteramin. Es ist im Tier- und Pflanzenreich verbreitet. Es entsteht durch Hydroxylierung und Decarboxylierung aus der Aminosäure Tryptophan. An den Gefäßen wirkt Serotonin vasokonstriktorisch und tritt unter anderem bei der Blutgerinnung aus den Blutplättchen ins Serum über. Ferner

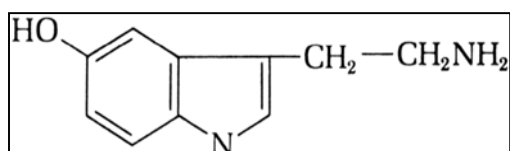


Abb. 1: Serotonin

kommt es in der Darmschleimhaut vor, wo es die Peristaltik anregt.

Entscheidend aber ist, daß man Serotonin auch im Zentralnervensystem gefunden hat. Hier dient es an einem bestimmten Synapsentyp als Überträgerstoff.

Diese Tatsache führt zu einem weiteren Modell zur Erklärung von anorektischem Verhalten. In seinem ersten Erklärungsmodell bemerkt Fichter (1993), daß es sowohl bei anorektischen Patienten als auch bei Patienten mit Depressionen zu neuroendokrinen Veränderungen im Hypothalamus kommt.

Der Hypothalamus ist das Steuerzentrum aller vegetativen und der meisten endokrinen Prozesse des Organismus und damit das wichtigste Integrationsorgan zur Regelung des inneren Milieus des Körpers. Zu diesen untergeordneten hormonellen, vegetativen und somatischen Prozessen zählen: Abwehrverhalten (Alarmreaktion), ein Verhalten, das die Ernährung und Verdauung fördert (nutritives Verhalten), und ein Verhalten, das der Fortpflanzung dient (reproduktives Verhalten). Zum Abwehrverhalten gehören zum Beispiel eine vermehrte Muskeldurchblutung, Blutdruckerhöhung und Atmungssteigerung bei gleichzeitiger Hemmung der Haut- und Magen-Darm-Durchblutung. Ein ähnliches Programm wird bei körperlicher Arbeit oder aber auch bei extremem Sporttreiben aktiviert. Da man Serotonin in Neuronen gefunden hat und der Hypothalamus als Gehirnstruktur aus Nervenzellen besteht, kann man nun anstrengende sportliche Bewegung und Drosselung der Nahrungsaufnahme miteinander in Verbindung bringen.

Für die Gesamtregulation des Verhaltens sind die monoaminergen Bahnsysteme (noradrenerge, dopaminerge und serotonerge Neuronen) besonders wichtig. Sie ziehen vom Hirnstamm aus zu fast allen Hirnteilen. Der Hypothalamus steuert die Neuro- und die Adenohypophyse. Diese beiden Teile bilden mehrere Hormone. Auch die in der Mitte liegende Pars intermedia entläßt ein weiteres Hormon. Die sogenannten *releasing factors* des Hypothalamus bilden das Bindeglied zwischen nervöser und hormonaler Regulation. Von der peripheren Drüse werden dann die Hormone in einem Rückkopplungssystem wieder zum Gehirn geleitet.

In seinem zweiten Modell führt Fichter nun das Verhalten der eßgestörten Patienten auf eine gestörte Neuroregulation von Hunger und Sättigung im Hypothalamus durch Neurotransmitter zurück. Besonders erwähnt werden Serotonin und Noradrenalin. Des weiteren sind an diesem Regelkreislauf die Neuromodulatoren Cholezystokinin und endogene Opiate beteiligt. Fichter bemerkt jedoch, daß bei aller Diskussion, im Zusammenhang mit dem Hypothalamus als Zentrum des Hunger- und Sättigungsgefühls, die Bezeichnung *Magersucht* als eine *Anorexie*, also ein *fehlendes Verlangen*, nicht der Wirklichkeit entspricht. Eine an Magersucht erkrankte Person unterdrückt ihr Hungergefühl, sie widersteht ihm. Auch intensive Bewegung

unterdrückt die natürliche Nahrungsaufnahme. Der Körper befindet sich sozusagen im permanenten Alarmzustand, er simuliert eine Gefahrensituation und ist in ständiger Bereitschaft zur *Flucht*.

Es gilt als wahrscheinlich, daß einige der genannten biologischen Faktoren bei der Entwicklung einer *Anorexia nervosa* gestört sind. Bei Hyperaktivität kann man vor allem eine Erhöhung des hypothalamischen Metabolismus von Serotonin registrieren. Dies bewirkt den Kreislauf von einerseits Bewegungsaktivierung und andererseits Nahrungsreduktion.

Auf neurochemischer Ebene postuliert Aravich (1993), daß das Peptid β -Endorphin in den komplexen Metabolismus von Leistung, Aktivität und Erschöpfung eingreift. Die Schmerztoleranzgrenze bei magersüchtigen Athletinnen liegt sehr hoch. Auch geben sie, im Vergleich zu *Normal-Personen*, ihre Müdigkeit erst viel später zu. Unter dem Namen *Endorphine* werden eine Reihe von Peptiden zusammengefaßt, die aus dem Gehirn isoliert wurden und dieselben Rezeptoren besetzen wie Opiate (Morphin und Analoge). Die Bedeutung der Endorphine für die Tätigkeit des Gehirns ist noch nicht ganz aufgeklärt. Wahrscheinlich dienen sie als generelle Inhibitoren einer Gruppe von Nervenzellen und beeinflussen so die Gesamtaktivität des Gehirns. Ergänzend sei noch erwähnt, daß eine ganze Reihe von Opiaten bei biologischen, physiologischen Vorgängen in Erscheinung treten, wobei ihre genaue Funktion noch nicht geklärt ist (Aravich 1994).

Davis (1997) untersuchte, ob es eine Verbindung zwischen Selbst-Aushungerung und hohem sportlichen Trainingslevel gibt. In Tierversuchen zeigte sich, daß ein hoher Level an physischen Aktivitäten und Selbstaushungerung sich einander bedingen. Auch bei Anorexie-Patienten fand er einen Zusammenhang zwischen den beiden Komponenten Eßstörungen und physische Aktivität. Psychosoziale Faktoren bilden eher die Ursachen und Auslöser für Eßstörungenreaktionen. Aber biologische Faktoren sorgen dann für die Aufrechterhaltung dieses Zustandes. So befinden sich sportlich sehr aktive Anorexie-Patienten in einem psychisch-biologischen Teufelskreis von sich wechselseitig bedingenden Einflußfaktoren.

Eine andere Hypothese geht davon aus, daß man es bei einer Magersucht mit einer Art Überempfindlichkeit gegenüber den weiblichen Geschlechtshormonen, den Östrogenen, zu tun hat. Das physiologisch wichtigste Östrogen ist das Östradiol- 17β .

Das Östradiol ist in erster Linie für den Genitalzyklus verantwortlich. Es bewirkt außerdem die Proliferation der Uterusschleimhaut und die Entwicklung der Brustdrüse. Des weiteren reguliert Östradiol, durch einen Rückkopplungseffekt, die Gonadotropin-Ausschüttung der Hypophyse und wirkt im Zyklus mit Progesteron und Hypophysenhormonen zusammen. Im

allgemeinen Metabolismus bewirkt Östradiol eine Verminderung der Blutlipide und eine Vermehrung der Unterhaut-Fettdepots.

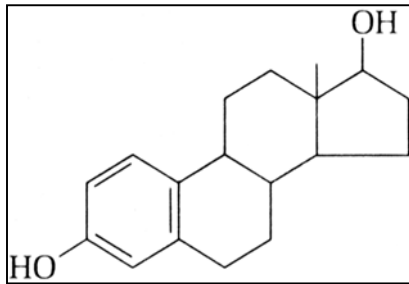


Abb. 2: Östradiol

In einem vielzelligen Organismus, wie dem der Säugetiere, zu denen auch der Mensch zählt, müssen die vielen spezialisierten Organe sinnvoll integriert und koordiniert werden. Zuständig dafür sind das Nervensystem und das endokrine System. Sie dienen der Steuerung des Stoffwechsels, der Regelung des *inneren Milieus* (Kreislauf, pH-Wert, Wasser- und Elektrolythaushalt, Temperatur etc.) und steuern darüber hinaus das Wachstum und die Reifung des Organismus und schließlich die Äußerungen des Organismus gegenüber seiner Umwelt. In diese Steuerung greifen Reize aus der Umwelt, psychisch-emotionale Faktoren und Rückkoppelungsmechanismen innerhalb des Organismus ein. Auch hier findet man wieder eine Verbindung zum Hypothalamus, dessen Rolle bei der Anorexie bereits besprochen wurde. Das endokrine System regelt nämlich auch die Ernährung, den Stoffwechsel, das Wachstum, die körperliche und psychische Entwicklung und Reifung, die Fortpflanzungsmechanismen, die Leistungsanpassung und das *innere Milieu* (Homöostase) des Körpers. Die meisten der überwiegend vegetativen Funktionen unterstehen der zentralen Kontrolle des Hypothalamus, der wiederum von höheren Zentren des Gehirns beeinflusst wird. Das weibliche Sexualhormon Östrogen spielt unter anderem auch bei der sexuellen Orientierung eine Rolle. Aus diesem Grund schließt Degen (1993) einen Zusammenhang zwischen der körperlichen Entwicklung der *Frau* und dem Widerstand eines jungen Mädchens gegen das Erwachsenwerden nicht aus. Bei extremer Nahrungsreduktion und damit verbundener Gewichts- und Körperfettabnahme stellt der weibliche Organismus als Folge seine Regelblutungen ein. Es kommt bei der anorektischen Patientin zu einer Amenorrhoe. Ungeklärt aber bleibt die Frage nach der Ursache einer solchen Überempfindlichkeitsreaktion.

An dieser Stelle sei noch auf neuere Arbeiten der Hirnforschung verwiesen. Im Falle einer Anorexie geht man davon aus, daß es im Cortex zu Erweiterungen der corticalen Furchen und zu einer Vergrößerung der Ventrikel kommt. Zielgerichtete Bewegungen, dazu gehören auch sportliche Bewegungen, werden vom moto(senso)rischen Cortex, in Zusammenarbeit mit der Stützmotorik, gesteuert. Degen (1993) registrierte nun mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei Anorexie-Patienten abnorme elektrische Aktivitätsmuster auf der rechten Gehirnseite und im frontalen Hirnlappen. Dort ist das planende und vorausschauende Denken lokalisiert. Folglich könnte eine Veränderung dieser corticalen Gehirnstruktur für ein eßgestörtes Verhalten mitverantwortlich sein. Die Synapsenbahnen feuern oder verlaufen anders als bei normal essenden Menschen. Allerdings sind Ursachen- und Wirkungszusammenhänge hier noch nicht eindeutig geklärt.

Tiermodell eines gestörten Eß- und Aktivitätsverhaltens. Ergebnisse aus Tierexperimenten von Epling et al. (1983) beweisen eine eindeutige Relation zwischen physischer Aktivität und reduzierter Nahrungsaufnahme. Die Versuchstiere, Laborratten, zeigten bei Nahrungsrestriktion eine enorm erhöhte Laufradaktivität. Unter gewissen Umständen wurde dieses Verhalten immer extremer, bis hin zur Selbst-Aushungerung.

Auch Falk (1977) hat festgestellt, daß Laborratten bei einer Nahrungsreduktion von 20% mit exzessiver Lauf-, Leck- und Trinkaktivität reagieren. Falk bezeichnet eine solche Reaktion als *programm-induziert*. Epling (1983) definiert dieses Verhalten als *schedule-induced*. Wird dieses reduzierte Futter in bestimmten, vorher geplanten Intervallen gegeben, so reagieren die Tiere mit erhöhter Laufradaktivität. Gleichzeitig reduzieren dieselben Tiere ihre Nahrungsmenge. Nicht selten sterben sie einen Hungertod. Der hier von den Forschern beobachtete Vorgang tritt nur in Kombination der beiden Faktoren auf: (1) Diät und (2) programmierte Nahrungsgabe.

Epling et al. (1984) sowie Russel (1987) berichten von biologischen Implikationen zu den beiden Faktoren *physische Aktivität* und *Eßstörungen*. Sie definieren das beobachtete Erscheinungsbild als *activity-induced-weight-loss*. Hier ergeben sich nun Parallelen zum Krankheitsbild der *Anorexia athletica*, einer bewegungsinduzierten Magersucht. Sportliche Aktivitäten und Nahrungsreduktion stehen in Korrelation zueinander.

Wallace, Sanson und Singer (1978) demonstrierten, daß Menschen, die unter strikten Diätbedingungen leben, strenge und rigide Verhaltensweisen entwickeln. Diese Rigidität, das Festhalten an ganz bestimmten Verhaltensmustern (Tagesablauf, Essens-Rituale, etc.), kann man auch bei anorektischen Personen beobachten.

Die Ergebnisse dieser Modelle lassen sich wie folgt formulieren: Am Anfang steht die exzessive physische Aktivität. Anorektisches Verhalten kann oftmals als Folgeerscheinung beobachtet werden. In bezug auf den Sport könnte folgende Hypothese formuliert werden: Exzessives Training kann Ursache sein für die Ausbildung eines anorektischen Verhaltens.

Zusammenfassende Beurteilung. Innerhalb der Forschung sind die Erklärungen, die genetische Faktoren für das Auftreten von Eßstörungen verantwortlich machen, umstritten. Die Stichproben sind zu klein, um profunde Aussagen machen zu können. Auch gibt es keine Untersuchungen über getrennt aufgewachsene Geschwister (Fichter 1985). Arbeiten von Fichter (1985) und Kalucy (1977) zeigen, daß das Vorliegen einer Magersucht in früheren Generationen vernachlässigbar gering ist.

In der Hirnforschung steht die Wissenschaft noch am Anfang eines langen Forschungsweges. Probleme ergeben sich bei der Wahl, Verwendung und Auswertung bestimmter Methoden. Auch hat man sich noch nicht über Standardwerte und damit über *Eichwerte* einigen können. Folglich sind Schwierigkeiten bei der Definition von *normal* und *abnorm* vorprogrammiert. Auf physiologischer Ebene läßt sich jedoch ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und gestörtem Eßverhalten nicht abstreiten. Fraglich ist nur, was Ursache und was Wirkung ist. Zur Beantwortung dieser Frage bedarf es der interdisziplinären Forschung von Psychologie, Biologie, Biochemie, Soziologie und der Sportwissenschaft.

3.4 Familiendynamische Erklärungsansätze

Das System *Familie* gilt in unserer Gesellschaft noch immer als die kleinste Organisationseinheit, als Basis von Erziehung und Bildung, Vermittlung von Werten sowie Überlieferung und Weitergabe von Traditionen. Das Ideal einer bürgerlichen Familie, das sich vom 17. Jahrhundert an entwickelte, ist nach wie vor von zentraler Bedeutung für die leiblich-seelische Entwicklung des Kindes. Die schwierige Phase der Pubertät und die Adoleszenz beinhalten viel Konfliktpotential der Generationen im Umgang miteinander. Die Entfaltung von kognitiven, affektiven und sozialen Fähigkeiten hat einen hohen Stellenwert bei der Herausbildung einer autonomen Persönlichkeit. Oftmals fühlen sich Eltern mit ihrer Erziehungsaufgabe überfordert. Viele Ehen und Familien brechen auseinander, weil sie sich der schweren Verantwortung dieser Erziehungs- und Entwicklungsaufgaben nicht mehr gewachsen sehen. Bei den Familien von Magersüchtigen jedoch handelt es sich äußerlich zumeist um sogenannte intakte Familien. Selten findet man in der Statistik geschiedene Ehen oder auffällige, zerrüttete Familienverhältnisse. Die meisten anorektischen Patientinnen

kommen aus der oberen Mittelschicht. Die gesellschaftlich geltenden Regeln und Normvorstellungen werden verinnerlicht. Pflichterfüllung, Leistungsstreben, eine gute Schul- bzw. Berufsausbildung und die anschließende Karriere gehören zur Skala dieser Wertvorstellungen.

Seit dem späten 18. Jahrhundert fanden in Westeuropa vier revolutionäre Umwälzungen statt. Die Agrarrevolution betraf das Arbeitsleben. Die Produktivität in der Landwirtschaft konnte gesteigert werden und machte der Hungersnot ein Ende. Die Fortschritte auf dem demographischen Sektor setzte die Mortalitätsrate in der Bevölkerung enorm herab, so daß es zu einer Bevölkerungsexplosion kam. Die das Arbeiterleben beeinflussende industrielle Revolution brachte neue Massenprodukte und Produktionsweisen. Und nicht zuletzt bedeutete die sozial-politische Revolution die Macht für das Bürgertum. Philosophisch betrachtet wurden diese Erscheinungen begleitet von den Weltanschauungen der Aufklärung und der Romantik. Unter dem Einfluß dieser Strömungen entwickelten sich die neuen Humanwissenschaften und allmählich auch die Naturwissenschaften.

Im Verlaufe des 18. und 19. Jahrhunderts kultivierte die Bürgerfamilie ganz bestimmte Rollenmuster: Ihr Lebensstil entsprach weitgehend den Konventionen ihrer sozialen Schicht. Der Vater übernimmt die traditionelle Rolle des Ernährers. Er sorgt für materiellen Wohlstand, um den Kindern eine umfassende Förderung zuteil werden zu lassen. Das gilt sowohl für die Ausbildung als auch für die Ausübung von Hobbys (u.a. Sport). Dagegen wird von der Ehefrau erwartet, daß sie die Rolle als Hausfrau und Mutter übernimmt. Ihr obliegen die Aufgaben der Kindererziehung, der Kontaktpflege zu Verwandten und Nachbarn, der Darstellung der Familie nach außen und der Ordnung nach innen. Dazu gehört auch, daß sie ihren Ehemann von den Alltagsproblemen der Familie abschirmt, damit dieser sich in Ruhe von seiner Arbeit regenerieren kann. Es herrscht eine scheinbar harmonische Atmosphäre, in der Streit, Auseinandersetzungen und Diskussionen keinen Platz haben. Besonderen Wert legen die Frauen auf die Erziehung ihrer Kinder. Die geltenden Leitthemen sind: gutes Benehmen, gepflegtes Äußeres, gute schulische Leistungen. Gerade diese Zielpräferenzen der Erziehung kann man später bei den magersüchtigen Patientinnen wiederfinden. Diese jungen Mädchen und Frauen sind an die herrschenden, familiären und gesellschaftlichen Moralvorstellungen angepaßt. Sie zeichnen sich aus durch Bescheidenheit, Höflichkeit, ein freundliches und hilfsbereites Verhalten, angenehmes Auftreten und sehr gute schulische Leistungen. Wie nun aus einer solchen *Bilderbuchfamilie* der Makel der magersüchtigen Tochter entstehen kann, damit befassen sich verschiedene renommierte Autoren und Autorinnen.

Im folgenden werden Erklärungsansätze beschrieben, die familiäre Aspekte als Hauptursache einer Eßstörung favorisieren. Sie unterscheiden sich in bezug auf den Schwerpunkt der Verursachung innerhalb der Familie. Das interaktionistische Modell macht Kommunikations- und Artikulationsschwierigkeiten im Zusammenleben der Familie zum Hauptproblem für die Anorektikerin. Der familiensoziologische Erklärungsansatz erweitert den Kreis der dialogisierenden und interaktionierenden Umgebung. Familie und Gesellschaft sind demnach bei der Entstehung einer Magersuchterkrankung zu berücksichtigen. Personengebundene Ursachenerklärungen liefern familiendynamische Ansätze, die jeweils in der Mutter, beziehungsweise im Vater den Hauptgrund dafür sehen, daß ihre Tochter mit Eßstörungen reagiert. Eine andere Perspektive vermittelt die Mehrgenerationentheorie. Dieser noch relativ neue Forschungszweig der Psychologie versucht gewisse Familienstrukturen aufzudecken, die über Generationen hinweg Familienideologien transportieren, mit denen in der heutigen Zeit nachkommende Generationen große Schwierigkeiten haben.

Interaktionistisches Modell zur Erklärung von Eßstörungen. Die Frage nach der Verantwortlichkeit der Familie ist zugleich die Frage danach, wie denn eine *normale, gesunde* Familie auszusehen hat. Dazu macht Gastager folgende Aussage: Eine Familie muß „...als Kleingruppe imstande sein, sowohl den Spielraum jedes einzelnen ihrer Mitglieder (die personalen Eigenheitssphäre) als auch ihren eigenen Spielraum (die familiäre Intimsphäre) zur Erweiterung und Entfaltung zu bringen...“ (1973, 128).

Insbesondere Bruch (1992) und Selvini-Palazzoli (1986) trugen wesentlich zur Ursachenklärung für Eßstörungen aus familiendynamischer Sicht bei. Der Ansatz von Selvini-Palazzoli geht zurück auf den familiendynamischen Ansatz von Menuchin (1981). Dieser versteht die Familie als ein kybernetisches, sich selbst regulierendes System. Das Ganze, also die gesamte Familie, ist mehr als die Summe seiner Teile. Demnach lassen sich gewisse Faktoren nicht einfach summieren, um das Phänomen *Magersucht* zu erklären. Der Wirkungszusammenhang erweist sich als viel komplexer. Menuchin et al. (1981 und 1983) beobachteten eine starke Verstrickung der einzelnen Familienmitglieder. In dieser Atmosphäre sind Veränderungen nicht willkommen. Jegliche Veränderungen sind mit Ängsten assoziiert; denn das Verhalten in definierten Räumen wird als sicherer und einfacher empfunden, als über seine Grenzen hinauszuschauen, sich mit seinen Ängsten zu konfrontieren oder das Risiko einzugehen, sie gar zu überwinden. Ein falsch verstandenes Harmoniebedürfnis führt oftmals dazu, das eigene *Ich* zu verleugnen. Das Resultat dieser Familiensituation ist eine Starrheit im Beziehungsgefüge, die zum Teil mit Tradition

verwechselt wird. In Familien mit magersüchtigen Töchtern fällt auf, daß sie unfähig sind, mit Konflikten umzugehen. Schon 1979 sieht Overbeck die Anorexie als einen um den Widerspruch von Symbiose und Individuation kreisenden Familienkonflikt.

Selvini-Palazzoli erklärt, dem einzelnen Familienmitglied fehle es an Privatheit, an einer nur ihm gehörenden Intimitätssphäre. Der Spielraum für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung wird durch die strengen Auflagen von Verhaltensregeln eingeschränkt. Die familiären Umgangsformen sind ritualisiert. Ein Mangel an Spontaneität führt zu verhärteten Interaktionsmustern. Die Folgen sind Sprachlosigkeit, Kommunikationsunfähigkeit und Ungeübtheit in der Auseinandersetzung mit anderen. Dieses instabile Familiengerüst kapselt sich gegenüber außerfamiliären Einflüssen ab. Es pflegt lediglich konventionelle, gesellschaftliche Kontakte. Was fehlt, ist ein Zuwachs an vertrauensvoller Verbundenheit innerhalb der Familie. Der Widerstand und die Angst vor Veränderungen der Situation unterdrücken notwendige Wandlungs- und Veränderungsprozesse. Positive und negative Emotionen kommen nie direkt, sondern nur atmosphärisch und subtil zum Ausdruck. Man scheut jede direkte Aussprache. Konfliktpotential wird totgeschwiegen. Streit bedeutet die Zerstörung der „erschwiegenen“ Harmonie. Zum Rollenverständnis der Eltern gehört außerdem, daß sie keine Schwächen zugeben. Kommuniziert wird oft in Phrasen wie: „Man tut das...“, „Es gehört sich...“, „Früher hat man...“.

Unter Berücksichtigung einer differenzierten Betrachtungsweise familiendynamischer Prozesse liefert Bruch (1992) zunächst phänomenologische Beschreibungen spezifischer Interaktionsbeziehungen aus Familien von fett- und magersüchtigen Patienten. Die Beziehungen innerhalb Familien mit anorektischen Kindern lassen sich laut Bruch dadurch charakterisieren, daß kein Gedankenaustausch stattfindet. Es wird nur über Oberflächlichkeiten gesprochen, insbesondere über Ereignisse, nicht aber über das Innenleben und schon gar nicht über Emotionen. Die magersüchtige Tochter versucht alles, um es allen (Eltern, Lehrern, Geschwister, Gesellschaft) recht zu machen und bleibt dabei mit ihren eigenen Sehnsüchten und Wünschen *auf der Strecke*. Sie versucht sich den von den Eltern gebotenen, kulturellen und materiellen Möglichkeiten als würdig zu erweisen. Mit hohen Eigenanforderungen will sie beweisen, daß sie es Wert ist, die Tochter ihrer Eltern zu sein. In seiner Untersuchung stellt Fichter (1985) heraus, daß diese *Ideologie der Pseudoharmonie* die eigentliche Bewältigung von Konflikten vereitelt. Es gibt keine Problemlösungsstrategien, keine Alternativen, da ein Problem erst gar nicht zugelassen wird. Aggressionen spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Unterschwellig bauen sich Spannungen auf, die Selvini-Palazzoli *latente Aggression* titulierte (1986, S. 55). Bruch meint, daß eine Störung

einer echten, offenen Kommunikation vorliege und spricht von der *Konfusion der Pronomen* (1992, S. 54).

In Familien anorektischer Patienten findet man ein stärkeres Bedürfnis und Streben nach Harmonie als in Familien bulimischer Patienten. Dort werden Konflikte und Impulshandlungen eher ausgetragen. Die Anorexie ist von Anfang an eine offene Anklage an die Familie (Selvini-Palazzoli 1982). Die Kranke versucht damit auf subtile Art und Weise, auf ihre Familienangehörigen Einfluß zu nehmen. Mit ihrer Nahrungsverweigerung verlangt sie mehr Aufmerksamkeit und Liebe von den anderen. Bulimien entwickeln sich in der Regel zunächst heimlich. Bulimikerinnen führen nach außen ein unauffälliges Leben. Sie versuchen ihre Krankheitssymptome zu verbergen.

Ein anderer soziokultureller Gesichtspunkt ist der Wandel der Rolle der Frau in der gegenwärtigen Gesellschaft. Die sich teilweise widersprechenden Rollenerwartungen erfordern eine hohe Anpassungsleistung und können somit zum Streßfaktor werden (Selvini-Palazzoli 1974). Die uneinheitlich gewordene Familienstruktur führt dazu, daß jedes Mitglied sich vor allem darum bemüht, sich zum Wohl der Familie moralisch aufopfernd zu zeigen. Selvini-Palazzoli beschreibt dieses Phänomen mit dem Begriff der *Symmetrie durch Opfer-Eskalation* (1974). Niemand darf offen seine Interessen durchsetzen. Jedes Familienmitglied versucht aber, indem es leidet, zum Opfer zu werden. Es will bedauert werden für 'all seine Mühe und Einsatz für die Familie' (Selvini-Palazzoli 1974). Auf diese Weise konkurrieren alle miteinander und halten sich durch Leiden in Schach. Dies ist die einzige, vom Über-Ich gestattete Form der Auseinandersetzung.

Bruch (1992) fällt auf, daß die Eltern magersüchtiger Kinder oft überfürsorglich sind, also eine *Overprotection-Haltung* zeigen. Die Kinder wachsen wohlbehütet auf und lernen nicht, mit schwierigen Lebenssituationen selbst fertig zu werden. Unter diesem Klima leidet auch die Eigenständigkeit und Selbständigkeit des Heranwachsenden. Den Beschreibungen von betroffenen Patientinnen entsprechend fühlen sie sich oft als *Marionetten*. Hier liegt einer der zentralen Punkte bei der Aufklärung von Eßstörungserkrankungen: Da Magersüchtige das Gefühl haben, ständig nur den Erwartungen anderer zu entsprechen, Bestimmungen zu unterliegen, die ihnen andere aufoktruieren, bedeutet die uneingeschränkte Kontrolle über ihren eigenen Körper, sowohl durch Nahrungsaufnahme beziehungsweise Nahrungsverweigerung als auch durch Hyperaktivität (körperliche Bewegung, sportliches Training) eine Möglichkeit der Selbstbestimmung. Die asketische Disziplinierung gibt ihnen ein Gefühl der Selbstbeherrschung und damit eine gewisse Selbstachtung.

In das Bild der scheinbar harmonischen Familie läßt sich auch die Beobachtung von Bruch (1992) einordnen, Magersüchtige seien in ihrer Entwicklung auffallend unauffällig. Aus dem Blickwinkel der Eltern betrachtet sind sie ausgesprochen *brav* und leicht lenkbar. Nach Aussage von Bruch haben sie allerdings nicht gelernt, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und durchzusetzen. Anders ausgedrückt: Sie sind ihrer eigenen Adoleszenz nicht gewachsen. Im Gegensatz zu Bruch meint Kieselbach (1987), daß das gestörte Körperbewußtsein anorektischer Frauen eine Folge von zu wenig erfahrener Zuwendung durch die Eltern ist. Lawrence (1990) sieht in der Magersucht eine Weigerung, gefüttert (bevormundet) zu werden. Sie ist gleichzeitig ein Mittel zur Selbstbehauptung und bietet die Möglichkeit der Grenzziehung zwischen sich und anderen.

Familiensoziologischer Erklärungsansatz. Der englische Psychiater Ryle war der erste, der aufgrund seiner klinischen Erfahrungen seit dem Ersten Weltkrieg, eine weitere Zunahme der *Anorexia nervosa* vorhersagte. Er begründete seine Vermutungen mit dem herrschenden gesellschaftlichen Schlankheitsideal. Ryle (1939) beschäftigte sich insbesondere mit der Situation von Jugendlichen und stieß auf das Problem der Pubertät und Adoleszenz. Wie sehen die Erziehungsbedingungen in westeuropäischen Ländern aus? Welches sind die vorherrschenden Familienverhältnisse?

Im Zusammenhang mit der familiär-gesellschaftlichen Situation muß auch die Frauenbewegung und damit die Veränderung des Frauenbildes betrachtet werden. Frauenbild und Schönheitsideal sind unumstritten miteinander verwoben. Gleichzeitig läßt sich die Veränderung der Rolle der Frau beobachten. Schlankheitswahn, Körperkult und Eßkultur sind Produkte einer auf Leistung programmierten Gesellschaftsstruktur. Was aber bedeutet die freiwillige Aushungerung in einer (Nahrungs-) Überflußgesellschaft? Wie soll das Verhältnis von Natur (Nahrungsaufnahme als Existenzgrundlage) und Kultur (Nahrungsaufnahme als kulturelles und soziales Ereignis) auf dem Hintergrund einer *Anorexia nervosa* bewertet werden?

Elias macht in seinen Abhandlungen (1976; 1983) deutlich, wie sehr das Eßverhalten mit der gesellschaftlichen Modernisierung verwoben ist. Rigide Reglementierungen, sowohl auf dem Gebiet allgemeiner Verhaltensnormen als auch auf dem Gebiet der Affektregulation, lassen dem Einzelnen wenig Spielraum. Das Individuum ist gezwungen, will es nicht unangenehm auffallen, sich diesen Fremdzwängen zu unterwerfen. Dadurch werden die ursprünglich von außen herrührenden Vorschriften zum Selbstzwang. In bezug auf das Essen kann sich hieraus ein psychisches Problem entwickeln. Hunger und Appetit auf der einen Seite, Selbstdisziplin

und damit Anerkennung und Achtung durch die Mitmenschen auf der anderen Seite. Neuere Aspekte im Hinblick auf das soziale Umfeld von anorektisch gewordenen Mädchen und Frauen, insbesondere ihre familiäre Situation, resultieren aus der Einbeziehung der gesellschaftlichen Entwicklung zur Moderne (Beck-Gernsheim 1990). Vielerorts findet man die Auflösung traditioneller Familienstrukturen. Dagegen etablieren sich immer mehr nicht-eheleiche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende und geteilte Elternschaften. Die Scheidungsraten sind stark angestiegen. Man spricht nicht mehr von *Großfamilien*, sondern von sogenannten *Fortsetzungsfamilien*. Auch unser Rechtssystem paßt sich langsam diesen neuen Lebensumständen an. Dem Lebens-Abschnitts-Gefährten gesteht man mittlerweile immer mehr Rechte zu, ähnlich dem gesetzlich legal- und standesamtlich eingetragenen Ehepartner. Auch Vätern wird das Recht auf "Mutterschaftsurlaub" gewährt. Wohngemeinschaften werden schon lange nicht mehr als exotische Ausnahme angesehen. Die Anforderungen in der Arbeitswelt stellen für den Einzelnen eine große Belastung dar. Familie und Beruf in Einklang zu bringen, wenn Karriere, Leistung, Flexibilität und Mobilität gefragt sind, ist keine leichte Aufgabe. Diese neuen Beziehungsstrukturen erschweren einem jungen, heranwachsenden Menschen, sich zu orientieren. Im Chaos ihrer Gefühlswelt fühlen sie sich allein gelassen. Sie wissen nicht, an wen sie sich wenden sollen, wem sie sich anvertrauen können. Sie brauchen Aufmerksamkeit, haben aber nicht den Mut, dies offen auszusprechen. Denn eigentlich sind sie sensibel genug, die Probleme ihrer Umwelt zu erkennen und möchten nicht noch mehr dazu beisteuern. Trotzdem ist das Gefühl der Hilflosigkeit da. Die Magersucht, d.h. die Eßstörung kann in diesem Zusammenhang als Versuch gesehen werden, auf sich aufmerksam zu machen, ohne es klar zu fordern; zum Zweiten dient sie als Ablenkung von sich selbst und Ausweichen vor der eigenen Verantwortung.

Braun sieht in der modernen Magersucht eine Auflehnung der heranwachsenden jungen Frau gegen das System *Familie* (1993). Diese, so Braun, steht mit ihren festen Regeln und Normen wie eine *Burg*, einer Festung gleich. Einerseits bietet sie Schutz vor Eindringlingen und vor Gefahren, die von außen kommen, auf der anderen Seite aber kann sie auch Gefangenschaft und Begrenztheit bedeuten, die die körperliche und geistige Bewegung einschränken. Dem Weg für Erfahrungen bleibt nur wenig Raum, nur ein sehr beschränkter Rahmen. Auch ist da kein Platz für die Möglichkeit, Fehler zu machen oder Risiken einzugehen.

Bei Buchholz & Dümpelmann (1993) kommen verschiedene Autoren zu Wort kommen, die sich aus einer jeweils anderen Perspektive mit dem Thema *Eßstörungen* beschäftigen. Boothe, Becker-Fischer & Fischer bezeichnen die Magersucht als eine Wohlstands-Erkrankung innerhalb einer deutlich leistungs- und weniger beziehungsorientierten Umgebung. Die

erhobenen Ansprüche eines jeden einzelnen fokussieren eine Ästhetisierung ihres Lebens. Geschlechtsspezifische Rollenerwartungen werden immer mehr verwischt, zugunsten von sozialer Erfolgsorientierung mit männlichen Leitbildern.

Die Rolle der Mutter bei der Erklärung von Eßstörungen. Nach Gerlinghoff (1992) übernimmt in der gegenwärtigen Gesellschaft die Mutter weitgehend die Erziehungsaufgabe. Bei der Analyse von Berichten betroffener Mädchen stellte Gerlinghoff fest, daß in solchen Fällen die Tochter zum Produkt, zum Geschöpf der Mutter wird. Diese bestimmt, wann ihr Kind Hunger oder Durst hat, ob es müde ist oder friert. Dabei bleibt kein Raum für freie Entfaltung. Die Tochter kann irgendwann nicht mehr zwischen den Wünschen ihrer Mutter und ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen unterscheiden. Auch der natürliche Ablösungsprozeß von zu Hause wird auf diese Weise erschwert. Das Vertrauen der jungen Erwachsenen in ihre Autonomie wird erstickt. Sie haben Schwierigkeiten mit ihren Emotionen. Gerlinghoff führt das Verhalten der Mutter darauf zurück, daß diese enttäuscht von ihrem eigenen Leben ist. Das Verhältnis zum Ehepartner ist oftmals gestört. In Beziehungsgesprächen geht es fast ausschließlich nur noch um Sorgen und Ängste, die die Familie betreffen. Partnerschaft und Erotik treten in den Hintergrund. Nicht selten haben die Mütter ihre Berufsausbildung abgebrochen, weil Nachwuchs unterwegs war. Andere besitzen zwar eine abgeschlossene Berufsausbildung, konnten aber wegen der Familie ihren Beruf nicht ausüben. Viele Frauen fühlen sich unausgefüllt. Sie leben ein Leben außerhalb ihrer eigentlichen Möglichkeiten. Sie erfüllen eine Rolle, mit der sie sich nicht identifizieren können. Das Fazit Gerlinghoff's lautet: „Vor diesem Hintergrund erscheint es verständlich, daß die Magersüchtigen die Rolle als Frau häufig ablehnen, weil sie ihnen nicht attraktiv erscheint“ (1992, S. 65). Die Angst vor dem Erwachsenwerden, die Angst vor der Rolle als Frau und Mutter, die negative Einstellung gegenüber dem *Frau sein* im allgemeinen, könnte ein Grund dafür sein, warum eine junge Frau zum Mittel der Selbstaushungerung greift. Sie wehrt sich damit unbewußt gegen ihre Entwicklung.

Die Rolle des Vaters bei der Erklärung von Eßstörungen. Noch vor kurzer Zeit gab es nur wenige Autoren, die dem Vater eine größere Bedeutung bei der Entstehung von Eßstörungen zugestanden. In der neueren Literatur dagegen scheint diese Auffassung nicht mehr eindeutig haltbar.

Nach Willenberg muß es in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter Schwierigkeiten gegeben haben, so daß diese sich mehr dem Vater zuwendet (1984; 1987). Als *Vaters Tochter*

gerät diese Beziehung, vor allem in der Pubertät, in eine Krise. Der Vater als Alternativ-Partner zur Mutter wird entidealisiert. Die Schwächen des *starken Vaters* werden für die Tochter erkennbar. Da sie sich nunmehr an niemanden anlehnen kann, der stark ist und auf den sie sich immer verlassen kann, kasteien sich die jungen Mädchen durch Selbstaushungerung. Durch ihr *dünn werden* und ihr *schlechtes Aussehen* hoffen sie Mitleid und Aufmerksamkeit zu erregen. Andere Magersüchtige wollen außerdem durch zusätzliche sportliche Aktivitäten und Leistungen Anerkennung und Lob ihrer Mitmenschen. Sie möchten für ihre Selbstdisziplin beim Essen bzw. für ihr Hungern und für ihr Training bewundert werden. Gefühle wie Allein-Gelassenheit und existenzielle Ängste werden durch ständige Aktivitäten verdrängt.

Auch für Gerlinghoff (1992) ist die Rolle des Vaters in Familien mit eßgestörten Frauen ambivalent. Wie schon erwähnt, überläßt er zwar den Hauptteil der Erziehung seiner Ehefrau, was jedoch nicht bedeutet, daß er kein Interesse an seinen Kindern hätte. Gerlinghoff entdeckt sogar eine oftmals erotische Beziehung zwischen Vater und Tochter. Doch er hält sich, um das Familienleben nicht zu gefährden, mit seiner Kritik am Erziehungsstil seiner Frau zurück. Auf diese Weise kann es unterschwellig zu schwierigen Situationen mit ambivalenten Vorstellungen kommen, aus der sich eine angespannte Atmosphäre entwickelt. Für sensible Menschen ist diese Spannung besonders deutlich spürbar. Unausgesprochene Unzufriedenheit führt oftmals zu Ersatzhandlungen. Je nach Persönlichkeitsstruktur werden diese auf verschiedenen Gebieten ausgetragen. Die labile Tochter versucht durch ihre Magerkeit, Aufmerksamkeit und Schutz zu erhalten. Sie fordert die Liebe ihrer Eltern (insbesondere die ihres Vaters), aber nicht auf direktem Weg, sondern indirekt über das *Hunger leiden*. Mit Hilfe der hageren körperlichen Gestalt versucht sie, intime Gefühle sichtbar zu machen: Empfindungen, die nach Geborgenheit, Anerkennung, Beachtung und Liebe schreien.

Die Elterngeneration kann mit diesem Problem nicht richtig umgehen. Sie versteht nicht, wie ein junger Mensch derart reagieren kann. Außerdem muß sie den Schein der perfekten Familie nach außen hin, oftmals auch vor sich selbst, wahren. Meist werden medizinische Maßnahmen als Ausweg gesehen. Daß es sich hierbei jedoch um ein psychisches Krankheitsbild handelt, das sehr komplex ist, dafür fehlt jedes Verständnis. Und schon gar nicht läßt sich ein anorektisches Verhalten mit dem ehemals vorbildlichen Betragen des guten Kindes, bzw. der perfekten Tochter, in Einklang bringen. Dieses Persönlichkeitsbild einer Magersüchtigen bestätigt auch Bruch (1992). Sie beschreibt sie mit Charaktereigenschaften wie: *brav* und *leicht lenkbar*. Die jungen Mädchen geben ihren Eltern selten Grund zur Besorgnis. Was sie aber nicht gelernt haben ist, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und

durchzusetzen. Zu Eßstörung neigende Mädchen sind, nach Bruch, ihrer eigenen Adoleszenz nicht gewachsen.

Die Mehrgenerationentheorie. Obwohl die *Anorexia nervosa* seit dem 17. Jahrhundert bekannt ist, versuchen Wissenschaftler bis heute die Frage zu klären, was dieser Erkrankung zugrunde liegt. Es gibt eine Reihe von wissenschaftlichen Hypothesen. Jede betrachtet die Krankheit aus einer anderen Perspektive. Keine der Theorien vermag die Ursachen vollständig aufzuklären. Immer mehr Autoren neigen dazu, das komplexe Gefüge des Phänomens *Eßstörung* in einen mehrdimensionalen Zusammenhang zu bringen. Auch die *Mehrgenerationenhypothese* ist ein solcher Schritt in Richtung Integration der bisherigen theoretischen Erklärungsansätze. Einen wichtigen Beitrag liefert die Arbeit von Utz (1988). Er untersuchte die familiären Einstellungsmuster bei *Anorexia nervosa* unter besonderer Berücksichtigung der Mehrgenerationendynamik (1988). Unter Verwendung von Fragebögen wurden Hypothesen über anorektische Familienstrukturen überprüft. Danach wird eine typische Familienkonstellation über Generationen hinweg weitergegeben. Zur Zeit liegen noch relativ wenige Untersuchungen vor, die Familien mit eßgestörten Mitgliedern, über mehrere Generationen hinweg, beobachtet haben. Der multidimensionale Ansatz berücksichtigt die organischen, intrapsychischen und vor allem die familiären Einflußfaktoren bei der Entstehung einer Eßstörung oder gar einer Magersucht. Um Zusammenhänge besser erfassen zu können, muß der Blickwinkel einer Untersuchung relativ weit gehalten werden. Eine globale Sichtweise beinhaltet sowohl die Epidemiologie, also die geographische Verteilung der Magersucht, als auch charakteristische Merkmale der Familienstrukturen einer Gesellschaft.

Die häufigsten Fälle von *Anorexia nervosa* findet man in westlichen Industrieländern (Hoppe 1982; Powers & Fernandez 1984). In Lateinamerika, Afrika und China scheint die Erkrankung bisher weit weniger verbreitet.

Der empirische Teil der Untersuchung von Utz enthält folgende Erhebungsvariablen:

Sozialstatus, Familienorganisation und Entwicklung, katamnestische Indikatoren, Daten, wie Alter, Größe, Gewicht, Anamnese, Erkrankungen etc..

Zu den ermittelten Faktoren der Familiendimensionen zählen:

Konflikt, Leistung, Religion, Offenheit, Freizeitverhalten, Ordnung und Organisation, Abhängigkeit/Freiheit, Kontrolle/Flexibilität, Kultur und Intellektualität.

Die Auswertung einer Stichprobe von 35 Familien mit magersüchtigen Töchtern, die von 1979 bis etwa 1985 in stationärer Behandlung waren, deckt folgende charakteristische Familienmerkmale auf:

Durch ihre Einstellung zur *Leistung* unterscheiden sich anorektische Familien signifikant von einer Normalfamilie. Alle Familienmitglieder sind stark leistungsfixiert. Der Leistungsdruck kommt zum Einen innerhalb der Familie, zwischen ihren Mitgliedern, deutlich zum Ausdruck; zum Anderen präsentiert sich die Familie in ihrer Gesamtheit nach außen hin als sehr strebsam. Man erwartet voneinander, daß in den verschiedensten Lebensbereichen Erfolge vorgewiesen werden können.

Mit dem Begriff *Harmonisierungstendenz* bezeichnet Utz (1988) das Familienklima, das von Bruch bereits 1973 erwähnt wurde. Bruch spricht von einer *Familieninteraktionsstörung* (1973). Die Harmonie ist nur oberflächlich; unter einer Fassade von Glück und Stabilität herrscht das Chaos unausgesprochener Gedanken und Gefühle. Die betroffenen Familien legen großen Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild und auf Erfolge in allen Bereichen des Lebens, wie Schule, Beruf, Sport und Musik, d.h. in Sparten, in denen man sich im Wertesystem der Gesellschaft präsentieren und profilieren kann.

Die *transgenerationale Loyalitätsbindung* (Utz 1988) verhindert, daß sich die Geschwister gegen ältere Generationen auflehnen. Die Eltern orientieren sich rigide an *konservativ ländlich-patriarchalen Werten und Moralvorstellungen* (Utz 1988).

Weber & Stierlin (1981) finden in ihrer Untersuchung von anorektischen Familien eine offene oder verdeckte Geschwisterrivalität. Jeder kämpft um die Gunst und Liebe der Eltern. Dabei wird Liebe mit materieller Fürsorge und Autonomie mit Egoismus gleichgesetzt. Die spätere Patientin entwickelt sich zum Musterkind, um von einem Elternteil die ersehnte Zuwendung und Anerkennung zu erhalten. Das anorektische Verhalten kann als Rache und Trotz gegen die erlebte Enttäuschung und den vermuteten Betrug gesehen werden, wenn das Mädchen erfährt, daß seine Bemühungen vergeblich waren. Die dabei entstehenden Gefühle, wie Neid, Haß und Wut dürfen oder können jedoch nicht geäußert werden. Die Wut richtet sich dann nach innen und entwickelt sich zu einem sich selbst zerstörenden Haß.

Familien mit anorektischen Kindern sind intellektueller orientiert. Man legt großen Wert auf kulturelle Bildung. Dies ist ein weiteres Ergebnis der Studie von Utz. Auch auf diesem Gebiet ergeben sich dann Möglichkeiten der Darstellung vor anderen. Was die örtliche Familiensituation betrifft, so leben Patientinnen signifikant häufiger im Familienverband mit Mitgliedern ihrer Ursprungsfamilie als Frauen aus *Normalfamilien*.

Laut *Mehrgenerationentheorie* läßt sich zusammenfassend folgendes festhalten: In anorektischen Familien stehen rigide Verhaltensmuster im Vordergrund, die von Generation zu Generation weitergegeben werden. Solche Rahmenbedingungen bieten einen guten Nährboden für Verhaltensstörungen. Bei normalen Familien kann man hingegen Veränderungsprozesse beobachten, die über Generationen hinweg einen positiven Verlauf nehmen (Borke 1967). Boszeremeny-Nagy (1973) spricht in diesem Zusammenhang bei Familien mit einem erkrankten Mitglied von einem "Schuldenkonto", das über Generationen weitergeführt wird. Es stehen Erwartungen im Raum, die auf einem gegenseitigen Geben und Nehmen basieren. Das Konto besteht aus Pflichten, Ansprüchen und Schuldingkeiten. Bei diesem Prozeß entstehen notwendigerweise Ungleichgewichte. Fixiert sich der einzelne darauf, können pathogene Verhaltensweisen auftreten. Hawkins (1979) meint, daß insbesondere die Frauen die verkrusteten Wertvorstellungen über Generationen hinweg weitergeben, sich aufopfern und dazu auffordern, sich auch weiterhin aufzuopfern und die eigenen Bedürfnisse zu unterdrücken. Zur allgemeinen Familiensituation im Zusammenhang mit magersüchtigen Kindern äußert sich auch Mendel (1956): Jede Familie ist durch ein in ihr vorherrschendes Thema gekennzeichnet. Ferreira definiert solche Familienmythen als *integrierte Glaubenssätze* (1963). Auch für Utz sind die Familienmythen in Familienideologien integrierte Glaubenssätze. Ihre Schlüsselthemen beinhalten vornehmlich konservativ patriarchale Vorstellungen. Es sind dies mittelständische, kleinbürgerliche Wertvorstellungen. Ihre stereotype Normenkonformität orientiert sich an Besitz und Leistung. Die erwachsen werdende Tochter wird aber u. a. auch durch ihr Umfeld mit neuen, modernen Werthaltungen konfrontiert. Diese versprechen mehr Freiheiten. Die ängstlichen und hilflosen Eltern reagieren mit Abschirmung und Verstärkung der Familienideologie. Die hohen Erwartungen seitens der Eltern, aber auch hohe Eigenerwartungen, können von der späteren Patientin nicht erfüllt werden. Die Folge einer solchen Entwicklung sind der Verlust des Selbstwertgefühls und vor allem eine Selbstbeichtigung. Die Verunsicherung durch die verschiedenen Lebensphilosophien wird durch eine totale Kontrolle über das Auftreten und das äußere Erscheinungsbild kompensiert. Ein wichtiger Aspekt dieser Kontrolle ist der Körper. Er wird funktionalisiert. Über diesen kann die anorektisch reagierende Frau verfügen. Außerdem kann sie nach außen hin demonstrieren, wieviel Stärke und Disziplin in ihr stecken, d.h. wiederum beweisen, wie leistungsfähig sie ist.

Die Mehrgenerationentheorie macht den Versuch, die Strukturen zu beschreiben, innerhalb derer sich pathologische Verhaltensmuster entwickeln können. Die bisherigen

Untersuchungen geben kein eindeutiges Bild über spezifische Bedingungen zur Entstehung einer *Anorexia nervosa*. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes Gefüge voneinander abhängiger Bedingungen. Diesem Fazit schließen sich auch Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) an. Sie lehnen es jedoch ab, die Krankheitssymptome nur aus den Gesetzmäßigkeiten der Familie heraus zu erklären. Die Familie ist ein wichtiger Teilaspekt bei der Ursachenklärung einer Eßstörung. Dies gilt für alle drei der bisher definierten Krankheitsbilder: Anorexie, Bulimie und Adipositas. Stahr et al. beschreiben die Situation, die in betroffenen Familien vorherrscht, als „Manifestation eines aus der Balance geratenen Familiensystems“ (1995, S. 67).

Die familiendynamischen Ansätze führen wieder zurück zur Kleinfamilie. Dies könnte als Rückschritt in der Entwicklung der Umgebungsverhältnisse eines sensiblen Individuums angesehen werden (Stahr et al. 1995).

Zusammenfassende Beurteilung. Das interaktionistische Modell zur Erklärung von Eßstörungen liefert einige wichtige Aspekte zum Verständnis für ein Krankheitsbild, dessen Symptome zwar in Diagnosekriterien zusammengefaßt wurden, deren Erscheinungsbilder aber im Einzelnen sehr unterschiedlich sein können. Es gibt zwei mögliche Betrachtungsweisen: Entweder ist die Familienstruktur derart aufgelöst, daß es dem heranwachsenden jungen Menschen an Orientierung und Halt fehlt, so daß es zur Ausbildung einer Eßstörung kommt. An der Kontrolle und Disziplin des Selbst hält sich die Anorektikerin fest. Oder aber, die Familiensituation läßt dem jungen Menschen zu wenig Raum zur Persönlichkeitsentfaltung. Diese Einengung kann der Auslöser für eine extreme Nahrungsreduktion, ein Rückzugmanöver in sich selbst, sein.

Gesellschaftliche Veränderungen haben immer auch Einfluß auf das Individuum. Diese Feststellung wurde bei der Betrachtung der Entwicklung von Eßstörungen immer mehr in die Überlegungen miteinbezogen. Der Mensch als selbständiges, subjektiv handelndes Wesen hat dennoch immer die Möglichkeit der freien Entscheidung. Daher kann der familiensoziologische Erklärungsansatz zum Thema Eßstörungen den Anforderungen einer umfassenden Ursachenklärung nicht alleine genügen. Eine exzellente Grundlagenforschung auf diesem Gebiet macht eine differenzierte Tiefenforschung notwendig.

Eine krankheitsfördernde Einstellung kann in der heutigen Zeit, bei extrem hoher Arbeitslosenquote, enormen Anforderungen in Beruf und Freizeit (Freizeitstreß), nicht alleine auf eine Person (z.B. die Mutter oder den Vater) zurückgeführt werden. Personale

Schulduweisungen sind kein Ausweg aus dem Dilemma des komplizierten Phänomens *Eßgestörtheit*.

Der Beitrag der Mehrgenerationentheorie hat den Forschungshorizont enorm erweitert. Der spezielle Begründungszusammenhang dieses Erklärungsansatzes gibt einen tieferen Einblick bei der Aufklärung der Entstehung einer *Anorexia nervosa*. Wichtig dabei sind vor allem solche Familienkonstellationen, die prädestiniert dafür sind, daß Kinder mit Eßverhaltensstörungen reagieren. Die Einbeziehung der verschiedenen Generationen, die Konstanz ihrer Wert- und Moralvorstellungen, die fehlende Flexibilität gegenüber einem sich verändernden Zeitgeist ist gewiß ein Grund dafür, daß ein heranwachsender Mensch aus diesem Milieu auszubrechen versucht. Welches Mittel er dazu benutzt und warum es gerade zu einer Magersucht kommt, darauf kann auch die Mehrgenerationentheorie keine Antwort geben.

Darüber hinaus ist ein sich im Werden befindendes Individuum nicht nur das Produkt seiner Umwelt. Der Mensch ist seinem Schicksal nicht erlegen. Er hat die Möglichkeit zu agieren und damit hat er Verantwortung zu übernehmen, für sich selbst und für andere.

Exkurs: Der anorektische Sohn

Nach Schätzungen von Reich (1992) erkrankten 0,1% der Männer während der Adoleszenz an Magersucht. Bei Frauen liegt die Erkrankungsrate wesentlich höher. Die Frage ist nun, warum Männer weniger häufig zu anorektischem Verhalten neigen als Frauen. Sie unterliegen denselben sozialhistorischen Hintergrundvariablen wie Frauen. Bei der Beantwortung dieser Frage mißt Reich der Lebensgeschichte des Individuums besondere Bedeutung zu. Rezeptivität und Passivität sind für das Selbstkonzept von Frauen ungleich wichtiger als für Männer. Von großer Relevanz ist auch das Streben nach Fitneß und Jugendlichkeit. Damit einher geht die Ablehnung von Übergewicht. Bei Männern werden körperliche Makel viel eher toleriert und als kleine Schönheitsfehler deklariert, als dies bei Frauen der Fall ist.

Eßstörungen bei Männern, so Reich (1990) seien der Versuch zur Lösung familiär tradierter Identitätskonflikte. Dabei spielt die Beziehung zwischen Vater und Sohn eine große Rolle. Reich beschreibt sie als erotisiert und teilweise homosexuell. Dies ist ein zentraler Punkt für die männliche Identitätsbildung: Der kleine Junge wirbt aktiv und ausdauernd um Beifall, Anerkennung und Bestätigung durch den Vater. Diese libidinöse Bande fordert von sich ein perfektionistisches Verhalten und eine gleichzeitige Verachtung der eigenen Schwächen und des eventuellen Versagens. Selbstbeherrschung und Selbstbehauptung sind die Attribute des vom Über-Ich geforderten idealen Ego. Tritt der heranwachsende Sohn am Ende der Adoleszenz in das neue Stadium der Mann-Werdung, benötigt er umso mehr die Bestätigung des Vaters. Er besteht auf die gleichen Privilegien und Rechte wie die Erwachsenen. Damit

verbunden sind wiederum bestimmte Leistungen und Pflichten sowie der Verzicht auf gewisse Freiheiten, die einem Kind noch zugestanden werden. Ist der junge Mann diesem Druck nicht gewachsen, reagiert er entsprechend seinen Möglichkeiten. Dem Vater kommt in diesem Fall die Rolle des Affektregulators zu. Jungen reagieren häufiger mit bulimischen Eßstörungen als mit einer Anorexie. Bulimie ist weniger offensichtlich als eine Magersucht. Wenn auch die beiden Arten von Eßstörungen, Bulimie und Anorexie, oftmals zusammen erwähnt werden, so verlangen ihre Krankheitsbilder dennoch eine sehr differenzierte Betrachtung. Dies gilt sowohl in bezug auf die Persönlichkeitsmerkmale der betroffenen Männer und Frauen, als auch für die Ursachen und die Krankheitssymptomatik.

Eßstörungen, insbesondere die *Anorexia nervosa*, sind seit langem Gegenstand psychologischer Forschungsarbeiten. In der Psychologie sind bestimmte Vorgehensweisen bei der Bearbeitung von Problemen üblich. Im Folgenden sollen einige spezielle psychoanalytische Erklärungsansätze vorgestellt werden, die sich bei der Suche nach den Ursachen von Eßstörungen verdient gemacht haben.

In der Objektbeziehungstheorie wird ein Subjekt einem Objekt gegenübergestellt, wobei es zu Verhaltens-Reflexionen kommt.

Durch eine biographische Betrachtung verspricht sich die Kindheitsanalyse Einblick und Verständnis für die Handlungsweisen von eßgestörten Patienten.

Diesem Ansatz folgt die psychoanalytische Erklärung; dabei wird jedoch auch deutlich, daß man an Grenzen stößt, wenn Eßstörungen ausschließlich aus einer psychoanalytischen Sichtweise recherchiert werden.

3.5 Psychoanalytische Erklärungsansätze

Viele Autoren orientieren sich bei der Ursachenklärung von Eßstörungen an Modellen aus der Psychologie. Schon Lasègue (1874) bezeichnete die Krankheit als intellektuelle Abnormität (Perversion). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Gull in England. Seiner Meinung nach ist der Appetitverlust durch einen krankhaften Geisteszustand bedingt (Gull 1874). Die körperlichen Symptome der Magersucht wurden von Gull (1874) und Lasègue (1874) bis Simmonds (1914) als Folge unzureichender Nahrungszufuhr auf Grund einer psychisch bedingten Anorexie aufgefaßt. Die Psychopathologie des Krankheitsbildes wurde von 1890 an besonders von französischen Autoren klassifiziert (Charcot 1887; Sollier 1891; Wallez 1892; Janet 1893/94). Wallez beobachtete, daß magersüchtige Patienten sehr viel spazieren gehen, um dünn zu werden; oder sie kompensierten ihre Nahrungsaufnahme durch Bewegung. Der

unbeherrschbare Drang, sich in Bewegung zu halten, heimlich Gymnastik zu treiben, ist ein Merkmal, das bei Magersucht-Patienten sehr häufig auftritt. Es kann vor allem im Anfangsstadium beobachtet werden. Anorektikerinnen scheinen eine fakirhafte Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz zu besitzen. Sie haben kein Gefühl dafür, wann sie müde sind und sich eigentlich ausruhen müßten. Sie können sich bis zur Erschöpfung herausfordern (Selvini-Palazzoli 1986). Janet betont, daß die Patienten ihre Müdigkeit unterdrücken (Janet 1893/94). Dies geht mit einem allgemeinen Erregungszustand einher, ähnlich einem Glücksgefühl oder einer Euphorie. In diesem der Ekstase ähnlichen Zustand wird das Verlangen nach Nahrung gelöscht. Janet (1893/94) spricht von einer *Dissoziation* des psychologischen Systems der Ernährungsregulierung. Er beschreibt die ungeheure Angst der Patienten, dick zu werden. Diese Angst dominiert alle Lebensbereiche. Ein solches obsessives Verhalten ist ein charakteristisches Persönlichkeitsmerkmal von Anorexie-Patienten. Es wurde mittlerweile bei der Klassifizierung des Krankheitsbildes berücksichtigt. Damit war ein Kernproblem, die Abneigung gegen den eigenen Körper, als ein entscheidendes Kriterium einer Magersucht formuliert. In der deutschsprachigen Literatur der Jahrhundertwende äußerte sich auch Freud über die hysterische Anorexie (1895). Er widmete ihr jedoch wenig Beachtung. Freud behandelte eine junge Frau unter Hypnose und diagnostizierte, daß ihre Abneigung gegen Nahrung traumatischen Ursprungs sei. Die Ursache läge in ihrer Kindheit, in der sie unter Strafandrohungen zum Essen gezwungen wurde (Freud 1895). Im Kommentar seiner Aufzeichnungen wird dieses Symptom als *Anorexie* tituliert, als Beispiel für phobische Angst infolge ungelöster Assoziationen mit emotionsbeladenen Ereignissen aus der Vergangenheit. Freud unterscheidet sogenannte vier hauptsächliche *Krankheitsveranlassungen*:

- (1) An einem Erlebnis erkrankt.
- (2) An einem Entwicklungsvorgang erkrankt.
- (3) Erkrankung durch Entwicklungshemmung.
- (4) Spontane Erkrankung.

Weitere Untersuchungen ergaben, daß sich im Leben magersüchtiger Patienten Veränderungen vollzogen hatten, die als höchst bedeutsam für die Verursachung eingeschätzt werden konnten.

Für Bruch sind die Verfälschungen der Wahrnehmung von Körperzuständen und der Mangel an Zutrauen in die Effektivität eigener Gedanken und Handlungen von grundlegender Bedeutung (Bruch 1991). Ihrer Einschätzung nach sind die psychodynamischen Probleme der

Betroffenen Symptome zur Kompensation von Defiziten. Anorexie-Patienten haben in einer Entwicklungsphase ihrer Kindheit keine adäquaten Strategien zur Bewältigung von Krisen entwickelt. Das Kind fühlt sich in vielen Situationen überfordert und befindet sich in einem Zustand ständiger Verwirrtheit und Ängstlichkeit. Die Folge davon ist die Ausbildung emotionaler Abwehrmechanismen, die für eine Vielzahl psychischer Störungen charakteristisch sind. Nach Bruch (1991) besteht der wesentliche Beitrag Freuds zum besseren Anorexie-Verständnis darin, daß er die „...verschlungenen Wege erkannte, auf denen menschliche Faktoren auf alle biologischen Funktionen Einfluß haben“ (1991, S. 86-87). Der neugeborene Mensch lernt, wofür seine Körperfunktionen gut sind. Wenn diese sich, aus welchen Gründen auch immer, nicht normal entwickeln können und damit nicht zur Erfüllung ihrer jeweiligen besonderen Aufgabe nachkommen, können neurotische oder psychotische Störungen auftreten.

Für das Verständnis der Symptombildung einer anorektischen Erkrankung erweisen sich auch folgende Gesichtspunkte als hilfreich:

Magersüchtige entwickeln Abwehrmechanismen, um über ihre Ängste hinweg zu kommen. Dabei handelt es sich meist um Gewissensängste, Angst vor Triebstärke und Realängste. Laut Freud lassen sie sich auf die Abhängigkeit des Ich vom Über-Ich, vom Es und von der Außenwelt zurückführen (1926). Die Ängste der Patienten signalisieren Gefahrensituationen. Daraufhin werden Symptome ausgebildet, um diesen Situationen zu entkommen (Freud 1926). Im Extremfall kann es zur Verkennung der Realität kommen. Bei dieser Symptombildung geht die Abwehr der Affekte mit einer Ich-Veränderung einher. Wesentlich ist, daß eine dem Ich unerträgliche Spannung gemildert wird. Es entsteht eine Feindschaft zwischen Ich und Trieb. Anorektikerinnen halten entschlossen an ihrem angeblich unmotivierten, willensfreien Negativismus fest. Die Nahrungsabstinenz steht im Dienste der Selbstbestrafung und stellt einen vergeblichen Versuch dar, Schuldgefühlen zu entgehen, indem bestimmte Handlungen vermieden oder gewisse Funktionen automatisch gehemmt werden. Selbstvorwürfe führen dazu, daß sich die Betroffenen unfähig und wertlos fühlen. Letzterem versuchen viele *Anorexia nervosa*-Patienten durch eine überdeterminierte Hyperaktivität zu entgehen. Aber auch die Hyperaktivität, die Rast- und Ruhelosigkeit und das exzessive Sporttreiben können nicht zu einer wirklichen Befriedigung führen. Thomä (1961) verwendet die Begriffe Ambivalenz, Objektbeziehung und Identität bei der Besprechung der Magersucht. Anorexie-Kranke wehren das bewußte Erleben von zärtlichen und aggressiven oralen Strebungen ab, die sich gleichzeitig oder alternierend gegen ein und dieselbe Person richten. Nicht nur, daß die Patientin eine auf die orale Zone beschränkte Objektfindung

vermeidet, sondern sie wehrt sich gegen jede tatsächliche oder emotionale Nähe. Auch beim Austausch von Zärtlichkeiten, bei Hautkontakt oder bei Streicheleinheiten entsteht ein Gefühl der Leere (Thomä 1961). Das Vermeiden von Nähe und Berührung führt zwangsläufig zu einer Vereinsamung. Hyperaktivität und Bulimie, so Thomä, führen nicht aus der Vereinsamung heraus. Vielmehr handelt es sich um Ersatzbefriedigungen, die der Kranken zu keiner wirklichen seelischen Befriedigung verhelfen. In Anlehnung an Katz (1932) spricht Thomä davon, daß im Hunger eine Spannung gegeben ist; und solange diese nicht befriedigt wird, bringt diese Spannung Bewegung in Fluß; sei es auf dem Gebiet der Vorstellungen, sei es, was noch ursprünglicher ist, im Muskelsystem.

Im Zusammenhang mit dem ausgeprägten Bewegungsdrang diskutiert Thomä das Phänomen der Kleptomanie bei einigen Magersucht-Patientinnen. Sowohl Bewegung als auch Kleptomanie siedelt er im Bereich der Motorik an (1961). Danach ist die Greifbewegung eine Ersatzhandlung für den Weg der Nahrung, die mit der Hand zum Mund geführt wird. Der zwanghafte Drang für ein bestimmtes Verhalten verleiht dem Krankheitsbild der *Anorexia nervosa* den Charakter einer Suchterkrankung. Vereinsamung und eine durch Hyperaktivität verdeckte Leere führen zu einer leicht depressiven Grundstimmung. Aus dem Rückzug einer ambivalenten Objektbesetzung, die im folgenden näher erläutert werden soll, resultiert ein ambivalenter Identifikationsprozeß des Individuums, in dem Selbsthaß und Selbstliebe eng nebeneinander stehen.

Erklärung einer Eßstörung in Anlehnung an die Objektbeziehungstheorie. Neuere psychoanalytisch orientierte Arbeiten, die sich mit den Ursachen von Eßstörungen befassen, haben die Objektbeziehungstheorie der Psychoanalyse als Kernpunkt. Die Objektbeziehungstheorie macht interaktionistische Beziehungen der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung des Individuums verantwortlich. Die emotionalen, sozialen und körperlichen Erfahrungen eines heranwachsenden Menschen werden im Gedächtnis gespeichert, ohne bewußt zu werden (Wittichen 1988). Selvini-Palazzoli (1986) ist der Überzeugung, daß nur eine psychodynamische Theorie, die sich auf Objektbeziehungen stützt, einen wesentlichen Beitrag zur Psychopathologie des Körpererlebens einer magersüchtig gewordenen jungen Frau leisten kann. Der Theorie nach überwiegen insbesondere die negativen Aspekte des introjizierten Objekts. In ihrem theoretischen Ansatz führt sie auf, daß die ursprüngliche Erfahrung des Kindes mit dem primären Objekt (der Mutter) eine *körperlich-einverleibende* ist (Selvini-Palazzoli 1986, S. 105). Die Folge der Einverleibung der negativen Aspekte ist eine Abwehr gegen die Rückkehr dieses Objekts in

das Bewußtsein. Dieser Ansatz ist die Grundlage zur Erklärung der Entstehung eines psychopathologischen Körpererlebens. Die fundamentalen Erlebnisse des Kindes mit seinem Objekt sind sowohl *gut*, im Sinne von Wohlbefinden und Geborgenheit, als auch *schlecht*, wenn es sich unbehaglich fühlt. Da der Säugling noch nicht in der Lage ist, verschiedene Objekte zu unterscheiden, erlebt er seinen eigenen Körper zunächst als gutes Objekt. Wird dieses Erlebnis durch mangelhafte emotionale Beziehungen beeinträchtigt, entsteht eine pathologische Situation. In diesem Fall empfindet das Kind seinen eigenen Körper als unangenehm. Infolgedessen betrachtet es ihn als schlecht oder aber als von einem schlechten Objekt bewohnt. Die Psychoanalyse lehrt, daß die Persönlichkeitsentwicklung auf der Beziehung des Individuums zu seinem Körper beruht. Dies geschieht von dem Augenblick an, da es ihn als ein Ganzes, das außerhalb des mütterlichen Objekts existiert, wahrnimmt. Selvini-Palazzoli (1986) weist darauf hin, daß auch die Erfahrungen der Kindheit, der Latenzphase und der Adoleszenz nicht von geringerer Bedeutung sind. Sie können die Folgen der mangelhaften primären Objektbeziehung kompensieren oder forcieren. Auf dem Hintergrund der Objektbeziehungstheorie kommt Selvini-Palazzoli zu folgender Arbeitshypothese: „Psychopathologisches Körpererleben ist unmittelbarer Ausdruck einer libidinösen und aggressiven emotionalen Beziehung zu negativen (erregenden und abweisenden) Aspekten des einverleibten Objekts“ (Selvini-Palazzoli 1986, S. 107). Eine Magersüchtige ist nicht einfach nur Opfer einer sporadischen Blockade von Nahrungsaufnahme, sondern sie ist fest entschlossen zur Nahrungsverweigerung. Für sie ist der Körper aufgedunsen, störend, aufdringlich. Sie muß ihn *klein* halten. Deshalb fühlt sie sich auch unwohl, wenn sie auch nur eine Kleinigkeit gegessen hat. Ursprünglich ging man davon aus, daß Magersüchtige keinen Hunger hätten. Neuere Befunde belegen jedoch, daß ein Grundsymptom von Anorexie ein ständiger Hunger ist, der bewußt bekämpft wird. Der bedrohliche Körper muß in Schach gehalten werden. Die Nahrungsaufnahme durch den Körper wird gesehen als eine Vergrößerung des Objekts auf Kosten des Ich. Die Kranke wehrt sich gegen diese Verdinglichung. Paradoxerweise trägt sie diesen Kampf nicht auf der geistiger Ebene aus, sondern auf einer rein materiellen Basis, nämlich der des eigenen Körpers. Von besonderer Bedeutung ist dabei, daß die Magersüchtige ihren Körper mit dem einverleibten Objekt, der Mutter, mit den negativen Aspekten gleichsetzt. Durch die Verweigerung der Nahrungsaufnahme leistet sie einerseits Widerstand, andererseits hält sie dieses Mittel für eine Möglichkeit zur Trennung des Ich von der Person der Mutter vom Objekt. Der Umgang mit ihrem eigenen Körper und das Gewährwerden ihres Selbst bereiten dem jungen Mädchen in der Latenzphase große Schwierigkeiten. Als weitere Streßfaktoren

gelten die Erwartungen anderer. In ihrer Hilflosigkeit, und weil sie allen entsprechen will, entwickelt sie einen passiven, unterwürfigen Lebensstil. Die Situation verschlimmert sich bei Eintritt in die Adoleszenz. Die heranwachsende junge Frau wird immer stärker mit ihrem Selbst konfrontiert und kann sich mit der Mutter nicht mehr identifizieren. Ihre Probleme versetzen das zerbrechliche, prämorbid Individuum in einen depressiven Zustand. Es fürchtet, den neuen Aufgaben nicht gewachsen zu sein. Oft geht diese Phase tatsächlich mit einer Verringerung des Appetits einher, wodurch die Aufmerksamkeit der Patientin, schon in dieser Lebensphase, auf dieses Thema gelenkt werden kann. Während der Pubertät, die begleitet ist von Depressionen, baut sich das Ich ein Abwehrsystem auf. Die junge Person aber kann mit der ambivalenten Situation nicht mehr fertig werden. Es entsteht ein nahezu schizophrener Zustand, eine innere Spaltung des Selbst. Die Einverleibung des schlechten Objekts führt zum Mißtrauen gegen alle seine Bedürfnisse. Zu einem Dilemma kommt es dadurch, daß das Objekt Körper trotzdem noch faszinierend ist. Daraus resultiert die Behandlung desselben mit totaler Kontrolle. Die anale Abwehr dreht sich in erster Linie um die Angst vor dem Verlust dieser Kontrolle. Auf der Suche nach Macht entwickeln die meist intelligenten eßgestörten Mädchen jeweils ganz eigene Methoden, sich gegen sich selbst, gegen die eigenen Bedürfnisse zur Wehr zu setzen. Die Phänomene reichen von Rivalitätsverhalten über Leistungsstreben zu Profilierungsversuchen. Sie haschen nach Bewunderung und Anerkennung. Sie möchten für stark und unbesiegbar gehalten werden, stellvertretend für den persönlichen Triumph über sich selbst. Das Fazit von Selvini-Palazzoli (1986) lautet daher: Magersucht ist eine besondere Abwehrstruktur, die zwischen schizoider Paranoia und Depressionen angesiedelt werden kann. Auch der Körper ist zwiespältig. Er ist Verfolger und Verfolgter zugleich. In ihren Körper projiziert die Anorektikerin alles Unannehmliche ihres Charakters. Gleichzeitig aber schützt sie ihr Selbst; denn der schlechte Körper, der vom eigentlichen Selbst ferngehalten wird, behütet die Existenz eines guten, achtungsvollen Ichs. Die Magersucht erhält sich selbst aufrecht. Sie bedeutet gleichsam einen Schutz vor dem Selbstmord, der als letzter Ausweg empfunden wird und dem die Funktion eines Fluchtweges zukommt. In der Objektbeziehungstheorie interpretiert Selvini-Palazzoli, daß die Patientin zum Einen das Gute in sich, im Objekt Körper bewahrt. Zum Anderen aber wehrt sie sich gegen das Schlechte in ihm. Dieses ist das vom Körper Geforderte, das sie aus der Kindheit mitgebracht hat. Diese Seite versucht sie strengster Kontrolle zu unterstellen. Der solchermaßen schemenhaft gezeichnete Zustand einer Magersüchtigen erweist sich als außerordentlich stabil. Eßgestörte Frauen sind auf ein ganz bestimmtes Gewicht fixiert. Bei Überschreitung dieser magischen Grenze reagiert die Patientin hysterisch und dramatisch.

Vorher kann sie sich noch mit sich selbst arrangieren. Selvini-Palazzoli bezeichnet diesen Zustand als *intrapersonale Paranoia* (1986, S. 117). Die Machtstruktur der Disziplinierung gibt der Betroffenen Halt und bedeutet für sie eine minimale Existenzgrundlage.

In seinen Ausführungen modifiziert Seidler (1993) die Objektbeziehungstheorie. Seidler sieht in einem gestörten Eßverhalten den Versuch, der Gefährdung der Selbst- als auch der Objekt-Repräsentanz zu begegnen. In seinem Ansatz geht es um die Be- und Verurteilung von *Gut* und *Böse*. Das Subjekt, die Patientin bedarf zu seiner Manifestation des Objekts (der Mutter oder einer anderen nahestehenden Person). Interaktionell geschieht diese Subjektkonstitutionierung durch den Blick des anderen. Das Subjekt versucht nun genau diesem Blick, dem Bild, welches der andere von ihm hat, gerecht zu werden. Über die drei Stufen Selbstwahrnehmung, Selbstbeobachtung und Selbstbeurteilung bildet sich die Struktur eines Über-Ich. Wird das Ziel, die Bildentsprechung, erreicht, so empfindet das Subjekt *Glück*. Für Seidler liegt der Grund für eine Eßstörung in der Motivation der jungen Frau, den von ihr angenommenen Erwartungen zu entsprechen. Sie möchte schlank, erfolgreich und beliebt sein; Attribute, die in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert haben. Da sie aber Schwierigkeiten hat, sich selbst ein Wertesystem zu schaffen und sich mit diesen zu identifizieren, benötigt sie andere (Objekte) dazu.

Erklärung von Eßstörungen durch Kindheitsanalysen. In der Psychologie findet sich kein einheitliches Konzept zur Erklärung einer Eßstörung. Die Komplexität des Problems, die vielfältigen Erscheinungsformen und die individuellen Begleitumstände bedürfen einer weitläufigen Betrachtung. Viele Autoren der Psychologie haben sich in der Grundlagenforschung von Eßstörungen einen Namen gemacht. An dieser Stelle sollen nur einige genannt werden: Thomä (1961), Brand-Jacobi (1984), Eichbaum & Orbach (1985), Selvini-Palazzoli (1986), Willenberg (1987), Bruch (1992).

Bruch (1992) stellt die Beziehung zwischen Mutter und Kind in den Vordergrund. Ein Neugeborenes befindet sich noch nicht in einem Bewußtseinszustand. Ihm fehlt die Reflexionsfähigkeit seiner Bedürfnisse. Die Mutter ihrerseits interpretiert die Äußerungen und Körpersignale ihres Kindes nicht immer richtig. Das Kind ist jedoch noch nicht in der Lage, seine Gefühle und Bedürfnisse selbst zu identifizieren. Da die Mutter aber häufig falsch reagiert, kommt es zu Fehleinschätzungen seitens des Kindes. Als Voraussetzung für eine Selbst-Identifikation bedarf es jedoch eines Gegenübers, vornehmlich der Mutter. Die Konsequenz einer unangemessenen Reaktion ist ein verwirrtes Bewußtsein (Bruch 1992). Die

Organisation der Wahrnehmung von Hunger und anderen körperlichen Bedürfnissen ist das Ergebnis wechselseitiger Transaktionsprozesse innerhalb des interpersonalen Feldes. Bruch stellt die Hypothese auf, daß Fettsucht und Anorexia mit einer falschen Hungerwahrnehmung in Verbindung stehen, daß Hunger kein angeborenes Wissen ist. Zur korrekten Deutung von Bedürfnissen bedarf es verschiedener Lernprozesse. Als Folgeerscheinungen des Fehlverhaltens der Mutter (oder auch anderer Bezugspersonen) kommt es zu einer gestörten Selbstwahrnehmung und u.U. zu einem verminderten Selbstwertgefühl. Brand-Jacobi (1984), Alibadi & Lehning (1985), Gast (1985), Paul (1987) und Selvini-Palazzoli (1986) stimmen mit Bruch darin überein, daß es sich bei der Entstehung von Eßstörungen um eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung handelt. Die Mutter, als erster und engster Bezugspunkt, trägt zur körperlichen und emotionalen Befriedigung des Kindes am meisten bei. Sie ist die fundamentale Quelle sowohl von negativen Erlebnissen wie Schmerz, Sehnsucht und Angst, als auch von positiven wie Freude, Lust und Wohlbefinden. Durch empirische Untersuchungen bei Bulimikerinnen belegen Bruch und Paul das Phänomen der gestörten Körperwahrnehmung (Paul 1987; Bruch 1992). Ihre Patientinnen berichten, daß sie kurz vor Heißhungerattacken unter Spannungsgefühlen und Gefühlsschwankungen leiden. Typisch für Magersüchtige ist ihr unrealistisches Körperbild. Sie sehen in den Spiegel und finden sich zu dick oder gar aufgedunsen, obwohl sie in Wirklichkeit nur noch aus Haut und Knochen bestehen (Woerner, Lehmkuhl & Woerner 1989; Bruch 1992).

Bei Gast (1989) und Selvini-Palazzoli (1986) liegt der Kernpunkt ihres Erklärungsansatzes in einem innerpsychischen Spaltungsprozeß des Kindes für die später in Erscheinung tretende Verhaltensgestörtheit. Die Identifikation des Kindes mit der Mutter beinhaltet nicht nur gute, sondern auch böse Aspekte. Während der Entwicklung und der körperlichen Reifung bemerkt die Tochter, daß sie der Mutter immer ähnlicher wird. Um das Gute in sich zu schützen, muß der äußere Körper und das Böse darin abgespalten oder bekämpft werden. Mit der Rettung des Guten verschafft sich die Tochter Respekt und Achtung vor sich selbst. Ihren Körper aber erlebt sie als feindlich und böse, als Quelle von Forderungen und Bedürfnissen, denen es zu widerstehen gilt.

Eine Hauptursache für die spätere Magersucht-Erkrankung ist nach Selvini-Palazzoli (1986) das starre Antwortverhalten der Mutter auf die Bedürfnisse ihres Kindes. Das Fütterungsverhalten richtet sich nach der Uhr, nach festgesetzten Zeiten und nicht nach dem Hunger des Kindes. Diese inadäquate Bestätigung individueller Bedürfnisse kann des weiteren dazu führen, daß von den jungen Erwachsenen externen Faktoren höhere Priorität zugeschrieben werden, als den eigenen körperlichen und emotionalen Bedürfnissen. Kinder,

die in einem Umfeld aufwachsen, das verstärkt auf Außenreizsteuerung reagiert, sind oft sehr ehrgeizig und leistungsorientiert. Hervorstechende Charaktereigenschaften sind: Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit. Andererseits werden sie von Ängsten geplagt, die ihnen besonders auf sozialer und existenzieller Ebene Probleme bereiten. Befragungen vieler Anorexie-Patienten belegen den Tatbestand, daß eine Anorexie oftmals mit einer *harmlosen* Diät begonnen hat (Bruch 1970; Garfinkel & Garner 1979). Als Gründe dafür werden Unzufriedenheit mit sich selbst und mit der Figur angegeben. Die eßgestörten Mädchen und Frauen haben als Kinder nicht gelernt, ihre Bedürfnisse und Gefühle richtig wahrzunehmen und zu deuten. Ihre innere Wahrnehmung ist unterentwickelt. Das führt wiederum zu Unsicherheiten im alltäglichen Leben. In einer Veröffentlichung von 1979 bemerkt Bruch, daß das willkürliche Verhalten der Mutter in der frühen Kindheit dazu führt, daß das Kind eigene Bedürfnisse, vorwiegend Hunger, zu früh den Handlungen der Mutter anpaßt. Das fehlerhafte Agieren der Mutter bedingt Anpassungsstrukturen seitens des Kindes, die es vom werdenden Selbst entfernen. Unter diesen Prämissen kann eine *Anorexia nervosa* lerntheoretisch als aktives Vermeidungsverhalten aufgefaßt werden. Die extreme Gewichtsabnahme dient zum Einen der Reduzierung und Ablenkung von Ängsten. Zum Anderen wird durch diese Maßregelung die Ich-Struktur positiv verstärkt. Positive Verstärker (Anerkennung für die Disziplin und die Gewichtsabnahme) durch außenstehende Personen treiben die Magersüchtige in ihrem *Hunger erleiden* und in ihrer Nahrungsreduktion weiter an. Die Anorektikerin fühlt sich in ihrem *Verhaltens-Konzept* bestätigt. Weitere Gewichtsabnahme kann beim Gegenüber Schutzbedürfnis und Rücksichtnahme hervorrufen. Damit ist der Weg frei für eine weitere *Verhaltens-Schablone*: Auch bei anderen gelagerten Konflikten und Schwierigkeiten werden nun Eßstörungen als Strategie zur Problemlösung eingesetzt. Durch Angst mobilisiert, verselbständigt sich das eßgestörte Verhalten. Es fehlen oder versagen angemessene Bewältigungsstrategien.

Nach einer Untersuchung von Halmi (1974) haben 37% der Patienten mit einer freiwilligen Diät angefangen, die sich dann zu einer Anorexie entwickelte. Meist geschah dies im Zusammenhang mit einer Bemerkung eines anderen über das äußere Erscheinungsbild. Von den Betroffenen erlebten 13% diese Bemerkung als verletzend oder demütigend. Bei 36% standen familiäre Konflikte im Vordergrund. Trennungs- und Verlustereignisse waren in diesem Zusammenhang besonders bedeutsam. Der hohe Leistungsanspruch innerhalb anorektischer Familien animiert dazu, Wettbewerbssituationen aufzusuchen. Für die ehrgeizige Tochter bedeutet das einen hohen Leistungsdruck und enorme Anforderungen an Körper und Geist. Auf allen Ebenen, auf denen man sich diesbezüglich profilieren kann,

versucht die Patientin, erfolgreich zu sein: in Schule, Beruf, Wettkampfsport, Freizeitsport und anderen Aktivitäten.

Werden die Erwartungen nicht zufriedenstellend erfüllt, kommt es zu einer gegen sich selbst gerichteten Schuldzuweisung. Auch ältere magersüchtige Patientinnen suchen den Grund für eventuelles Versagen zuerst in der eigenen Person, vor allem in ihrem mit Mängel behafteten Körper. Als Konsequenz dieser Überlegungen bestraft sie sich mit noch mehr Strenge und mit einem noch extremeren asketischen Verhalten. Sie fordert sich ein noch härteres Training ab. Nur durch diese Selbstdisziplinierungsmaßnahmen findet sie wieder Achtung vor sich selbst. Diese demonstrative Art der Überlegenheit anderen gegenüber, das Herausragen aus der Masse, aus einer verhassten Anonymität durch Leistungen aller Art, ist ein Umweg, wieder zu sich selbst zu finden.

Die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen aus psychologischer Sicht. Bei der Untersuchung des Problems *Eßstörungen bei Frauen*, insbesondere bei Sporttreibenden Frauen, konstituierte sich ein Krankheitsbild, nach dem verschiedenste Lebensereignisse einen entscheidenden Einfluß auf den Krankheitsverlauf nahmen. Ein wichtiges (kritisches) Lebensereignis kann Auslöser für eine spätere Eß-Verhaltensstörung sein (Selvini-Palazzoli 1974). Der Tod eines nahestehenden Menschen, sexuelle Erlebnisse, Wohnungsortwechsel, aber auch Stimmungen wie Depressionen, überspannte Idealbildungen, soziale Unsicherheit und Hänseleien können zu extremen abnormen Reaktionen führen. Eine junge Frau erlebt ihren Körper als *schlechtes Objekt*, wenn z. B. ihr Körper zum Angriffspunkt für Hänseleien wird. Dies kann verschiedenste Reaktionen bei der Betroffenen provozieren. Sie erlegt sich selbst Entbehungen auf, weil sie den Sticheleien der anderen entkommen möchte, bzw. ihnen keinen Anlaß, keine Angriffsfläche mehr bieten möchte. Der Körper ist wie ein Spiegel. Er zeigt offen und gnadenlos die Wünsche und Sehnsüchte des eigenen Bildes. An dieser Stelle kann auf Parallelen zur Objektbeziehungstheorie hingewiesen werden. Der Körper wird zum unannehmbaren Teil des Selbst. Folglich muß er bekämpft werden. Die Magersüchtige attackiert ihn in vielerlei Hinsicht: als Quelle von Machtlosigkeit, für Kontrollverlust und Angst. Dabei wird der ehemals schwache Körper zum demonstrativen Objekt zum Beweis von Stärke und Disziplin. Die Ausübung dieser Macht wird dabei wichtiger als die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Dieser Kampf verschiebt sich von interpersonalen Beziehungen auf den eigenen Körper.

Zusammenfassende Beurteilung. Die Psychologie hat mit ihren Erklärungen zur Eßstörungenproblematik sehr viel zum Verständnis dieser Erkrankungen beigetragen. Die psychologische Seite ist ein wichtiger Teilaspekt bei der Anschauung dieses Phänomens. Anorektisches Verhalten aber ist keine Neurose im klassischen Sinne. Eine magersüchtige Frau ist nicht nur magersüchtig, nicht *nur* krank, sondern sie trägt auch einen gesunden Teil in sich. Die Kompliziertheit des Krankheitsbildes einer *Anorexia nervosa* bzw. Eßverhaltensstörungen im Allgemeinen liegt im Denken und Fühlen der betroffenen Personen. Sie können nicht anders handeln; bei bestimmten Situationen kommt es bei den Erkrankten zu Handlungsblockaden. Magersüchtige sind Gefangene ihrer kognitiven und emotionalen Strukturen. Die psychologische Seite der Magersucht ist *ein* Teil, doch es müssen weit mehr Faktoren beachtet werden: die Familie, die Gesellschaft, die Biophysikologie und vor allem das Subjekt, die Person selbst. Diebel-Braune (1991) bezweifelt die ausschließliche Betonung der frühen Entwicklungsphase, die viele Psychologen bei der Erklärung von Eßstörungen favorisieren. Nicht die Mutter-Kind-Beziehung, sondern die Entwicklungsproblematik der weiblichen Adoleszenz beinhaltet ihrer Meinung nach die größere Verantwortlichkeit bei der Ausbildung pathogenen Eßverhaltens. Auch Habermas (1990b) vertritt die Auffassung, daß sich das Persönlichkeitsbild eßgestörter Frauen von dem eines typischen Neurotikers wesentlich unterscheidet. Weitere fundamentale empirische Studien zur Theoriebildung und Ursachenforschung zum Thema Eßstörungen sind nötig, um dem Problem auf den Grund zu kommen.

3.6 Soziokulturelle und gesellschaftliche Erklärungsansätze

Der folgende Abschnitt befaßt sich intensiver mit der Umgebung- und Umweltsituation einer Anorektikerin. Die Forschung über Eßverhaltensstörungen mit soziokulturellem Schwerpunkt geht methodisch den Weg von außen nach innen, von der Gesellschaft zum Subjekt und versucht auf diese Weise, an den Kern der Problematik zu gelangen.

Gesellschaft und gesellschaftliche Rollenerwartungen. Der Wunsch *dünn sein zu wollen*, taucht schon in den ersten Beschreibungen der *Anorexia nervosa* im 19. Jahrhundert auf. Der englischer Psychiater Ryle machte 1939 erstmals darauf aufmerksam, daß er mit einer größeren Zunahme von *Anorexia nervosa* Fällen rechne. Er begründete seine Erwartungen mit dem herrschenden Schlankheitsideal in der Gesellschaft, insbesondere mit dem Stellenwert, den Schlankheit für Jugendliche und junge Erwachsene einnimmt. Davon betroffen seien hauptsächlich Mädchen und junge Frauen. Ryle führte diese Problematik einerseits auf die

Pubertät und die Adoleszenz zurück. Andererseits brachte er die vorherrschenden Erziehungsbedingungen und Familienverhältnisse mit der Krankheit in Verbindung.

Die Zunahme von Eßstörungen ist auch ein gesellschaftliches Phänomen, welches auf einem von Medien, Werbung und Mode geprägten Schlankheitsideal basiert, dem Ideal einer ewig schönen und leistungsfähigen Frau. Hier kommt ein *modernes Thema* zum Vorschein: Der Feminismus und das unter anderem von diesem selbst veränderte Frauenbild. Zu klären ist nun, inwieweit Magersucht, Körperkult und Eßkultur miteinander in Verbindung stehen.

Die Geschichte der Ernährung bekommt unter kulturpsychologischen und sozialanthropologischen Gesichtspunkten eine interessante Dimension. Man unterscheidet psychosoziale, symbolische, religiöse, gastronomische und genußökonomische Nahrungsfunktionen. Ein gemeinsames Mahl kann zur Kommunikation genutzt, aber auch zur Machtausübung verwendet werden. Nahrungsmittel, Eßkulturen oder Tischsitten sind kulturelle Zeichen von Identität- und Standortbestimmung. Die Qualität der Nahrung wird zum Statussymbol. Der verfeinerte Geschmack gilt als Zeichen von Zivilisation. Der Feinschmecker wird niemals sein Essen gierig hinunterschlingen. Im 18. Jahrhundert propagierten Mediziner einen gemäßigten Lebensstil als Garantie für Gesundheit. Nach 1850 entstand die Tendenz, Normalität und Gesundheit in Zahlen auszudrücken. Im 19. Jahrhundert verknüpfte die Gastronomie ihre Kochkunst erstmals mit dem Bemühen, Fettleibigkeit zu vermeiden. Unter kulturhistorischer Perspektive zählte für Männer in dieser Zeit vor allem das Argument der Gesundheit. Der Fettleibigkeit sollte entgegengetreten werden. Das neue Schönheitsideal für Frauen, hauptsächlich der gehobeneren Klassen, bildete gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Basis für Einschränkungen in ihrem Eßverhalten. Es stand hier aber nicht der medizinische Aspekt im Vordergrund, sondern es war die Ästhetik der weiblichen Eleganz, die langsam aber bestimmt neue Normen für den Körperbau festsetzte.

Viele Fortschritte der viktorianischen Epoche in den Bereichen Forschung und Technik verbargen aber auch Gefahren für den Umgang der Menschen miteinander. Dekadente Verhaltensweisen erschreckten das Bürgertum. Um trotzdem für ein gewisses Maß an Stabilität zu sorgen, legte man in höheren sozialen Schichten im Rahmen der Erziehung besonders viel Wert auf eine ausgeprägte Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern. Der junge Mann sorgte mit dem Studium und der Arbeit für den angemessenen Status. Er war der Ernährer und Beschützer der Familie, während sich die junge Frau um das innere Wohl dieser Familie zu kümmern hatte. Diese Vorstellung ist bis heute noch vielerorts erhalten geblieben. Dennoch zeigt das Erwachsenwerden heutzutage in sozio-ökonomischer Hinsicht einige wesentliche Unterschiede im Vergleich zum vorigen Jahrhundert. Obwohl die berufliche

Zukunft eines Heranwachsenden wirtschaftlich gesehen wesentlich schwieriger geworden ist, trennen sich die Kinder viel früher von ihren Eltern. Die Adoleszenz eines Menschen hat immer soziale und kulturelle Auswirkungen für die herrschende Gesellschaftsform.

Für T. Habermas (1990a) ist eine Eßstörung keine neurotische Zivilisationskrankheit. Schon seit Jahrhunderten beobachten Wissenschaftler Abweichungen vom *normalem Eßverhalten*. Die soziokulturelle Bedeutung bestehender Eßkulturen unterliegt jedoch einem Wandel. Man bezeichnet abartige Eßgewohnheiten als *moderne Leiden*; in früheren Zeiten titulierte man sie als *hysterische Frauenleiden*. Sie traten oft in Verbindung mit gesellschaftlichen Umbruchsituationen auf. Die Krankheitssymptome selbst aber müssen stets im Kontext mit der individuellen Lebenslage einer Person gesehen und beurteilt werden (Habermas 1990a). Devereux (1976) definiert eine Eßstörung als eine *ethnische Störung*. Dieses kulturelle Fehlverhalten findet man häufiger bei Frauen als bei Männern. Vom männlichen Geschlecht erwartet eine Gesellschaft mehr Affekt- und Körperkontrolle. Devereux (1976) und Elias (1983) gehen davon aus, daß in einer Zivilisation Ernährungsverhalten, Eßgewohnheiten, Tischsitten und Körpersprache gemeinsamen Verhaltensstandards unterliegen, die den Umgang miteinander regeln. Aus dieser Perspektive betrachtet, ist die Nahrungsaufnahme ein Instrument der Darstellung, der Affektbefriedigung und der Körperkontrolle. An den Verhaltensregeln läßt sich auch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht ablesen. Identifikation und Präsentation erfolgt auch über die Kleidung. Das äußere Erscheinungsbild impliziert eine bestimmte Grundeinstellung und Lebenshaltung. Auch der Ernährung muß bei säkulären gesellschaftlichen Veränderungen große Bedeutung zugeschrieben werden.

Die Geschlechter-Zugehörigkeit läßt sich oftmals an der Nahrungsmittelwahl ablesen: die kräftige Fleischspeise für den Mann, das leichtere Menü für die Dame. Die gedankliche Assoziation besteht darin, daß einer Frau weniger Hunger zugetraut wird als einem Mann. Also braucht eine Frau nicht so viel zu essen wie ein Mann. Das tendenziell maskuline, sportlich-athletische Schönheitsideal der modernen Frau ist eine Ursache für eine Eßstörungs-Erkrankung (Habermas 1990a). Der zivilisierte Mensch der Moderne unterliegt sehr subtilen Mechanismen von Fremdbestimmtheit. Anstelle der mechanischen Einengung der weiblichen Taille durch das Korsett, treten strenge Diätvorschriften und Selbstkasteiung. Im Kampf um Respekt, Anerkennung und Vormachtstellungen in der Gesellschaft sind uneingeschränkte Leistungsbereitschaft, immerwährender Einsatz, Anpassungsfähigkeit, aber auch Flexibilität und Individualität gefragt.

Die widersprüchlichen Rollenanforderungen einer komplexen Gesellschaftsstruktur sind eine der Ursachen, die zu einer "inneren Kolonialisierung" von Frauen führen können (Scheffler

1987). Die Verarbeitung der sich daraus ergebenden Widersprüche wird auf der körperlichen und der Gefühlsebene ausgetragen. Zwar ist die Gleichstellung von Mann und Frau gesetzlich geregelt (Grundgesetz §3); dadurch können aber die gesellschaftlichen Antagonismen nicht aufgehoben werden. Mit den äußerlichen Bedingungen eines höheren Bildungsniveaus und breiteren Berufs- und Entwicklungsmöglichkeiten sind auch für Frauen mehr Möglichkeiten zu mehr Selbständigkeit, Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung gegeben. Viele Frauen haben allerdings Schwierigkeiten, diesem neuen Zeitgeist zu entsprechen. Gründe dafür können darin liegen, daß diese Frauen entweder nicht gelernt haben, sich neuen Aufgaben und mehr Verantwortung zu stellen, oder aber es entspricht nicht ihrer Persönlichkeitsstruktur. Sie fühlen sich in die Enge getrieben, weil sie dem Karrieredruck nicht gewachsen sind. Andere wiederum fühlen sich wohl in ihrer traditionellen Rolle als Hausfrau. Frauen haben oft nicht gelernt, mit Freiheiten umzugehen. Durch Nahrungsverweigerung und der damit einhergehenden Minimierung ihrer äußeren Erscheinung, möchten sie zeigen, daß sie zu schwach für die imaginären Leistungsanforderungen ihrer Umwelt sind. Schwächen zuzugeben oder ein offenes *Nein* als Leistungsverweigerung auszusprechen, - dazu fehlt ihnen die Courage. In solchen Fällen ist die Magersucht ein Abgrenzungsverhalten gegenüber dem Idealbild der modernen Frau, der neuen Weiblichkeit. „Als Feministinnen haben wir gelernt, daß Handlungen, die selbstzerstörerisch zu sein scheinen, sich fast immer als eine Art der Anpassung erweisen, als Versuch, mit der Welt zurechtzukommen“ (Orbach 1991, S. 8).

Auf dem Hintergrund eines patriarchalen Gesellschaftssystems wird die Rolle der Mütter kontrovers diskutiert. Die Mütter tragen nicht mehr die ganze Schuld an der Eßstörung ihrer Töchter, sondern sie sind lediglich Träger oder Übermittler der Normen, Regeln und der allgemeinen Gesellschaftsstrukturen. Dem gegenüber steht die Meinung von Frank (1988), der dem meist abwesenden Vater die größte Verantwortung zur Verursachung der Eß-Verhaltensstörung seiner Tochter zuweist. Mit fortschreitender Entwicklung und der Ablösung der Tochter von der Primärbeziehung zur Mutter, wird der Vater zur neuen Identifikationsfigur. Der Vater aber hat oftmals keine Zeit, und er bemerkt nicht, wie sich die Beziehung zu seiner Tochter verändert. Der fehlende Halt und das fehlende Maß für sich selbst führt bei der Tochter zu Unsicherheiten, die wiederum mit anorektischem Verhalten überspielt oder kompensiert werden. Mit der Kontrolle über ihr Äußeres scheint die Tochter ein System gefunden zu haben, in dem sie sich relativ sicher bewegen kann.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch einmal auf Willenberg (1984; 1987) verwiesen. Er ist einer der wenigen Autoren, die dem Vater eine größere Bedeutung bei der Entstehung einer Magersucht beimessen als der Mutter. Anorektische Kinder ängstigen sich

sehr vor Impulsivität, vor cholерischen Ausbrüchen, meist durch den Vater. Engel und Steinen (1988) beschrieben in diesem Zusammenhang die große Abhängigkeit magersüchtiger Mädchen von ihren bindenden und oft brutalen Vätern. Sie fühlen sich ausgeliefert und tun alles, um ihn ruhig zu halten und nicht aufzuregen.

Die durch die Anorexie vermittelte Abgrenzung kann auch unter einem anderen Gesichtspunkt betrachtet werden. In einer Zeit, in der Überbevölkerung, Anonymität und Egoismus vorherrschen, sind der Umgang mit Nahrung und die Eßkultur Mittel, um Aufmerksamkeit zu erregen. Magersüchtige Mädchen oder Frauen werden als sehr leistungs- und anpassungsfähig beschrieben. Da sie aber mit traditionellen und konventionellen Werten aufgewachsen sind, kommt ein offener Egoismus für sie nicht in Frage. Dennoch besteht das Bedürfnis, sich zu produzieren, sich aus der Masse und aus der Mittelmäßigkeit hervorheben zu wollen. Gerade die Mittelmäßigkeit ist in den Augen vieler Magersüchtigen verabscheuungswürdig. Sie versuchen dieser Anonymität zu entkommen. Einerseits machen sich die Mädchen und Frauen die herrschenden gesellschaftlichen Werte zunutze, indem sie mit sportlichen Leistungen zu imponieren versuchen; andererseits sträuben sie sich gegen diese Form der Anerkennung. Denn eigentlich wollen sie um ihrer selbst Willen geliebt und geachtet werden. Sie benutzen das Leistungsprinzip, um sich zu profilieren, wollen sich aber gleichzeitig darüber hinweg setzen. Eine eßverhaltensgestörte Sportlerin ist abhängig von der Anerkennung der anderen.

Man erkennt auch hier wieder eine Werte-Ambivalenz. Buchholz & Dümpelmann (1993) sprechen von einer Verklammerung nach innen und ängstlichem Abschluß nach außen. Was der Magersüchtigen am Ende bleibt, ist ein permanentes, unterschwelliges Gefühl von Inadäquatheit und Ungenügen. Dies führt zu einem brüchigen Selbstwertgefühl, das immer wieder die Verstärkung von außen, die Bestätigung durch andere benötigt, obwohl gerade dieses Lob durchschaut und von der Kranken als nicht sehr relevant eingestuft wird.

Lob und Anerkennung für eine Leistung sind mit den Idealen und den Wertvorstellungen einer Gesellschaft verbunden. Diese Thematik ist der Schwerpunkt des folgenden Abschnitts.

Die Gesellschaft und ihr Werte- und Normensystem. Schönheit und Schlankheit, Leistung und Disziplin, Kultur und Fortschritt – mit diesen Schlagworten werden ganz bestimmte Vorstellungen verbunden. Vorstellungen, aus denen sich das 20. Jahrhundert gestaltet und geformt hat. Mit Lebensqualität assoziiert der Mensch der Moderne bestimmte Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit das eigene Dasein als *lebenswert* bezeichnet werden kann. Eine Ästhetik des Lebens ist die unerläßliche Voraussetzung für eine begehrte Persönlichkeit,

sowohl im Privat- als auch im Arbeitsleben. Erscheint eine Person vital, dynamisch und agil, werden ihr gleichzeitig weitere positive Charaktereigenschaften zugeschrieben. Dicken Menschen zum Beispiel traut man weniger Vitalität und weniger Leistungsvermögen zu.

Besonders Frauen lassen sich durch die Ideale von *ewiger Jugend* und *Schönheit* beeindrucken. Im Arbeits- und Berufsleben von Frauen haben sich die Anforderungen enorm erhöht. Auch auf diesem Gebiet müssen sich Frauen mit ambivalenten Erwartungshaltungen arrangieren. Die Karrierefrau kämpft für Fortschritt und Erfolg, sowohl für die Firma als auch für sich persönlich. Andererseits erwartet man von Frauen, daß sie auch noch genug Zeit aufbringen können die Familie liebevoll zu umsorgen. Diese Rollendiffusion kann eine Ursache für die wachsende Unsicherheit bei Frauen sein. Als Mittel der Kompensation dienen eine strenge Selbstkontrolle und ein ausgeprägtes Perfektionsbedürfnis in allen Lebensbereichen. Einige Symptome der *Anorexia nervosa* können als eine Überspitzung, Übererfüllung oder Pervertierung gesellschaftlicher Normen und Erwartungen verstanden werden. Auf physiologischer Ebene bringt auch die immer früher einsetzende körperliche Akzeleration Probleme mit sich (Mester 1981). Die körperliche Reife und der kognitive Umgang damit klaffen immer weiter auseinander.

In der Gastronomie wächst die Zahl der Nobel-Restaurants; auf der anderen Seite beherrschen Forderungen nach Selbstkontrolle und Widerstand gegen Zügellosigkeit das Alltagsgeschehen. Regelmäßiges Sport treiben, allgemeine Fitneß und ein nettes Äußeres gehören ebenso zum *guten Ton* wie andere Anstandsregeln. Daß Männer anscheinend immuner gegen diese subtilen Wertvorstellungen sind, liegt daran, daß sie schon länger mit dieser Problematik konfrontiert sind. Sie haben mehr Übung darin, sich in diesem Wertesystem zu bewegen. Im Verlauf einiger Jahrzehnte entwickelten Männer bestimmte Kompensationsmechanismen. Für Männer scheint es einfacher zu sein, verschiedene Lebensbereiche voneinander zu trennen. Durch eine solche Denkstruktur können sie sich von dem einen Bereich distanzieren, während sie in einem anderen vollen Einsatz bringen. Frauen denken komplexer. Ihnen erscheint das Weltbild globaler. Der Wirkungskreis von Konflikten oder Problemen berührt immer auch andere Lebensbereiche. In der Therapie tritt bei anorektischen Frauen häufig der Wunsch auf, *um ihrer selbst Willen geliebt zu werden*. Sie möchten geliebt und anerkannt werden, so wie sie sind und nicht für erbrachte Leistungen. Dies legt den Schluß nahe, Magersucht als eine Art Protest gegen soziale Wert- und Normvorstellungen zu sehen. In ihrer asketischen Lebensweise kann sich die anorektische Frau von anderen abgrenzen, distanzieren und sich überlegen fühlen.

Die Familien anorektischer oder eßgestörter Kinder orientieren sich an mittelständischen und kleinbürgerlichen Werthaltungen und Traditionen. Massing (1970) beschreibt eine nach außen hin bescheidene, an Besitz und Leistung orientierte Familie. Die Tochter möchte sich mit ihrem eßgestörten Verhalten über stereotype Normen und verkrustete Vorstellungen hinwegsetzen. Außerhalb ihrer Askese findet sie dazu keinen Mut oder keinen Ansatzpunkt. Ihr fehlt Courage, Raum und Übung für ihre individuelle Entfaltung. Eine junge Frau, die sich in die Magersucht geflüchtet hat spürt deutlich die Begrenztheit ihres Denkens und Handelns. Sie ist jedoch nicht imstande, sich dagegen zu wehren. In ihrer Hilflosigkeit reagieren die Eltern oftmals mit einer Verstärkung der traditionellen Familienideologie, d.h., mit einer noch strengeren Abschirmung nach außen und einem noch höheren Erwartungsdruck nach innen, der von der späteren Patientin nicht erfüllt werden kann. Als Folge davon verliert die magersüchtige Tochter an Selbstwertgefühl und verstärkt die Maßnahmen der Selbstbeziehung. Sie wird physisch und psychisch immer schwächer. Das einzige Erfolgserlebnis, das ihr bleibt, ist die Kontrolle des eigenen Körpers. Er wird zum Instrument der Demonstration von Stärke und Macht.

Eine Studie von Garner (1980) deckt eine andere Seite des ausgeprägten Schlankeitsideals des 20. Jahrhunderts auf. Er notierte die Körpermaße der jeweiligen Playboy-Mädchen des Monats im Magazin *Playboy* von 1959 bis 1978. Garner stellte fest, daß alle angegebenen Maße signifikant abnahmen, nicht aber Größe und Taillenumfang. Im gleichen Zeitraum stieg jedoch das durchschnittliche Körpergewicht der Frauen unter dreißig Jahren, in allen Größenklassen an. Diese Diskrepanz zwischen Realität und idealisiertem Körperbild spiegelt sich außerdem in sämtlichen Frauenjournals wider. Auf jeder Titelseite liest man über die neuesten Erkenntnisse für Diätkuren, Cellulite-Bekämpfung, Faltenbildung und deren Verhinderung. Am Ende einer jeden Zeitschrift aber finden sich auch ausführliche Rezeptvorschläge für üppige Gerichte, meist ohne Kalorien-Angaben. Die *fürsorgliche* Frau und Mutter soll ihre *Lieben* verwöhnen. Bei all ihrem Tun aber soll diese moderne Frau immerwährend schlank, fit und schön sein. Schlank sein heißt gesund sein; fett sein steht für Undiszipliniertheit, Minderwertigkeit und ungesunder Lebensweise (Dally 1979).

Es ist nicht zu übersehen, daß die Problematik von Eßstörungen sehr oft mit Weiblichkeit, mit Frau sein in Verbindung gebracht wird. Aus diesen Überlegungen heraus konstituierte sich eine Forschungsrichtung, deren Erklärungsansatz für eßgestörte Verhaltensweisen sich auf die spezifisch weibliche Rolle konzentriert.

Feministische Ansätze. Im Rahmen sozialwissenschaftlicher Studien machen die feministischen Erklärungsansätze zur Magersucht-Problematik auf die spezielle Lebenslage von Frauen aufmerksam. Folgende Autorinnen sollen im Zusammenhang mit diesem Thema erwähnt werden: Eichbaum & Orbach (1985), Gast (1989), Orbach (1989) Henning & Vogel (1992) und Olbricht (1993). Mit der Ausbildung einer Eßstörung rebellieren junge Frauen gegen die Ungleichbehandlung in einer patriarchal geprägten Lebenswelt. Eßgestörtheit oder Magersucht sind Mittel zur Demonstration von Machtlosigkeit und Ohnmacht in einer auf Perfektion ausgelegten Kultur. Um in diesem konfliktbehafteten soziokulturellen Spannungsfeld, als Individuum mit eigenen Wünschen und Vorstellungen, nicht unterzugehen, werden verschiedene Überlebensstrategien entwickelt. Diese sollen einen äußeren Halt geben, aber sie versagen als ungeeignete Lösungsformen. Anorektikerinnen organisieren ihren Alltag sehr exakt. Sie entwickeln schablonenhafte Tagesabläufe, woran sie krampfhaft festhalten. Sie bewegen sich in ritualisierten Handlungsweisen und festgelegten Handlungsfolgen. Gesichert, wie an einem Seil, hangeln sie sich durch ihr Leben. Es werden nur ganz bestimmte Handlungsräume zugelassen. Die Bewältigung von problemhaften Situationen aber erfordert Weitblick und Flexibilität bei allen Aktionen. Eine Eßstörung steht zwar im Dienste einer Problembewältigung, ist aber ein falscher Anwendungsmodus (Henning & Vogel 1992).

Eine Frau im 20. Jahrhundert möchte auf der einen Seite Karriere machen, andererseits aber wird von ihr erwartet, daß sie die perfekte Hausfrau und Mutter ist. Sie soll jung, dynamisch und attraktiv in Erscheinung treten. Hinter diesem Image der *neuen Weiblichkeit* aber verbergen sich strengere und härtere Normierungen als je zuvor. Kein Korsett mehr, das im Angesicht der Bikini-Mode noch irgendetwas verdecken könnte. Die Frau, die zugibt, gerne zu kochen, gerät ebenfalls in Verruf als *Heimchen am Herd*. Auch in der Sprache zeigen sich die neuen Denkstrukturen, was das weibliche Rollenbild betrifft. Das gesellschaftliche Vokabular unterscheidet mittlerweile zwischen den Begriffen *Emanze* und emanzipiert. Mit *Emanze* verbindet man negative Persönlichkeitsmerkmale. Auch hier legt die Gesellschaft Urteilsschablonen an, ohne die persönliche Lebenssituation genauer zu kennen. Ein gesellschaftstheoretisches Modell von Hagemann-White (1984; 1988) geht davon aus, daß in einem kulturellen System der Zweigeschlechtlichkeit Männer und Frauen in verschiedenen Symbolwelten leben. Diese sind nicht naturgegeben, sondern werden von historischen, kulturellen, ökologischen und ökonomischen Faktoren strukturiert. Zwar bestehen gewisse Unterschiede in verschiedenen Kulturen; dennoch bleibt ein sozial konstruierter und maskulin dominanter Geschlechtercode, dem sich Frauen anpassen müssen. Subjektive, weibliche

Entfaltungswünsche, Charaktermerkmale oder andersartiges Gedankengut werden als ausgrenzend und abweichend empfunden. Viele intrapersonelle Konflikte basieren auf der Schwierigkeit von Frauen, Zugang zu finden zu traditionell eher Männern vorbehaltenen Bereichen (Selvini-Palazzoli 1986). Eine weitere Problematik ergibt sich aus dem Druck der Mode für die moderne Weiblichkeit, in Richtung eines weiblichen Narzismus. Von der modebewußten, dynamischen Karrierefrau erwartet man, daß sie schön und klug ist, sich fit hält und sehr viel Wert auf ihr Äußeres legt. Konkurrenzverhalten spielt sich nicht nur auf der sachlichen, sondern auch auf der persönlichen Ebene ab. Gefragt sind einerseits feminine Attribute, die die äußere Erscheinung betreffen, andererseits aber typisch maskuline Verhaltensweisen, wenn es um Auseinandersetzungen mit dem Umfeld geht. Auf der einen Seite erwartet man von Frauen eher Verständnis für andere, auf der anderen Seite aber soll mit harten Bandagen gekämpft werden, wenn es um Zahlen und Produktivität geht. Diese Situation ist für die moderne Frau eine große soziale Belastung. Auch junge Mädchen unterliegen schon dem Diktat, schlank und kultiviert zu erscheinen. Dicke Mädchen werden von ihrer Umwelt oft gemieden oder gar abgelehnt. Psychosozialer Druck kann die Wahrnehmung von Hungerreizen blockieren. Stunkard (1961) äußerte die Vermutung, daß die Verleugnung von Hungergefühlen auf Personen beschränkt ist, bei denen infolge starken psychosozialen Drucks schwere Konflikte im Zusammenhang mit dem Essen auftreten. Schon damals zeichnete sich eine Entwicklung ab, die die Aufmerksamkeit auf die Beachtung psychosozialer Aspekte bei psychologischen Untersuchungen in Beziehung mit Magersucht und anderen pathogenen Eß-Verhaltensstörungen lenkte.

Die Geschichte der weiblichen Ästhetik ist eng verbunden mit der Entstehung von Schönheitsnormen. Feministinnen sprechen von einer *Politik der äußerlichen Schönheit* (Lakoff & Scherr 1984). Die Bewertung von Schönheitsidealen geht mit den bestehenden Machtverhältnissen zwischen Mann und Frau einher. Im 15. Jahrhundert zum Beispiel bevorzugte man korpulente, fruchtbare Frauengestalten. Die immer noch üppige mütterliche Figur des 17. Jahrhunderts akzentuierte Busen und Gesäß. Aber nicht nur Männer haben Anteil am veränderten Bild der Weiblichkeit. Die Frauen selbst sorgen für neue ästhetische Formvorstellungen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts veränderten sich die weiblichen Merkmale drastisch. Frauen fingen an, ihr eigenes Schönheitsideal zu konstruieren. Sie verweigerten sich den Fruchtbarkeitssymbolen von Bauch und Busen. Die *neue Frau*, so forderte die weibliche Avantgarde, sollte ihrer sexuellen Befreiung und ihre Ablehnung der traditionellen Frauenrolle Ausdruck verleihen. Die Forderung nach mehr Bewegungsfreiheit, im wahrsten Sinne des Wortes, beinhaltete auch mehr körperliche Betätigung. Frauen wollten

mehr Sport treiben und auch am sportlichen Wettkampfgeschehen teilnehmen. Diese Wende am Ende des 19. Jahrhunderts leitete eine neue Ära einer Idealfigur ein. Der Trend ging hin zum Idealtypus eines maskulin orientierten, sportlich ambitionierten, jungen und schlanken Körpers. Zeitungen, Illustrierte und andere Medien zeigten die neuen Elemente des Schönheitskults: Körperkontrolle, Körperstyling, Wettkampfabitionen und einem damit verbundenen Streben nach höheren Leistungen. Die Photographie, der Film und der Spiegel zu Hause deckten die Wahrheiten über Form und Leistungsvermögen auf; und auch in der bildenden Kunst war die bleiche, zerbrechliche Frau zum Sinnbild der *femme fatale* geworden.

Am Ende des Jahrhunderts aber kam es zu einer gegenläufigen Bewegung. Es widerspräche der weiblichen Natur, sich dermaßen athletisch zu gebärden. Die Biologie der Frau sei bestimmt für die Fortpflanzung. Auch Sexualität, besonders die weibliche, war nur in der Ehe gestattet und nur zum Zwecke der Fortpflanzung. Die Frauenbewegung aber forderte eine soziale und politische Emanzipation. In den 60iger Jahren war der Streit um das Wahlrecht für Frauen entbrannt. In England entstanden die ersten feministischen Organisationen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war der englische Philosoph J.S. Mill (1806-1873) ein leidenschaftlicher Verfechter für die Gleichberechtigung der Frau auf politischer und gesellschaftlicher Ebene. In diesem Zusammenhang muß die *Suffragettenbewegung* erwähnt werden (suffrage = Stimmrecht). Die Suffragetten stellten eine militante Frauenbewegung dar, in der für das Frauen-Wahlrecht gekämpft wurde. Der Hungerstreik war eine Waffe, mit deren Hilfe die Suffragetten ihrem Ziel näher zu kommen versuchten. Im Hinblick auf gestörte Eßverhaltensweisen lassen sich an dieser Stelle folgende Fragen formulieren: Hatte der feministische Kampf des Hungerstreiks Vorbildfunktion für eine *Anorexia nervosa* oder war die *Anorexia nervosa* selbst eine Protestäußerung innerhalb der von den Frauen bekämpften gesellschaftlichen und privaten Strukturen? Oder handelt es sich hierbei um eine der *modernen Zivilisationskrankheiten*, für die *die neue Frau* anscheinend so empfänglich ist?

Diese neue Frauengeneration stand in einem Interessenkonflikt zwischen ihren öffentlichen und ihren privaten Rollen. Das gegenwärtige Bild von der Situation der gesellschaftlichen Stellung von Frauen hat sich zwar gewandelt, geblieben aber ist ein intellektuelles und emotionales Dilemma, mit dem junge Mädchen und Frauen auch heute noch große Schwierigkeiten haben.

Die Rollenproblematik ist sicherlich ein Teil der Konfliktstruktur des Krankheitsbildes einer *Anorexia nervosa*. Nicht minder bedeutsam aber ist die persönliche Lebenssituation des

Einzelnen. Der folgende Abschnitt befaßt sich mit der Betrachtung von wichtigen Ereignissen im Leben von Menschen, bei denen eine Eßstörung auftrat.

Die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen im Krankheitsverlauf einer Anorexia nervosa aus soziokultureller Sicht. In der Psychologie gibt es einen neueren Forschungszweig, genannt *Life-Event-Forschung*. Dieser beschäftigt sich mit Zusammenhängen zwischen spezifischen Alltagsproblemen oder Ereignissen einerseits und dem Ausbruch von körperlichen und psychischen Erkrankungen andererseits. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die subjektiv erlebten Qualitäten eines Lebensereignisses. Ziel dieser Forschungsrichtung ist es, korrelative oder ggf. idealerweise kausale Zusammenhänge zwischen soziokulturellen Variablen und Häufigkeitsmaßen für Verhaltensstörungen zu ermitteln. In ihrer Arbeit untersuchte Werner-Eilert (1986) die Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Anorexie-Patienten und Patienten mit Zwangsneurosen. Bei ihrer Fragestellung sollte zunächst geklärt werden, ob es überhaupt Zusammenhänge gibt, zwischen Lebensereignissen und dem Krankheitsverlauf von Anorexie-Patienten und solchen mit Zwangsneurosen. Desweiteren versuchte Werner-Eilert herauszufinden, welchen Stellenwert die subjektiv erlebte Qualität (positiv oder negativ) ein Ereignis hat. Für die vorliegende Arbeit sind die Ergebnisse, die die Anorexie-Patienten betreffen, von größerer Relevanz. Zusammenfassend stellt Werner-Eilert (1986) fest: Je größer die Anzahl positiver Ereignisse, um so gesünder ist der Patient im Durchschnitt, und um so häufiger gehört er zur Gruppe der Patienten mit Symptomverbesserung im Krankheitsverlauf. Mit der Intensität der Symptomatik nimmt die Anzahl der positiven Ereignisse ab. Patienten mit Symptomverschlechterung haben deutlich weniger positive Ereignisse erlebt als Patienten mit gleichbleibender Symptomatik, und diese wiederum haben deutlich weniger positive Ereignisse erlebt als Patienten mit Symptomverschlechterung. Diese Ergebnisse differenzieren zwischen Patienten, deren Symptomatik sich durch die Verlaufsrichtung unterscheidet. Sie differenzieren jedoch nicht signifikant zwischen Patienten mit niedrigem und Patienten mit hohem durchschnittlichem Symptomniveau. Erst ein deutliches Überwiegen positiver über negativer Ereignisse ist mit niedriger Symptomatik oder Symptomverbesserung verbunden.

Es würde den Rahmen dieser Untersuchung sprengen, die Ereignisse im einzelnen aufzuzählen. Sogenannte *Ereignislisten* beruhen auf klinischen Voruntersuchungen. Sie setzen sich aus streßreichen Ereignissen zusammen, die signifikante Veränderungen im fortlaufenden Lebensgefüge eines Individuums bewirkt haben (Holmes & Rahe 1967). Auch

Erfahrungen, die eine Rollenveränderung, Veränderungen im Status oder Umgebungsveränderungen enthalten, gehören dazu (Myers 1972). Nicht zu vergessen sind Erlebnisse wie Enttäuschungen, gesundheitliche Veränderungen, Unfälle oder allgemeine Gefahrensituationen. Der Kernpunkt dieser Definitionen liegt im Aspekt der Veränderung der gewohnten Aktivitäten (Dohrenwend & Dohrenwend 1974).

Wie aus der Literatur und der Untersuchung von Werner-Eilert (1986) ersichtlich, läßt sich über die Art der Ereignisse im Vorfeld der Erkrankung der *Anorexia nervosa* kein einheitliches Bild erstellen. Gemeinsamkeiten finden sich lediglich in bezug auf Schwierigkeiten bei partnerschaftlichen Beziehungen; häufig findet man das Problem der sozialen Isolation bei Betroffenen.

Da in der vorliegenden Arbeit die Biographien und die darin enthaltenen Lebensereignisse der Probandinnen eine große Rolle spielen, liefert die Studie von Werner-Eilert einen wichtigen Beitrag für die spätere Gesamtbetrachtung. Die Qualität und die subjektive Empfindung einer Person für ein Ereignis kann für den weiteren Lebensweg einer jungen Frau von entscheidender Bedeutung sein. Unter Umständen war ein *kritisches Lebensereignis* Auslöser für eine Eßstörung. Synonym dazu verwendet auch Filipp (1981) für *streßreiche Ereignisse* den Terminus *kritisches Lebensereignis*. Dabei handelt es sich um von außen auf die Person einwirkende Kräfte. Bei der Analyse *kritischer Ereignisse* müssen die differentielle Wahrnehmung und Bewertung verschiedener Personen mit unterschiedlichem Handlungsrepertoire, unterschiedlicher Antizipation und Kontrolle in die Überlegungen und Beurteilungen miteinbezogen werden. Es sollte klar unterschieden werden zwischen dem äußeren Stressor (unabhängige Variable) und dem inneren Streßzustand (abhängige Variable = psychische Störung) einer Person. Aufgrund der vorliegenden Daten kann aber nicht uneingeschränkt behauptet werden, daß Ereignisse Symptomveränderungen verursachen oder daß die Symptomveränderungen Ursache für das Auftreten von Ereignissen sind.

Zusammenfassende Beurteilung. In den soziokulturellen und gesellschaftlichen Erklärungsansätzen für eine Eß-Verhaltensstörung geht man heute allgemein von einer multifaktoriellen Verursachung aus (Fichter 1985; Selvini-Palazzoli 1986; Garner 1991; Bruch 1992; u.a.). Einigkeit besteht darüber, daß die Prävalenz hauptsächlich in Industriegesellschaften liegt. *Anorexia nervosa*-Fälle sind vor allem in höheren sozialen Schichten überrepräsentiert (Bruch 1973; Morgan & Russel 1975; 1976; Jones 1980). Der kulturtheoretische Ansatz bezieht sich auf die Darstellung von Schönheitsidealen, vornehmlich des weiblichen Geschlechts. Ballett- und Tanzschülerinnen sind dabei besonders

von umweltbedingten Anforderungen an eine schlanke Figur betroffen. Wie eine Stichprobe von Garner & Garfinkel (1980) bestätigt, ist diese Gesellschaftsgruppe extrem anfällig für die Entwicklung einer Magersuchtserkrankung. Im Zusammenhang mit dem Wandel der Rolle der Frau werden viele sich widersprechende Anpassungsleistungen offensichtlich, die zu Streßfaktoren ausarten können (Selvini-Palazzoli 1974). Ein Problem soziokultureller Erklärungen einer *Anorxia nervosa* ist, daß sie sehr allgemein gefaßt sind und nicht an den Kernpunkt des Problems herankommen. Der Bezugsrahmen ist sehr undifferenziert, um eindeutige Relationen aufdecken zu können. Pauschalierungen wie die, 'daß sich das Frauenbild im Laufe der Entwicklung moderner Industriestaaten verändert hat,' müssen genauer hinterfragt werden. Die Entwicklung seit dem 17. Jahrhundert wurde verschiedenen soziokulturellen Veränderungen zugeschrieben. Hierzu gehören die fortschreitende Aushöhlung traditioneller Werte, die Entstehung des Kapitalismus und insbesondere die Verschiebung des kulturpsychologischen Menschenbildes. Diese Entwicklung wird als *affektiver Individualismus* bezeichnet. Neben soziokulturellen Größen gibt es noch andere wichtige Einflußfaktoren, die bei der Verursachung einer Anorexie miteinbezogen werden müssen. Eine Kultur kann nicht als Allein-Schuldiger einer Krankheit betrachtet oder gar verurteilt werden. Das breite Feld der Eßstörungen ist zu komplex, als daß eine solche Erklärung ausreichen würde. Hinzu kommt die Beurteilung des jungen Krankheitsbildes der *Anorexia athletica*. Das Erscheinungsbild der *Anorexia athletica* soll in einem späteren Abschnitt genauer betrachtet werden. Sicherlich aber ist eine Kultur ein wesentlicher Bestandteil in der Bedeutungsbildung von Verhaltensweisen und somit auch von Verhaltensabnormitäten.

Zu beanstanden sind vor allem Forschungsdefizite bei der Untersuchung der Krankheit über einen längeren Zeitraum. Hierzu gehört die Beobachtung der Auswirkung von kritischen Lebensereignissen in Längsschnittuntersuchungen, aber auch die Frage nach den Heilungschancen für Patienten. Inwieweit kann eine Magersucht chronisch werden? Wie kann oder sollte die angewandte Therapie aussehen? Und wie kann und sollte die Umwelt mit diesem Problem umgehen? Diese und andere Fragen müßten in prospektiven Untersuchungen geklärt werden.

Der Blickwinkel bisheriger Untersuchungen von Eßstörungen fokussierte das Krankheitsbild aus der Sicht des Betrachters. In Anlehnung an Forderungen einer objektiven Methodik versuchten Forscher, durch einen distanzierten Bezug zum Patienten Einblick und Überblick in dessen Verhältnisse zu erhalten. Man merkte jedoch bald, daß man auf Grenzen stieß. Der identitätstheoretische Ansatz (Stahr et al. 1995) zur Erklärung von Eßstörungen, Magersucht,

Anorexie, aber auch der Bulimie und Adipositas, versucht aus einer eher subjektiven Perspektive zu den Ursachen dieser Erkrankungen zu gelangen.

3.7 Identitätstheoretischer Erklärungsansatz

In der Psychologie taucht der Begriff *Identität* in den verschiedensten Zusammenhängen auf. Er leitet sich aus dem lateinischen ab: *identitas*, zu lat. *idem* = derselbe, oder die Echtheit einer Person oder Sache; die völlige Übereinstimmung mit dem, was sie ist oder als was sie bezeichnet wird. Die Erfassung der Identität mit Hilfe dieses Begriffes ist aus einer evident gegebenen subjektiven Sicht folglich nicht ganz einfach. Es ist ein Unterschied, ob sich jemand selbst als etwas bezeichnet oder ob ein anderer eine Beschreibung vom betrachteten Subjekt abgibt. Bei der erst genannten Erklärung liegt die Beobachtungsperspektive im Betrachter selbst. Im zweiten Fall ist es ein externer Beobachter, der den *Gegenstand* beim Namen nennt. In der Tradition des *symbolischen Interaktionismus*, zurückgehend auf Mead (1980, S. 177), beschreibt dieser Begriff einen lebenslangen Entwicklungsprozeß, der „innerhalb des gesellschaftlichen Erfahrungs- und Tätigkeitsprozesses stattfindet; das heißt im jeweiligen Individuum als Ergebnis seiner Beziehung zu diesem Prozeß als Ganzem und anderen Individuen innerhalb dieses Prozesses“ (Mead 1980, S. 177). Nach Mead basiert Identität auf der Fähigkeit zur Reflexion und ist im eigentlichen Sinne ein kognitiver Prozeß. Dieser beinhaltet sowohl eine personale als auch eine soziale Seite. Bei Stahr et al. (1995) beinhaltet dieser Begriff eine Tätigkeit, ein Balanceakt und ein Ausharhalten zwischen diesen beiden Polen. Durch dieses *dazwischen-sein* entsteht für das Individuum ein Problempotential. Auch Schweitzer (1985) gibt in seinen Ausführungen über Identität und Erziehung an, daß es für den einzelnen schwierig ist, sich einerseits als einzigartig zu sehen, andererseits aber auch sein soziales Umfeld in den Identitätsprozeß realistisch mit einzubeziehen. Erikson erweitert die Definition des Identitäts-Begriffs. Er spricht von einem *Identitätsgefühl*, das ein bewußtes Gefühl der individuellen Einmaligkeit beschreibt (1981, S. 216). In ihrer Arbeit versucht Blanck (1984) der Problematik weiblicher Identitätsfindung auf den Grund zu gehen. Daß es sich bei der Identitätsbildung nicht nur um die Anpassung an gesellschaftliche Rollenvorgaben handelt, darüber ist man sich in der Literatur einig. Andererseits kann eine Person nicht allein durch kreative Eigenleistung, gleichsam unter dem Ausschluß von Öffentlichkeit, zu einem *Selbst* gelangen. Ein Mensch wird in eine Familie und damit in einen Sozialstatus hineingeboren. In ihr wächst er im Sinne einer bestimmten Tradition und Lebensweise auf. Die Familie gibt ihren Mitgliedern Geborgenheit und Schutz. Als Gegenleistung dafür erwartet sie die Erfüllung von Aufgaben und Pflichten. Eine

gelungene Identitätsentfaltung liegt für viele Autoren dann vor, wenn dem Einzelnen die Aufgabe gelingt, „persönliche Identität als Struktur seiner individuell gemachten Erfahrungen und vollzogenen Prägungen und sozialen Identität als den im Individuum durch Rollenerwartungen abverlangten Verhaltensweisen in der Form der Identitätsbalance miteinander zu integrieren“ (Veelken 1978, S. 10). Nach gründlichen Recherchen macht Blanck selbst folgenden Definitionsvorschlag: „Identität ist die Vorstellung, die jemand über sich selbst und seine Biographie hat“ (1988, S. 43). Die Autorin unterscheidet verschiedene Formen von Identität, je nachdem, ob jemand mehr oder weniger von den Erwartungen anderer abhängig ist; ob er versucht, seine Identität selbst, autonom zu gestalten oder lieber andere über sich entscheiden und bestimmen läßt. Für Kraus (1980) spielt die Geschlechtsrolle bei der Identitätsentwicklung eine bedeutende Rolle. Er vertritt die These, daß die Geschlechtsrolle eine Grundbedingung jeglichen Rollenhandelns ist. Durch sie wird die existenzielle, psychologische und soziale Relevanz entscheidend mitbestimmt. Auch Blanck (1984) macht darauf aufmerksam, daß in Gesellschaften, in denen mit dem Geschlecht bestimmte typische Eigenschaften, Fähigkeiten und Verhaltensstile verbunden werden, der Geschlechtsrolle eine hohe Relevanz zur Identitätsbildung zukommt. Zwar liegt in der Entschärfung der Geschlechtsrollen eine Möglichkeit zu mehr Freiheit im Handlungsspielraum des Einzelnen, aber es erhöht sich auch die Gefahr der Verunsicherung eines Individuums. Nur durch eine Rollendistanz entsteht die Bedingung der Möglichkeit, sich gegenüber Normen und Codizes reflektierend und interpretierend zu verhalten, sich über Anforderungen von Rollen zu erheben, um auszuwählen, zu negieren und zu modifizieren. Die Heranreifung zu einer Persönlichkeit erfordert einen immerwährenden Prozeß der Reflexion über sich und über die verschiedensten Lebensbereiche, in denen man sich bewegt. Stahr et al. sprechen von einer ständigen Auseinandersetzung mit sogenannten Identitätssäulen: körperliche Identität, materielle Identität, Arbeit und Leistung, Aufbau sozialer Beziehungen und Netzwerke, die Entwicklung eigener Wert- und Moralvorstellungen und der Umgang mit Macht, Autorität und sozialer Kontrolle (Stahr et al. 1995, S. 76). Die Konfrontation mit diesen Säulen ist nötig, um zu sich selbst zu finden und seine Haltung gegenüber dem sozialen Umfeld zu bestimmen. Eine Identitätsentwicklung ist immer verbunden mit Selbstreflexion. Die Entwicklungen in unserem Zeitalter bieten dem Individuum mehr Möglichkeiten zu mehr Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Durch die Vermehrung von Freiheitsgraden sind aber auch erhöhte Anforderungen an jeden einzelnen verbunden. Er trägt mehr Verantwortung und muß sein Leben wesentlich flexibler gestalten und organisieren. Der Mensch der Moderne

befindet sich außerdem in einem permanenten Abgrenzungs- und Konkurrenzkampf zu einer relativ anonymen Masse. Einerseits will er einzigartig sein, andererseits hat er aber auch das Bedürfnis nach sozialem Anschluß. Stahr et al. (1995) kritisieren an bisherigen Studien zur Eßstörungsproblematik, daß die soziale Seite des Identitätsprozesses zu negativ dargestellt wird. Die positiven Einflüsse der Umwelt werden zu wenig beachtet und honoriert. Denn auch das *Feedback* der Mitmenschen sollte für die Sozialisation eines Individuums nicht unterschätzt werden.

Als Entwicklungsaufgaben werden z.B. die Bewältigung der körperlichen Reifung, die Bewältigung kultureller Normen und Erwartungen und die Bewältigung individueller Erwartungen und Vorstellungen angesehen. Werden Entwicklungsaufgaben falsch oder nicht gelöst, können sie persönliche Krisen auslösen. Demzufolge basiert die Krise einer Magersucht auf biologischen, psychosexuellen, sozialen oder individuellen Problemen. Die einzelnen Bereiche sind dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern sie beeinflussen sich gegenseitig.

Die enorme Geschwindigkeit, mit der Fortschritt, Technik, Bevölkerungswachstum, kognitive Strukturen und der Umgang miteinander voranschreiten, stellt eine hohe Belastung für das Denken, Fühlen und Handeln einer Person dar. Die Reaktionen auf Konflikt-, Krisen- oder Streßsituationen sind individuell sehr unterschiedlich. Dies ist ein entscheidender Punkt bei der Frage nach den Ursachen für die immer größer werdende Zahl eß- und (damit oft einhergehend) bewegungsgestörter Menschen in unserer heutigen Zeit. Noch vor einigen Jahren lag der Anteil magersüchtiger Frauen bei 1%. Männer waren mit 0,1% betroffen. In jüngster Zeit aber beobachten Fachleute, daß der Anteil erkrankter Männer permanent steigt. Allerdings gibt es Schwierigkeiten bei dem Versuch, diesen Zuwachs in Zahlen zu fassen, da Männer seltener Hilfe in Kliniken oder bei Therapeuten suchen. Die Dunkelziffer ist wesentlich höher als gemeinhin angenommen wird, da sich Jungen oder Männer für ihre Erkrankung schämen. Die Ursachen für die Zunahme von Eßstörungen beim männlichen Geschlecht sind vielfältig. Eine Erklärungsmöglichkeit könnte die zunehmende Orientierungslosigkeit angesichts der sich wandelnden Ansprüche emanzipierter Frauen sein. Eine andere Erklärung sehen Sozialpsychologen darin, daß das Rollenverständnis und die Rollenanforderungen für Männer bzw. für Frauen verschwimmen. Dies kann zu Desorientierungen führen, die sich auf das Krankheitsbild der jeweiligen Eßstörung auswirken. Ein weiterer Erklärungsansatz geht davon aus, daß sich längst nicht mehr nur Frauen einem Schönheitsideal unterwerfen, demzufolge nur ein schlanker Körper ein schöner Körper ist; athletische Vorbilder spornen zu einem harten, oft übertriebenen Fitneßtraining an.

Im folgenden Abschnitt soll nun auf den identitätstheoretischen Ansatz von Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) detaillierter eingegangen werden. Die Überlegungen der Autorinnen beziehen sich auf vier Kategorien. Sie dienen als Grundlage des identitätstheoretischen Ansatzes zur Erklärung von Eßstörungen.

- (1) Die Freisetzung traditioneller, gesellschaftlicher Normen
- (2) Die Veränderung traditioneller Beziehungsmuster
- (3) Die Auflösung traditioneller Geschlechtsrollen
- (4) Der Körper als Kristallisations- und Angelpunkt der Identitätsentwicklung

(1) Die Freisetzung traditioneller, gesellschaftlicher Normen. Im 21. Jahrhundert gewähren die gesellschaftlichen Formen des Zusammenlebens und Handelns immer größere Handlungsspielräume. Neue Möglichkeiten erfordern aber auch mehr Verantwortung, Pflichterfüllung und Selbstkontrolle (Beck 1983, 1986; Beck & Beck-Gernsheim 1990). Auf der einen Seite beinhalten diese potenziellen Entfaltungsmöglichkeiten viele Chancen zur Persönlichkeitsentwicklung für das Individuum. Andererseits aber erhöht sich damit auch das Gefahrenpotential für fehlerhaftes Verhalten. Jeder trägt selbst die Verantwortung für seine Entscheidungen und Handlungen. Viele Menschen kommen mit der heute herrschenden, individualisierten Existenzweise nicht zurecht. Im *Dschungel der Alltagswelt* ist jeder auf sich allein gestellt. Auf dem Arbeitsmarkt regiert ein harter Konkurrenzkampf. Die wirtschaftliche Lage erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilität. Je mehr Freiheitsgrade in einer Gesellschaft möglich sind, desto höher sind die Anforderungen, mit denen ein Individuum fertig werden muß. Ältere Generationen haben meist größere Anpassungs- und Umstellungsschwierigkeiten. Sie können mit dem Tempo der Veränderungsprozesse nicht Schritt halten. Auf technische Veränderungen kann man sich noch relativ schnell einstellen, zumal diese oft mit körperlichen Entlastungen und mehr Bequemlichkeit einhergehen. Diffiziler aber wird es, wenn es im Zuge eines Wandels von Werten um ethische Fragen und Problemen geht. In einer Atmosphäre, in der *Leistungs-* und *Perfektionsstreben* stark idealisiert werden, entwickeln sensible Menschen verschiedene Abwehr- oder Verdrängungsstrategien. Vordergründig erscheinen solche Strategien als problemlose Anpassungen an das System. Magersüchtige oder anorektische Frauen sind meist sehr leistungsfixiert. In der Schule gehören sie zu den Besten. In ihrer Kindheit gingen sie vielen außerschulischen Beschäftigungen und Terminen nach. Sie spielten ein Instrument, gingen zum Tanzunterricht, waren in einem oder mehreren Sportvereinen und besuchten Trainingsveranstaltungen verschiedener Sportarten. Ihre Freizeit ist verplant und

durchorganisiert. Diese Mädchen erfüllen immer ihr *Soll*, welches sie sich selbst auferlegten oder von ihren Eltern gefördert wurde. Die Eltern Magersüchtiger schildern ihre Töchter als extrem brav, zuverlässig und pflichtbewußt. Alle Bestrebungen aber kreisen fast ausschließlich um die Erfüllung äußerer Ziele. Dieses ununterbrochene *Aktiv-Sein* ist eine Form der Überlebensstrategie. Und da sie sich mit dieser stringenten Lebensweise gut arrangiert haben, sich sicher fühlen und dieser Weg scheinbar von Erfolg gekrönt ist, wird er von den jungen Frauen weiter verfolgt. Erfolgreich sein bedeutet Anerkennung und Lob zu ernten. Die Frage nach einer inneren Zufriedenheit kommt gar nicht erst auf, da es dafür keinen Maßstab, keine Werteskala gibt. Auch der Umgang mit dem eigenen Körper ist für die Magersüchtige Arbeit. Der Körper ist eine äußere Erscheinung, die es zu gestalten gilt. Über ihn kann sie Macht ausüben und demonstrieren sowie Unsicherheiten verbergen. Die ständige Beschäftigung mit der Figur ersetzt oder verdrängt die Auseinandersetzung mit anderen Realitäten bzw. mit Aufgaben anderer Lebensbereiche. Eine gute Figur und die damit assoziierten Attribute (wie z.B. Selbstdisziplin) haben in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Die Auseinandersetzung mit Konflikten und Problemen findet bei eßverhaltensgestörten Menschen nicht direkt statt, sondern indirekt auf der physischen Ebene des Körpers. Indem die Nahrungsaufnahme verweigert wird, will sich die anorektische Frau den gesellschaftlichen Normen und Bedingungen entziehen. Sie hat Schwierigkeiten, ihre eigentlichen Empfindungen zu erkennen und zu artikulieren. Es werden keine adäquaten Lösungsstrategien angewandt, vielmehr lenken Ersatzhandlungen oder Kompensationsmechanismen von den eigentlichen Problemsituationen ab. Die anorektische Tochter wurde erzogen, sich im *gesellschaftlichen Rampenlicht* vorbildlich zu verhalten. Die Arbeit an und mit ihrem Körper, die immerwährende Beschäftigung mit Essen, Abnehmen und Gewichtskontrolle lenkt sie von der unbedingt notwendigen Konfrontation mit tatsächlichen Problemen ab. Die in dieser Weise aufgebaute „Fassadenidentität“ (Stahr 1995, S. 78) verdrängt das ursprüngliche Ziel der Leistungsbemühung. Die Gedanken kreisen nur noch um das eine Thema *Essen*. Mit der Zeit verselbständigen sich diese Gedanken und blockieren, hemmen und beeinflussen alle Bereiche des Daseins. Das Gewicht und die Waage, die Waage und das Gewicht, werden zum Mittelpunkt und Lebensinhalt. Häufig können eßgestörte Frauen und Männer kein konkretes Lebensziel angeben. Dies ist auch ein Zeichen für die Verwirrtheit ihrer Gedanken und Gefühle (Hoppe 1991; Vogelbach-Woerner 1993). Empfindungen wie Orientierungslosigkeit und Verunsicherung dominieren das Gefühlsleben. Infolgedessen sinkt das Selbstwertgefühl. Die Konsequenz daraus ist eine äußert pessimistische Denkweise und eine deutlich negative Einstellung zum Leben. Tiefe

Traurigkeit und Melancholie gehen nicht selten in schwere depressive Stimmungen über. In diesem Stadium kann auch die Familie dem jungen Menschen keinen Halt, keinen Schutz und keine Hilfe mehr geben. Wie aus Untersuchungen anorektischer Familien bekannt ist, stellt die Familiensituation selbst ein Problem für die Patienten dar. Das anorektische Verhalten läßt sich somit deuten als der versteckte Wunsch nach Selbstverwirklichung und Autonomie. Das Individuum befindet sich in einem persönlichen Kampf zwischen ersehnten Freiheiten für Extravaganzen und geschützten Positionen und Abgrenzungen nach außen hin.

Zum allgemeinen Persönlichkeitsbild von Magersüchtigen macht Gerlinghoff folgende Anmerkungen: Magersüchtige haben vor allem Angst. Sie sind total unsicher. Deshalb klammern sie sich an ihre Familie. Sie vermeiden enge Freundschaften, verhalten sich in der Schule oder am Arbeitsplatz angepaßt, um jeglicher Kritik zu entgehen. Sicherheiten versuchen sie dadurch zu erwerben, daß sie bei allem was sie tun, gute Leistungen erbringen. Magersüchtige wollen im Mittelpunkt stehen. Sie streben nach Bewunderung durch andere. Gerlinghoff sieht im selbstzerstörerischen, magersüchtigen Verhalten junger Frauen eine radikale Verwirklichung persönlicher und sozialer Ideale. Magersüchtige versuchen damit, ihre Ängste und Schuldgefühle zu überwinden. Sie wollen zu Selbstachtung gelangen und von anderen geachtet und geliebt werden (1992, S. 69).

(2) Die Veränderung traditioneller Beziehungsmuster. In der Vielfalt sozialer Gemeinschaften, die wir in der heutigen Zeit vorfinden, spiegelt sich eine ebensolche Vielfalt von Bedeutungszusammenhängen in Beziehungsstrukturen wider. Das Zusammenleben kann in einer Klein- oder Großfamilie stattfinden oder mit einem Lebensabschnittsgeliebten, in Wohn- oder Interessengemeinschaften. Überall wird man mit einem komplexen Geflecht aus Bedürfnissen, Ansprüchen und Pflichten konfrontiert. Bei diesen Erwartungen bildet sich bei manchen Heranwachsenden nicht selten die Verflechtung einer Triade aus Liebe, Leistung und Identitätsbildung. Die Verwobenheit von Liebe und Identität beschreibt Beck-Gernsheim (1986). Eine Partnerschaft wird zur Institution, um die eigene Person zu stabilisieren. Wirtschaftliche Aspekte spielen dabei keine unwesentliche Rolle. Immer mehr Eheleute schließen Eheverträge ab. Hier geht es meist um Gütertrennung und Regelungen äußerer Umstände im Falle eventueller Trennungen. Menschliche Bedürfnisse nach Zuwendung und Gemeinschaft werden mit dem Attribut *altertümlich* abgetan. Das Risiko emotionaler Enttäuschungen soll so klein wie möglich sein. Auch in den Handlungsmustern zur nächsten Generation vollzogen sich Veränderungen. Diese betreffen verschiedenste Bereiche, wie z.B. die Beziehungen zueinander, der Umgang miteinander und die damit verbundene Weitergabe

von Werten. Kinder kosten Zeit und Geld. Das Aufziehen von Kindern ist eine schwere Aufgabe. Sie bereitet viel Arbeit und Mühe. Eine Familie mit Kindern ist weniger flexibel als ein Paar ohne Kinder oder gar ein Alleinstehender. Flexibilität, Mobilität und die Möglichkeit, in den Arbeitszeiten variabel zu sein, gehören zum Anforderungsprofil unserer Gesellschaft. Das schnelle Berufsleben erfordert immer wieder Zeiten der Weiter- und Fortbildung. Kommt es in einem solchen Umfeld, das dem Einzelnen höchste Anforderungen abverlangt, zu kritischen Lebensereignissen (z. B. Beziehungsaufösungen), können diese Auslöser einer bulimischen oder anorektischen Reaktion sein (Werner-Eilert 1986). Eßgestörte haben große Angst vor Einsamkeit und Isolation. Da sie sich diese Ängste aber nicht eingestehen, bleibt ihnen nur der scheinbare Halt in ihrer Krankheit. In diesem Sinne sind Eßstörungen Ausdruck einer Identitätskrise, die auf tiefen Beziehungsstörungen beruhen (Stahr 1995, S. 80). Die Magersucht ist demnach ein Schutzwall, eine Mauer aus Angst vor Enttäuschungen. Nicht selten haben eßverhaltensgestörte junge Menschen nur einen einzigen Bezugspartner. Dieser einzige Bezugspunkt genügt nicht, um eine Persönlichkeit aufzubauen oder zu festigen. Viele sensible Menschen sind innerlich labil. Aus diesem Grund werden sie leicht zu Objekten ihrer Verhältnisse. Der französische Existenzialist Sartre bemerkte treffend, daß der Mensch verurteilt ist frei zu sein. *Frei sein* schließt auch *Eigenverantwortlichkeit* und die Möglichkeit zu *Fehlverhalten ein*. Sein Leben selbst zu entwerfen und zu gestalten, ist keine leichte Aufgabe. Nicht selten muß ein hoher Selbstanspruch vor den eigenen Fähigkeiten oder der Realität kapitulieren. Viele Autoren, die sich mit Eßstörungen befassen, beobachten folgende herausragende Charakteristika bei ihren magersüchtigen Patienten: geringes Selbstwertgefühl, hohes Anspruchsniveau, Egozentrik, Ehrgeiz, Pflichtbewußtsein, Perfektionismus, Genügsamkeit bzw. Geiz in bezug auf sich selbst, Mangel an Spontaneität und eine eingeschränkte Emotionalität (Gerlinghoff 1992, S. 67-68). Eine Magersüchtige sieht sich nicht als selbständiges Individuum. Sie mißtraut dem eigenen Erleben. Diese Selbstunsicherheit bringt sie in starke Abhängigkeit zu anderen. Dadurch ist sie stark auf ihre Umgebung fixiert. Sie erwartet von ihrem Umfeld ein übersteigertes Maß an Liebe, Zuwendung, Verständnis und Geborgenheit. Im Gegenüber hofft sie Sicherheit zu finden. Aus diesem Grund sind pathologisch eßgestörte Menschen dafür prädestiniert, sich von anderen führen zu lassen. Wertvorstellungen, Meinungen, Ansichten, Sympathien und Antipathien der anderen werden verinnerlicht. Auch die Beziehung zu den Geschwistern ist bezeichnend für das Persönlichkeitsbild einer anorektischen Frau. Es gibt keine Gemeinschaft mit den Geschwistern, keine Solidarität, keine echte Freundschaft, aber auch kein Konkurrenzkampf zu den Eltern. Es handelt sich

eher um die Unfähigkeit, enge Beziehungen einzugehen. Magersüchtige, so Gerlinghoff (1992), haben Angst vor anderen Menschen, weil sie Angst haben, sich nicht perfekt zu verhalten. Trotzdem wollen sie sich anderen gegenüber erhaben fühlen und aus der Menge herausragen. Sie möchten als außergewöhnlich gelten. Mittelmäßigkeit ist ihnen ein Gräuel.

(3) Die Auflösung traditioneller Geschlechtsrollen. Die Anforderungen, die ein neues Rollenverständnis mit sich bringt, und die Veränderungen in Berufs- und Arbeitswelt verlangen ein hohes Maß an Disziplin. Das fortwährend steigende Bildungsniveau, die Entwicklungen und Fortschritte von Technik, das *know how* im Umgang mit der EDV, anderen Computersystemen, Internetkommunikation etc. erfordert den vollen Einsatz und eine hohe Leistungsfähigkeit von jedem Einzelnen. Was zählt, sind Leistungen, indiziert durch Fakten und Zahlen.

Die sogenannte traditionelle Geschlechtsrolle wird kaum mehr gelebt, aber eine Neue ist noch nicht konstituiert worden. Identitätsprobleme sind somit vorprogrammiert. Als logische Konsequenz aus dieser Situation ergibt sich eine Orientierung an gesellschaftlichen Leitbildern. Dazu gehören zum Beispiel die superschlanken Models oder die maskulinen Typen erfolgreicher Frauen und besonders die athletischen Sportlerinnen-Idole. Sie verkörpern die weiblichen Ideale des 20/21. Jahrhunderts. Die Diskrepanz zwischen der Erfüllung dieser Ideale und der Wirklichkeit führt bei manchen Frauen zu Verhaltensschwierigkeiten und Irritationen. Zwar ist die Gleichberechtigung der Frau gesetzlich verankert (Grundgesetz, Artikel 3), aber es ist ein Unterschied, ob Emanzipation auf einer kognitiven Ebene stattfindet oder ob sie tatsächlich gelebt wird. Emanzipation ist außerdem keine rein weibliche Angelegenheit. Oft fehlt es an emotionaler Reife für das Akzeptieren, Respektieren und Tolerieren von Andersartigkeit. Der normative Anspruch und die gesellschaftliche Realität klaffen hier weit auseinander. Die unausweichliche Folge dieser Entwicklung ist eine allgemeine Verunsicherung. Der heranwachsende Mensch ist überfordert. Er schwankt zwischen der Identifizierung mit den traditionellen Geschlechtsrollen und der Verwirklichung von eigenen Vorstellungen. Zwar ist auch die Männerwelt in den Prozeß der ständig wachsenden Anforderungen involviert, doch das männliche Geschlecht hat seit vielen Generationen eher gelernt, mit Veränderungen umzugehen und darauf zu reagieren. Darüber hinaus lassen den Männern die gesellschaftlichen Verhaltenskodices einen weit größeren Handlungsspielraum als den Frauen. Männer besitzen mehr Übung in ihren Lebensrollen. Darin demonstrieren sie Autonomie und Unabhängigkeit. In bezug auf den Lebensinhalt legen Frauen mehr Wert auf

den privaten Bereich (Ehe und Familie). In den letzten Jahren haben sich aber auch beim weiblichen Geschlecht die Prioritäten verschoben. Immer mehr Frauen konzentrieren sich auf ihren Beruf und ihre Karriere. Habermas spricht von einer Verschiebung der weiblichen Lebensperspektive von einer „affektiv interpersonellen Orientierung“ zu einer „instrumentellen Orientierung“ (1990a, S. 193). Frauen seien mehr beziehungsorientiert als Männer. Aus diesem Grund leiden die Frauen selbst am meisten unter dieser Entwicklungstendenz. In der gegenwärtigen Zeit werden Beziehungen gehandelt, ähnlich einer *Marktsituation*. Als Reaktion darauf haben auch Frauen begonnen, ihre Affekte besser unter Kontrolle zu halten und weniger Emotionen zu zeigen. Besonders aggressive Empfindungen sind streßbehaftet, da sie meist nicht ausgelebt werden oder ausgelebt werden können. Man hat festgestellt, daß bulimische Anfälle häufig dann ausgelöst werden, wenn sich die Betroffenen nicht aggressiv durchsetzen konnten. Anorektikerinnen und andere eßgestörte Personen vermeiden offene Auseinandersetzungen, weil sie von einem falsch verstandenen Harmonieverständnis ausgehen.

Das Bild des idealen Mannes hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt (Nuber 1997). In den 70iger Jahren gab es den sogenannten *Softy-Typ*. Darunter versteht man einen Typ Mann, der Gefühle und Emotionen zeigen kann. Diese Episode war jedoch nur von kurzer Dauer. Mit der immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Lage westlicher Industrienationen haben Konkurrenzkampf, Macht und Durchsetzungsvermögen wieder die Oberhand gewonnen. Davon bleibt auch der zwischenmenschliche Bereich nicht ausgespart. Selbstbewußtsein, Unabhängigkeit, Risikobereitschaft und eine dynamische Stärke sind gefragt. Demonstriert wird dies mit Hilfe der äußeren Erscheinung (sportliche Figur) und auch durch bestimmte Verhaltensweisen- und Praktiken: der starke, athletische Mann unter dem Diplomatanzug, der, wenn es darauf ankommt, mit harten *Waffen* kämpfen kann.

Metz-Göckel (1993) beobachtete unter Jungen in der Schule eine Zunahme an körperlichen und seelischen Störungen. Seiner Studie nach scheitern Jungen häufiger in der Schule als Mädchen. Sie werden eher auffällig oder gar gewalttätig. Er führt seine Ergebnisse darauf zurück, daß die Jungen so reagieren, weil sie einen Angriff auf ihren Status fürchten. Sie haben Angst davor, ihre Vormachtstellung zu verlieren. Auch die männliche Jugend ist durch die ambivalenten Anforderungsstrukturen der modernen Gesellschaft überfordert. Das Ergebnis einer Störung des Bewußtseins seiner selbst, die Verunsicherung durch sich widersprechende Rollenanforderungen, die Entwicklung undifferenzierter Verhaltensregeln und -Normen - das alles können Gründe für eine extreme Entscheidungsunsicherheit in beiden

Geschlechtern sein. Dies gilt sowohl für äußere Lebensziele, als auch für die Interpretation eigener Gedanken und Gefühle.

Eßstörungen sind demzufolge das Resultat der Verunsicherung geschlechtsspezifischer Identifikationsmuster. Die Beschäftigung mit Essen und Gewicht ist eine Art Demonstration von Stärke und Macht, auch wenn es nur den eigenen Körper betrifft. Gleichzeitig ragt der dünne Mensch aus der von Konsum aufgeschwemmten, trägen Masse heraus.

(4) *Der Körper als Kristallisations- und Angelpunkt der Identitätsentwicklung.* Der identitätstheoretische Ansatz zur Erklärung von Eßstörungen von Stahr u. a. (1995) macht den Körper zum Mittelpunkt der Identitätsentwicklung von Frauen und auch von Männern. In der gegenwärtigen Zeit der Postmoderne spielt das äußere Erscheinungsbild wieder eine sehr große Rolle. Der Körper ist ein Mittel zur Darstellung von Einzigartigkeit. Das äußere Erscheinungsbild symbolisiert anderen gegenüber eine bestimmte Einstellung und Lebensphilosophie. Andererseits wird auf der körperlichen Ebene aber auch die Problematik der Ich-Findung offenkundig. Die Idealbilder fremdbestimmter Werte werden zur Schau getragen. Das vollmobile, leistungsfähige Gesellschaftsmitglied, organisiert in demokratischen Familiensystemen, hat das Erscheinungsbild eines schlanken, jugendlichen, durchtrainierten Körpers. Es ist modisch gekleidet und dennoch einzigartig im Stil. Der dünne, maskulin orientierte Körper der erfolgreichen Frau zeugt von Athletentum und androgyner Unabhängigkeit. Speziell an die Frauen wenden sich Zeitschriften mit ihren Schlankheitskuren und Diätvorschriften, damit sie einer sogenannten Traumfigur näher kommen. Diese Figur ähnelt den superschlanken Mannequins der Haute Couture in den teuren Modejournalen. Die Identifikation mit den Angeboten der Werbe- und Modebranche ist für viele Frauen ein Traum, der zur Frustration führt (Gerlinghoff 1986). Dies ist gefährliches Gedankengut für unsichere junge Mädchen, die auf der Suche nach sich selbst sind. Sie orientieren sich an den präsentierten Vorbildern. Schlankheit bedeutet aber nicht nur Schönheit, sondern sie ist Symbol für Attribute wie Gesundheit, Eleganz, Ästhetik, Kultur und vor allem für Leistungsfähigkeit. Im allgemeinen wird unterstellt, daß, wer genug Stärke und Willen besitzt, in unserer Überflußgesellschaft asketisch zu leben, dieser auch die Kraft hat, in anderen Lebensbereichen mit hohen Anforderungen fertig zu werden. Anstelle offener Formanpassungen, wie Reifrock oder Korsett, treten im 20. Jahrhundert subtilere Mittel der Selbstverleugnung und Selbstkasteiung auf. Der sich selbst regulierende Mensch ist Symbol einer veränderten Lebenspraxis. Diesen Körper, der sich oftmals dem angestrebten Ideal von Schlankheit, mit seinem Hunger und anderen Bedürfnissen in den Weg stellt, gilt es, dem

Willen nach Leistung und Anerkennung zu unterwerfen. Die ehemals identitätsstiftenden Kollektivnormen sozialer Gesellschaftsstrukturen werden durch einen Schlankheitskult oder Figurenkult ersetzt. In ihm verbirgt sich mehr als nur die Gängelung des Körpers. Da sind z. B. die erwähnten Persönlichkeitsmerkmale, die man gemeinhin mit einer schlanken Gestalt assoziiert. Schlanke Menschen hält man für willensstark. Man glaubt, sie seien zufriedener als korpulentere Menschen. Vor allem traut man ihnen ein Mehr an Energie zu und traut ihnen mehr Dynamik zu (Pudel & Becker 1989). Philosophisch ausgedrückt: „Sich in Form bringen“ ist der neue moralische Imperativ einer individuellen Lebensweise (Rodin 1993, S. 23). Das äußere Bild benennt eine Person. Ein Scheitern auf der Ebene des Körpers bedeutet gleichzeitig ein allgemeines Scheitern und eine Schwäche der Person selbst. Auch die Männerwelt ist vom Schlankheitswahn nicht verschont geblieben. In einer Untersuchung deckte Rodin (1993) auf, daß schlanke Männer im Beruf erfolgreicher sind als dicke Männer, unabhängig von ihrer Qualifikation und Stellung. Sie werden häufiger für *gut* gehalten als dicke Männer, haben mehr Erfolg bei Frauen und werden eher akzeptiert (Steinen 1993). Früher galten eher üppige Männer als vertrauenswürdig. Sie waren oft Respektpersonen. Wie der einzelne mit seinem Körper umgeht, steht in direktem Zusammenhang damit, was er von sich erwartet und welche Ansprüche er an sich selbst hat. Mit den persönlichen Zielvorstellungen geht die Identifizierung einher. Bei der Frage nach den Ursachen von Eß-Schwierigkeiten ist die individuelle Orientierung ein äußerst markanter Punkt. Auf dem Weg zum eigenen Lebensziel und der persönlichen Lebensweise müssen viele junge und auch ältere Menschen immer wieder einen inneren Kampf austragen. Eine Identitätsentwicklung kann niemals ein abgeschlossener Prozeß sein. Das Individuum muß sich ständig kritisch hinterfragen, neu definieren und beobachten. Nur eine distanzierte Betrachtungsweise ermöglicht die Sicht zu einer Identitätsfindung, die untrennbar mit dem Körper-Image verbunden ist. Durch die reflexive Betrachtungsweise des Subjekts ist das Selbst, mit Hilfe der äußeren Gestalt, manipulierbar und verformbar. Für Stahr et al. (1995) ist die Pubertät eine der schwierigsten Phasen im Leben eines Menschen. In dieser Entwicklungsstufe, in der sich die Identität im Umbruch und im Prozeß der Bewußtwerdung befindet, ist gutes Aussehen für den Einzelnen besonders wichtig. Bei Nicht-Erreichung eines gegebenen Zieles kann es zu schweren Problemen und Verhaltensstörungen kommen. Hierzu zählt auch die Eßstörungsproblematik. Eßverhaltensstörungen können kurzzeitig auftreten, aber sie können auch chronisch werden (Franke 1990). Eßstörungen, so die Hypothese von Stahr, Barb-Priebe und Schulz, sind der mißlungene Versuch, die körperlich-leibliche und soziale Entfremdung aufzuheben (1995, 87).

Zusammenfassende Beurteilung. Der identitätstheoretische Ansatz von Stahr et al. (1995) versucht darzulegen, daß viele Faktoren und Einflüsse bei der Entstehung abnormer Eßverhaltensweisen miteinander interagieren. Allen bisherigen Erklärungsansätzen gemeinsam ist der Aspekt der Identitätssuche bzw. der Identitätsfindung. Der Schwerpunkt des identitätstheoretischen Ansatzes liegt in der Person selbst. Eine Person ist körperlich-geistiges Wesen zugleich. Das in der Philosophie schon lange diskutierte Phänomen des Leib-Seele-Dualismus erweist sich als ein gravierendes Problem bei der psychologischen Betrachtung von Verhaltensstörungen. Auch der identitätstheoretische Ansatz sieht die Lücke zwischen dem äußeren Erscheinungsbild einer Krankheit, wie der Eßgestörtheit im Allgemeinen oder der Anorexia nervosa im Besonderen, und der Manifestation dieser Krankheit in der Person selbst.

Es ist ein seltsames Phänomen, daß gerade die Nahrungsaufnahme, die eigentlich eine existenzielle Grundvoraussetzung für das Leben darstellt, für manche Menschen zum größten Problem dieses Lebens wird. Nahrung kann symbolisch für ein unstillbares Verlangen nach unerreichbarer Liebe stehen oder Ausdruck von Wut und Haß sein; Nahrung kann in ihren Bedeutungen eine enorme Vielfalt verschiedener, oft gegensätzlicher Konnotationen haben. Der gewollte Nahrungsentzug bei Magersüchtigen hat mit emotionalen Spannungszuständen zu tun, die von allen möglichen Konflikten und Problemen hervorgerufen werden können. Der identitätstheoretische Ansatz integriert unterschiedlichste Beweggründe für eine anorektische Erkrankung. Es erfordert sehr genaue Analysen eines theoretischen Ansatzes, um der Multidimensionalität und Komplexität einer Eßstörungserkrankung, die wiederum mit anderen Verhaltensabnormitäten verbunden sein kann (z. B. exzessives sportliches Training), gerecht zu werden. Das Wichtigste ist jedoch, daß mit diesem Ansatz ein Versuch unternommen wird, alle möglichen Ursachen wieder auf einen Kernpunkt zurückzuführen, nämlich auf die Person selbst. Eßverhaltensgestörte Patienten sind mit Essen oder Nichtessen überbeschäftigt und benutzen die Funktion der Nahrungsaufnahme als Scheinlösung für ihre Persönlichkeitsprobleme. Es läßt sich feststellen, daß eine Ermutigung oder Verstärkung des Selbstaushdrucks bei vielen Anorektikerinnen zu kurz gekommen ist. Das Vertrauen in die innere Stärke, in eigene Ideen und Vorstellungen und in autonome Entscheidungen ist unterentwickelt. Eine scheinbar problemlose Anpassung an Normalität hat sich zu einem rebellischen Haß entwickelt, der in einen selbstzerstörerischen Negativismus umgeschlagen ist. Demzufolge liegt im identitätstheoretischen Ansatz eine Chance für eine echte Basis zur Ursachenklärung einer Eßstörung.

4 Eßstörungen im Zusammenhang mit Bewegung und Sport

Im folgenden soll das Krankheitsbild *Anorexia nervosa* auch *Anorexia athletica* oder Eßverhaltensstörungen im Blick auf sportwissenschaftliche Aspekte betrachtet werden. Im Vordergrund stehen vor allem sportwissenschaftliche oder sportmedizinische Untersuchungen, in denen AthletInnen und Nicht-AthletInnen verglichen werden. Von besonderem Interesse ist hier die Gruppe der Sportlerinnen mit dem Schwerpunkt Ausdauersportarten, wie Langstreckenlauf, Triathlon/Duathlon, Biathlon oder Skilanglauf.

Für den Bereich Frauen im Ausdauersport mit Eßstörungen liegt bislang keine spezielle, ausgearbeitete Theorie vor. Jedoch weisen viele Ergebnisse sportwissenschaftlicher Arbeiten auf häufigere Vorkommnisse vor Eßstörungen bei Athletinnen im Vergleich zu Nicht-Athletinnen hin. Im folgenden soll auf die Symptome, die vermuteten Ursachen und die wahrscheinlichen Funktionen näher eingegangen werden.

Die Diagnose-Kriterien des Krankheitsbildes der *Anorexia nervosa* wurden erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch eine definierte Symptomatologie formuliert. Hierbei handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, vielmehr fallen die multiplen Erscheinungsformen in ihrer Kombination und in ihrem individuellen Kontext sehr unterschiedlich aus. Alle Fälle weisen jeweils charakteristische Merkmale auf, sei es in der Betrachtung der Biographie oder sei es in bezug auf die Auswirkungen im Krankheitsbild. Bei allen Unterschieden ist jedoch immer ein Phänomen konstant vorhanden: Alle Betroffenen zeigen eine ausgesprochene Hyperaktivität.

Einer der berühmtesten Chirurgen seiner Zeit, Sir William Gull (1816-1890), beobachtete bei sehr dünnen, nicht eßwilligen Patienten Ruhelosigkeit und ständige Aktivität. Lasègue (1873) sprach von einem besonderen Gemütszustand und von emotionalen Störungen seiner Patienten. Vor allem in der französischen Literatur wurde aus Lasègues Beschreibung die bekannte Triade von Symptomen isoliert: Anorexie, Abmagerung, Amenorrhoe. Auch er beobachtete schon in einer ersten Phase der verminderten Nahrungsaufnahme eine ausgeprägte Hyperaktivität. Eine weitere Phase zeichnet sich, nach Lasègue, durch extreme Depression, Verlust der Hautelastizität, eingefallenem Leib, Blässe und Amenorrhoe, aus.

Bei allen Wissenschaftlern, ob aus der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie oder der Sportwissenschaft, die sich intensiv mit der Eßstörungen-Thematik auseinandergesetzt haben, deckt sich die Beobachtung eines enormen Bewegungsdrangs und einer großen inneren Unruhe ihrer Patienten oder Probanden. In einer ihrer ersten Abhandlungen über Eßstörungen schreibt Bruch (1962), daß sportliche Übungen ziellos betrieben werden. Die Betroffenen

laufen stundenlang im Kreis oder gehen ständig hin und her. Thomä (1961) widmet dem Bewegungs- und Leistungswillen seiner anorektischen Patientinnen einen eigenen Abschnitt. Er registriert, daß eine Ermüdung nie zugegeben wird. Seiner Meinung nach ist die Hypermobilität eine Art Ventil für eine Erregung, die durch das abgewehrte Nahrungsbedürfnis verursacht wird. Ebenfalls beschreibt Crisp (1967), daß viele seiner Patienten ihre Zeit darauf verwenden, im Zimmer auf und ab zu schreiten. Die Ausführungen von Feighner (1972) bestätigen ebenfalls die große Bedeutung von Hyperaktivität im Krankheitsbild der *Anorexia nervosa*. Seit 1987 gehört das anormale Bewegungsverhalten im Krankheitsbild der *Anorexia nervosa* zum offiziellen Kriterien-Katalog der *American Psychiatric Association* (APA). Einzelne Autoren, wie z.B. Selvini-Palazzoli (1986), sprechen von einem unbeherrschbaren Drang der Magersüchtigen, sich in Bewegung zu halten und heimlich Gymnastik zu betreiben. Man findet außerdem eine hohe Toleranzgrenze für Schmerzen aller Art. Genannt werden z.B. Kälte oder Ermüdungserscheinungen. Es zeigt sich demnach, daß es einen Zusammenhang zwischen der *Anorexia nervosa* und auffälligem Bewegungsverhalten gibt.

Die konditionelle Fähigkeit *Ausdauer* wird in der Sportwissenschaft als Ermüdungswiderstandsfähigkeit definiert (Kayser 1992, S. 51). Gerade diese Komponente spielt in physiologischer und psychologischer Hinsicht bei sportlichen Wettkämpfen eine bedeutende Rolle. Besonderes Augenmerk gilt der Art der Energiebereitstellung für diese sportliche Leistungsfähigkeit. Ausdauerarbeiten werden in der Regel mit einem hohem Anteil durch Fettverbrennung versorgt. Bei einigen Krankheitsbildern, wie der Arteriosklerose, Herzinfarkttrisiko oder der Adipositas muß dem Fettstoffwechsel große Beachtung geschenkt werden. Auf die biochemischen Grundlagen soll hier aber nicht weiter eingegangen werden. Wichtig ist vor allem für die Motivation einer Sportlerin, die eine Ausdauersportart ausübt, daß sie sich bewußt darüber ist, daß der Hauptanteil ihrer Energie aus dem Fettstoffwechsel abgedeckt wird. Ob und inwieweit Leistungswille und Kalorienverbrauch miteinander in Verbindung stehen, soll nun ausführlicher besprochen werden.

4.1 Sport und Ernährung

Der Zusammenhang zwischen Sport und Eßstörungen ergibt sich aus der physiologischen Beziehung zwischen Energiebereitstellung und Leistungsvermögen - Bewegung und Energieverbrauch auf der einen Seite, Nahrungsaufnahme und Leistungsfähigkeit auf der anderen Seite. Herpertz-Dahlmann (1996), der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig ist, plädiert für eine frühzeitige Aufklärung und Information über Symptome und Folgen von

Eßstörungen in Risiko-Gruppen, wie z.B. LeistungssportlerInnen. Reduzierte Kalorienaufnahme und körperliches Training, wie es das Bild der *Anorexia athletica* bietet, führen zu einer negativen Energiebilanz. Der Energieverbrauch eines Menschen kann mit Hilfe der indirekten Kalorimetrie durch Messung des Sauerstoffverbrauchs, der Kohlendioxidproduktion und der Stickstoff-Exkretion im Urin bestimmt werden (Steiniger 1988; 1995). Man kann außerdem von einer ausgeprägten individuellen Variabilität des Energieverbrauchs ausgehen. Zu den Faktoren, die die Effizienz der Energieverwertung beeinflussen, gehören die Turnover-Raten der Körperspeicher (Protein, Körperfett, Glycogen), die Aktivität von Substratcyclen und vor allem die erhöhte energetische Effizienz im Energiestoffwechsel der Mitochondrien. Diese Vorgänge führen bei anorektischem Verhalten zu einem ausgeprägten Sparstoffwechsel (Flatt 1978; Steiniger 1988).

Zu den Voraussetzungen für gute sportliche Leistungen gehören neben den physiologischen Leistungsfaktoren eine ausgewogene, bedarfsangepaßte- und vollwertige Ernährung. Ebenso wichtig sind Gesundheit und Regeneration der Athleten und Athletinnen, ohne die eine Erhaltung- oder Leistungssteigerung gar nicht möglich wäre.

Jede Form von einseitiger Ernährung, wie Reduktionsdiäten unter 1500 kcal (6000 kJ), längeres oder ständiges Diäthalten, rein vegetarische Kost, ohne Milch oder Milchprodukte und ohne Fisch und Fleisch, führen leicht zu einem Nährstoffmangel. Gleichermaßen wichtig sind die essentiellen Nährstoffe, wie Vitamin B₂, Vitamin B₆, Folsäure, Calcium, Eisen, Jod, Zink, die essentiellen Aminosäuren und die essentiellen Fettsäuren, sowie die Spurenelemente (Hamm 1996). Ein falsches oder gar gestörtes Eßverhalten oder die Einnahme von Laxantien und Diuretika bergen das Risiko eines leistungsmindernden Nährstoffmangels. Insbesondere sei hier auf die Gefahr des Abbaus von körpereigenem Protein bzw. das Heranziehen von Aminosäuren zur Gluconeogenese hingewiesen.

4.2 Vorkommen und bisherige Untersuchungen von Eßstörungen bei Sportlern

Das Problem eßverhaltensgestörter Sportler und Sportlerinnen rückt immer mehr ins Interesse sportwissenschaftlicher Forschung. Das Zahlenverhältnis von betroffenen Frauen zu Männern im Umfeld des Sports ähnelt dem der allgemein gesellschaftlichen Situation. Der Frauenanteil an der Gesamtzahl der eßgestörten Patienten beträgt 95% (Böhme-Bloem 1996, S. 9). Allerdings steigt die Zahl bulimischer junger Männer an. Da es sich beim Problem *Eßstörungen* um ein sehr komplexes Phänomen handelt, ist es nicht verwunderlich, daß sich verschiedene Forschungsrichtungen, mit jeweils unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkten, mit dieser Thematik auseinandersetzen. Bisher gibt es nur wenige Studien,

die die Gesamtheit sportlicher Disziplinen betrachten, so daß die genaue Prävalenz von Eßverhaltensstörungen bei SportlerInnen weiterhin unklar ist. In der bisher umfassendsten Studie zum Eßverhalten wurden alle norwegischen Spitzenathletinnen (n= 603) im Alter zwischen 12 und 35 Jahren und eine Vergleichsgruppe (n= 522) mit Hilfe des *Eating Disorder Inventory* (EDI) befragt (Sundgot-Borgen 1993). Bei einer Rücklaufquote von 86% können die Ergebnisse dieser Arbeit als repräsentativ eingestuft werden. Die Athletinnen hatten einen signifikant niedrigeren Body-Mass-Index (BMI) von 20,8kg/m², im Vergleich zur Kontrollgruppe, mit 21,5kg/m². In beiden Gruppen gaben jeweils 30% aller Frauen an, eine Diät einzuhalten. Die Probandengruppen unterschieden sich jedoch eindeutig darin, welche Gründe sie für ihre reduzierte Nahrungsaufnahme angaben. Die Sportlerinnen kontrollieren ihre Ernährung in erster Linie zum Zwecke der Leistungssteigerung. Als Hauptmotiv gaben die Frauen der Kontrollgruppe ein besseres Aussehen an. Das Risiko zur Entwicklung einer Eßstörung aber lag bei beiden untersuchten Frauengruppen etwa gleich hoch. Gemessen an den Subskalen des EDI kamen die Athletinnen auf eine Risikowahrscheinlichkeit von 22%, die Kontrollgruppe kam auf 26%. Davon waren bei den Spitzensportlerinnen 40% aus dem Bereich ästhetische Sportarten, 38% kamen aus Disziplinen mit Gewichtsklassen. Bei den Ballsportlerinnen gab es nur eine 10%ige Risikowahrscheinlichkeit für Eßstörungen. In Kraftsportarten lag die Risikoquote bei 7%. Weitere Studien machen darauf aufmerksam, daß auch in Sportarten, in denen ein niedriges Körpergewicht bzw. ein niedriger Körperfettanteil von Bedeutung ist, hohe Summenwerte gegeben sind. Hierzu zählen Langstreckenläuferinnen, Ski-Langläuferinnen, Triathletinnen und Duathletinnen.

Zum Eßverhalten deutscher Leistungssportlerinnen liegt bisher noch kein mit der norwegischen Studie vergleichbares Datenmaterial vor. Daher bedarf es noch intensiver, systematischer Forschung. Ausgehend von Einzelaussagen von TrainerInnen, BetreuerInnen und SportmedizinerInnen kann von einer nicht zu unterschätzenden Problematik ausgegangen werden.

Epidemiologische Angaben in bezug auf die Anzahl von Anorexie-Patienten, die sich sportlich betätigen, kann man bei verschiedenen Autoren nachlesen. So schätzt Crisp (1967) sie auf 65%, Halmi (1974) dagegen kommt auf circa. 14%. Von zweihundert untersuchten College-Frauen kontrollieren etwa 32% regelmäßig ihr Gewicht. Es werden teilweise sogar pathogene Verhaltensweisen praktiziert. So benutzen einige Frauen Abführmittel (Laxantien), nehmen Diät-Pillen oder Diuretika oder erbrechen selbst (Rosen, McKeag, Hough & Curley 1986). Burkes-Miller führte 1988 die Arbeiten von Rosen et al. fort, mit dem Ergebnis, daß

59% der Athletinnen ihr Training dazu benutzen, um abzunehmen. Nach dieser umfangreichen, statistischen Untersuchung bewegen sich 25% der Sportlerinnen im Bereich von extremem Hunger mit nur maximal 600 Kalorien oder weniger pro Tag. 12% der Befragten fasten regelmäßig zwei- bis dreimal im Monat. 10% machen sogenannte Fett-Diäten. 6% geben an, sich selbst zu erbrechen, 4% nehmen Abführmittel (Laxantien), und 1% nimmt Diuretika (Black & Burkes-Miller 1988).

In der Literatur wird sehr kontrovers darüber diskutiert, wie und ob ein Zusammenhang besteht, zwischen dem Body-Image, dem Körper-Selbstbild und sportlichen Aktivitäten. Die weiterführende Frage befaßt sich mit deren Beurteilung. Ein Grund für den Eintritt in ein Fitneß-Programm ist, sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Gewichtsreduktion (McDonald & Thompson 1992; Davis et al. 1993; Markland & Hardy 1993). Davis et al. belegen eine Rate von 60% eßgestörter Frauen, die Leistungssport betreiben (1992). Es bleibt anzumerken, daß der Wunsch abzunehmen an erster Stelle der Motivation sportlich aktiver Menschen genannt wird.

Pirke (1996) beobachtete bei 50% von Mädchen und Frauen mit abnormalem Ernährungsverhalten extreme körperliche Hyperaktivität. Sie appelliert an Trainer und Sportärzte besonders aufmerksam zu sein, wenn ihre Athletinnen eine Leistungsoptimierung durch Gewichtsreduzierung anstreben.

Im Folgenden sollen die Symptome beschrieben werden, die im Zusammenhang mit eßverhaltensgestörten Sportlerinnen auftauchen. Anschließend geht es um die Frage nach den Ursachen dieser Verhaltensstörungen. In Verbindung mit den Ursachen stehen immer auch die angestrebten Ziele, die die anorektischen Athletinnen mit ihrer Lebensweise bewirken wollen. Es geht um die Motive und Funktionen dieser extremen Disziplinarmaßnahmen in Verbindung mit dem Eß- und Trainingsverhalten von SportlerInnen.

4.3 Physiologische Phänomene bei extremer Nahrungsreduktion und gleichzeitigem, exzessivem sportlichem Training

Besonders in ästhetischen Sportarten, wie Gerätturnen, Rhythmische Sportgymnastik, Tanz, Eiskunstlauf etc. beobachtet man immer schlanker werdende Körperprofile der jungen Mädchen und Frauen. Um hoch springen zu können, muß man leicht sein und gute Hebelverhältnisse haben. Die Last-Kraftverhältnisse im Gerätturnen sind aus biomechanischer Sicht ganz offensichtlich sehr bedeutsam. In diesen von Kampfrichtern bewerteten Sportarten spielen aber auch Anmut, Grazie und Schönheit eine nicht unbedeutende Rolle. Kein Wertungsrichter kann sich von subjektiven Urteilen ganz frei

machen. Auch die Atmosphäre und Stimmung im Zuschauerraum überträgt sich auf das Empfinden und die Anschauung einer vorgetragenen Übung. Aber auch in verschiedenen anderen sportlichen Disziplinen kann sich ein geringer Körperfettanteil positiv auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Dies gilt insbesondere für Ausdauersportarten wie Langstreckenlauf, Triathlon/Duathlon, Ski-Langlauf und Biathlon. In neuerer Zeit mehren sich auch Berichte über magersüchtige Skispringer. Und auch bei Ruderern findet man immer häufiger Sportler und Sportlerinnen mit ungewöhnlichem Ernährungsverhalten oder gar echten Eßstörungen (Steinacker et al. 1996).

Medizinische Untersuchungen haben gezeigt, daß Eßverhaltensstörungen bei Frauen sehr häufig einher gehen mit Störungen des Menstruationscyclus. Dieser Prozeß kann bis zur Entmineralisierung des Skelettsystems führen. Hoher Gewichtsverlust und eine Minderung des Körperfettanteils unter 22% führen zu Oligo- oder Amenorrhoeen. Unterhalb von 17% (der kritischen Menarche-Grenze) kommt es zu einer primären Amenorrhoe (Frisch 1974, Frisch 1980, Wentz 1980). Beim weiblichen Organismus steht der Hormonhaushalt, insbesondere des weiblichen Geschlechtshormons Östrogen, in direkter Verbindung mit dem Knochenhaushalt. Allen Cyclusstörungen gemeinsam ist eine Östrogeninsuffizienz. Die dadurch bedingte Minderung der Knochenmasse kann leicht zu Belastungs- und Ermüdungsbrüchen führen. In der Pubertät ist das Knochengerüst sexualhormonabhängig. Nur bei einer ausreichenden Hormonversorgung entwickelt sich das menschliche Skelett genetisch optimal. Dieser Umstand betrifft beide Geschlechter. Weitere Bedingungen, wie das Vorhandensein von Östradiol bei der Frau und das Testosteron beim Mann, eine optimale Ernährung unter Berücksichtigung der Nährstoffe Calcium, Eiweiß und Spurenelemente und eine gewisse körperliche Aktivität müssen gegeben sein, damit eine funktional gute Knochenmasse gebildet werden kann. Normalerweise setzt ein altersbedingter Abbauprozess des Knochengerüsts nach etwa 20 Jahren ein (0,5-1% der Knochenmasse/Jahr). Durch körperliches Training kann die maximale Knochenmasse erhöht werden, vorausgesetzt, die Produktion von Sexualhormonen wird dabei nicht vermindert (Wurster 1993). Andererseits haben Faktoren, wie körperliche Trägheit, Bewegungsmangel, Ernährungsmangel und auch chronische Entzündungen, einen negativen Einfluß auf die Knochenmasse eines Menschen. Demzufolge kommt es beim weiblichen Geschlecht in der Menopause zu einem stärker abfallenden Knochenabbau, da der Östrogenfaktor entfällt. Hier steigt die Entmineralisierung auf eine Verlustrate von etwa 2% und mehr im Jahr. Der Mangel an Knochendichte bedeutet in allen Fällen eine akute Gefährdung hinsichtlich der Belastbarkeit des Skelettsystems. Insbesondere Sportlerinnen sind anfällig für Ermüdungsfrakturen, Osteochondrosen- und

Nekrosen. Neben dem Östradiol hat auch das Parathormon (Parathyrin der Nebenschilddrüse) eine regulatorische Wirkung auf den Calcium²⁺ Spiegel des Blutes. Parathyrin aktiviert die Osteoklastentätigkeit und bewirkt so die Demineralisierung der Knochen und eine Erhöhung des Ca²⁺ Spiegels im Blut. Sein Gegenspieler, das Calcitonin der Schilddrüse dagegen, senkt den Calciumgehalt des Blutes indem es die Einlagerung von Calcium in die Knochen fördert. Auch der Bereich Freizeit- und Breitensport bewegt sich heutzutage teilweise auf einem hohen Leistungsniveau. Vorwiegend bei Ausdauerwettkämpfen wie Langstreckenlauf, Halbmarathon, Marathon oder Triathlonveranstaltungen kann man dieses Phänomen beobachten. Der Zeitaufwand für Trainingsumfang und Wettkampfleistungen kommt denen von Halbprofis gleich. Nicht selten haben solche FreizeitathletInnen ein Wochenpensum von über 20 Stunden. Entsprechend reagiert der weibliche Metabolismus mit reduzierter reproduktiver Tätigkeit. In der Literatur wird eine Oligomenorrhoe bei SportlerInnen von 20% (Wurster & Koros 1984) bis 50% (Feicht et al. 1978) angegeben. Eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe kann außerdem durch Trainingsstreß, Wettkampfbelastungen, berufliche- und private Probleme, aber auch durch Umgebungs- oder Klimaveränderungen, ausgelöst werden.

Auch bei männlichen Sportlern findet man das Problem der Sexuallsuppression. Wheeler et al. (1984) verglichen männliche Läufer mit einem Laufpensum von 64km pro Woche mit Männern mit sitzender Tätigkeit. Die Läufer wiesen eine signifikant niedrigere Testosteronkonzentration auf, als die Vergleichsgruppe. Auch die Prolaktin lag bei ihnen niedriger. Die Gonadotropine waren unverändert.

Eine Studie an Soldaten in Finnland zeigte, daß auch beim männlichen Geschlecht belastungsbedingte Streßfrakturen auftreten können (Kuusela 1984). Intensives körperliches Training birgt also in beiden Geschlechtern ein eindeutiges Risiko für die Knochendichteentwicklung. Durch den trainingsinduzierten Sexualhormonmangel ist der ursprünglich positive Einfluß von Bewegung auf das Knochensystem nicht mehr auszugleichen.

Auch das Immunsystem wird durch eine ständig hohe intensive körperliche Belastung geschwächt (Gabriel 2000). In der Sportmedizin ist man sich darüber einig, daß ein leichtes Bewegungstraining für das Immunsystem förderlich ist, während das intensive Training eines Leistungssportlers die Immunfähigkeit des Körpers eher schwächt. Wie man häufig beobachten kann sind Leistungs- und Hochleistungssportler aus diesen Gründen sehr anfällig für Infektionen.

Neuere medizinische Untersuchungen haben außerdem ergeben, daß bei dem Befund einer *Anorexia nervosa* das QT Intervall im EKG der Herztätigkeit verlängert ist, d.h., das elektrische Potential geht langsamer zurück als bei Normal-Personen (Becker et. al 1999). Die Ursache dafür liegt wahrscheinlich in einem abnormalen Elektrolyt-Level. Außerdem ist die Masse des linken Ventrikels häufig reduziert (Cooke & Chambers 1995).

4.4 Nahrungsreduktion und Bewegungsverhalten im Tierversuch

Tierversuche haben gezeigt, daß sich Nahrungsreduktion, Nahrungsentzug und Aktivitätsverhalten gegenseitig potenzieren. Epling et al. schildern ein Tiermodell, in dem es bei Laborratten zu einer Verbindung von Nahrungsentzug und exzessiver Laufradaktivität kam (Epling et al. 1983). Ihrer Meinung nach ist die physische Aktivität der zwingendste Faktor in der Ätiologie und beim Beginn von Eßstörungen. Im weiteren Verlauf der Anorexie spielen dann biologische Faktoren eine Rolle. Diese werden durch die strenge Unterernährung, Übertraining und Hyperaktivität induziert. In der Forschung wird außerdem die Bedeutung von Serotonin diskutiert, dessen Rolle auf physiologischer Ebene, besonders in Verbindung mit dem Hypothalamus, bereits eingehend erläutert wurde. Schon 1977 kam die Forschungsgruppe um Falk, die ebenfalls mit Versuchstieren arbeitete, zu dem Ergebnis, daß zwischen einer Nahrungsreduktion, dem damit einhergehenden Gewichtsverlust und einem beharrlichen Bewegungsdrang der Tiere, eine Korrelation besteht. Unter Nahrungsreduktion zeigten die Versuchstiere erhöhte Laufradaktivität, exzessives Lecken, exzessives Trinken und andere ungewöhnliche Verhaltensweisen. Auch Epling (1983) zieht daraus den Schluß, daß es sich bei seinen Versuchstieren um eine trainingsinduzierte Anorexie handeln muß. Dieses abnorme Verhalten wird als eine *activity-induced-weight-loss Anorexia* bezeichnet. Bei dieser Form der Anorexie besteht immer eine Verbindung zwischen extremer Bewegungsaktivität und Nahrungsreduktion.

Sollten sich diese Forschungsergebnisse auf den Menschen übertragen lassen, dann kann von einem Kausalzusammenhang zwischen exzessivem sportlichen Tun und Nahrungsrestriktion ausgegangen werden. Hierauf soll in der späteren Diskussion jedoch noch näher eingegangen werden.

Bei aller Forschung der Symptome, Ursachen und Wirkungen von eßgestörten und aktivitätsgestörten Personen, müssen deshalb die medizinisch-physiologischen Aspekte erkannt und beachtet werden. In die Gesamtbetrachtung gehören jedoch vor allem die psychologischen Probleme, die mit abnormen Eß- und Bewegungsverhalten verbunden sind.

Um eine solche Gesamtschau pathogener Verhaltensweisen im Zusammenhang von Sport und Ernährungsverhalten geht es im nächsten Abschnitt.

4.5 Psychische Phänomene bei gestörtem Eßverhalten im Zusammenhang mit sportlichen Leistungen

Auf dem Gebiet der Verhaltensstörungen in Verbindung mit Eßstörungen und sportlicher Leistungsfähigkeit hat sich schon früh die Arbeitsgruppe um Yates verdient gemacht (Yates, Leehy & Shisslak 1983). In ihren Ausführungen kommen sie zu dem Schluß, daß die Gewichtsreduktion bei AnorektikerInnen ein Ausdruck ist für das Chaos, für die Unordnung im Leben dieser Kranken. Bei Langstreckenläufern diente die Gewichtsreduktion ursprünglich der Leistungssteigerung. Dann aber verselbständigte sich der Gedanke der Gewichtsabnahme. Das ursprüngliche Motiv trat in den Hintergrund. Im Endeffekt gleichen sich die Verhaltensweisen der beiden Vergleichsgruppen, PatientInnen und SportlerInnen, an. In beiden Gruppen mündet das Verhalten in pathogene Erscheinungsformen. Beide neigen zu extremem, unflexiblem Verhalten. Damit einher geht eine gewisse Inflexibilität auch in anderen Bereichen des Lebens. Die untersuchten Probanden, die Patienten und auch die Sportler, befinden sich mental oft in Zuständen, in denen sie bestimmte Gedanken ständig wiederholen. Im weiteren Verlauf kommt zur Ausbildung von Ritualen, d.h., in ihrem Tun und Handeln entwickeln sie nicht selten starre Verhaltensrituale. Die Betroffenen befinden sich im Zustand einer permanenten und strengen Kontrolle ihrer selbst und ihrer Umwelt. Yates et al. stellten außerdem fest, daß Anorexie Patienten und Langstreckenläufer (50 Meilen pro Woche) analoge Charaktere aufweisen. Beiden Probandenpopulationen fällt es schwer, Emotionen, wie Ärger oder Wut Ausdruck zu verleihen, oder gar zu veräußern. Charakteristisch für beide Vergleichsgruppen ist ein extrem hoher Anspruch an die eigene Person. In diesem Zusammenhang gehört auch eine äußerst hohe Schmerztoleranzgrenze, sowohl bei den Athleten als auch bei den Magersüchtigen (Crisp 1967). Müdigkeit oder Erschöpfungszustände werden ignoriert, verdrängt oder erst gar nicht bemerkt (Crisp 1967). Verletzungen oder Krankheit werden nicht akzeptiert. Die beschriebenen Personen fallen in Depressionen, wenn sie nicht trainieren können. Anorexie-Patienten neigen außerdem zu Depressionen, wenn sie an Gewicht zunehmen (Garner & Garfinkel 1985). Wie auch andere Forscher bestätigen und Garner & Garfinkel (1985) eine mangelhafte Konfliktbewältigung. Bemis (1978) beobachtet bei leistungsambitionierten Ausdauersportlern und bei magersüchtigen Patienten die Tendenz zu sozialer Isolation. Dies betrifft sowohl das Training, das oft solitär absolviert wird, als auch andere soziale Ebenen. Die Betroffenen

essen meist alleine und/oder heimlich. Es fällt ihnen schwer, mit anderen zusammen eine Mahlzeit einzunehmen. Auch Beziehungen werden nur sehr wenige gepflegt.

Die Ausbildung von Verhaltensritualen und die unflexible Lebensweise skizziert ein schablonenhaftes, vorgegebenes, präzise organisiertes Daseinsbild. Werden diese Lebensrituale mit sehr viel Bedeutung belegt, so können sie sich zu abergläubischen Gedanken fortentwickeln. In einer Vergleichsstudie von Owens und Slade (1987) wurden Anorexie-Patienten und Marathon Läufer untersucht. Die Datenerhebung erfolgte durch die Messung von Eigenschaften nach der *Scala für setting Bedingungen für Anorexia Nervosa* (SCANS) nach Slade und Dewey (1986). Diese Skala mißt vornehmlich die Eigenschaften *Perfektionismus* und *Zufriedenheit*. Die Forscher stellten fest, daß in beiden Testgruppen sehr hohe Werte für perfektionistisches Denken auftreten. Die Läufer sind jedoch signifikant zufriedener mit sich selbst als die Patientengruppe. Beide Gruppen aber stellen jeweils enorm hohe Ansprüche an die eigene Person. Laut MMPI Scala findet man bei 20% einer Läuferpopulation die gleichen Verhaltenssymptome wie bei Anorexie-Patienten (Wheeler et al. 1986). Athleten und an Magersucht erkrankte Personen haben oftmals ein verzerrtes Realitätsbild (Wheeler 1986). Langstreckenläufer überschätzen ihre Taillenweite im Vergleich zu Kontroll-Personen. Magersüchtige finden sich immer zu dick. Das Körper-Image ist bei vielen Sportlern problembehaftet und bei Patienten oftmals gestört. Unter Läufern, die zu Perfektionismus, zwanghaftem Verhalten und Ängsten neigen, findet man sowohl Bulimiker als auch Anorektiker. Betroffen davon sind sowohl Frauen als auch Männer (Bemis 1978; Schlesier-Stropp 1984).

4.6 Untersuchungen zur Ursachenklärung pathogener Verhaltensweisen im Zusammenhang von Eßstörungen und sportlichen Aktivitäten

Auch bei der Forschung nach grundlegenden Motiven eßgestörten Verhaltens im Zusammenhang mit sportlichen Leistungen ist eine thematische Differenzierung unumgänglich. Eine sich anschließende Gesamtschau dieses sehr komplexen Problemfeldes soll zu einer genaueren Betrachtung und Beurteilung der Thematik beitragen. Die Ursachenforschung berücksichtigt den gesellschaftlichen,- soziokulturellen Bereich, psychologische Phänomene, Anlage oder -umweltbedingte Verhaltensstrategien, und nicht zuletzt wird auf die Bedeutung der multifaktoriellen Bedingungen, die bei der Entwicklung von Eßstörungen und sportlichem Training eine Rolle spielen können, eingegangen.

Ein Zusammenhang zwischen dem Körperbild einer Person, ihrem Body-Image, zwischen damit verbundener, exzessiver sportlicher Betätigung und abnormen Eßgewohnheiten, ist in

der Literatur schon länger im Gespräch. Über soziologisch-gesellschaftliche Aspekte der Idealisierung von Schlankheit, Fitneß und Schönheit sind verschiedene Theorien formuliert worden. Im Zusammenhang von Sport und Körperbild läßt sich das Folgende herausstellen:

1. Davis und Fox (1993) postulieren einen Zusammenhang zwischen Sport und einem besseren Body-Image.
2. Keinen Zusammenhang finden Imm und Pruitt (1991). Sie untersuchten zwei Gruppen von Frauen und fragten nach der Zufriedenheit von sportlich aktiven Frauen und sportlich nicht-aktiven Frauen.
3. Eine dritte Forschergruppe um Cowes (1991) findet keine Relation zwischen dem sportlichen Engagement und dem Körperbild einer Person. Es wurden sowohl Männer als auch Frauen untersucht.

Allen Ansätzen gemeinsam ist jedoch, daß sämtliche untersuchten Probandengruppen mit einem gut gestylten Körper ein positives Allgemein-Image verbinden.

Patienten mit Eßstörungen haben weitaus größere Probleme mit ihrem Körper-Image, ihrem Selbstbild, ihren Emotionen und sozialen Beziehungen als Athleten (Offer & Howard 1972). Individuen, die zu magersüchtigem Verhalten neigen, bevorzugen eine Lebensweise, die den Körper im Visier hat, den Körper in den Mittelpunkt ihres Lebens stellt (Joseph et al. 1982). Sportliche Betätigung allein genügt ihnen nicht. Ästhetik, Ausdruck und Selbstdarstellung durch den Körper, haben einen hohen Stellenwert. Diese Menschen favorisieren Aktivitäten wie Tanz, Schauspiel, Theater und Ballett. Eine Ausnahme davon aber bilden solche Sportarten, bei denen durch *“dünn sein“* positive Effekte auf die Leistungsfähigkeit versprochen wird. In vielen Ausdauersportarten kann ein niedriges Körpergewicht von Vorteil sein, um noch bessere Leistungen erbringen zu können. Auch wechseln viele Athletinnen aus den ästhetischen Sportarten, wenn sie altersbedingt aus diesen herausgewachsen sind, auf Ausdauersportarten. Ihre Lebenseinstellung bleibt jedoch in der Regel die gleiche. Sie legen sehr viel Wert auf ihre äußere Erscheinung. Viele magersüchtige Frauen betreiben Leistungssport in einer ästhetischen Disziplin, wie Gerätturnen, Rhythmische Sportgymnastik, Tanz oder Ballett. Das Alter aber, in denen man in diesen Sportarten Höchstleistungen erbringen kann, hat sich im Laufe der letzten Jahre drastisch gesenkt. Schon mit 16 Jahren gehört man in solchen Sportarten zu den Seniorinnen. Folglich suchen sich die jungen Mädchen auf anderen Gebieten eine sportliche Zukunft. An Fleiß, Training, Arbeitseifer Leistungswillen, Leistungsfähigkeit und Erfolg gewöhnt, entwickeln sie auch auf einem anderen sportlichen Terrain enormen Ehrgeiz. Sie treiben es wiederum bis zum Extremen. Hinzu kommt, daß der Sport ihnen hilft, das Älter-werden zu ertragen oder das

Frau-werden zu verzögern. Meistens weicht der Hormonhaushalt dieser jungen Frauen, aufgrund des hohen Trainingspensums, von vergleichbaren, normierten Standardwerten der Normalbevölkerung, ab.

Im weitem Verlauf dieses Kapitels soll näher auf das Selbstbild eingegangen werden. Nuber (1997) berichtet in der Zeitschrift "Psychology today" über das Thema *Body-Bilder*. Sie geht der Frage nach, wie eine Person zu ihrem eigenen Körperbild kommt, welche Gedanken, Überlegungen und Motivationen dahinter stehen. Nach Nuber ist das innere Körperbild eines Menschen einflußreicher als das Äußere. Beim inneren Körperbild orientiert sich ein Individuum nicht an objektiven Gegebenheiten. Das innere Bild setzt sich zusammen aus den individuellen Vorstellungen, Ideen und Wünschen, aber auch aus Vorurteilen. Trotzdem orientiert man sich an der Bedeutung des Äußeren an sich und an der Bedeutung über das eigene Aussehen im Besonderen. Nach einer Studie von Cash (1997) sind die Hälfte aller Befragten Personen mit ihrem Aussehen unzufrieden. In den 70iger Jahren klagten noch etwa 19%-, in den 80iger Jahren schon 36% über ihr Erscheinungsbild. Andere Umfragen kommen zu dem Ergebnis, daß sich 60% der Frauen und 37% der Männer unwohl fühlen, wenn sie zugenommen haben (Psychology today 1997). Dieses *Unwohlsein* drückt sich in der Unzufriedenheit dieser Menschen aus. Auch lassen sich in der Bevölkerung Tendenzen beobachten, wonach viele Menschen ein negatives Körperbild in ihrem eigenen Spiegelbild sehen. Mit einem negativen Körperbild werden des weiteren Kriterien verbunden, wie *körperliche Faulheit* und *nicht regelmäßig Sport treiben*. Die Folgen solcher Gedanken sind Schuldgefühle und wiederum Unzufriedenheit mit sich selbst. Von besonderer Bedeutung ist außerdem die Meinung eines oder des Partners. Sie beeinflusst die Beziehung der Partnerschaft und die Beziehung zum eigenen Körper (Psychology today 1997). Frauen sind, was ihren Körper angeht, eindeutig das unzufriedenere Geschlecht. So lautet das Fazit einer Untersuchung von Brownell (1997). Sie bemerkt jedoch weiter, daß sich die gesellschaftlichen Regeln und Normen dahingehend verändert haben, daß mittlerweile auch zunehmend Männer durch bestimmte Körperideale unter psychischen Druck geraten. In den Medien, der Werbung, im Sport, in vielen öffentlichen Veranstaltungen präsentieren sich gut durchtrainierte Körper. Auch die *Männer-Welt* muß sich mit *körper-gestylten Bildern* eines maskulinen Athleten auseinandersetzen. "Mann" ist konfrontiert mit Anforderungen an ein äußeres Image, auf das "Frau" früher nicht so viel Wert legte, oder es zumindest nicht offen zugab. Rosen (1997) geht davon aus, daß wir es bei Männern mit zwei Arten von Idealtypen zu tun haben: Eine Gruppe wünscht sich einen schlanken Körper und neigt dann ebenso zu Diäten und Eßstörungen, wie auch Frauen. Die anderen streben nach dem Ideal eines

athletischen, V-förmigen Körpers (breite Schulter, breite Brust, schmale Hüfte). Diese Männer werden häufig fitneß-süchtig. Einige Psychologen machen eindeutig die Medien für den gegenwärtigen Unzufriedenheitswahn vieler Menschen verantwortlich (Siever 1997). Sogenannte normale Menschen fühlen sich durch die dünnen oder muskulösen Models stark verunsichert. 67% der Frauen geben an, daß die allgegenwärtigen Schlankheitsbilder ihr Selbstwertgefühl noch weiter sinken läßt. Demnach kommen sozio-kulturelle Bedingungen eine Schlüsselrolle zu für die Veränderungen und Manipulationen von Körperbildern.

Wodurch aber, so muß nun die Fragestellung lauten, unterscheiden sich Körperzufriedene Menschen von Körperunzufriedenen Menschen?

In Umfragen geben Männer und Frauen Gewichtsreduktion als Grund für ihren Eintritt in ein Fitneß-Programm an (McDonald & Thompson 1992; Davis et al. 1993; Markland & Hardy 1993). Eine Studie der Forschergruppe um Davis (1992) belegt eine Rate von 60% eßgestörter Frauen, die Leistungssport betreiben. Davis ging der Frage nach, inwieweit die physische Aktivität in der Pathologie und Fortführung von Eßstörungen eine Rolle spielt, besonders im Fall einer *Anorexia nervosa*. Untersucht wurden ästhetische Sportarten, wie Rhythmische Sportgymnastik und Ballett, aber auch solche Sportarten, bei denen sich ein geringer Körperfettanteil positiv auf die Leistungen auswirken kann. 1997 bearbeitete C. Davis das Problem *Eßstörungen und Hyperaktivität* unter verschiedenen Gesichtspunkten. 75% der untersuchten anorektischen Probanden (n=36) betrieben exzessives sportliches Training. 82% der zwischen 13 und 16 Jahre alten Patienten betrieben bei Eintritt in den Krankheitsverlauf schon sehr viel Sport. Sie befanden sich in intensiven Trainingsphasen. Nach Davis ist die mit der sportlichen Aktivität einhergehende Kalorienreduktion ein zentraler Punkt in der Anfangsphase einer Eßstörung. Das Durchschnittsalter der hier untersuchten Patienten betrug 28,1 Jahre. Bisher dachte man, daß Magersucht typischerweise in den Jahren der Pubertät vorkommt (*primäre Anorexia nervosa*). Das hier gefundene hohe Lebensalter läßt eindeutig den Schluß zu, daß sich die Frauen schon sehr lange in einem eßgestörten Krankheitsstatus befinden. Bruch (1992) würde hier von einer *sekundären Anorexie* sprechen. Fest steht, daß das Krankheitsbild *Eßstörungen* oder *Anorexie*, sei es nun eine *Anorexia nervosa* oder eine *Anorexia athletica*, eindeutig chronische Züge aufweist. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine Anorxia nervosa oder eine Anorexia athletica handelt. Die These von Davis lautet daher: Die physische Aktivität ist der zwingendste Faktor in der Ätiologie und im Beginn von Eßstörungen. Des weiteren induzieren dann die strenge Unterernährung, Übertraining und Hyperaktivität biologische Faktoren. Diese wiederum sind für die Erhaltung der Symptomatik von großer Bedeutung. Physische Aktivität, in den meisten Fällen

verbunden mit Wettkampfsport, ebenso unermüdliche und ritualisierte Hyperaktivität, bilden den Dreh- und Angelpunkt in der psychologischen Funktion einer chronischen, lang andauernden Eßstörung. Es besteht ein Kausalzusammenhang zwischen dieser physischen Aktivität und der Entwicklung eines pathogenen Eßverhalten (Davis et al 1997). Die Autorin macht außerdem darauf aufmerksam, daß auch Faktoren unserer Gesellschaft und deren zugrundeliegenden Wertvorstellungen für gestörte Verhaltensweisen verantwortlich gemacht werden können. Das derzeitige Wertesystem forcieren den Hang bestimmter, dafür prädestinierter Individuen, mit Eßstörungen zu reagieren. Davis bezeichnet die herrschenden gesellschaftlichen Vorstellungen von Schlankheit und Hyperfitneß als soziale Marker und als Gesundheitsdeterminanten. Auch dem vorherrschenden Bild einer sexuell attraktiven Frau muß in diesem Zusammenhang hohe Beachtung beigemessen werden. In der Medizin wird körperliche Fitneß mehr und mehr akzentuiert und gefördert. Sie ist ein Gebot der Zeit auf dem Weg zu mehr Lebensqualität. Gleichzeitig verbirgt sich hierin aber auch die Gefahr negativer Konsequenzen. Bei sehr selbstkritisch veranlagten Personen, bei Menschen mit einem hohen Anspruch an sich selbst, bis hin zum Perfektionismus, bei Menschen mit hohen Eigenerwartungen, kann dieser Prozeß leicht zum anderen Extrem führen und dann für die eigene Gesundheit zum Bumerang werden. Die Folge sind Verletzungen, Krankheit, Schwächung des Immunsystems und die Entzauberung vom *wellness-sport*. Der Erklärungsansatz für das Problem *Eßstörungen* tendiert auch bei Davis (1997) zu einem multifaktoriellen Ansatz. Wie auch im Identitätstheoretischen Ansatz von Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) spielt die Persönlichkeit einer Person eine wichtige Rolle in der Ätiologie von Eßstörungen. Die biologischen Determinanten manifestieren sich wahrscheinlich erst im Krankheitsverlauf. Für Deep et al. (1995) kristallisiert sich hierbei die Eigenschaft *Perfektionismus* als hervorstechendstes Merkmal heraus. Außerdem schöpfen für Magersucht prädestinierte Menschen eine enorme Kraft aus einem ungewöhnlich hohen Angstpotential. Zwanghaftes Verhalten und die Tendenz zu Grenzerfahrungen und Narzismus gehören gleichfalls zu den markanten Persönlichkeitseigenschaften anorektisch reagierender Menschen (Mitzmann, Slade & Dewey 1994; Bastiani et al. 1995).

Besonders schwierig erweist sich die Behandlung und der Umgang mit magersüchtigen oder bulimischen Frauen, die schon älter sind, meist Individualsportarten betreiben, keinen direkten, persönlichen Trainer haben und auf sich alleine gestellt sind. Die meisten Trainingseinheiten werden solitär absolviert. Diese Frauen bewegen sich auf einem Leistungsniveau, das einerseits einen hohen Trainingsaufwand erfordert und im Leistungssport anzusiedeln ist, andererseits aber noch nicht dem sogenannten

Hochleistungssport zugerechnet wird. Der Trainingsumfang beträgt in der Regel zwei bis sechs Stunden am Tag. Eine weitere, sehr gefährdete Gruppe in bezug auf Eßstörungen, sind solche AthletInnen, die ihre Karriere als Leistungs- oder HochleistungssportlerInnen beenden möchten. Nach außen hin haben sie sich von großen Wettkämpfen zurückgezogen. Offizielle Stellen fühlen sich nun nicht mehr weiter verantwortlich für die Athletin. Es erfolgt keine Nachbetreuung, keine Unterstützung beim Abtrainieren, weder sportmedizinisch noch physiologisch noch psychologisch. Nach Beendigung der offiziellen Laufbahn werden die Sportler einfach "fallen gelassen", insbesondere die, die nicht ganz zur Elite des Hochleistungssports gehörten. Aber gerade hier besteht der dringende Bedarf, sowohl auf sportmedizinischer- als auch auf psychologischer Ebene.

Die physiologischen Wirkungen einer verminderten Nahrungsaufnahme bei hohen Leistungsanforderungen können zu körperlichen Mangelerscheinungen führen. Es kommt zu Defiziten lebenswichtiger Nährstoffe. Die psychologischen Konsequenzen einer Leistungssport-Karriere, mit all ihren Ansprüchen und Erwartungen, sind nicht reversibel. Unterschreitet eine Athletin ein für sie grenzwertiges Körpergewicht, kann sich das Ziel der Gewicht-Abnahme derart verselbständigen, daß es von der Athletin nicht mehr gesteuert werden kann. In diesem Fall spricht man in der Medizin von einer *Anorexia nervosa*. Solange die Athletin ihr Eßverhalten noch unter Kontrolle hat, handelt es sich um eine sogenannte anorektische Reaktion im Sinne einer *Anorexia athletica*.

4.7 Psychologische Ursachen für Eßstörungen

Verschiedene Studien, die sich mit Eßstörungen befassen, sehen den Grundstein zur Entwicklung pathogenen Eßverhaltens in der Kindheit der Betroffenen. Einige Autoren (Perry & Pate 1994) gehen sogar so weit zu behaupten, daß in der Weiterentwicklung, bei der Reifung des Gehirns, gewisse pathogene Verhaltensstrukturen auf biologischer Ebene festgeschrieben werden. Über eine Verbindung von Sport und Eßstörungen, oder Eßstörungen und Sport wird auf populärwissenschaftlicher Ebene schon seit einiger Zeit diskutiert. Es bedarf jedoch exakte, reliable Daten, um die verschiedenen Hypothesen wissenschaftlich überprüfen zu können. Viele Autoren der Sportwissenschaft stimmen darin überein, daß ein Großteil magersüchtiger Mädchen und Frauen den Sport dazu benutzen, um abzunehmen. Die Sportärzte sind oft die einzigen Vertrauenspersonen der Athletinnen. Der Faktor *Hyperaktivität* gehörte von Beginn an zu den offiziellen Diagnose-Kriterien des Krankheitsbildes der *Anorexia nervosa* (Feighner et al. 1972). Auch für Pruitt (1991) gehört die Weigerung der Annahme, beziehungsweise die Akzeptanz eines Körpergewichts oberhalb

einer bestimmten Marke ebenso zu den Kennzeichen einer Magersucht. Dabei handelt es sich um ein absolutes Gewichtsminimum für ein bestimmtes Alter und eine bestimmte Körpergröße (APA 1987, S. 65). 1993 schon wurde in der Arbeitsgruppe um Yates die Frage gestellt, ob und inwieweit sich Athleten von anorektischen Patienten unterscheiden. Yates stellte fest, daß Läufer und Anorektiker oftmals analoge Verhaltensmuster zeigen. Diät und Gewichtsreduktion bei Magersüchtigen sind Symptome für das Chaos und für die Unordnung im Leben dieser Menschen. Sie bedeuten die letzte Instanz von gebliebener Kontrolle und Disziplin. Bei Langstreckenläufern diene die Gewichtsreduktion ursprünglich der Leistungssteigerung. Beide Gruppen aber münden mit ihren Maßregelungen schließlich in pathogene Verhaltensmuster. Ihre Lebensweise wird immer unflexibler und extremer. Pruitt (1991) kritisiert Yates dahingehend, daß auch diese klinische Studie keine spezifischen, abgesicherten Daten liefern könne. Offensichtlich zeigt sich hier eine Forschungslücke. Man benötigt genauere, wissenschaftlich überprüfbare, Erkenntnisse. Es geht hierbei um reliable und valide Auskünfte, um einen methodischen Konsens und die Akzeptierbarkeit der Ergebnisse. Im Gegensatz zu Yates gehen Goldfarb und Plante (1984) davon aus, daß nur ein geringer Prozentsatz von Wettkämpfern eines 10000 m Laufes große Angst davor hat, dick zu sein oder zu werden. In einer Vergleichsstudie von Anorexie Patienten und Läufern kommen Blumenthal & O'Toole und Chang (1984) zu dem Ergebnis, daß Anorexie-Patienten signifikant höhere psychopathogene Verhaltensweisen zeigen als die Athleten. Bei ihrer Untersuchung verwendeten sie die *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scala* (MMPI nach Hathaway & Kinley 1984). Mit der Methode der *Jackson Personality Inventory* (Jackson 1976) fanden Wheeler, Wall, Belcastro & Conger und Cumming (1986) keine evidenten Unterschiede zwischen Langläufern (ca. 40 Meilen und mehr pro Woche) und Kurzstreckenläufern (ca. 20 Meilen pro Woche). Bemis (1978) lieferte einen Befund, wonach bei Anorexie-Patienten und Athleten Tendenzen sozialer Isolation zu beobachten sind. In den meisten Fällen pflegen die Probanden nur sehr wenige Beziehungen. Pruitt kommt jedoch zu dem Ergebnis, daß bei einer Reihe von Athleten ungeordnete oder auch destruktive Ernährungsgewohnheiten zu erkennen sind. Aber nur ein kleiner Teil dieser Probanden zeige beides, Eßstörungen **und** psychisch pathogene Eßstörungen und Verhaltensweisen. Ihre Ergebnisse interpretiert sie dahingehend, daß Personen, die mehr an Kultur und an Körperkultur interessiert sind, ihrem Körper auch größere Bedeutung beimessen und dementsprechend Wert auf dessen Pflege legen und das in vielfältiger Weise. Frauen mit athletischen Interessen aber seien bezüglich einer Anorexie-Erkrankung nicht mehr gefährdet als andere Frauen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine Vielzahl von Athletinnen destruktive Verhaltensweisen zeigen. In einigen Fällen sind die Praktiken zur Gewichtskontrolle- und Reduktion als gefährlich einzustufen. Der zentrale Unterschied zwischen Extrem-Sportlern und Wettkampf-Athleten, bei denen jeweils selbstzerstörerische Tendenzen beobachtet wurden, und auch zwischen AnorektikerInnen und BulimikerInnen, liegt in ihrem Selbstwertgefühl. Ein zentrales Problem vieler AnorektikerInnen ist ihr Selbsthaß. Sie haben einen anderen Bezug zu Erfolg und Mißerfolg als SportlerInnen. Die Patienten unterscheiden sich in ihrem motivationalen Denken erheblich von reinen Leistungssportlern. Magersüchtige denken negativer und sind wesentlich pessimistischer in ihrer Lebenseinstellung.

Therapeutische Maßnahmen oder ein Ausweg aus einer solch verfahrenen Situation, wie sie sich für Anorexie-Patienten darstellt, müssen an der Person selbst ansetzen (Pruitt 1991). Die Kranke muß sich mit sich selbst auseinandersetzen und ihre Schwierigkeiten selbst zu bewältigen versuchen. Pruitt fordert kompetente, fachliche Hilfestellung und Betreuung für Leistungssportlerinnen mit Neigungen zu eßgestörtem Verhalten. Die Athletinnen benötigen außerdem positive Verarbeitungsmöglichkeiten für ihre Erlebnisse, sowohl für Negative als auch für Positive.

Psychologische Ansätze gehen davon aus, daß die Weichen für ein stabiles Körper-Selbstbewußtsein schon sehr früh, im Vorschulalter, gestellt werden. Kinder lernen, wie bestimmte Körper-Merkmale in der Gesellschaft bewertet werden. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive sei an dieser Stelle an den sozialisationstheoretischen Aspekt erinnert. Danach werden im Verlauf eines Sozialisationsprozesses, Einstellungen und Selbstkonzepte zur eigenen Person interaktiv entwickelt. Jedes Kind kennt die Märchenerzählungen, in denen Schön gegen Häßlich antritt. Auch die Barbie-Puppen-Kultur hat einen entscheidenden Beitrag zum gängigen Frauenbild geleistet. Die Barbie-Puppe und ihr maskulines Pendant Kent sind seit 50 Jahren erfolgreich auf dem Spielzeugmarkt vertreten und haben ganze Generationen beeinflusst. Ihre Idealmaße (lange schlanke Beine, schmale Taille, schlanke Hüfte...) und ihre idealen Proportionen haben von ihrer Faszination nichts eingebüßt.

Den oben geschilderten Aussagen zu Folge liegen die Hauptgründe für Eßstörungen in Charaktermerkmalen, wie Perfektionismus, einem enormen Leistungswillen, in Labilität und Instabilität der Persönlichkeit und in einem hohen Maß an Ängstlichkeit. Unter Eßstörungen leidende Menschen brauchen äußerlichen Halt. Sie benötigen vorgegebene Wege, um bestimmte, für sie als gefährlich eingestufte Situationen bewältigen und bestehen zu können. Eine kritische Situation kann interaktiv, aber auch solitär, durch subjektives Empfinden,

entstehen. Diese subjektive Anschauung ist in bedeutendem Maße für die Beurteilung einer Lebenssituation verantwortlich.

4.8 Funktionen pathogenen Eßverhaltens

Die Debatte über die Beziehung zwischen exzessivem Training und Anorexie gestaltet sich äußerst schwierig, weil deren Beziehungsgeflecht nur schwer zu erfassen ist. Auch ist nicht jede schlanke Sportlerin eßgestört oder magersüchtig. Untersuchungen darüber müssen mit vielen methodischen Komplikationen fertig werden. Intensives sportliches Training findet man sowohl bei Anorexie-Patienten als auch bei Bulimikerinnen. Wann und wie viel Training ist kritisches Training? Wie kann eine eßgestörte Athletin von einer kurzzeitig diäthaltenden Athletin unterschieden werden? Wie und in welcher Form können hier die Untersuchungsobjekte unter wissenschaftliche Beobachtung gestellt werden? Es gibt Hinweise darauf, daß eine signifikante Anzahl von Athletinnen unter Eßstörungen leiden, aber der Untersuchungsgegenstand ist schwer faßbar.

In den vorangegangenen Abschnitten wurde aufgezeigt, welche Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensweisen bei eßgestörten Menschen immer wieder zu beobachten sind. Dabei handelt es sich vor allem um Ängste und festgefahrene Verhaltensschemata. Zu den Ängsten gehören die Angst vor Isolation, vor Versagen, vor Erfolg, vor Mißerfolg, vor allem aber auch Angst vor sich selbst. Die Betroffenen sehen das eigene Selbst und die Menschen ihrer Umwelt oft mit ganz anderen Augen als ein distanzierter Betrachter. In Folge gewisser das Ich bedrohender Gedanken werden verschiedene Lebens- bzw. Überlebensstrategien entwickelt. Hierzu zählen Maßnahmen wie die absolute Kontrolle über den eigenen Körper oder aber ein strenger, durchorganisierter Tagesplan. Mit dem Körper muß während eines Tages gelebt, geplant und umgegangen werden. Was aber steckt wirklich hinter solchen Strategien, hinter dieser Fassade eines bis ins Detail vorgefertigten Lebensentwurfs oder besser gesagt: Tätigkeitsentwurfs? Was soll bezweckt und erreicht werden? Wofür all die Mühen und Strapazen?

Vergleicht man wieder die beiden Probandengruppen, Athletinnen und Anorexie-Patienten, so benutzen beide ihre charakteristischen Verhaltensweisen als Hilfestellungen, um sich eine Art Identität zu errichten: *Ich bin ein Läufer* oder *ich bin dünn*. Meist tauchen die genannten Verhaltensmodi zu Beginn einer strebreichen Zeit auf, in Verbindung mit der Suche nach Identität. Der Faktor *Kontrolle* ist in beiden Vergleichsgruppen sehr ausgeprägt. Bei den Patienten findet er Ausdruck in der Diät, aber *auch* in der Bewegung; bei den Athletinnen ist es die strenge, fixierte Trainingsdisziplin, jedoch *auch* die Kontrolle in der Ernährung. Es

steht also jeweils das eine oder das andere an erster-, beziehungsweise zweiter Stelle. Zum Dritten kontrollieren beide Personengruppen ihre Umwelt. Darüber hinaus ist bei den Patienten das Gewicht eine zentrale Konstante ihres Denkens. Für die Sportlerinnen ist ein niedriges Gewicht notwendig für mehr Erfolg. Zusammenfassend kommt man zu folgender Aussage: Beide Gruppen unterscheiden sich von *normalen Läufern* oder von *normal Diät haltenden Menschen*. Bei Yates (1983) findet sich eine Liste folgender pathogener Verhaltenszüge seiner Probandengruppen:

- Extreme Verengung der Sichtweise
- Absolut unflexible Lebensweise
- Sich ständig wiederholende Gedanken
- Stures festhalten (klammern) an Ritualen
- Extreme Kontrolle über sich selbst und über ihre Umwelt.

Viele Untersuchungen belegen, daß Anorexie-Patienten sportlich aktiv waren, bevor sie ihr pathogenes Verhalten entwickelten (Bruch 1966; Kron, Katz, Corzinsky & Werner 1978; Crisp, Hsu, Harding & Harsthorst 1980; Crisp & Burns 1983). Die Anorexie wird zu einer Art egoistischem Drang, sich zu bewegen (Vandereycken, Despreitere & Probst 1987). Dieser Drang prosperiert zu einem selbstzerstörerischen Bewegungsverhalten. Im Fazit einer Studie von Casper & Davis (1977) heißt es, dieses destruktive Verhalten beinhaltet die Unterdrückung des Hungergefühls. In seiner Funktion reicht es von der Bewegung zur Kalorienverbrennung bis hin zur Konsequenz des Hungertodes. Einige Patienten, so Crisp (1967), erreichen jedoch manchmal eine Phase, in der sie zugeben, daß sie müde und erschöpft sind. In dieser Phase sind die Patienten meist sehr deprimiert und depressiv. Mit ihrem extremen Bedürfnis nach Kontrolle über ihre Gefühle und ihren Körper wollen sich die Frauen selbst bestrafen. Sie versuchen, ihre Unsicherheiten, Lebens- und Existenzängste zu verdecken oder sich davon abzulenken. Sportliche Betätigung, das Umfeld *Sport*, Erfolg in sportlichen Leistungen, erfolgreiches Fasten (Abnehmen) wird in der Regel von der Umwelt bewundert und gelobt. Mit Anerkennung und Bewunderung durch andere kann die eigene depressive Stimmung, das eigentliche Gefühl der Unsicherheit und des Unglücklichseins kurzfristig behoben werden. Eßgestörte und Magersüchtige benötigen Halt in Äußerlichkeiten. Denn in ihrem Persönlichkeitsprofil sind sie relativ instabil, angreifbar und leicht verletzbar. Exzessives Training beweist nach außen hin Härte und Stärke. Exzessives sportliches Training ist demnach eine Art Vermeidungsverhalten (Garner et al. 1982; Johnson

& Conners 1987). Vermieden werden sollen jegliche Streit- und Konfliktsituationen, sowohl in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich als auch im Disput mit anderen. Manchmal dient die Selbstkasteiung auch der Haßbewältigung, wiederum gegen sich selbst oder gegen andere Menschen.

Zu den weiteren psychopathologischen Funktionen eines exzessiven, ritualisierten Trainings gehört, daß es Sicherheit gibt. Im Festhalten an abergläubischen Gedanken werden Handlungen in Zusammenhänge gebracht, die nichts miteinander zu tun haben. So entstehen Rituale. Eine Patientin z.B. gibt an, daß sie jeden Tag 150 sit-ups machen muß. Eine andere Patientin läuft jeden Tag fünf Meilen und das unter allen Umständen und Widrigkeiten. Das Training soll Ängsten entgegenwirken. Es ist ein Mittel, um nicht depressiv zu werden. Vor allem aber, so die Psychologen, dient es der Bewältigung negativer Gedanken und Gefühle. Hierzu gehören, wie bereits erwähnt, Ängste, Ärger, Wut, Haß, Depressionen u.a. (Garner et al. 1982; Johnson & Conners 1987).

Bei der Beantwortung der Frage nach der *Zufriedenheit*, Zufriedenheit mit dem Körper und Zufriedenheit mit dem Leben, kommen Pruitt (1991) und Cash (1997) zu dem gleichen Schluß: Menschen unterscheiden sich vor allem im Glauben an sich selbst und in einem stabilen Selbstwertgefühl. Als Konsequenz daraus entwickeln sich Verhaltens- und Reaktionsdifferenzen. Zwar ist der *Marktwert* eines Sportlers oder einer Sportlerin abhängig vom Erfolg. Und durch den Erfolg fühlt sich der Leistungssportler bestätigt. Sich selbst aber unabhängig davon wahrzunehmen, zu schätzen, als kompetent, nett und liebenswürdig zu empfinden, erfordert eine gewisse Reife und Charakterstärke.

In Anbetracht der Vielzahl der Untersuchungen fällt auf: Das Attribut *Zufriedenheit* spielt immer eine große Rolle. Ist ein nach seinem Idealbild strebender Athlet, Body-BUILDER, Fitneß-Sportler, Freizeit-Sportler jemals zufrieden mit sich **und** mit dem eigenen Körper? Oder zufrieden mit sich **oder** mit dem eigenen Körper? Oder zufrieden mit dem eigenen Körper aber nicht mit sich selbst? Und die Nicht-Sportler, woher nehmen sie ihre Zufriedenheit? Oder wodurch entsteht bei ihnen Unzufriedenheit?

Es bleiben viele Fragen zu überdenken. In der qualitativen Sozialforschung wird versucht, solchen Problemen auf den Grund zu gehen, nach den Ursachen zu fragen und mögliche Antworten zu finden. Es geht um ein besseres Verständnis *des anderen*, des Menschen, der anders ist. Es geht um ein mehr an Erkenntnis für Abnormitäten. Die vorliegende Arbeit will das Problem *Eßstörungen* grundlegend und systematisch hinterfragen. Es werden Einzelfälle betrachtet. Denn jede Biographie hat ihre Besonderheiten und ist nur aus ihrer Einmaligkeit heraus erkennbar und erklärbar. Im Besonderen soll berücksichtigt werden, daß sehr häufig

bei Frauen, die Sport treiben, speziell Ausdauersport, Verhaltensstörungen zu beobachten sind. Dabei handelt es sich um Verhaltensstörungen, die das Essen betreffen, aber auch andere Lebensbereiche involvieren. Hierzu gehören, unter sport-spezifischen Gesichtspunkten die Trainingsmethoden, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, sozial-integrative Verhaltensweisen u.a..

5 Zusammenfassung der theoretischen Ansätze und der Konsequenzen für den eigenen Ansatz

Alle bisher erläuterten Erklärungsansätze und Untersuchungsergebnisse zum Thema Eßstörungen, die in den Kapitel 3 und 4 dargestellt wurden, leisten ihren ganz speziellen Beitrag zur Problemlösung. So berücksichtigen z.B. die auf physiologischer Ebene basierenden Erklärungen, wie der genetische Ansatz und die biophysikalischen Erklärungen, meßbare Mechanismen im menschlichen Stoffwechsel. Die Erklärung auf stofflicher Basis alleine würde jedoch in eine Forschungssackgasse führen. Der Untersuchungsgegenstand Mensch ist nicht auf seine Körperlichkeit reduzierbar. Obwohl es sich auch bei dem Problem *Frauen, Sport und Eßstörungen* um ein vorwiegend psychologisches Problem handelt, dürfen allerdings die Vorgänge des Stoffwechselmetabolismus nicht außer Acht gelassen oder gar unterschätzt werden. Denn hier manifestieren sich oftmals die Auswirkungen einer ursprünglich psychologischen Stresssituation. Daher sollen im Folgenden die einzelnen Erklärungsansätze und wichtigsten Untersuchungsergebnisse in ihrer Gesamtheit, kurz aufgelistet und ihre Aussagefähigkeit überprüft werden.

5.1 Zusammenfassung und Beurteilung der verschiedenen Erklärungsansätze

Das genetische Modell zur Erklärung von Eßstörungen kann in der heutigen Zeit nur als Zusatz-Modell dienen. Man hat noch kein Anorexie-Gen im eigentlichen Sinn gefunden. Bei dem Problem einer Adipositas gehen einige Forscher von der Existenz eines sogenannten Fett-Gens aus. Demnach gäbe es eine genetische Disposition für Fettleibigkeit. Auch hier gab es schon früh Erklärungs- und Beobachtungshilfen durch Tierversuche (Danforth 1927). Doch immer noch stützen sich die Argumente für eine Vererbbarkeit von Adipositas hauptsächlich auf indirekte Indizien, wie z.B. Familienähnlichkeiten in einer Generationenfolge. Unter diesem Aspekt ist auch die Zwillingsforschung bei Eßstörungen oder Magersucht mit objektiver Distanz zu betrachten und kritisch zu hinterfragen. Der Einfluß verschiedener Faktoren, wie die Umwelt oder Erbanlagen, ist nicht direkt nachweisbar. Anders verhält es sich mit den biochemischen Grundlagen der Stoffwechselphysiologie einer magersüchtigen Patientin. Am Hypothalamus läionierte Tiere zeigen eindeutig abnorme Eß- und Trinkverhaltensmuster. Auch konnte man Störungen der Bewegungsaktivitäten beobachten. Die Physiologie der Neurotransmitter ist meßbar und nachweisbar. Serotonin wird schon seit einiger Zeit als Pharmakon, vor allem bei depressiven, an Bulimie erkrankten Patienten eingesetzt. Die zentrale Rolle von Serotonin, vor allem, wenn es sich um Eßstörungen in Verbindung mit sportlicher Aktivität handelt, ist wissenschaftlich fundiert und belegt. Viel

schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage nach den Induktionsprozessen der dargestellten neurophysiologischen Veränderungen im Metabolismus einer hyperaktiven Anorektikerin. Daß es zu Veränderungen im Hormon- und Neurotransmitter-Spiegel kommt, ist heute allgemein anerkannt. Ungeklärt blieb jedoch, welche Faktoren auf welcher Ebene (physiologisch oder psychologisch) dafür verantwortlich gemacht werden können.

Nach der Betrachtung der physiologischen Aspekte einer Anorexieerkrankung sollen nachfolgend die psychologischen Fragen zu diesem Problemkreis fokussiert werden. Dabei erscheint zunächst der Übergang zu den interaktionistischen, psychologischen und soziokulturellen Ansätzen zum Thema Eßgestörtheit bei Frauen sehr abrupt. Die Kommunikationslücken zwischen den theoretischen Forschungsdisziplinen treten hier deutlich zu Tage. Aber die Erklärungsmodelle, die die Problematik der Interaktion in der Familie sowohl zwischen den einzelnen Familienmitgliedern als auch in ihrer Generationenfolge für Eß- und Verhaltensstörungen verantwortlich machen, leisten einen entscheidenden Beitrag zum besseren Verständnis von Verhaltensauffälligkeiten eines erkrankten Familienmitgliedes. Die Familie ist eine wichtige Institution im gegenwärtigen Gesellschaftssystem. Da dieses System sehr viel Flexibilität fordert, werden dementsprechend hohe Ansprüche an seine Subsysteme gestellt. Gesellschaftliche Veränderungen, Umbruchsituationen, neuzeitliche Umstrukturierungen haben immer auch großen Einfluß auf jedes einzelne Mitglied. Die Betrachtung der Familie führt konsequenterweise zu den soziokulturellen und gesellschaftlichen Erklärungsansätzen. Diese versuchen die vielen Einflußgrößen zu berücksichtigen, denen jedes Individuum einer Gesellschaft in seiner jeweils eigenen Lebenssituation ausgesetzt ist. Daraus resultiert eine Ursachenhypothese zum Thema Eßstörungen auf der Basis multipler Faktoren. Zu nennen sind auf kulturtheoretischer Ebene die herrschenden Schönheitsideale. Des weiteren ergeben sich Schwierigkeiten auf soziokultureller Basis mit Rollendefinitionen und deren Anforderungs- und Erwartungsprofilen. Das weibliche Geschlecht ist hiervon besonders betroffen. Die Pflichten und Rechte der Frauen in der Gesellschaft wurden in den letzten Jahren von einer Reihe von Umwälzungen betroffen. Nicht immer klar ist auch die Situation im Sport, insbesondere für leistungs- und wettkampfsporttreibende Frauen. Auf der einen Seite fordert man Erfolge und Leistungsnachweise, auf der anderen Seite sollen ihre Körpermaße bestimmten Normwerten entsprechen. Trotzdem läßt sich die Verantwortlichkeit für das Phänomen der *eßgestörten Athletin* nicht allein auf eine Kultur oder eine Gesellschaft übertragen. Dieser Ansatz allein bietet keinen befriedigenden Erklärungsversuch, um eine biographisch bedingte Eßstörungsentwicklung einer Sportlerin zu verstehen.

Die genaue Betrachtung der Einzelperson ist Gegenstand psychoanalytischer Forschung. In der Objektbeziehungstheorie werden interaktionistische Bedeutungszuweisungen ins Zentrum der Ursachenklärung gerückt. Die frühe Kindheit spielt in der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen eine bedeutende Rolle. Entscheidend dabei ist, wem das Kind wie begegnet. Logischerweise sind die ersten Bezugspersonen Vater und Mutter. Des Weiteren ist wichtig, wie sich die Ich-Struktur des Heranwachsenden bildet, welche Möglichkeiten er hat und unter welchen Umweltbedingungen er aufwächst. Alsdann stellt sich die Frage, ob und wie diese Potentiale weiterverarbeitet werden. Neben der Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen Menschen sind auch Erlebnisse und wichtige Lebensabschnitte zur Herausbildung einer einzigartigen Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung. Hierbei geht es um die Erforschung der Person als Subjekt Mensch. Die Stärke dieses Forschungszweiges liegt in seiner Intensität, in seiner Tiefe und Eindringlichkeit im Umgang mit dem Untersuchungsgegenstand. Dennoch ergäbe sich ohne die Wieder-Öffnung dieser fokussiven Forschungsperspektive auch hier nur ein unvollständiges oder gar falsches Bild in der Betrachtung und Beurteilung des Problems *Eßverhaltensstörungen*.

Der identitätstheoretische Ansatz von Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) versucht die soziale und die persönliche Geschichte eines Menschen bei der Erklärung von Eßstörungen zusammenzubringen. Soziale und persönliche Identitätsentwicklung können tangential, parallel, aber auch inkongruent voneinander verlaufen. Die Vernetzungen der Entwicklungsvorgänge bergen in hohem Maße Konfliktpotentiale. Bedürfnisse zur Entfaltung der Persönlichkeit auf der einen Seite, Konfrontationen mit gesellschaftlichen Werten und Normen auf der anderen Seite können zur Verunsicherung eines Individuums beitragen. Der strukturelle Wandel sozialer Regeln fordert von jedem Mitglied hohe Anpassungsleistungen. Traditionen und Konventionen versus Progressivität und Innovationen sind Inhalte von Auseinandersetzungen, die sowohl in der Person selbst stattfinden, als auch in der Kommunikation, in Disputen und in Konfrontationen mit anderen. Auch der physische Teil, d.h. der Körper eines Menschen gehört zum Gesamtbild einer Person. Er ist nicht nur ein *Anhängsel der Seele*, sondern ein gleichberechtigter Teil des denkenden Ich. Er ist Teil einer Gesamtheit, die mehr ist als nur die Summe ihrer Teile. Der Körper fordert und verlangt, was immer auch der Kopf fordert und verlangt. Er ist Wille und umgesetzter Wille zugleich. So gesehen kommt der identitätstheoretische Ansatz, der insbesondere auf das So-Sein, die Identität, eingeht, der Natur des Menschen am Nächsten. In diesem Theoriemodell bilden vier Kategorien die Grundlage für vier Hypothesen. Die Gesamtbetrachtung dieser Perspektiven

führt zur Feststellung, daß es sich bei eßgestörten Frauen um ein identitätstheoretisches Problem handelt.

5.2 Vorstellung und Erläuterung der Kategorien des identitätstheoretischen Erklärungsansatzes

- (1) Freisetzung aus traditionellen Normen und Bindungen
- (2) Veränderung traditioneller Beziehungsmuster
- (3) Auflösung traditioneller Geschlechtsrollen
- (4) Der Körper als Kristallisations- und Angelpunkt der Identitätsbildung von Frauen und Männern

Wie schon in Abschnitt 3 erläutert, wird das weibliche Individuum in der gegenwärtigen Gesellschaft mit vielen Handlungsspielräumen konfrontiert. Auf dem Arbeitsmarkt erwartet man karrierebewußte junge Frauen, die selbstverantwortlich entscheiden und handeln. Im Erwerbswesen verlangt man nach innovativen Aktivitäten. Trotz hohem Konkurrenzdruck soll aber immer noch Selbstverwirklichung und eine individuelle und persönliche Existenzweise lebbar sein. Leistung zu erbringen wird in allen Lebenssparten groß geschrieben. Die Auseinandersetzung mit den realen Leistungsanforderungen seiner Umgebung fordert von den Frauen der modernen Gesellschaft ein Optimum an Energie. Pflichterfüllung und Lebensorganisation werden in Schablonen von Selbstzwang und Selbstanpassung gepreßt. Aber ohne gewisse Zielvorgaben sind viele Frauen oft unsicher. Sie wissen nicht, an wem oder an was sie sich orientieren sollen. Sie leben in einer *Zwischenzeit*, d.h. zwischen alt hergebrachten Traditionen und Konventionen, aber auch mit den Möglichkeiten eines modernen Feminismus. Dieser aber entbehrt jeglicher platter Emanzipation, sondern herrscht selbst mit einer unerbittlichen Kampfansage für gesellschaftliche Individualisierung, autonomes Denken und Handeln und einen regelrechten Zwang, sich selbst zu verwirklichen. Aber ohne eine solide Gefühls- und Gedankenbasis sind die in dieses System hineingewachsenen jungen Frauen überfordert. Darum, so lautet die erste Hypothese des identitätstheoretischen Ansatzes, können Eßstörungen als Ausdruck eines Spaltungs- und Entfremdungsprozesses angesehen werden, der durch Überidentifikation mit den fremdbestimmten Normen und Werten stattfindet. Eßstörungen sind also *Symptome eines aus der Balance geratenen Identitätsprozesses*.

In der zweiten Kategorie von Stahr und Mitarbeitern werden gesellschaftliche Beziehungsstrukturen näher untersucht. Früher hatte die Familie mehr die Funktion einer

Wirtschaftsgemeinschaft. Es gab die Großfamilie, die ihren Mitgliedern Schutz und soziale Absicherung bot. Heute ist die Familie oder die Partnerschaft eher der Ort zentraler Identitätsbildung. Aus der Wirtschaftsgemeinschaft wurde eine Beziehungsgemeinschaft. Man erwartet menschliche Nähe und Wärme, Kontakt und Zuwendung. Liebe und Identität werden dadurch miteinander verwoben. Diesen Primärbeziehungen gegenüber stehen die Herausforderungen der Arbeitsmarkt-Beziehungen. Nicht selten ergeben sich hieraus Konflikte wie z.B. die Vereinbarung der Mutterrolle mit der Rolle einer Frau, die auch im Beruf weiterkommen möchte. Das Leitbild der patriarchalen Familie hat sich aufgelöst. Es kristallisiert sich zum Modell einer demokratisch organisierten Familie. Hier soll für jedes Mitglied genügend Entfaltungsraum vorhanden sein; andererseits beansprucht man aber auch Verbundenheit und Zugehörigkeit.

Soziale Identitäten bieten zwar potentielle Lösungen für ein Individuum, sich nicht isolieren zu müssen, was bleibt ist jedoch die Angst vor einer Abhängigkeit von anderen Menschen, mit denen man sich oftmals gar nicht verbunden fühlt, auch nicht aufgrund einer Blutsverwandtschaft. Aus diesem Grund können bestimmte Personen ihres Vertrauens (der Freund, die Freundin) zu emotional stark idealisierten Bezugspersonen werden. Diese Situation kann für die eine eigenständige, freie Identitätsentwicklung gefährlich sein. Die Hypothese der zweiten Kategorie lautet daher: *Eßstörungen sind Ausdruck einer Identitätskrise, die auf einer tiefen Beziehungsstörung beruht.*

In Kategorie 3 rückt der Aspekt der spezifisch weiblichen Geschlechtsrolle in den Vordergrund des identitätstheoretischen Ansatzes. Abgesehen von den hohen Ansprüchen auf dem Arbeitsmarkt, kommen auf berufstätige Frauen nicht selten weitere, erschwerende Bedingungen hinzu. Weibliche Erwerbstätige haben mit unterprivilegierter Bezahlung zu kämpfen, sie müssen ihr Können viel mehr unter Beweis stellen als ihre männlichen Kollegen. Nicht selten fehlt es an Vorbildern zur Orientierung. Viele Frauen wissen sich in ihren neuen Positionen nicht recht zu bewegen und haben Angst, Fehler zu machen. Innerhalb der Gesellschaft aber sind die Strukturen trotzdem weiterhin geschlechtshierarchisch organisiert. Nicht wenige Frauen reagieren in dieser Situation mit einem Rückzug in sich selbst. Sie kapseln sich ein, scheinen aber nach außen hin stark. Ohne Leitbilder sind erfolversprechende Frauen prädestiniert, Objekte ihrer Verhältnisse zu werden. Eine Frau richtet sich dann häufig nach den Erwartungen ihrer Umwelt, oder nach dem, von dem sie glaubt, daß man es von ihr erwartet: Hierzu gehören Idealvorstellungen von Schönheit, Fitneß und berufliche Karriere.

Das noch immer von Männern dominierte gesellschaftliche Arbeits-Terrain überfordert junge dynamische Frauen in ihren Rollendefinitionen. Der Körper wird somit manchmal zum einzigen Fix- und Kontrollpunkt. Er bietet Sicherheit und ist Schutzschild nach außen hin. Er ist Demonstration einer Macht. Die körperliche Erscheinung symbolisiert Disziplin und Selbstbeherrschung, Eigenschaften, die in der gegenwärtigen Zeit sehr gefragt sind und mit denen man es heute im Berufsleben sehr weit bringen kann. Dementsprechend formulieren die Autorinnen in Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes: *Eßstörungen sind Ausdruck veränderter Geschlechtsrollen.*

In der vierten Kategorie wird der Körper als Kristallisations- und Angelpunkt thematisiert. In einer schnelllebigen Welt ist der Körper Ausdrucksmittel der Persönlichkeit und Lebenseinstellung des Einzelnen. Mit Hilfe seines Äußeren vermag sich das Individuum von anderen unterscheidbar zu machen. Die Körperform ist zwar teilweise genetisch festgelegt, dennoch gibt es noch genügend Möglichkeiten der Formung. Dabei steht der Mensch im ständigen Diskurs mit sich selbst, weil er einerseits seine Einzigartigkeit präsentieren, andererseits aber auch Zugehörigkeit demonstrieren will. Das Körper-Image wird mit verschiedensten Bedeutungszuweisungen belegt. So gilt in einem sportlichen Umfeld ein schlanker, androgyner Körperbau einer Frau als leistungsfähig, stark, nicht reproduktiv und unabhängig. Auch werden ganz bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder Charaktereigenschaften mit gewissen Körperformen assoziiert. So traut man einem schlanken Menschen mehr energetische Bereitschaft zu als einem korpulenten Menschen. Mit und um den Körper spielt sich die Konfrontation einer Person mit seinen Lebenssituationen ab. Viel bewußter als früher empfindet der Einzelne, daß seine Identität immer auch an sein Aussehen gekoppelt ist. Zugehörigkeit und Abgrenzung zu anderen sozialen Umwelten spielen sich auch auf der physiologischen Ebene menschlichen Seins ab. Umso schwieriger gestaltet sich die Ich-Findung für einen jungen Heranwachsenden, dessen Weltbild geprägt wird von inneren (z.B. Hormonspiegel) und äußeren Veränderungen. Um dabei nicht die Orientierung zu verlieren und um eine Stütze für sich zu definieren, wird der Körper instrumentalisiert. Er wird zum Fixpunkt einer noch verbliebenen Macht. Strenges Fasten oder gieriges Essen sind Umgangsformen mit dem eigenen Selbst, mit Zwängen und Problemen zurecht zu kommen. Also lautet die vierte Hypothese des identitätstheoretischen Ansatzes: *Eßstörungen sind der mißlungene Versuch, die körperlich-leibliche und soziale Entfremdung aufzuheben.*

5.3 Der theoretische Ansatz der vorliegenden Arbeit

Die in Kapitel 3.1 bis 3.7 beschriebenen theoretischen Ansätze zur Erklärung von Eßstörungserkrankungen geben im Einzelnen jeweils Teilsaspekte wieder, die als Erklärungsansätze von eßgestörten Mädchen und Frauen in Betracht gezogen werden müssen. Im Laufe der Wissenschaftsentwicklung auf dem Gebiet der Psychologie kann man eine sich immer weiter vertiefende Vorgehensweise in diese Problematik der postmodernen Gesellschaft wiederfinden. Der identitätstheoretische Ansatz macht den Versuch einer integrativen Verarbeitung der elaborierten Konzepte.

In der Untersuchung, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, interessiert vor allem das spezielle Problem *Frauen im Sport bzw. Frauen im Leistungssport mit Eßstörungen*, wobei das Hauptaugenmerk auf Ausdauersportarten liegt. Die Frauen durchlebten eine oder mehrere anorektische Perioden. Die Analyse des aktuellen Forschungsstandes zur Frage von Eßstörungsentwicklungen bei sporttreibenden Frauen ergab, daß hinsichtlich systematischer Grundlagenarbeiten Forschungslücken bestehen. Bisher wurden lediglich auf populärwissenschaftlicher Ebene Zusammenhänge zwischen Sport und dem psychologischen Phänomen Eßstörungen behandelt. Auf naturwissenschaftlicher Basis, so im Bereich der Sportmedizin, konnten eindeutige Beziehungen zwischen Trainingsumfang und Trainingsintensität und dem Ausbleiben der Menstruation bei Langstreckenläuferinnen, Marathonläuferinnen oder Triathletinnen nachgewiesen werden (Wurster 1999). Durch Körperfett-Messungen läßt sich eine kritische Menarche-Grenze festlegen. Diese liegt bei 17% und geht mit einer primären Amenorrhoe einher (Frisch 1974; Frisch 1980; Wentz 1980). Auf psychologischer Ebene aber besteht weiterhin ein Handlungsbedarf bei der Frage, aus welcher Lebenssituation heraus sich eine Eßverhaltensstörung bei einer Sportlerin entwickelt. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Beobachtung, Beschreibung und Interpretation von sieben Einzelfällen eßgestörter Sportlerinnen, die auf dem Hintergrund des in Kapitel 3.7 und 5.1 dargestellten identitätstheoretischen Ansatzes bearbeitet wurden. In Anlehnung an das Kategoriensystem von Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) sollen diese Fallbeispiele jeweils im Einzelnen betrachtet und interpretiert werden.

Es folgt die Auswertung der Frankfurter Selbstkonzeptfragebogen. Anschließend soll ein Gesamtbild zeigen, ob und inwieweit Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen.

Verschiedene Aspekte machen einige theoretische und methodische Vorbemerkungen notwendig. Die vorliegende Arbeit dient der Klärung eines eventuellen Zusammenhangs zwischen exzessivem sportlichen Ausdauertraining und Eßstörungen bei Frauen. Des weiteren spielt hierbei eine große Rolle, daß die Betroffenen keine Kinder oder Jugendliche mehr sind.

Es handelt sich also nicht um eine sogenannte primäre Anorexia nervosa. Vielmehr geht es um Ausdauerathletinnen, die zum Teil in anderen Sportarten schon eine Leistungssport-Karriere hinter sich haben, bzw. um Sportlerinnen reiferen Alters, die auch schon eine gewisse Persönlichkeit ausgebildet haben.

Des Weiteren muß auf die Bedeutung der individuellen Lebensläufe hingewiesen werden. Es handelt sich hierbei um entscheidende Subjekt-Umwelt-Interaktionen und deren Einfluß auf die Handlungsweisen und Entscheidungen dieser Sportlerinnen.

Es stellt sich auch die Frage, von welcher Art Gemeinsamkeiten und/oder Unterschiede sind? Zum Anderen soll diese Untersuchung zur Klärung der Frage beitragen, um welches Kernproblem es sich im engeren Sinne handelt, warum die Frauen in ihrer Situation mit einem anorektischem Verhalten reagierten. Wie kann ihr intensives sportliches Training, Wettkämpfe und ihr Ernährungsverhalten auf der Grundlage der Kenntnis ihrer Lebensgeschichte interpretiert werden? Der Grad der Erkrankung spielt dabei insofern eine Rolle, als zwischen Diät haltenden Frauen, eß-verhaltensgestörten Frauen, Frauen mit einer Anorexia nervosa und Frauen mit einer Anorexia athletica differenziert werden kann. Auch die sich aus den jeweiligen Erkrankungen ergebenden Verhaltensabnormitäten lassen sich in ihrer Intensität abstufen. Von ebenfalls großer Relevanz ist die Frage nach dem Hauptanteil des Konfliktpotentials für die Eß- und Verhaltensauffälligkeiten. Handelt es sich um gesellschaftlich fundierte Schwierigkeiten im Allgemeinen, um sportspezifische Strukturen im Besonderen oder geht es mehr um persönliche, familiär oder -beziehungsbedingte Sozialisationsgefüge?

Die Beschreibung der biographischen Lebensläufe der sieben Probandinnen und die Interpretation eines jeweils mehrstündigen, problemzentrierten Interviews orientiert sich an der üblichen Vorgehensweise der qualitativen Sozialforschung. Aufgrund der sportspezifischen Problemstellung der hier vorliegenden Arbeit ergeben sich spezielle Anforderungs- und Erwartungsprofile hinsichtlich der Bearbeitung dieser Thematik. Um dieser äußerst komplexen Problematik und den sehr individuellen Erscheinungsformen des Krankheitsbildes einer Anorexia nervosa oder Anorexia athletica gerecht zu werden, wurden Einzelfallstudien durchgeführt. Auch mußten thematische Begrenzungen vorgenommen werden. Hierbei ist einmal eine geschlechtsspezifische Einschränkung auf den Problembereich *Frauen mit Eßstörungen im Sport* zu nennen. Sport und Leistungssport treibende junge Männer sind nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Jedoch könnten Hinweise auf ähnliche Entwicklungen an entsprechender Stelle Anstoß für weitere Forschungsaufgaben sein (z.B. Eßstörungen bei Skispringern, Ruderern;

Ernährungsumstellungen bei Radrennfahrern, Triathleten). Des Weiteren kann bei dem hier dargestellten Problemzustand keine quantitative Bearbeitung des Sachverhalts stattfinden. Ein solcher Ansatz würde weder methodischen Ansprüchen noch dem Untersuchungsgegenstand, den einzelnen Probandinnen und deren Lebenssituation, gerecht werden.

Der identitätstheoretische Ansatz bietet in seiner Berücksichtigung sowohl soziokulturell-gesellschaftlicher als auch persönlicher Identitätsmerkmale, angesichts der Komplexität des Themas *Frauen mit Eßverhaltensstörungen bis hin zur Magersucht*, eine angemessene Diskussionsgrundlage. Im Zentrum der Fragestellung der vorliegenden Arbeit geht es sowohl um persönlichkeitspezifische Attribuierungen als Gründe für eine Eßstörungserkrankung als auch um die Einbindung dieser Persönlichkeit in ihre soziale Umwelt. Es geht auch um vorherrschende soziologische Integrationsstrukturen, um Antworten auf mögliche Ursachen oder mögliche Verursachungsprozesse von Eßstörungsentwicklungen im Rahmen eines intensiv Sport treibenden Menschen. Im folgenden Kapitel 6 wird die methodische Vorgehens- und Arbeitsweise der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Die wichtigsten Interviewaussagen der Pbn werden aufgezeigt, in Beziehung zur jeweiligen Biographie erläutert und zusätzlich auf dem Hintergrund des identitätstheoretischen Ansatzes interpretiert. Daraus ergeben sich Hypothesen zur Erklärung, warum es bei den Pbn 1-7 zur Ausbildung von Eßstörungen gekommen ist.

Die empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit sind die persönlich geführten Interviews mit sieben jungen Frauen. Ein aus der Problemstellung von Sport und Eßstörungen orientierter Leitfaden gewährleistet die kongruente Abstimmung der Interview-Gespräche. Durch eine genaue Analyse konnten Aussagen aus den Interviews bestimmten Schlüsselbegriffen der Kategorien 1 bis 4 des identitätstheoretischen Ansatzes zugeordnet werden.

Jede Einzelfallanalyse beginnt mit der Beschreibung des Lebenslaufes der jeweiligen Pb. Danach erfolgt die Aufstellung von Hypothesen, welche Faktoren für die Entwicklung ihrer Eßstörungen verantwortlich gemacht werden können. Die einzelnen Hypothesen werden durch Interviewzitate unterlegt und gestützt. Dabei wurden die Kategorien und Hypothesen des identitätstheoretischen Ansatzes mitberücksichtigt. Im letzten Bearbeitungsschritt einer jeden Pb befindet sich die Graphik der Auswertung des Selbstkonzepts nach dem FSKN-System nach Deusinger (1986). Kapitel 8 erfaßt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der sieben Fallbeispiele.

6 Zur Anlage der Untersuchung

In diesem Kapitel soll die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Untersuchung dargestellt und erläutert werden. Dabei geht es insbesondere um die problemangemessene Erfassung des Datenmaterials und dessen anschließende Analyse. Bei der hier behandelten Fragestellung handelt es sich sowohl um ein gesellschaftliches als auch um ein individuelles Problemfeld. Aufgrund der sehr komplexen individuellen Problemlage wurde ein qualitativer Ansatz gewählt; es geht um die Klärung der Frage, warum manche Frauen, die Ausdauersport treiben, besondere Schwierigkeiten mit ihrem Eßverhalten, ihrem Gewicht und ihrem Training haben.

Essen, d.h. Nahrung zu sich nehmen, beinhaltet zum Einen den Aspekt der Selbsterhaltung und zum Anderen eine kommunikative Seite menschlichen Daseins und Zusammenlebens. Dabei konzentriert sich die vorliegende Untersuchung auf das Gebiet sportlicher, insbesondere leistungssportlicher Tätigkeiten, die sowohl einzeln als auch mit anderen ausgeübt werden. Folglich betrifft eine Eßverhaltensstörung einer Sportlerin nicht nur ihren eigenen Körper (und ihre Psyche), sondern sie wird auch von ihrer sportlichen (und nicht-sportlichen) Umwelt bemerkt.

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist das individuelle Subjekt. Im Untersuchungsverlauf wird es in seiner Lebenssituation aus verschiedenen Perspektiven beobachtet und beschrieben. Ziel der Arbeit soll ein Beitrag zur Aufklärung der Motivationen eßgestörter und magersüchtiger Athletinnen sein, auf der Basis von sieben Einzelfallanalysen. Fragestellung und methodische Vorgehensweise sind in erster Linie der Sportpsychologie zuzuordnen.

6.1 Das problemzentrierte Interview

Zur Interpretation der individuellen Krankheitsverläufe von sieben Leistungssport betreibenden jungen Frauen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die gesammelten Daten wurden mit Hilfe eines problemzentrierten Interviews erhoben. Das Interview orientierte sich an einem an der Problemstellung ausgearbeiteten Leitfaden. Dieses Vorgehen gewährleistet die wissenschaftliche Verwertbarkeit des sehr umfangreichen Materials (vgl. Fuchs 1984; Jüttemann & Thomae 1987). In der Untersuchung sollte der Frage nachgegangen werden, warum eine Sportlerin in einer bestimmten Phase ihres Lebens, während der sie ein regelmäßiges, intensives sportliches Training absolvierte, mit Eßstörungen reagierte. Aufgrund der sehr persönlichen und intimen Schwierigkeiten, die eine

Magersucht verursachen kann, wurde mit der Methodik des problemzentrierten Interviews auf die jeweilige individuelle Lebenssituation und Biographie entsprechend eingegangen.

Mit allen sieben Pbn wurde im Einzelnen ein Interview in privater Umgebung durchgeführt und mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Anschließend wurde das gesamte Interview abgeschrieben und in Anlehnung an den identitätstheoretischen Ansatz, sowie auf dem Hintergrund der entsprechenden Hypothesen bearbeitet und interpretiert. Alle sieben Pbn antworteten offen und frei über ihren bisherigen Lebenslauf.

Für die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Problemstellung eignet sich das problemzentrierte Interview vor allem deshalb, weil es keinen explorativen Charakter hat sondern die Aspekte der Problemanalyse im Mittelpunkt stehen. Die teilweise Standardisierung durch einen Interview-Leitfaden erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews.

Durch die Wahl des problemzentrierten Interviews ergibt sich konsequenterweise eine qualitative Inhaltsanalyse als adäquates Auswertungsverfahren. Der durch die vier Kategorien strukturierte identitätstheoretische Ansatz (Kap. 3.7 u. Kap. 5.2) von Stahr, Barb-Priebe & Schulz (1995) ermöglicht eine theoriegeleitete Datenanalyse.

Im Vorfeld der Auswertung wurden Schlüsselbegriffe aus den vier Kategorien herausgefiltert, um eine systematische Interpretationen zu gewährleisten. Es folgte eine Selektion von Interview-Zitaten für die einzelnen Fallbeispiele (Pb 1- Pb 7). Eine Fallanalyse auf der Basis des problemzentrierten Interviews enthält somit

- die biographische Darstellung der Pb Lebensläufe,
- die Aufstellung von Hypothesen darüber, warum es zu anorektischen Verhaltensweisen bei der jeweiligen Athletin gekommen ist und
- die Begründung der Hypothesen und damit die Begründung der Eßstörungenentwicklung einer jeden Pb.

Durch diese Verzahnung von theoretischem Ansatz und Interview-Aussagen wurde das sehr umfangreiche Original-Material soweit reduziert, daß die wesentlichen Inhalte, im Hinblick auf die Fragstellung, erhalten blieben. Dieser Vorgang der Strukturierung und Erstellung von Ordnungskriterien ermöglichte einen objektiveren Zugang der Textbearbeitung.

6.2 Die Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSKN)

In Ergänzung zum problemzentrierten Interview wurden die Frankfurter Selbstkonzept-Skalen angewandt, d.h., es soll versucht werden das im Interview gewonnene Bild der einzelnen Pbn zu stützen oder zu ergänzen, ggf. auch Widersprüche aufzuzeigen. Das Selbstkonzeptinventar (FSKN-Fragebogen) von Deusinger (1986) besteht aus zehn eindimensionalen Skalen (Quasiskalen) mit 78 Items. Inhaltlich geht es um differenzierte Selbstkonzepte von Personen; d.h., man versucht die individuelle, multidimensionale Struktur des Selbst nachzuzeichnen (Deusinger 1986, S. 6), vor allem mit Blick auf die praktische Anwendungsmöglichkeit in der klinischen Diagnostik. Mit Selbstkonzept werden hier Einstellungen des Individuums im Sinne von Attitüden zur eigenen Person bezeichnet. Daneben sollen sowohl Kognitionen als auch Emotionen und Verhalten gegenüber dem Selbst erfaßt werden.

Deusinger strukturiert die erwarteten Selbstkonzepte in vier Grundeinstellungen einer Person, die jeweils noch feiner untergliedert werden:

1. Leistungseinschätzung
 - Allgemeine Leistungsfähigkeit (FSAL)
 - Allgemeine Problembewältigung (FSAP)
 - Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)
2. Selbstwerteinschätzung
 - Allgemeiner Selbstwert (FSSW)
3. Selbsteinschätzung von Stimmung und Sensibilität
 - Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG)
4. Selbsteinschätzung auf psychosozialer Ebene
 - Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen (FSST)
 - Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)
 - Irritierbarkeit durch andere (FSIA)
 - Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA)

Innerhalb der Selbstkonzept-Skalen kommt dem Bereich *Leistungsfähigkeit* eine zentrale Stellung zu. Deusinger weist darauf hin, daß in der gegenwärtigen Gesellschaftsstruktur dem Leistungsaspekt ein enorm hoher Stellenwert beigemessen und er deshalb im Fragebogen ausführlich behandelt wird. Vor allem deshalb kommt der FSKN-Fragebogen der Thematik dieser Untersuchung entgegen. Einem sportlichen Wettkampf liegt immer auch der Leistungsgedanke in zentraler Weise zugrunde. Auch die Kategorien 1 und 2 des

identitätstheoretischen Ansatzes thematisieren die Leistungsmotivation. Der Leistungsaspekt spielt auch in der Befragung der Athletinnen eine große Rolle. Je positiver das Selbstkonzept einer Person ist, desto geringer ist die Ausbildung von Neurotizismus, Nervosität, Ängstlichkeit, Gehemmtheit, Irritierbarkeit und Depressivität. Dies bestimmt wiederum die *psychische Stärke* eines Individuums.

“Psychische Stärke oder Ich-Stärke wird hier als die Fähigkeit der Steuerung oder Anpassung des Individuums verstanden, unter Umständen konkurrierende Triebe und Bedürfnisse der eigenen Person, eigene Wünsche, Vorstellungen und Gedanken gegenüber den (physischen, psychischen, sozialen) Bedingungen der Umwelt zu vertreten, zu regeln, diesen Bedingungen der Umwelt anzupassen oder auch gegen diese Bedingungen durchzusetzen“ (Deusinger 1986, S. 14).

Der FSKN-Fragebogen wurde jeder Pb im Verlauf der Untersuchung mit der Bitte zugeschickt, ihn schnell und spontan zu beantworten. Alle Fragebögen kamen prompt und problemlos zurück. Deren Auswertung und Interpretation ist in jedem Fallbeispiel von Pb eins bis sieben im Anschluß an die Interviewinterpretation dargestellt und kurz erläutert.

6.3 Stichprobe und Untersuchungsdurchführung

Die Diagnose einer Anorexia nervosa war bei den Pbn von einem betreuenden Sportarzt, einem Allgemeinmediziner oder einem Psychologen gestellt worden. Auch der erste Kontakt zu den einzelnen Pbn wurde über deren Sportärzte oder durch andere, vertraute Personen, hergestellt. In fast allen Fällen waren die Pbn, während der akuten Zeit ihrer Magersuchtphase(n), in therapeutischer Behandlung. Auch waren alle sieben Pbn in ihren anorektischen Phasen sportlich sehr aktiv. Das durchschnittliche Trainingspensum belief sich auf 15-30 Stunden in der Woche.

Bei einem Expertengespräch in Berlin (März 1996), zu dem sich verschiedene deutsche Sportverbände, Sportmediziner, Sportpsychologen, Gynäkologen und Ökotrophologen, auch Literaturwissenschaftler und Soziologen, trafen, ergaben sich erste Gespräche über potentielle Pbn für die geplante Arbeit. Die jeweiligen Sportärzte erklärten sich bereit, eine Athletin, die sie betreuen, zu fragen, ob sie an dieser Arbeit mit der speziellen Fragestellung *Frauen im Ausdauersport mit Eßstörungen* teilnehmen würden. Die Pbn meldeten sich daraufhin freiwillig, und es kam zu den Interviews. Alle Pbn wurden über den theoretischen Ansatz und die vorläufige Fragestellung der Arbeit aufgeklärt. Drei Pbn konnten durch direkten, persönlichen Kontakt ermittelt werden. Auch sie gaben bereitwillig ihre Einwilligung, an der Untersuchung teilzunehmen.

Von entscheidender Bedeutung für die Auswahl der Pbn war das Kriterium, daß sie sich nicht mehr in einem akuten Krankheitsstadium befanden. Dies traf für alle Pbn zu. In allen sieben Fällen berichteten die Pbn retrospektivisch und reflexiv über ihre Lebensgeschichte und Problemsituation. Auch betrieben alle Untersuchungsteilnehmerinnen vor, während und zum Teil nach ihrer anorektischen Phase Leistungssport, oder sie absolvierten ein sehr umfangreiches und intensives sportliches Training.

Die vorliegende Untersuchung interessierte sich weniger für die Eßstörungsproblematik in den ästhetischen Sportarten wie Rhythmische Sportgymnastik, Gerätturnen, Tanz oder Ballett. In diesen Disziplinen ist man schon länger auf magersüchtiges Verhalten junger Mädchen aufmerksam geworden. Gegenstand dieser Arbeit sind vor allem Frauen, die Ausdauersport betreiben. Dabei konzentriert sich die Fragestellung in ihren Kernpunkten auf die Problematik sekundärer Anorexien. Bei den Mädchen in den ästhetischen Sportarten hat man es meist mit einer sogenannten, typisch pubertären primären Anorexia nervosa zu tun. Alle untersuchten weiblichen Pbn, die in dieser Arbeit zu Wort kommen, sind älter als die betroffenen Kinder und Mädchen in den ästhetischen Sportarten. Dies hängt auch damit zusammen, daß das Höchstleistungsalter mit der jeweiligen Sportart in Zusammenhang steht. Hieraus folgt logischerweise die Frage nach den Beweggründen von Sportlerinnen, die auf eine sportliche Karriere zurückblicken können und schon eine gewisse Persönlichkeit entwickelt haben, warum gerade sie und warum sie gerade in einer relativ späten Phase ihrer Karriere als Leistungssportlerinnen magersüchtig geworden sind.

Welche Sportarten die einzelnen Pbn wie intensiv ausgeübt haben, ist aus den einzelnen Biographien in Kapitel sieben ersichtlich. Fast alle Pbn waren schon in ihrer Kindheit in einer oder mehreren Sportarten leistungssportlich aktiv (z.B. Tennis, Schwimmen, Leichtathletik, Skilanglauf). Alle Pbn entwickelten erst nach einer gewissen Leistungssport-Phase Eßverhaltensstörungen, bis hin zur akuten Magersucht. Zum Teil gab es auch mehrere Magersucht-Perioden in ihrem Lebensverlauf. Da es sich bei einer Anorexia nervosa oder Anorexia athletica um eine äußerst komplexe, multidimensionale und sehr persönliche Krankheitsproblematik handelt, wird auf die Magersucht-Episoden bei den jeweiligen Einzelfällen näher eingegangen. Mit Ausnahme einer Pb (Pb 5) unterzogen sich alle anderen einer therapeutischen Behandlung. Zwei Pbn (Pb 2 und Pb 3) waren außerdem in stationärer Behandlung, die anderen wurden regelmäßig ambulant betreut.

Die einzelnen Interviews fanden in privaten Räumen, also in der gewohnten Umgebung der Pbn, statt. Die Aufzeichnung erfolgte mittels eines Diktiergerätes.

7 Auswertung der Einzelfälle

7.1 Fallbeispiel 1

7.1.1 Zur Biographie der Pb 1

Pb 1 wurde 1972 in Münster/Westfalen geboren. Sie ist das jüngste Kind der Familie. Sie hat zwei Brüder und eine Schwester. Der Vater, der Mitte 1996 an einem Gehirntumor starb, war von Beruf Lehrer. Er hatte Theologie, Philosophie, Latein, Griechisch, Hebräisch und Pädagogik studiert. Später war er an einer Universität als Dozent für Latein beschäftigt. Die Mutter ist gelernte Fremdsprachensekretärin, war Angestellte beim Ordnungsamt, später dann Hausfrau und Mutter.

Die Kindheit der Pb verlief unauffällig. Allerdings machte sie Andeutungen, daß sie vom Kindermädchen und deren Freund *angefast* worden sei. Dies sei ihr aber damals gar nicht bewußt gewesen. Die ältere Schwester konnte sich besser daran erinnern. Die Familie legte großen Wert auf eine gut katholische Erziehung. Als Kind hat die Pb in einem Verein aktiv geturnt.

Ihre Schulzeit dauerte von 1980-1992. Die Pb gibt an, ihre Abiturnote angefochten zu haben. Sie fühlte sich ungerecht beurteilt.

Der Pb fehlt ein Muskel der rechten Brustseite. Dadurch bildete sich an dieser Stelle eine Art „Delle“ (Vertiefung). Dafür schämte sie sich schon im Kindesalter und leidet seither unter Minderwertigkeitskomplexen. Fachärzte nehmen an, daß ein Nerv zum Muskel hin gerissen oder derart beschädigt ist, daß der Muskel keine Impulse mehr empfangen kann. Nach verschiedenen ärztlichen Konsultationen, bei denen unterschiedliche Therapien, wie Elektroschockbehandlung, Silikonersatz u.a. diskutiert wurden, entschied sich die Pb für eine operative Behandlungsmethode. Dabei handelte es sich um zwei Folgeoperationen, durchgeführt von Fachärzten einer Spezialklinik für Aufbau- und Wiederherstellungschirurgie. Physisch gesehen hatte dieser körperliche Makel auf das Alltagsleben keine großen Auswirkungen oder Einschränkungen.

Mit 16 Jahren begann die Pb mit der Sportart Tanzen (Standard und Lateinamerikanisch). Sie hätte gerne schon früher mit dem Tanzen begonnen und wäre am liebsten zum Ballet gegangen, aber ihre Eltern erlaubten es ihr zu dieser Zeit noch nicht. Von 1989-1991 betrieb sie 3-4 mal pro Woche aktiv Aikido, jeweils 1,5- 2 Stunden. Getanzt wurde 2 mal pro Woche, abends, jeweils 2 Stunden.

Die Pb wählte die Sportart *Tanzen* deshalb, weil zwei der Geschwister auch tanzten. Die Eltern spielten regelmäßig Volleyball in einer festen Gruppe. Die Mutter war, nach den Erzählungen der Pb, eine sehr gute Turnerin gewesen, richtete sich später aber nach den Wünschen und Neigungen ihres Mannes. Manchmal nahm sie an Gymnastik-Kursen teil.

1989 lernte die Pb ihren ersten festen Freund kennen. Diese Beziehung dauerte bis 1994.

Im Alter von 18 (1990) Jahren wurde die Pb an ihrer Schule mit der Choreographie eines Musicals betraut, bei dem sie gleichzeitig mitwirkte.

Die Pb hatte insgesamt drei Magersucht-Phasen. Die erste Phase entwickelte sich während der Arbeit am Musical in der Schule. Zu dieser Zeit war sie auch im Tanzsport sehr engagiert. Die akute Phase begann, als ihr Freund in eine Studentenverbindung eintrat, deren Mitgliedschaft mit verschiedenen Pflichten und Erwartungshaltungen seitens der Studenten verbunden ist. Die Pb berichtete, daß sie keine Nahrung bei sich behalten konnte. Bei einem freiwilligen Arztbesuch diagnostizierte dieser eine „psychisch bedingte Magersucht“. In dieser Zeit waren die Eltern für drei Wochen im Urlaub. Ebenso lange dauerte die akute Nahrungsverweigerung. Darauf folgte eine willentlich herbeigeführte Gewichtsabnahme durch gezielte Kalorienreduktion, forciertem sportlichem Training und intensivstem Engagement bei der Musical Produktion. Hierbei erlitt sie auch einige Schwächeanfälle. Insgesamt dauerte diese erste Zeit einer Anorexie etwa ein Jahr.

Der erste Freund war gleichzeitig der Aikido-Lehrer der Pb. Er trieb auch sehr viel Sport und studierte Bauingenieurwesen. Schon während des Studiums war er an der Firma seines Vaters beteiligt. Auf einer Party der Studentenverbindung versuchte einer der Verbindungsstudenten die Pb zu vergewaltigen. Ihrem Freund hat sie erst in ihrer Trennungsphase von diesem Ereignis erzählt.

Die zweite anorektische Phase begann 1993, während der Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen Assistentin (PTA). Mit dieser Ausbildung begann die Pb im September 1992; 1995 legte sie ihr Examen ab. Diese zweite Magersuchtphase war extremer und dauerte auch länger als die Erste. In ihrer Ausbildungszeit arbeitete die Pb am Tag in einer Apotheke, am Abend verdiente sie sich als Aushilfskellnerin etwas dazu.

Lediglich einmal habe sie selbst versucht, sich zu übergeben. In dieser Periode hätte sie sehr wenig gegessen und oft das, was sie gegessen habe, nicht bei sich behalten können. Ihr Tagesrhythmus bestand zu dieser Zeit aus viel Lernen, viel Arbeiten und wenig Schlafen. Außerdem ging sie des Nachts tanzen oder lief einfach umher, um Kalorien zu verbrennen.

Ende 1994 kam es zu einer, aus der Sicht der Pb, unschönen Trennung ihrer langjährigen Beziehung.

Nach dem Examen zur Pharmazeutisch-Technischen Assistentin (1995) bewarb sich die Pb für ein Pharmazie Studium. Sie erhielt zunächst keinen Studienplatz. Ein halbes Jahr ging sie keiner geregelten Arbeit nach und stand auch in keinem Ausbildungsverhältnis. Von 1995 bis 1996 ging die Pb einmal in der Woche zu einer psychotherapeutischen Beratung. Zu dieser Zeit war sie wieder mit einem Partner zusammen.

Die sportlichen Aktivitäten der Pb unterlagen Schwankungen. Als sie intensiver Aikido betrieb, vernachlässigte sie den Tanzsport. Als sie mit Aikido, wegen Kreislaufproblemen und allgemeinem Schwächezustand, aufhörte, ging sie wieder häufiger zum Tanztraining.

Im Januar 1995 erlitt ihr Vater in der Universität einen Zusammenbruch. Die Ärzte diagnostizierten einen bösartigen Gehirntumor. Es folgte eine erste Operation. Zunächst wußte aber nur die Mutter, daß ihr Mann wahrscheinlich nur noch eineinhalb Jahr zu leben hatte. Im Mai 1996 mußte der Vater erneut ins Krankenhaus. Fast ein Jahr lang war die Pb ohne akute anorektische Symptome geblieben. Aber 1995/96 wurde sie zum dritten Mal magersüchtig (mit 23,5 Jahren).

Zu dieser Zeit stellte sich die Familiensituation folgendermaßen dar: Die Schwester arbeitete als Aushilfe in einem Büro und studierte gleichzeitig. Auch sie war sehr schlank. Der ältere Bruder war selbständiger Geschäftsberater. Der jüngere Bruder promovierte in Chemie.

Zum Wintersemester 1995/96 bekam die Pb einen Studienplatz für Pharmazie. Erst am 62igsten Geburtstag ihres Vaters, beim Besuch im Krankenhaus, wurde ihr mitgeteilt, daß ihr Vater nur noch wenige Wochen zu leben hätte. Daraufhin veranlaßte sie seine Entlassung und pflegte ihren Vater im Elternhaus bis zu seinem Tod, Mitte 1996. Nur sehr zögernd, mit wenig Engagement setzte sie ihr Studium fort. Sie arbeitete noch immer nebenher als Kellnerin. Von Februar 1997 bis Ende 1998 war sie mit einem älteren Mann zusammen.

Nachtrag. Nach letzten Informationen möchte die Pb ihr Studium nach dem ersten 1. Staatsexamen abbrechen, um mit ihrem jetzigen Lebenspartner ein Ladengeschäft übernehmen zu können.

7.1.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 1

Hypothese 1. Pb 1 durchlebte in ihrem noch relativ jungen Leben schon drei anorektische Phasen. Der gemeinsame Kernpunkt dieser drei Phasen bestand im Willen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, sei es die Beeinflussung von Mitmenschen in der nächsten Umgebung der Pb oder sei es, um durch hervorragende sportliche Leistungen die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu lenken. In jedem Fall aber hatten die Ziele immer mit Beziehungen zu anderen

Menschen zu tun. Und somit lautet die erste Hypothese, daß es der Pb vor allem darum ging, die Aufmerksamkeit eines oder einiger Menschen auf sich zu lenken und ihnen ihren Willen aufzuzwingen. In diesem Sinne lassen sich die Hauptursachen der Anorexia nervosa im Fallbeispiel von Pb 1 auf tiefe Beziehungsstörungen zurückführen, wie sie auch in Kategorie zwei des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen werden.

Hypothese 2. Die Ambivalenz zwischen ihrem Freiheitsdrang einerseits und den konventionellen, traditionellen Moralvorstellungen des Vaters andererseits, brachten die Pb in einen Zustand des Sich-beengt-Fühlens, in dem sie sich sogar bedroht fühlte. Nur durch ihre persönliche Art von Sarkasmus und Selbstironie konnte sie sich dagegen zur Wehr setzen. In dieser zweiten Hypothese wird diese Ambivalenz zwischen Anpassung und Emanzipation als eine weitere Ursache für ihre Eßstörungen thematisiert.

Begründung der Hypothese 1. Die folgenden Interviewaussagen sollen zunächst belegen, daß Pb 1 durch das Mittel der Selbstdisziplin ihre Ziele zu verwirklichen suchte. Durch Beweise von Stärke sich selbst und anderen gegenüber, wollte sie die gewünschte Aufmerksamkeit provozieren.

- Also, bei Magersucht ist mehr, daß ich sage: Ich möchte gucken, ob ich das kann. Wenn du willst, schaffst du das auch.
- Ich weiß ganz genau, daß es bei mir nicht nur ist, sag ich mal, um die Figur zu trainieren, sondern schon, um eine gewisse Disziplin in mein Leben zu bringen.
- ...und da waren so ein paar Sachen, die ich halt gut konnte und die ich dann immer bis zum Exzeß auch ausprobiert habe. Bis ich das perfekt beherrscht hab... (Lebensstil, Turn-Vergangenheit).

Diese Selbstdisziplin steht im Zusammenhang mit Pflichterfüllung. Und Pflichterfüllung war im weitesten Sinne allgegenwärtig und integraler Bestandteil ihres Lebensalltages. Dies betrifft sowohl die intellektuelle Ebene, als auch ihren Anspruch an physisches Arbeiten und Trainieren. Die Suche nach Grenzerfahrungen paßt auch in das Bild eines aufstrebenden jungen Menschen, der leistungswillig vorwärts strebt, sich dabei über bestehende Konventionen hinweg setzt, um auszutesten, wie weit er in seinen Handlungsspielräumen gehen kann. Das Austesten von Handlungsspielräumen wird auch in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen. Frauen fühlen sich oftmals überfordert mit neuen, ihnen zugebilligten Handlungsspielräumen. Freiräume selbstverantwortlich auszufüllen, ist verbunden mit hohen Anforderungen an die Person. In diesem

Zusammenhang muß die enorme Willensstärke der Pb erwähnt werden. Diese Willensstärke gibt ihr die Motivationskraft für alle möglichen Ziele. Da ist einmal der Wille zur Selbstgeißelung für das Ziel *Aufmerksamkeit erhalten*. Durch Selbstkasteiung für einen möglichst dünnen Körper tritt sie aus der Masse hervor. Insofern kann dieses Verhalten als Versuch, eine eigene Identität zu finden, gewertet werden. Es handelt sich um ein Individuum, das sich aus der gemeinen Masse ausklammern möchte und das der niederen Begierde eines Hungergefühls abschwört und dagegenhält.

- Für mich selber war das ein Beweis, daß ich Willensstärke hab; ich fand das dann ganz toll hinterher, dacht ich, Wahnsinn, du hast Hunger, - ich hab immer gern gegessen, - ich hab Hunger wie sonst was, und trotzdem eß' ich nichts, das fand ich ganz toll.

Die Motivation zu ihrem anorektischen Verhalten liegt bei der Pb unter anderem auch darin, daß sie versucht, mit Hilfe dieses Krankheitsbildes andere Menschen auf sich aufmerksam zu machen und ihnen ein ganz bestimmtes Verhalten abzufordern, sie unter Umständen sogar auf subtile Weise zu "erpressen". Die Pb möchte sich durchsetzen, fordert von sich Erfolg um jeden Preis, auch um den Preis eigener Verstümmelung. Dennoch gibt es Momente, in denen auch die scheinbar so starke junge Frau sich an jemanden anlehnen möchte. Diese Person aber muß den hohen Ansprüchen der Pb Stand halten. Auch sie selbst zwingt sich, ihrem eigenen Erwartungsdruck gerecht zu werden. Das nach außen hin starke Selbstbewußtsein ist jedoch nur sehr dünn. Innerlich ist die Pb sensibel und leicht verwundbar. Also spielt sie eine Rolle. Sie übernimmt den Part der rebellierenden, emanzipierten Frau. Ihre Stärken, d.h. ihre Disziplin, benutzt sie dazu, sich derart abzuhungern, daß es den Menschen in ihrer Umgebung offensichtlich werden muß, wie krank und schwach sie eigentlich ist. Mit einem mageren Körper sucht sie um Hilfe, will, daß man sich um sie kümmert. Mit dieser Strategie muß sie nicht offen zugeben, daß sie Hilfe braucht. Auch hier finden sich wieder Parallelen zum identitätstheoretischen Ansatz. Die Härte, die sie sich und ihrem Körper entgegenbringt, soll die Angst vor Offenbarung von Schwächen oder Unvollkommenheiten verdecken (Stahr et al. 1995, S. 80).

- Allein das ist schon kopfkrank, sich eine Krankheit einzureden, die man gerne haben möchte, sag ich mal, um da irgendwie Eindruck zu schinden oder Mitleid zu erregen oder was weiß ich. Und da dacht ich, ja, D. (Bruder), wenn Du irgendwie fünf Kilo weniger brauchst, um das zu sehen, dann kannst Du die auch haben. Und das ist nur noch extremer geworden.
- Es ist auch nicht so, daß die anderen mich zu irgendwas gezwungen haben, nur, ich hab mich selber gezwungen. Weil, wenn mir einer keine Grenzen zeigt, dann hab ich auch keine. Das ist das Problem. Wenn einer nicht sagt, jetzt mit dem Sport ist es gut, und wir gehen jetzt abends

essen und nicht noch fünf Stunden laufen, wenn ich jetzt jemand anderen hätte, der selber sportfanatisch ist, dann würde ich mich da ganz schnell reinziehen lassen. Und da muß ich echt aufpassen ... denn jeder hat gesehen, daß ich krank war, nur mein eigener Freund nicht. Jeder hat's gerafft. Ich wollte ihn damit erpressen, eigentlich. Ich wollte ihm klar machen, hör mal zu, mit deiner bekloppten Verbindung, das können wir irgendwie auf natürlichem Wege regeln, aber daß die Leute für ihn dann, - daß das für mich so aussah, also ob die wichtiger für ihn wären ... das hab ich eigentlich überhaupt nicht verstanden und dann hab ich gedacht, naja, ich krieg Dich schon klein, und da er immer gesagt hat: Du bist nicht krank, da hab ich mir gedacht, das wirst Du schon sehen, ob ich krank bin oder nicht. Dachte, wenn ich irgendwann am Tropf hänge, dann wirst Du schon irgendwann sehen, daß ich krank bin.

Was bleibt, ist eine verunsicherte junge Frau, die ihren Lebensweg noch nicht definiert hat. Da ist zum einen der starke Vater, dem scheinbar alles gelingt und den sie bewundert, aber auch zugleich haßt. Nach dessen Tod aber kommen der Pb Zweifel über die Verhältnismäßigkeit von Aufwand an Arbeit und Entschädigung durch Erfolg. Die Verunsicherung in diesem Lebensabschnitt führt dazu, daß die Pb pessimistisch zu denken beginnt, keine beruflichen Perspektiven sieht, so daß ihr Selbstwertgefühl sinkt. Bei der Suche nach Idealen orientiert sie sich an Augenscheinlichem, an Äußerlichkeiten. Nicht vollkommene figürliche Mängel müssen nun an anderer Stelle ausgeglichen werden. Die Beine sind zwar lang genug, aber sie müssen durch entsprechendes Training perfekt geformt werden. Die Arbeit am eigenen Körper ersetzt die Auseinandersetzung mit realen Problemen und Anforderungen. Auch dieses Verhalten wird in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen (Stahr et al. 1995, S. 78). Eßgestörte sind außerstande, konkrete Lebensziele zu verfolgen. Sie verirren sich in Fassadenidentitäten, aus denen sie nicht mehr aus eigener Kraft herauskommen.

- ... also ich bin kein Typ, der andere Leute beurteilt nach der Figur, wo ich jetzt sag, der nicht und der doch und so, das ist mir eigentlich egal, aber bei mir selber hab ich immer das Gefühl, ich müßte praktisch meine negative Figur, die ich, sag ich mal, in bestimmten Bereichen selber empfinde, müßte ich anders ausgleichen. Deswegen, und da ich genau weiß, daß die Beine bei mir, an sich, von der Länge und Form o.k. sind, meine ich, müßte ich trainieren, daß die auch absolut top sind.

Die Pb benutzte ihre eiserne Disziplin, um dadurch die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung, vornehmlich die ihres jeweiligen Lebenspartners, aber vor allem auch die ihres Vaters auf sich zu lenken. Der Sport diente dabei nur als Mittel zum Zweck. Ihr Ehrgeiz, den sie absolut idealisierte, trug das seine dazu bei. Nicht nur von sich, auch von anderen erwartet die Pb ein zielstrebiges Verhalten. Das Bild, das uns hier geliefert wird, stellt nicht das allgemein

übliche Krankheitsbild einer anorektischen Patientin dar. Auch verstrickt sich die Pb immer wieder in widersprüchliche Aussagen: Einmal verurteilt sie die Passivität ihrer Mutter, die sich nicht gegen den dominanten Vater wehrt. Andererseits aber behauptet sie, sie hätte ihre Mutter stets in Schutz genommen. Ihrem Bruder D. aber macht sie wiederum den Vorwurf, ihre Mutter zu sehr von Problemen abschotten zu wollen, während sie der Mutter die Rolle der opferbereiten, leidenden Mutter vorwirft.

- Meinem Vater hätte man mal was vor den Kopf werfen müssen. Und ich hab mich immer weiter in meine Sucht da rein geflüchtet, weil ich dachte, da bist du in einer anderen Welt und das ist das einzige, wo du noch was erreichen kannst, weil bei dieser Ehe und bei dieser ganzen Familie kannst du überhaupt gar nichts mehr erreichen. Und ich mußte das dann irgendwie anders ausgleichen.

An diesen Zitaten erkennt man deutlich die große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit im Denken dieser jungen Frau.

Familiensituation und die Problematik der Beziehungsstrukturen der einzelnen Familienmitglieder. Die Hypothese 1 geht von tiefen Beziehungsstörungen aus. Wie lassen sich diese erklären? Die allgemeine kommunikative Situation innerhalb der Familie der Pb ist schlecht. Keiner redet offen über seine Gefühle und Gedanken. So kommt es häufig zu Mißverständnissen, was die Empfindungen der einzelnen Familienmitglieder betrifft.

- Und dann wollt ich mich praktisch selber zwingen darüber zu reden. Weil ich dachte, anders geht's nicht, als mich zu zwingen.

In diesem Fallbeispiel ist die klassische Vater-Tochter Beziehung erkennbar. Die Tochter will es einem starken, leistungsorientierten Vater gleichtun. Auch hier spielt das Thema Aufmerksamkeit eine zentrale Rolle.

- Die moralische Einstellung meines Elternhauses ist mit Sicherheit maßgeblich dafür verantwortlich, weil, das hat sich auf die Beziehung übertragen und der Leistungsdruck, wobei mein Vater hat jetzt nicht jeden Tag gesagt: Ihr müßt jetzt das und das leisten, aber er war für mich im Prinzip, auch im Positiven, auch ein Vorbild und ich wollte ihn ja irgendwo erreichen.
- Wenn ich irgendwie eine Entscheidung treff', dann denk ich auch immer, wie würde er das machen?

Die Pb glaubt, ganz bestimmten Erwartungen entsprechen zu müssen, obwohl Vater und Tochter über dieses Thema nie direkt miteinander geredet und es offen angesprochen haben. Was bleibt ist ein subtiles Druckempfinden seitens der Tochter. Und erst, als der Vater

während seiner Krankheit mit der Pb tiefere Gespräche führt, öffnet er sich etwas. Und erst jetzt erscheint der dominante Vater nicht mehr ganz so streng.

- ... und ich hatte teilweise auch Angst vor meinem Vater wohl, sag ich, da bin ich einfach nicht gegen angekommen. Ich wünsch mir wirklich, ich hätte mal auf den Tisch gehauen, echt, auch als Kind. - Ihr könnt doch wohl mal miteinander gescheit reden. - Aber mein Vater war immer so ein Angstobjekt für alle.

Unter der harten Schale erkannte die Pb nun ein Bild ihres Vaters mit menschlichen Schwächen. Die Beziehungen, wie sie intrafamiliär gelebt wurden, übertrugen die Kinder auch auf ihre außerfamiliären, zwischenmenschlichen Beziehungen. Hier fiel es ihnen ebenso schwer, ehrliche und intime Beziehungen aufzubauen. Vorherrschend ist ein Anspruchsdenken, das auch auf Freunde übertragen wurde. Die Familie der Pb lebte noch ganz im Geiste einer patriarchalen Familie unter der Direktive des väterlichen Ernährers, der schwachen und den Haushalt führenden Mutter und den gesellschaftlich-konservativen Moralvorstellungen eines ausgehenden Jahrhunderts. Wie in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes diskutiert, klafft ein Grat zwischen demokratisch organisierter und patriarchaler Familienstruktur (Stahr et al. 1995, S. 79). In der heutigen Zeit dominieren Familienmodelle, die Bedingungen für berufliche Flexibilität zulassen, für Freiräume jedes Mitgliedes zur Verwirklichung seiner selbst und zur Ermöglichung adäquater Reaktionen auf sich verändernde Realitäten.

Die Pb hatte große Angst davor, ihrer Rolle als starke, disziplinierte, arbeitswillige und ordentliche Tochter, als *Vaters Tochter* nicht gerecht zu werden. Andererseits konnte sie sich mit diesem alt hergebrachten Rollenverständnis nicht mehr identifizieren. Auch dieses Problem wird in Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes besprochen (Stahr et al. 1995, S. 81). In der heutigen Zeit herrschen mittlerweile andere Verhältnisse in bezug auf das Rollenverständnis der Geschlechter. Von modernen Frauen erwartet man Selbstständigkeit, Flexibilität und Entscheidungswilligkeit. Der Vater und seine Vorstellungen aber ließen der Pb keinen Raum, eigene, neue Wege zu ergründen. Hinzu kam die Furcht, Fehler zu machen. Innerhalb dieser Familie mangelte es aber auch an der Toleranz, Fehler machen zu dürfen. Makel paßten nicht in den Perfektionsanspruch, der hier vorherrschte. In diesem Zusammenhang muß ein Punkt erwähnt werden, der mit einer großen Angst vor Zurückweisung seitens anderer Menschen beschrieben werden kann.

- Ich muß auch Leute teilweise, das ist ganz schlimm, das ist überhaupt das allerschlimmste, bis ins Extrem provozieren, bis ich genau weiß, jetzt ist ein Punkt, wo es unwiderruflich knallen

muß. Das ist ein Zwang. Naja, mal gucken, wie weit du gehen kannst ... und das ist auch in Beziehungen so. Das ist mein größter Fehler, sag ich mal.

Die Pb testete andere Menschen geradezu aus und wollte sich auf diese Weise schützen. Eine Zurückweisung nämlich fiel wiederum in die Kategorie Niederlage, und eine solche könnte nicht entschuldigt werden.

Die Pb ist in sehr konservativen Verhältnissen aufgewachsen. Besonders der starke Vater hielt an traditionellen, normativen Regeln fest. Verhalten und Kleidung seiner Kinder mußten seinen Vorstellungen entsprechen. Aufgrund der Korrektheit der äußeren Erscheinung sollte man erkennen, daß der Nachwuchs aus gutem, anständigen Hause stammt.

- ... also, wir sind sehr katholisch erzogen worden. Also, Moral wurde bei uns fürchterlich hoch gehalten. Und das ist sicherlich einer der größten Knackpunkte bei mir.
- ... da mein Vater ja früher auch immer schon so Andeutungen gemacht hat, mit naja, so wie du da rumläufst und so ... fing das bei mir im Kopf so, daß das schon wieder so im Kopf rumgeisterte; und dann dacht ich, die einzige Möglichkeit, daß dich nie wieder ein Mann anguckt, ist, daß du widerlich schrecklich dünn bist! Und dann fing das wieder an.

Erwerbsverhalten und marktwirtschaftlicher Konkurrenzdruck, wie sie in Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben werden, spielen in diesem Stadium noch keine allzu große Rolle. Trotzdem versuchte die Pb, sich über die allgemein üblichen Moralvorstellungen bezüglich typisch weiblicher Verhaltensmodi hinwegzusetzen und dies gegen den Widerstand eines sehr dominanten Vaters. Dieser übte auf subtile Weise einen hohen Leistungsdruck auf seine Tochter aus. Eigentlich wollte sie ihm nacheifern. Er dagegen degradierte und demotivierte seine Tochter derart, daß sie noch Jahre nach seinem Tod wenig selbstbewußt ist und noch immer von Minderwertigkeitsgefühlen geplagt wird. Die Folge ist eine extreme Verpanzerung nach außen. Sie versteckt ihre eigentlichen Gefühle, gibt sich kalt und unnahbar. Diese Reaktion entspricht genau dem identitätstheoretischen Ansatz von Stahr et al.. Die Pb fühlte sich überfordert mit der Rolle, die man ihr zudachte.

- Weil ich niemanden mit meinen Problemen wirklich belasten will. Weil ich immer denke, naja, du reißt da irgendwelche Leute mit rein, wenn du denen das erzählst, dann denkt der dann auch ständig drüber nach und das ...- ... ich wollte eigentlich immer alle Leute von meinen Problemen fernhalten.
- ...alle, die mich kannten, haben das immer geglaubt. Immer selbstbewußt, nach außen hin bin ich *sehr* selbstbewußt. Also, ich laß mir so schnell nichts anmerken.

Die Pb hatte zwar ein sehr großes und inniges Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Beziehungen, nach Kontakten und offenen Gesprächen mit anderen, trotzdem empfand sie auch eine große Angst vor echten Beziehungen zu anderen Menschen. Sie versteckte sich

lieber unter einem Mantel von Sarkasmus und Zynismus. Darunter jedoch verbarg sich eine zarte, dünne Frau, sensibel und manchmal schwach. Diese Seite ihres Selbst wollte oder konnte sie weder vor sich, noch vor anderen zugeben und zeigen. Mit der Methode des Abhungerns forderte sie auf ihre Weise die Aufmerksamkeit und Zuwendung der anderen.

Die Pb versuchte mit großer Kraftanstrengung, sich von den gängigen, gesellschaftlichen Regeln zu befreien. Dafür bringt sie derart viel Energie auf, daß sie oftmals über ihr eigentliches Ziel hinaus schießt. Indem sie sich zu wehren versucht, gelingt es ihr lediglich, sich selbst und andere zu belügen bzw. etwas vorzumachen. Ihr Verhalten rechtfertigte sie mit der Behauptung, daß die Gesellschaft es gar nicht anders will und es nicht anders verdient hat, als betrogen zu werden.

- Eine Magerstüchtige ist die notorische Lügnerin. Du wirst dazu einfach erzogen, von der Umwelt, zu lügen, weil es einfach bequemer ist. Ich meine, wenn jemand von Anfang an da wäre, der es verstehen würde, dann würde man vielleicht auch ehrlicher sein, aber wenn man irgendwie versucht anzudeuten, das wird sofort abgeblockt, dann hab ich gedacht, naja, lügst du eben..

Es ist offensichtlich, daß im Falle von Pb 1 die zentralen Aussagen der Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes zutreffen (Stahr et al. 1995, S. 79). Es handelt sich hier um ein, aus der Balance geratenes System, in dem die bisherigen Lebenstechniken nicht zum gewünschten Erfolg, nicht zu den gewünschten Zielen geführt haben.

In dem hier vorliegenden Fall, in dem die Pb drei anorektische Perioden in unterschiedlichen Entwicklungs- und Lebensphasen durchlebte, kommt eines klar zum Vorschein: Die Familie der Pb und der Umgang innerhalb der Familie, hat zum großen Teil mit dazu beigetragen, daß sich diese Sportlerin immer wieder abhungerte.

- ... die moralische Einstellung meines Elternhauses ist mit Sicherheit maßgeblich dafür verantwortlich, weil, das hat sich auf die Beziehung übertragen und der Leistungsdruck; wobei mein Vater hat jetzt nicht jeden Tag gesagt, ihr müßt jetzt das und das leisten, aber - er war für mich ja im Prinzip auch im Positiven auch ein Vorbild und ich wollte halt ihn ja auch irgendwo erreichen, obwohl ich das, sag ich mal, in kaum einem Bereich jemals schaffen werde. Und da hab ich gedacht, naja, irgendwas müßt du machen, wo du besser bist als er, oder den gleichen Bereich wie ihn wählen, wo du genauso gut bist. Aber ich werde nie so sprachbegabt sein wie er, und nie so musikalisch begabt sein. Und das war, - er war in allem, was er gemacht hat immer gut.

Grenzerfahrungen und Leistungsdruck. Dem Begriff *Grenzerfahrung* kommt bei diesem Fallbeispiel ebenfalls eine bedeutende Rolle zu. In allen Lebensbereichen versuchte die Pb an ihre Grenzen zu gehen, d.h. auszutesten, wie weit sie sich vorwagen kann. Es geht um die Courage der Selbstüberwindung. Hierdurch erhofft sie sich Bewunderung und Beachtung von anderen.

- ... das ist bei mir irgendwie so extrem, ich muß alles wissen, exakt ausprobieren, ob das nun Magersucht ist, oder ob das Tanzen war, oder - ich mußte alles bis ins Extrem - ...
- Ich hab gedacht, das einzige, was ich eigentlich immer gut konnte, war, in irgendetwas eigentlich Disziplin haben. Und dann hab ich gemerkt, mit dem wenig Essen, das funktioniert ziemlich gut (lachend). Und ich hab mir gedacht, naja, dann kannst du mal ausprobieren, ob du das bis an deine Grenze schaffen kannst. Und ich hab angefangen erstmal, wenig zu essen und dann, wenn's mir schlecht geht, ich kann auch nicht haben, wenn ständig so'n Brechreiz da ist, da dacht ich, zu Anfang, da dacht ich, naja, jetzt steckst du den Finger in den Hals, dann, dann erstmal ist das so weg und man kriegt so einen ganz guten Kick und dann hab ich irgendwann mal gedacht, ach, das ist eigentlich ganz nett und dann hab ich das ganz langsam ausprobiert und hab das überhaupt auch selber erst überhaupt nicht gemerkt, was da passiert.
- Bei der Magersucht ist mehr, daß ich sage: Ich möchte gucken, ob ich das kann. Ich würde da nicht jemandem sagen, hey, ich hab jetzt genauso wenig wie die im Fernsehen, ich würde einfach nur denken, oh ja, war doch klar, daß du das auch schaffst. Wenn du willst, schaffst du das auch.
- Bei einigen Trainingsstunden hab ich gedacht, nach einer Stunde, du hörst auf, es geht überhaupt nicht, es geht nichts mehr bei mir. Bei anderen Trainingsstunden, wenn wir so beim Aufwärmen so gerannt sind, dann muß ich noch dreimal mehr schneller rennen als die anderen, weil ich ja gleich in der ersten halben Stunde mich verausgaben wollte. Dann dacht ich, jetzt powerst du dich bis an die Grenze und dann trainierst du noch, und dann hab ich das Training voll durchgezogen ...
- Die Beziehung von Magersucht und Sport, - im Nachhinein würde ich sie stärker sehen als ich sie damals gesehen habe. Damals hab ich immer nur gedacht, Magersucht, das ist, wenn man sich den Finger in den Hals steckt. Das war für mich so - weil irgendwo kam eine Phase, da dacht ich, du mußst essen, da hab ich auch angefangen zu essen, also ich denke schon, daß dieses, dieses krampfhaftes sich Auspowern sicherlich da ein Effekt war, mal wieder an die Grenze zu gehen und dann auch noch zu unterstützen, daß man dann dünn bleibt.

Diese Interviewaussagen zeigen das extreme Bedürfnis der Pb, sich immer wieder und in den verschiedensten Lebensbereichen auszutesten. Sie möchte bis an ihre Leistungsgrenzen herankommen, egal, ob es sich dabei um Hungerleistungen oder sportliche Leistungen

handelt. Grenzen zu überschreiten und über sich hinauszuwachsen, waren Teil einer Strategie der Identitätssuche und des Strebens nach unbedingter Aufmerksamkeit.

Begründung der Hypothese 2: Das Hauptaugenmerk der Hypothese 2 betrifft den Zwiespalt der Pb zwischen traditionellen- und unkonventionelleren Denkstrukturen in Handlungsakten von Frauen. Auf der einen Seite steht die Anerkennung durch erbrachte Leistungen, auf der anderen Seite aber mehr Handlungsfreiraum.

Ein Charakterzug der Persönlichkeit dieser Pb ist ihre ausgeprägte Leistungsorientierung. Sie will im Kampf mit anderen sehr gut abschneiden. Wie schon im Hinblick auf die Kategorie 1 besprochen, entwickelte die Pb auf vielen Gebieten einen enormen Ehrgeiz. Aus diesem Grund stellte sie auch die Behauptung auf, sie sei immer bereit für ein Mitbewerbertum. Auf sachlicher Ebene wollte sie sich einem Vergleich mit anderen gerne stellen. Aber in ihr Innerstes wollte sie niemanden sehen lassen. In bezug auf ihre Gefühle gibt die Pb zu, daß sie gut schauspielern kann. Sie differenziert zwischen äußerem Ansporn und innerer Unsicherheit. Eine emanzipierte Frau muß heutzutage mit einem selbstbewußten Auftreten aufwarten. Sie muß sich souverän und stark gebärden.

- Ich suggerier dem anderen oder meinem Gegenüber oft, daß ich gut gelaunt bin, obwohl das einfach nicht stimmt. Also, ich reiße mich zusammen und das war früher so extrem, daß ich nicht mehr wußte, was ist nun geschauspielert und was ist normal. Ich bin aus dem Haus gegangen, da war ich gut gelaunt. Das war eben so.
- Gut gelaunt war einfach wichtig für mich. Die Leute werden durch mich nicht belastet, negativ, die brauchen dann nicht zu denken, oh Gott, was heult die rum, was hat die jetzt schon wieder und müssen nachdenken. Deswegen hab ich das ziemlich perfekt abgezogen.

Rollenerwartungen/Rollenkonflikte. Erwartete Rollenansprüche überträgt die Pb auch auf ihr Verhältnis zu anderen Frauen. Sie duldet keine schwachen Frauen in ihrer Umgebung. Der Wille zu Leistung und Karriere tangiert ebenso die **zweite Hypothese** des vorliegenden Fallbeispiels. Dabei geht es um Rollenkonflikte, die auf gesellschaftlichen Konventionen beruhen. Einerseits verspürte diese Sportlerin den Drang aus ihren gut bürgerlichen Verhältnissen auszubrechen, andererseits möchte sie es den Eltern, vor allem dem Vater, recht machen. Genauso streng wie sie mit sich selbst umgeht, so stehen Freunde und Freundinnen auf einem harten Prüfstand.

- Frauen in meiner Nähe, mit denen ich eine gute Beziehung habe, müssen erst mal, sag ich mal, sehr spontan sein. Ich mache in meinem Leben das und in vier Jahren muß das passiert sein ...

- Frauen, die also, die ich kenne, die sehen alle gut aus, wohl, das macht mir auch gar nichts. Ich fühl mich z.B. nie durch Aussehen bedroht irgendwie, überhaupt nicht. Und die müssen alle ein gewisses Selbstbewußtsein haben.

Frauen müssen ehrgeizig, spontan und selbstbewußt sein. Diese Eigenschaften gehören eindeutig in ein neues Zeitalter, in dem nicht mehr die bisherige, traditionelle Geschlechtsrolle dominiert (Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes). Verstärkt wird diese Einstellung weiterhin im Bestreben der Pb, im Aikido ihr Leistungsniveau dem eines Mannes anzugleichen. Es genügt ihr nicht, sich intrageschlechtlich zu vergleichen, sondern sie will auch im heterogeschlechtlichen Wettkampf Bestand haben.

- Also, beim Aikido waren ja sehr viel mehr Männer als Frauen, natürlich, bei so einem Sport; und mir war das wichtig, sag ich mal, nicht nur unter den Frauen die beste zu sein, weil ich hab nicht so ein direktes Konkurrenzdenken gegenüber Frauen, sondern ich wollte mein Leistungsniveau dem eines Mannes angleichen.

Wenn eine Frau sich behauptet, so muß sie sich immer auch in und mit der Männerwelt auseinandersetzen. Die Freisetzung aus der herkömmlichen Geschlechtsrolle findet hier lediglich auf einer anderen Ebene statt, nämlich auf der Ebene des Sports, des sportlichen Vergleichs, vergleichbar mit der Situation auf dem Arbeitsmarkt.

Die Figur der Mutter symbolisiert für die Pb eine Rolle, die sie keinesfalls bereit ist anzunehmen, die Rolle der, wie Selvini-Palazolli schon andeutete, *des leidenden Opfers*.

- ... man muß sich eben in vielen Punkten wehren, und ich wehr mich auch, und das weiß auch jeder in meinem Umfeld, wenn mir was nicht paßt, ich hör mir dann gerne eine andere Meinung an, aber wenn ich von meiner Meinung überzeugt bin, dann kämpfe ich auch mit allen Mitteln durch. Und das ist, glaube ich, ganz klar von meinem Vater.

Die Mutter ist schwach. Sie wehrt sich nicht gegen den Vater. Sie schweigt und leidet. Ein solches Verhalten erzürnt die Pb. Es widerstrebt ihr, sich kampflos in ein Schicksal zu ergeben. Statt dessen bewaffnet sie sich mit der Magersucht, um bestimmte Ziele zu erreichen. Schwächen sind hierbei nicht zulässig. Folglich mußte sie anorektisch werden, weil es gegen ihre Prinzipien verstieß, daß sie in manchen Lebensbereichen nicht so stark war, sie es von sich erwartet hätte. Nur, wenn offensichtlich wird, daß sie krank ist, darf sie sich bekümmern lassen, darf sie darüber sprechen, was ihr fehlt und was sie fordert.

- Ich möcht' womöglich jemanden haben, der, wenn das bei mir wieder extrem würde, der sagt: So, jetzt ist es gut. - Also, so, wie jetzt der S., der weiß auch das mit den Stufen. Am Wochenende waren wir an der Nordsee, und dann konnte ich ja einen Tag nicht auf diesem Ding (Stepper) laufen, und dann hab ich ihm gestern gesagt, ich müßte jetzt das Doppelte laufen und ich müßte den Samstag noch ausgleichen.

Im Falle von Pb 1 ist die Veränderung der Geschlechtsrolle, wie sie in Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes diskutiert wird, gewiß nicht der Hauptgrund für ihr anorektisches Eßverhalten. Es wird jedoch sehr deutlich, daß die junge Frau von den ethisch-moralischen Vorstellungen über feminine Verhaltensregeln, in der Zeit des Übergangs zwischen zwei Generationen, in ihrer Persönlichkeitsentwicklung irritiert wurde.

Ambivalenz zwischen Weltverlangen und Weltverleugnung. Das Tanzen war für die Pb genau das, was in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben wird: Mit Hilfe des durch diesen Sport vermittelten Körperempfindens konnte sich die Pb entfalten. Sie versuchte dadurch, sich und anderen etwas mitzuteilen und sich darzustellen. Tanzen war für sie ein Mittel der Kommunikation, aber auch der Weltvergessenheit. Hier wollte sie allen Konflikten entkommen. Nur durch Zufriedenheit auf einer körperlichen Ebene vermochte sie ihren Zustand innerer Zerrissenheit auszuhalten.

- ... ich find das einfach schön, wenn da so tausend Leute gucken und denken, ja, das ist es ...
- ... also, beim Tanzen wurde das halt erst mal so extrem, daß ich teilweise wirklich überhaupt nicht mehr die Welt um mich herum gesehen habe; ich hab einfach getanzt ... also das war für mich in einer ganz anderen Welt. Da war ich völlig für mich alleine, und das hat mich auch alles gar nicht interessiert, was da so um mich herum passiert ...

Manchmal flüchtete sie sich in eine Art innere Sporthalle, die Sporthalle ihres Körpers. Abgrenzung einerseits und im Mittelpunkt stehen andererseits, sind die Ambitionen ihres Bewegungsverlangens. Auch hierbei handelt es sich um eine Art Ambivalenz. Da ist einerseits der Wunsch nach Beachtung, andererseits eine Angst vor dieser Umwelt und das Bedürfnis sich verstecken, davor flüchten zu wollen. Die Pb erzählte von der fiktiven Vorstellung eines großen Raumes, in dem sie von Tausenden von Menschen betrachtet wird. Dabei fühlte sie sich nicht unwohl, im Gegenteil, sie genießt es, in ihrer Bewegungsvorstellung beobachtet und bewundert zu werden. Leistung und Ehrgeiz sind für sie zudem keine fremden Attribute. Gerade auch über sportliche Aktivitäten konnte die Pb ihre Einzigartigkeit unter Beweis stellen. Es entspricht genau den Wertvorstellungen, die sie glaubt erfüllen zu müssen; sie handelt aber auch ihren eigenen Ansprüchen entsprechend so, daß sie alles, was sie tut, bis zum Extrem ausreizen muß.

- ... es war sportliche Leistung insofern, daß ich einmal den Sport benutzt hab praktisch, um das (Magersucht) extremer zu fördern und daß ich es noch nie haben konnte - also ich kann schon

verlieren, das ist nicht so schlimm, aber wenn ich irgendwas mache, dann mache ich das richtig. Und das war im Sport halt genauso, da muß ich gut sein, und dann muß auch jemand neben mir stehen, der ehrgeizig ist. Und das muß ich dann auch bis zum Extrem haben.

Die Erfüllung von Erwartungen gemäß gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen ist auch eine Art Anpassung. Hier geht es um ein Sich-einstellen auf bestimmte Vorgaben, denen diese Pb eigentlich trotzen möchte. Auf einer anderen Ebene aber akzeptiert sie diese Wertvorstellungen und versucht, ihnen zu entsprechen. Hierbei handelt es sich um Leistungsideale, Schönheitsideale und auch Ideale in der Beziehungsführung. Wie Hypothese 2 sagt, befindet sich die Pb im ständigen Kampf zwischen Ablehnung und Anpassung, zwischen Rebellion und Über-Erfüllung dieser Werte. Auch in dieser Beziehung finden sich wieder Parallelen zum identitätstheoretischen Ansatz; er besagt, daß der Körper zum Mittel wird, sich von anderen zu unterscheiden, sich als etwas Besonderes zu fühlen. Im Verlauf ihres Identifikationsprozesses wurde die junge Frau mit den gängigen Idealen eines schlanken Körpers konfrontiert. Aber aufgrund eines kleinen Geburtsfehlers hat die Pb Komplexe, was ihre Figur betrifft.

- Ich hab früher als Kind Komplexe gehabt, wegen meiner Figur. Mir hat hier oben (rechtes Schlüsselbein) auf der Brustseite ein Muskel gefehlt und das ist als Frau, sag ich mal, immer schon negativ; und ich bin ja sowieso nicht schon so üppig gebaut (lächelnd) und das hat mir eigentlich immer - also ich hab da eigentlich immer drunter gelitten, schon als Kind ...

Diesen Makel versuchte die Pb durch vielerlei Mittel zu verbergen und zu kaschieren. In ihren Bemühungen ging sie sogar so weit, sich zwei Operationen zu unterziehen. Dieser Mangel an Perfektion ihres Äußeren führte zu großen Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zur Ablehnung der eigenen Person. Trotzdem besaß die Pb einen eisernen Willen, sich ihrem körperlichen Schicksal nicht kampflos hinzugeben. Sie arbeitete derart hart an sich selbst, daß sie sogar als Vorzeigeobjekt für ihren Partner zur Verfügung stand. Mit einem gut aussehenden Partner, so ihre Meinung, verbindet das Umfeld auch für den anderen positive Persönlichkeitsmerkmale. Auch an dieser Stelle findet sich der theoretische Ansatz wieder bestätigt (Stahr et al. 1995, S. 85). Mit Schlankheit und Fitneß werden positive Persönlichkeitsmerkmale assoziiert. Wie auch Pudel & Becker (1989, S. 32) bemerken, bevorzugen es Menschen unserer Gesellschaft, lieber mit schlanken Personen befreundet zu sein, als mit Vollsclanken oder Adipösen.

- ... und ich war mit Sicherheit für ihn auch so ein bißchen Vorzeige-Objekt, so ... Also, ich erwarte von meinem Umfeld, daß es einen gewissen Ehrgeiz an den Tag legt. Also, das heißt jetzt nicht, daß jeder sich da völlig auspowern muß oder so, aber ich kann überhaupt nicht vertragen, wenn Leute ...

Der Körper als Austragungsort von Problembewältigung. In dem hier vorliegenden Fall wird deutlich, daß die Auseinandersetzung mit den Widrigkeiten des Lebens auch auf einer physischen Ebene ausgetragen wurde. Jegliche Unzufriedenheiten der Pb übertrugen sich gleich auf ihre physische Verfassung. Mit der Studentenverbindung ihres damaligen Freundes kam sie nicht klar. Sie erwartete von ihm mehr Aufmerksamkeit für sich. Sie wollte für wichtiger befunden werden als die Kameraden seiner Verbindung.

- ... denn jeder hat gesehen, daß ich krank war, nur mein eigener Freund nicht. Jeder hat's gerafft. Ich wollte ihn damit erpressen, eigentlich. Ich wollte ihm klar machen, hör mal zu, mit deiner bekloppten Verbindung, das können wir irgendwie auf natürlichem Wege regeln, aber daß die Leute für ihn dann, - daß das für mich so aussah, also ob die wichtiger für ihn wären - das hab ich eigentlich überhaupt nicht verstanden und dann hab ich gedacht, naja, ich krieg dich schon klein, und da er immer gesagt hat: Du bist nicht krank - da hab ich mir gedacht, das wirst du schon sehen, ob ich krank bin oder nicht. Dachte, wenn ich irgendwann am Tropf hänge, dann wirst du schon irgendwann sehen, daß ich krank bin.

Da sie aber gleichzeitig an sich selbst den Anspruch hatte, eine emanzipierte, nicht eifersüchtige Frau zu sein, konnte sie diese Forderung nicht offen aussprechen. An dieser Stelle spiegelt sich das Konfliktpotenzial bezüglich des Rollenkonformismus des weiblichen Geschlechts wider. Eigentlich ist die Pb hier überfordert (Stahr et al. 1995, S. 81). Sie versucht Selbständigkeit und Unverletzbarkeit vorzuspielen, aber das gelingt ihr nicht. Zuerst reagiert ihr Körper. Die Pb kann kaum etwas essen. Später dann, als sie merkt, daß sie an Gewicht verliert und ihr Umfeld sich deswegen um sie sorgt, nutzt sie ihre Selbstdisziplin, um sich derart herunterzuhungern, daß andere Mitleid mit ihr bekommen (müssen).

- Allein das ist schon kopfkrank, sich eine Krankheit einzureden, die man gerne haben möchte, sag ich mal, um da irgendwie Eindruck zu schinden oder Mitleid zu erregen oder was weiß ich. Und da dacht' ich, ja, D. (Bruder), wenn du irgendwie fünf Kilo weniger brauchst, um das zu sehen, dann kannst Du die auch haben. Und das ist nur noch extremer geworden.

Ihre Neigung zum Extremen, insbesondere bis an ihre Grenzen zu gehen, beeinflusste die Art zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Pb war unfähig für echte, körperliche Nähe zu anderen Menschen. Die strenge Erziehung im Elternhaus blockierte eine normale Entwicklung in sexueller Hinsicht. Ein permanentes schlechtes Gewissen führte zu gehemmten Verhaltensweisen gegenüber dem anderen Geschlecht. Als ihr dann noch eine bedrohende, angstmachende Situation widerfährt, scheint der Ausweg über einen absolut dünnen Körperbau unattraktiv zu erscheinen, ein willkommener Lösungsansatz. Sie hatte das Gefühl (gegen diese Verbindungskameraden), um ihren Freund und um dessen Aufmerksamkeit, um dessen Beachtung, kämpfen zu müssen. Als sie dann aber von einem

dieser Kameraden fast vergewaltigt worden wäre, konnte sie mit ihrem Partner nicht darüber sprechen. Sie vermutete, er würde es ihr als Aufwiegelung auslegen und ihr vielleicht nicht glauben.

- Weil ich eh so nervös war, also ich hatte Angst vor dieser Beziehung, daß ich dachte, irgendwann kommt der Punkt, daß er mich irgendwie anrührt und dann bin ich schon vorher durchgedreht, daß ich ja dachte, du mußt dich erst mal wieder so runterhungern, du mußt dich erst mal wieder in deine Sucht reinflüchten, da bist du gut, das ist das einfachste, das kannst du. Und dann hat das wieder angefangen, und der arme Mensch konnte überhaupt nichts dafür.
- ... die einzige Möglichkeit, daß dich nie wieder ein Mann anguckt ist, daß du widerlich, schrecklich dünn bist! Und dann fing das wieder an.

Mit ihrem äußeren Erscheinungsbild drückt eine Person auch ihre soziale Zugehörigkeit aus. Dies trifft auch im Bereich des Sports zu. Auch hier ist die Darstellung und Präsentation seiner selbst wichtig, und das nicht nur in bezug auf Sponsoren, sondern auch in bezug auf die Wirkung auf das Umfeld. Wird ein Mitglied einer Gruppe zu auffällig, so beginnt innerhalb der Gruppe ein Prozeß der Verarbeitung. Der schmale Grat zwischen Anerkennung bzw. Ablehnung durch andere aufgrund von Wertvorstellungen wird auch in diesem Zusammenhang offensichtlich. Je nachdem, um welche Art von Abweichung es sich handelt, wird in stillem Einvernehmen darüber entschieden, ob die betreffende Person darauf aufmerksam gemacht wird oder nicht. Im Umgang mit dem Krankheitsbild einer Anorexia nervosa oder Anorexia athletica haben viele Menschen noch große Schwierigkeiten. Sie fühlen sich inkompetent und wissen nicht, wie oder ob sie agieren sollen.

- Vor allen Dingen hat mir nie jemand gesagt, du siehst Schei... aus, so dünn, wie du bist. Es haben immer nur alle gesagt, boah, die ist total schlank. Und dann dacht' ich natürlich, klasse, das findet jeder auch noch gut so, wenn mir nur mal einer gesagt hätte, so im Anfangsstadium, das sieht total bescheuert aus, dann hätte ich vielleicht gedacht, naja, nimmst mal wieder ein paar Kilo zu, aber ...

Bei Übergewichtigkeit verhält sich das Umfeld meist weniger zurückhaltend. Ist aber jemand zu dünn, krankhaft dürr, traut sich niemand mehr offen, seine Meinung zu sagen.

- Ich war dann hinterher in so einem Zustand, total apathisch und lethargisch, und das ist für mich der allerschlimmste Zustand überhaupt; dieses ich weiß nicht, was ich machen soll, es ist mir auch alles egal, irgendwie ich lieb keinen, ich hab keinen ...

Die Pb fühlte sich unwohl in ihrem Körper; sie mochte sich selbst nicht und hatte außerdem das Gefühl, von keinem anderen geliebt zu werden. Resignation dominierte den Lebensrhythmus. Im Nachhinein aber schöpfte sie aus der Erfahrung ihrer Magersucht Kraft,

wenn sie behauptet, daß sie mit ihrer Zielstrebigkeit auch andere Dinge zu erreichen vermag. Der Körper war also Austragungsort einer provozierten Selbsterfahrung.

- Ich kann auch zielstrebig mich wieder in die Magersucht reinreiten, genauso kann ich aber auch zielstrebig was Positives erreichen.

Die soziale Komponente des Identitätsprozesses eines Individuums tritt auch bei dieser Pb deutlich hervor. So fühlte sie sich verpflichtet ihre Figur zu trainieren, so daß sie sich im Sommer, d.h., wenn man relativ wenig Kleidung trägt und viel Körper zum Vorschein kommt, den gesellschaftlichen Normen entsprechend, nicht schämen muß. Also muß sie täglich auf einem Home-Trainer tausend Stufen steppen.

- ... daß ich stundenlang vor dem Spiegel stehe und mal wieder anfangen Rot zu signieren, wo ich noch irgendwo trainieren kann. Also, ich hab ja dieses *Trepp-Teil* (Stepper) da und das hab ich wieder angefangen. So vor zwei Wochen hab ich das gedacht. Also, das muß jetzt wieder sein. Wegen der Beine. Weil ich dachte, die müssen bis zum Sommer perfekt sein. Aber ich versuch das im Rahmen zu halten. Also, ich hab gesagt, tausend Stufen am Tag ... aber dann denk ich schon, dann könntest du eigentlich gleich zehn Minuten dran hängen ...

Ihren angeborenen Schaden am Schultergürtel, diese, nach Meinung der Pb negative Komponente ihres Erscheinungsbildes, will sie durch einen überdurchschnittlich gut durchtrainierten, athletischen Körper ausgleichen.

- Ich weiß genau, daß es bei mir nicht nur ist, sag ich mal, um die Figur zu trainieren, sondern schon, um eine gewisse Disziplin in mein Leben zu bringen.

Der Leib-Seele Dualismus. In diesem Fallbeispiel handelt es sich um eine wechselseitige Beeinflussung von Körper und Psyche. Ausgetragen und ausgelebt wurde dieser Konflikt auf der leiblichen Ebene. Durch zwingendes Fasten übernahm die Pb die totale Kontrolle über sich und ihren körperlichen Zustand. Sie fühlte sich stark, wenn sie es schaffte, gegen ihr Hungergefühl anzukommen. Es hob sie über die Masse der anderen, der Essenden, der ihren Bedürfnissen Nachgebenden, heraus. Diese Strategie war ihre Art der Emanzipation, eine Befreiung aus traditionellen Normen. Wenn ihr schon die Kontrolle über ihre Mitmenschen entglitt, wenn diese nicht so reagierten, wie sie es gerne gehabt hätte, dann wollte sie wenigstens der absolute Herrscher über ihren Körper sein. Auch die Familie spielt unter diesem Aspekt des Leib-Seele-Dualismus wieder eine entscheidende Rolle. In der Familie, insbesondere in der Beziehung zu ihrem Vater gab es so viele Probleme, daß sie sich durch die Magersucht in eine andere Welt flüchtete, in ihre Welt der Sucht nach innen, in einen einfach nur dünnen Körper. Hier konnte sie noch etwas erreichen, hier erreichte sie Ziele.

- Meinem Vater hätte man mal was vor den Kopf werfen müssen. Und ich hab mich immer weiter in meine Sucht da rein geflüchtet, weil ich dachte, da bist du in einer anderen Welt und das ist das einzige, wo du noch was erreichen kannst, weil bei dieser Ehe und bei dieser ganzen Familie kannst du überhaupt gar nichts mehr erreichen. Und ich mußte das dann irgendwie anders ausgleichen.

Zusammenfassende Bemerkungen. Durch diese Einzelfallanalyse wird die These bestätigt, daß sich die Pb Illusionen hingab und mit Schwierigkeiten in ihrem Leben nicht fertig wurde. In Bereichen wie des Diäthaltens, des Leistungsvermögens in sportlicher und arbeitstechnischer Hinsicht, konnte die Pb auf ihre starke Disziplin zurückgreifen. Sie war stets bereit alles zu geben, alles aus sich heraus zu holen, sich *auszupowern*, bis an ihre persönlichen Grenzen. Aber für die Lebenspraxis fehlten ihr adäquate Strategien und wirkliche Lösungsansätze

Einerseits hat die Pb ein großes Verlangen nach Freiheit, andererseits unterwirft sie sich aber dem Diktat einer ganz bestimmten Körperform-Vorstellung. Einerseits flieht sie vor dem äußeren Zwang eines strengen Elternhauses und vor traditionellen Konventionen, andererseits maßregelt sie sich selbst in einem weitaus größeren Ausmaß.

Die Pb bestätigte im Interviewgespräch einen Zusammenhang ihrer Eßstörungen mit ihren sportlichen Aktivitäten. Jedoch war der Sport aus ihrer Sicht nicht der Anlaß und schon gar nicht die Ursache ihrer Anorexien. Sie benutzte das Medium Bewegung, um Kalorien zu verbrennen und um ihre physischen Möglichkeiten auszureizen.

Im Mittelpunkt der Handlungsmotivationen dieser jungen Frau standen immer Beziehungen zu Menschen, die ihr sehr wichtig waren. Die Pb wollte immer gesehen, beachtet und verstanden werden. Ihr Wunsch war es angeschaut zu werden, im Mittelpunkt zu stehen, um mit der Ästhetik des Tanzens, mit der Grazie ihres Körpers anderen zu sagen, daß sie etwas besonderes ist. Und wenn man das nicht erkannte, dann wurde man durch die Anorexia nervosa darauf gestoßen.

Bei abschließender Betrachtung dieses Falles läßt sich folgendes feststellen: Für alle vier Kategorien des identitätstheoretischen Ansatzes gibt es zutreffende Aussagen aus dem Interview. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß die Hauptmotivation der Pb immer wieder mit anorektischem Verhalten zu reagieren, in gestörten Beziehungsstrukturen zu finden ist. Die Pb spricht deutlich aus, daß sie mit einem dünnen Körper immer wieder auf

sich aufmerksam machen wollte (Hypothese 1). Es bleibt die Frage, warum sie ihre Forderungen gegenüber der Umwelt gerade auf diese Art und Weise zum Ausdruck brachte? Die Pb ist ehrgeizig und auf vielen Gebieten sehr leistungsfähig. Auf dem Terrain Sport und Körper kennt sie sich aus. Hier kann sie nach Belieben gestalten. Darum ist es naheliegend, daß diese junge Frau auf eine Methode zurückgreift, die ihr vertraut ist. Mit Selbstdisziplin hat sie in ihrem Leben schon einiges bewirkt. Man wird aber der Problematik der Eßverhaltensstörungen in Verbindung mit sportlichen Aktivitäten der Pb nicht gerecht, würde man andere, sehr wichtige Aspekte außer acht lassen. Die schwierigen Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie, insbesondere zwischen der Pb und ihrem Vater, trugen wesentlich dazu bei, daß sie kein Vertrauen zu ihren Mitmenschen entwickelte. Es ist ein mühsamer Prozeß der Verarbeitung und Selbstreflexion, an dessen Ende vielleicht weniger Wut, weniger Aggressivität und weniger Destruktivität im Verhalten der Pb anderen Menschen gegenüber und vor allem sich selbst gegenüber, steht.

7.1.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb1

Skala	Summen- score	Selbstkonzept		
		negativ	neutral	positiv
FSAL (Leistungsfähigkeit)	42	10	30	40
FSAP (Problembewältigung)	46	10	30	40
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	23	6	18	24
FSSW (Selbstwertschätzung)	51	10	30	40
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	24	6	18	24
FSST (Standfestigkeit)	64	12	36	48
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	35	6	18	24
FSWA (Wertschätzung durch andere)	34	6	18	24
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	30	6	18	24
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	28	6	18	24

Abb. 3: FSKN-Profil von Pb 1

Die Ergebnisse der Fragen bezüglich der Leistungsfähigkeit (FSAL), der Problembewältigung (FSAP) und der Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE) liegen im Normbereich. Ihre Selbstwerteinschätzung (FSSW) fällt positiv aus (Summenscore 51). Diese Werte deuten darauf hin, daß die Pb meist zufrieden mit sich ist und in der Regel auch Selbstachtung vor sich hat.

Bemerkenswert in der Auswertung des Selbstkonzeptprofils der Pb sind die Werte für Standfestigkeit (FSST), für soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU), für die Wertschätzung durch andere (FSWA) und für die Irritierbarkeit durch andere (FSIA). Die Summenscores dieser Parameter liegen alle oberhalb des Normbereiches. Auch hier paßt zusammen, daß Standfestigkeit mit Irritierbarkeit korrelieren, d.h., die Pb vertritt eine eigene Meinung und läßt sich dabei auch wenig von anderen beeinflussen. Wenn es darum geht ein bestimmtes Ziel erreichen zu wollen, wird die Pb es mit allen möglichen Mitteln zu erreichen

versuchen. Hypothese 1 besagt, daß die Pb durch ihre Krankheit Aufmerksamkeit erhalten wollte. Mit Hilfe ihrer Magersucht, einem dünnen Körper zum Vorzeigen und dem Beweis ein Hungerkünstler sein zu können, erwarb sich die Pb die gewünschte Beachtung und Bewunderung. Denn die Wertschätzung durch andere (FSWA) ist ihr ein wichtiges Anliegen. Sie braucht die Bestätigung von außen, daß sie stark ist. Insofern ist auch die vordergründig selbstbewußt erscheinende Frau von Beziehungen zu anderen, ihr wichtigen Menschen abhängig. Denn ein entscheidender Faktor für die Ursache ihrer Eßstörungen waren Schwierigkeiten in den Beziehungen zu vertrauten Personen. Diese Sensibilität stimmt mit den Hypothesen zur Erklärung ihrer Eßstörungen überein. Denn sie benutzt ihr eßgestörtes Verhalten und ein exzessives Training dazu, Aufmerksamkeit zu provozieren, wenn Menschen ihrer nächsten Umgebung nicht genug auf sie eingehen.

Die einzelnen Skalen des Selbstkonzepts sollten nicht isoliert betrachtet werden. Sie stehen miteinander in Verbindung und bedingen sich z.T. gegenseitig. Abschließend kann festgestellt werden, daß das Ergebnis der Befragung der Pb 1 zu ihrer Selbsteinschätzung, die durch das Interview ermittelten Persönlichkeitszüge widerspiegelt.

7.2 Fallbeispiel 2

7.2.1 Zur Biographie der Pb 2

Pb 2 wurde 1955 in Hamburg geboren. Sie ist die dritte von insgesamt neun Geschwistern. Ein älterer Bruder starb 1962. Ihr Vater war von Beruf Maurermeister. Er starb Ende 1996. Die Mutter ist gelernte Schneiderin. Die Pb war 13 Jahre alt, als sich die Eltern 1968 scheiden ließen.

Die Grundschule und Realschule besuchte die Pb in Hamburg. Direkt nach dem Abitur zog sie zu Hause aus und ging nach Lübeck (1972/73). An der dort ansässigen Sportfachschule machte sie die Ausbildung zur Sportlehrerin. Zweieinhalb Jahre arbeitete die Pb beim Hamburger Sportbund, wo sie für die Organisation von Trainer- Aus- und Fortbildungen, für Lehrgänge und Seminare zuständig war. 1980, mit 25 Jahren, heiratete sie ihren ersten Ehemann, einen Grafik-Designer aus Baden-Württemberg. Es erfolgte der Umzug zu ihrem Mann, in die Nähe von Stuttgart. 1985 entschied sich das junge Paar zur Adoption eines 14 Monate alten Mädchens.

Probleme in der Ehe führten zur Auflösung der Beziehung, und es kam zur Scheidung. 1995 wechselte die Pb erneut ihren Wohnort. Sie zog in die Nähe von Ludwigshafen, in das Haus ihres jetzigen, zweiten Ehemannes. Er ist Architekt und Vater zweier Kinder aus erster Ehe. Die Adoptivtochter lebt bei ihrem Adoptivvater, da es zwischen den Kindern der beiden Familien Schwierigkeiten gegeben hat. Im Dezember 1996 wurde die Pb erstmals Mutter einer leiblichen Tochter. Im Februar 1998 kam ein Sohn zur Welt.

Schon seit ihrer frühesten Kindheit war die Pb sportlich aktiv. Angefangen hat sie mit Turnen, im Alter von 10/11 Jahren. Sie trainierte 3 mal wöchentlich. Es folgte eine Karriere als Schwimmerin. Diese Phase dauerte etwa drei Jahre, zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr. Die Pb war Mitglied in der Schulmannschaft und wurde innerhalb kurzer Zeit Hamburger Schwimm-Meisterin. 1970/71 kam es zu einem, für die Pb einschneidenden Erlebnis: Auf einem Spielplatz begegnete sie einer ehemaligen Diskuswerferin. Diese rät der Pb mit Nachdruck, zur Leichtathletik zu wechseln, denn dafür sei sie geradezu prädestiniert. Die ältere Dame hinterließ bei der Pb einen großen Eindruck. Ihren Ratschlag nahm sie mit Begeisterung auf und wurde aktives Mitglied in einem Leichtathletik-Verein. Zunächst gehörte sie zur B-Jugend (15/16Jahre). Bereits ein Jahr später, in der A-Jugend, wurde sie Deutsche Meisterin über 400m (59sec.). Mit 18 Jahren gehörte die Pb zur Kernmannschaft des Landeskaders. Sie trainierte 8-10 mal pro Woche; auch 2 Trainingseinheiten am Tag

waren kein ungewöhnliches Pensum. Hinzu kamen Pflichtlehrgänge an den Wochenenden und weitere Trainingslager zur Vorbereitung sportlicher *Highlights*.

Schon immer mußte die Pb mit ihrem Gewicht kämpfen und darauf achten, daß sie nicht *zu breit* wurde. Sie behauptet von sich selbst, Anlagen dazu zu haben. Während ihrer aktiven Zeit als Leichtathletin entwickelte sie bulimische Verhaltensweisen. Diese wurden aber nur heimlich ausgelebt. Niemand bemerkte etwas.

Dann kam der Wohnortwechsel nach Baden-Württemberg. Hier mußte sie ihre Lebensgewohnheiten umstellen und sich neuen Gegebenheiten anpassen.

Rückenprobleme waren der Anlaß zu einer Bandscheibenoperation 1980/81. Drei Monate mußte sie ohne Sport auskommen. Danach aber fing sie gleich wieder mit dem Lauftraining an. Auch wechselte sie nun den Verein. In ihrer neuen Heimat arbeitete die Pb zeitweise als Trainerin in einem Fitneß-Studio.

Bis zur Adoption ihrer Tochter absolvierte die Pb wieder mehr Dauerläufe (längere Läufe). An Wettkämpfen nahm sie nur noch selten teil. Zu ihrem Training hinzu aber kam nun ein sportliches Intermezzo als Handballerin. Auch in diesem Mannschaftssport war die Pb sehr erfolgreich und wurde mit ihrem Team gleich Europameister.

Die akute Zeit der Magersucht, verbunden mit einem sechswöchigen, stationären Klinikaufenthalt, begann Ende der 80iger,- Anfang der 90iger Jahre. Die Pb war Anfang dreißig Jahre alt, verheiratet und wohnte in einem großen Haus auf dem Lande, am Fuße der Schwäbischen Alb. Der Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik betrug 6 Wochen. Ihre erste Ansprechpartnerin war eine Ärztin, mit der sie sich gut verstand und zu der sie Vertrauen entwickelte. Die Pb verspürte auch körperliche Beschwerden. Sie hatte Atemprobleme und hyperventilierte oft. Wie sich dann herausstellte war dieses Hyperventilieren die Folge eingenommener Appetitzügler, die die Pb in ihrer aktiven Zeit sporadisch eingenommen hatte. Da ihre Ärztin und Therapeutin die Klinik verließ, wurde sie von einem anderen Therapeuten übernommen. Zu diesem konnte die Pb jedoch keine gute Beziehung aufbauen. Nach einer Woche (insgesamt 6 Wochen) unter der Aufsicht und Betreuung des neuen Therapeuten brach die Pb ihren Klinik-Aufenthalt, auf eigene Verantwortung, ab.

Während ihrer akuten Magersucht-Phase und in der Zeit ihres Klinikaufenthalts, hatte die Pb kaum Kontakt zu ihrer Familie, weder zu ihrer Mutter und ihren Geschwistern, noch zu ihrem Ehemann. Lediglich mit ihrer besten Freundin stand sie in einem Vertrauensverhältnis.

Nach dem stationären Klinikaufenthalt setzte die Pb eine Therapie in Form einer ambulanten Gesprächstherapie fort.

Die Probleme in ihrer ersten Ehe führten am Ende zur Trennung und zur offiziellen Scheidung. 1995 zog die Pb zu ihrem neuen Lebenspartner und dessen beiden Töchtern.

Die Hochzeit erfolgte 1997. Da ihre Adoptivtochter Schwierigkeiten hatte, sich in die neue Familie einzugliedern zog, sie es vor, bei ihrem Adoptivvater zu leben.

Nachtrag. Die Pb ist mittlerweile 44 Jahre alt. Sie ist noch immer im Leistungssport aktiv, hauptsächlich als Läuferin und noch immer am liebsten auf der 400m Strecke. Nach der Geburt ihrer beiden Kinder erholte sie sich immer sehr schnell und nahm schon bald wieder das Training auf. Wettkämpfe, wie Senioren-Meisterschaften, stehen regelmäßig auf dem Saisonplan. Für 1999 ist die Teilnahme an der Senioren EM geplant. Bei ihrer Familie findet die Pb Verständnis und Unterstützung. Seit sie mit ihrem zweiten Ehemann zusammen ist, sind ihre Gewichts- und Eßprobleme an den Rand ihres Denkens und Daseins gerückt.

7.2.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 2

Hypothese 1. Die Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen (als Leistungssportlerin, Tochter, Frau, Ehefrau, Mutter, Karriere-Frau) war ein wichtiger Grund dafür, daß die Pb mit Eßstörungen reagierte

Hypothese 2. Schwierigkeiten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungsstrukturen waren weitere Gründe für die Entwicklung der Anorexie-Erkrankung der Pb.

Hypothese 3. Sportliche Leistung und Attraktivität können im Frauensport manchmal schwer vereinbar sein und zu psychischen Konflikten führen, die ihrerseits wiederum Eßstörungen nach sich ziehen können.

Hypothese 4. Hohe Leistungsanforderungen an sich selbst in Verbindung mit dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung können zu weiteren psychischen Konflikten führen, die zur Erkrankung der Pb beitrugen.

Begründung der Hypothese 1: die Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen. Um einen angemessenen Platz innerhalb einer Gesellschaft einnehmen zu können ist es gegebenenfalls notwendig, verschiedenen Rollenerwartungen gerecht zu werden, die schwer miteinander in Einklang zu bringen sind. Ein erster Konflikt zwischen den sportlichen Idealen, *als Leistungssportlerin* und der *Rolle als Ehefrau* tauchte bei der Pb in der ersten Ehe auf.

Damals zog sie, im Alter von 25 Jahren, in eine ihr unbekannte ländliche Umgebung, in die Heimat ihres Ehemannes.

- Weil ich das so scheußlich fand, auf dem Land zu leben, mit diesen engen Ansichten; das hab ich sehr bald mitgekriegt. ... da hab ich dann gemerkt, weißt du, daß du angesprochen worden bist: Hast du eigentlich nichts anderes zu tun? Ja, ganz extrem, auf dem Dorf.
- Und dann stand ich auch mal in der Zeitung und so, und dann bin ich also wieder auf der Straße angesprochen worden, ne und so.

Die Freude an Bewegung und Sport waren nach wie vor ungebrochen. Das tägliche Training gehörte dazu, wenn auch nicht mehr ganz so intensiv wie zu Jugendzeiten. Die ehemals selbstbewußte und zielstrebige Leistungssportlerin wurde durch Fragen seitens ihrer Umwelt verunsichert. Sie kam aus dem Gleichgewicht, weil man von ihr erwartete, daß sie einer traditionellen Frauenrolle entsprechen sollte. Sie sollte an der Seite ihres im Beruf so erfolgreichen Mannes eine gute Ehefrau sein, verbunden mit repräsentativen Pflichten bei den verschiedensten gesellschaftlichen Anlässen. Aufgrund ihrer sportlichen Erfolge war sie allerdings für ihren Ehemann ebenso eine Art *Aushängeschild*. Durch ihre sportlichen Erfolge war auch sie gesellschaftlich geachtet und demonstrierte somit hervorragende Leistungsfähigkeiten.

- Oh, toll! Mein Mann zu Hause hat das nicht einmal gemerkt, daß ich abgenommen hab oder sonst wie, total ignoriert. Und der brauchte mich eigentlich nur als Aushängeschild ...
- ... weil ich kann mir mein Leben nicht vorstellen und immer diktieren lassen vom Umfeld, da, den schwäbischen Dorfleuten.

Dieses Bild der erfolgreichen Frau ist in der dörflichen Tradition noch sehr jung. Die neuen Handlungsspielräume, die einer jungen Frau heutzutage zur Verfügung stehen, wie sie auch in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen werden (Stahr et al. 1995, S. 77), bieten ihr zwar mehr Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, aber die Denkstrukturen in manchen gesellschaftlichen Bereichen tragen noch Verkrustungen konservativer Wertvorstellungen als Altlast in sich.

- ... und dann bin ich nach BaWü gekommen und bin total unterdrückt worden ... ich war nicht mehr ich selber ...

Die Pb fühlte sich eingeeengt in einem Umfeld, das sie im Erfolg lobt, aber den Weg dorthin tadelt. Mädchen und Frauen gehören nach diesem Denkschema in den Schoß der Familie, für die sie auch noch selbst Sorge zu tragen haben. Aber wie in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes proklamiert wird, hat sich im allgemeinen die Situation des

Systems Familie, Ehe, Partnerschaft gravierend verändert und damit einhergehend auch deren Anforderungen an ihre Mitglieder (Stahr et al. 1995, S. 79).

Der Kinderwunsch, den sich die Ehepartner nicht selbst erfüllen konnten, führte nach fünf Jahren zur Adoption einer kleinen Tochter. Nun aber eröffnete sich ein weiteres Problem für Pb. Da waren zum einen ihre eigenen Interessen, weiterhin Sport zu treiben, andererseits aber wollte sie auch Zeit für die Betreuung ihrer Tochter aufbringen. Beide Eheleute waren sich zunächst einig darüber gewesen, daß sie ein Kind wollten. Der Ehemann ging aber davon aus, daß seine Frau mehr Zeit mit der gemeinsamen Tochter verbringt als er selbst. Die Pb versuchte nun, ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter gerecht zu werden und diese Rolle mit ihren persönlichen Interessen zu koordinieren. Das Ergebnis waren Schuldgefühle und ein permanentes schlechtes Gewissen, entweder der Tochter oder sich selbst (aufgrund zu geringer Trainingsleistungen) gegenüber.

- ... meine Adoptivtochter hat mir da auch Vorwürfe gemacht, ja mußt du denn schon wieder laufen gehen? Mama geht schon wieder zum Sport. Mama, warum mußt du immer zum Sport?
- ... der Sport war für mich mehr oder weniger auch schon 'ne Flucht, da hab ich meine Bestätigung gehabt ... da gab es Leute die sagten, oh toll!

Hinzu kamen subtile Vorwürfe aus den Reihen des Umfeldes, auch vom eigenen Ehemann. Auch hier tritt die Diskrepanz zwischen traditioneller Denkweise und neueren Vorstellungen deutlich zutage. Diese Umstände waren ein Mitauslöser der immer stärker werdenden Eßstörungen der Pb. Zunächst noch mehr oder weniger unbewußt, konnte sie nicht mehr richtig essen. Nach gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten mußte sie sich oft übergeben. Späterhin entwickelte sich daraus ein strenges Fastenverhalten. Durch die sich daraus ergebende Gewichtsabnahme wollte die Pb die Aufmerksamkeit ihres Mannes erregen. Sie forderte von ihm Lob und Anerkennung für ihre Disziplin und Selbstkontrolle. Dadurch förderte sie aber auch ihre Rolle als die sich präsentierende Frau an der Seite ihres Gatten.

- ... ich wollte von ihm eigentlich auch Anerkennung, weil ich hab vier Kilo abgenommen - und der hat das gar nicht gemerkt.

Diese anfänglichen Eßstörungen waren erste Hinweise auf eine zentrale persönliche Störung. Im Umfeld des Sports erhielt die Pb den gewünschten Zuspruch. Im sozialen Bereich aber stieß sie auf eine eher ablehnende Haltung gegenüber ihrem sportlichen Engagement. Selbst der Ehemann offenbarte unrealistische und inkompetente Vorstellungen über den Zusammenhang von Trainingsaufwand und körperlicher Leistungsfähigkeit.

- ... und der brauchte mich eigentlich nur als Aushängeschild, - ja, und ihm war das recht, wenn ich Wettkämpfe gemacht hab, aber ich sollte möglichst nicht trainieren. Ja, das war ganz kraß.

... das ging sogar so extrem, daß er sagte, ja wieso läufst du da nur 200m, das lohnt sich doch gar nicht ...

Die Pb war inzwischen sehr unzufrieden mit ihrer Situation. Sie wußte nicht, wie sie sich gegen diesen Erwartungsdruck wehren sollte. Sie reagierte mit einer Erhöhung ihres Trainingsaufwandes. Das Unverständnis ihres Partners trieb sie regelrecht zum Training, um ihren Unmut auf diese Weise zu verarbeiten. Ausweichmanöver mit Eßstörungen wurden immer prägnanter.

- ... hab ich das sehr extrem betrieben, hat mir Spaß gemacht und die Probleme zu Hause wurden immer stärker ...

Die Pb war sich ihrer Gefühle nicht recht bewußt. Sicher war nur, daß sie nicht glücklich war. Verunsichert reagierte sie körperlich und seelisch. Sie wollte im wahrsten Sinne des Wortes wegrennen. Sie versuchte, sich ihren Problemen zu entziehen, indem sie diese auf einer anderen Ebene, der physischen, austrug. Die Folge waren Depressionen. Allein aufgrund ihrer Religiosität verbot sie sich die letzte Konsequenz, den Freitod. Aber sie wollte durch gezielte Selbstaushungerung dem Leben aus dem Weg gehen.

In dieser Lebensphase erkennt man ihre Suche nach dem eigenen, ganz persönlichen Lebensweg. Hierzu bedurfte es aber im Vorfeld der Distanzierung von anderen und deren Weltanschauung. Es ergab sich die Suche nach einer Identität, die im Einklang mit den eigenen Wünschen und Vorstellungen sein sollte. Erforderlich hierfür ist sowohl die Abgrenzung zu anderen, wie auch die Integration des Selbst in das soziale gesellschaftliche Gefüge. Dieser Begriff von Identität geht zurück auf den symbolischen Interaktionismus von Mead (1980, S. 177). Er beinhaltet eine personale und eine soziale Seite der Identität, d.h. Einzigartigkeit und Zugehörigkeit müssen im Entwicklungsprozeß eines Individuums ausgeglichen werden. Konsequenterweise zog die Pb in einem ersten Schritt dieses Abgrenzungsprozesses innerhalb des Hauses in ein eigenes Zimmer. Später erfolgte die Trennung und Scheidung von ihrem ersten Ehemann. Nach ihrer Verpanzerung in sich selbst mit dem Mittel der Nahrungsverweigerung, die als Selbstleugnung zu deuten ist, folgte die Erinnerung an ein vormaliges Ich.

- ... ich will mein Reich haben ... im Haus ... er lebt jetzt eigentlich so, was er am Anfang von unserer Ehe bei seinen Eltern verurteilt hat. Dann bin ich auf jeden Fall innerhalb des Hauses in eine anderes Zimmer gezogen.

In ihrer Erinnerung wurden der Pb frühere Verhaltensmuster bewußt, in denen sie anderen, nicht aber den eigenen Wertvorstellungen entsprach. Auch in ihrer Kindheit “funktionierte“ sie gut. Sie war pflegeleicht und nahm *die Rolle des braven Kindes* ein. Eltern und Lehrer

hatten keinerlei Erziehungsprobleme oder Autoritätsprobleme mit ihr. In bezug auf die Thematik des braven Kindes, bemerkt Bruch (1962), daß Magersüchtige in ihrer frühen Persönlichkeitsentwicklung leicht handhabbar und lenkbar sind. Ihnen fehlen die Sensoren zur Erkennung eigener Bedürfnisse und deren Umsetzung. Diese Persönlichkeitsdisposition macht es schwer, erwachsen zu werden und Verantwortung zu übernehmen.

- ..., daß ich zu mir selber finde, wieder. Ich hab ja, - wie hat meine Mutter immer gesagt hat, als Kind immer funktioniert, war pflegeleicht und hab funktioniert. Das war für mich ein ganz entscheidender Satz und das hab ich so gehaßt und dann hab ich gesagt, ich funktioniere jetzt nicht.

Die Pb tat, was man von ihr erwartete. Dabei war ihr nicht bewußt, daß sie sich mit diesen Normen nicht identifizieren konnte. Etwas in ihr sträubte sich dagegen. Früher wollte sie es jedem recht machen und nicht anecken. Sie wollte gut sein, aber sie wollte nichts Besseres sein.

- ..., daß es hieß, ich wär was Besseres als die (Geschwister). ... die fühlten sich irgendwie minderwertig oder so, mir gegenüber, ... und daß ich studiert habe, das paßte denen so in das Bild rein: Sie will was Besseres sein. Ich wollte überhaupt nichts Besseres sein, ich wollte nur in Frieden gelassen werden und mein Leben leben, ohne irgendwo anzuecken ... und das ist mir im Sport eigentlich ganz gut gelungen.

In ihrer sozialen Umgebung sind Bildung und eine akademische Ausbildung bei der Bewertung eines Menschen sehr wichtig. Nach konservativen Vorstellungen jedoch sollte ein Subjekt, auf das diese im eigentlichen Sinne positiv belegten und erstrebenswerten Ideale zutreffen, bescheiden bleiben. Die Pb war fleißig in allen Lebensbereichen und erfüllte immer ihre Normen und Funktionen als braves Kind, als gute Schülerin und als sehr gute Leistungssportlerin. Hier waren die Aufgaben klar umrissen. In ihrem Gefühlsleben jedoch war sie sehr verunsichert und vermochte viele Lebenssituationen nicht zu deuten. So entstand ein inneres Vakuum, das sie mit eiserner Disziplin von Training und streng reduziertem Eßverhalten aufzufangen suchte.

Auch in bezug auf das Eßverhalten bei den Mahlzeiten in der Familie paßt die Pb in das Bild des braven, gut funktionierenden Kindes, das sie von sich selbst hat und auf das ihre Geschwister neidvoll reagierten.

- Ja, es gab immer ´ne Riesenportion. Und da bin ich immer gelobt worden. Denn ich hab das Essen meiner Schwester noch mitgegessen. Meine Schwester, die ja ein Jahr älter und zwei Köpfe kleiner ist als ich. Ich bin dafür gelobt worden. Und sie nicht. Ja, sie war dann die Böse und ich bin gelobt worden und war die Gute und hab ja funktioniert.

Die Geschwister entwickelten ein ganz bestimmtes Image von ihrer sporttreibenden Schwester. Sie war diejenige, die sich bemühte, neue Lebensbereiche zu erfahren. Sie betrieb intensiv viele Sportarten, und sie absolvierte als einziges von neun Kindern ein Hochschulstudium. Den gemeinsamen Mahlzeiten muß hier eine größere Bedeutung beigemessen werden als nur der einer gemeinsamen Nahrungsaufnahme. Essen muß immer auch in seinem sozialen Kontext gesehen werden. Noch auf traditionellen Vorstellungen beruht die Ansicht, daß den *Teller leer essen* zu den Tischsitten des guten Kindes gehört. Tadel, gepaart mit Liebesentzug bei Nichterfüllung, sind die subtilen Erziehungsmethoden eines konservativen Weltbildes (Stahr et al. 1995, S. 84). Aus dieser Sicht ergab sich für die Pb ein Konflikt zwischen ihrer *Rolle als braves Kind und der Rolle als Karrierefrau*.

Mit einem akademischen Abschluß arbeitete sie im Bereich Leistungssport als Trainer-Beraterin. Um diese aus der Sicht ihres Umfeldes hervorragende Position, in ihrer *Rolle als Karrierefrau*, wurde sie von den Geschwistern und anderen beneidet. Anspruch und Wirklichkeit lassen sich in dieser sozialen Schicht unserer Gesellschaft noch nicht zufriedenstellend zusammenbringen. In der Ausübung ihres Sports konnte die Athletin ihren Neigungen freien Lauf lassen, ihrem Bewegungsdrang nachgeben, ihren Ehrgeiz pflegen und ihre Arbeitsmoral fördern. Im System Leistungssport ist eine solche Einstellung sogar erwünscht. Für die Pb war auch der klare Zusammenhang zwischen körperlichem Einsatz und Erfolg von Bedeutung. Zwischen Trainingseinsatz und Leistung gab es immer logische Kausalzusammenhänge. Aber im Rahmen ihrer Beziehungen konnte sie diese Bezugsmuster nicht erkennen. Viele Fragen blieben zwischen den Partnern immer offen und wurden nie angesprochen. Die Kontrolle über Essen und Gewicht gaben der Pb ein Gefühl von Stärke und Autonomie. Diese Selbstdisziplinierung brachte ihr Sicherheit in einem Regelsystem traditioneller Wertmaßstäbe. In diesem Normengeflecht gehören Frauen an den Herd und in die Familie, nicht aber in ein Sportstadion.

- Als ich noch zu Hause mit meinem Exmann gewohnt hab, der wollte ja um zwölf Uhr sein Essen auf dem Tisch haben, da hab ich auch gegessen, aber es dann wieder rausgespuckt oder weniger gegessen, je nachdem.
- Man fragte mich, ob ich da jetzt nichts anderes zu tun hätte, als da jetzt rumzulaufen. Und hab dann auch eine Gruppe von Mädchen trainiert. Und die durften dann zu mir teilweise nicht kommen, weil, das machen Mädchen ja nicht. Die machen kein Sport.

Solche Verhaltens- und Denkweisen seitens der Umwelt zeugen von noch immer bestehenden, sehr konventionellen Rollendefinitionen. Darin haben junge Frauen nur wenig Raum, sich ihren Fähigkeiten entsprechend, ihren eigenen Weg in dieser Gesellschaft zu

bahnen. Obwohl gerade diese Gesellschaft mit ihren hohen Anforderungen und Ansprüchen an das Individuum Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Karrieretum geradezu fordert. Wie in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes erwähnt wird (Stahr et al. 1995, S. 77), bedeuten neue Handlungsspielräume zwar ein Gewinn an Freiheit, aber auch ein Mehr an Selbstverantwortung und vor allem einen hohen Grad an Selbständigkeit. Die so entstehenden inneren Konflikte können einen sensiblen Menschen in arge Bedrängnis führen. Trotzdem lehnte die Pb die Rolle als Frau und Mutter keineswegs total ab. In ihrer jetzigen Familie, zusammen mit ihrem zweiten Ehemann, fand sie neue Möglichkeiten der Selbstverwirklichung. Und da sie in dieser Umgebung nicht mehr nur als ein funktionierendes Element eines Systems gesehen wird, erlebt sie neue Freiheiten und neue Lebens- und -Definitionsbereiche.

- ... auch mit meiner Stieftochter gibt es immer mal wieder Probleme. Sie ist voll in der Pubertät, aber sie hat mich total als Mutter akzeptiert. Also sie hat gesagt, du bist für mich meine Mutter. Und das auch irgendwie als Vorbild-Funktion. Das ist ja auch so was, da seh' ich auch andere Möglichkeiten im Leben irgendwo ja wieder Anerkennung zu kriegen. Nicht nur im Sport.

Am Ende der Betrachtung der ersten Hypothese läßt sich zusammenfassend feststellen, daß die Ambivalenz gesellschaftlicher Normen und Werte, aufgrund der Diskrepanz von neueren und traditionellen Verhaltensmodi, zu einer Verhaltensstörung der Pb führte, die sich in Eßstörungen manifestierte. Eine schon bestehende, sportlich bedingte Sensibilität, mit selbst aufoktruierten Disziplinarmaßnahmen noch mehr leisten zu können, forcierte die sich entwickelnde Identitätskrise. Die Verbindung von Eßstörungen und die Freisetzung von traditionellen Normen und Bindungen, wie in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben, kann als eine der Ursachen für die Ausbildung der Magersucht der Pb angesehen werden.

Begründung der Hypothese 2: zwischenmenschliche Beziehungsprobleme. Hypothese 2 fokussiert die Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Pb. Insbesondere die *Beziehung zu ihrem ersten Ehemann* steht im Zusammenhang damit, daß es in diesem Fall zu eklatanten Eßstörungen kam. Mit ihrer damaligen Situation war die Pb überfordert. Sie befand sich unerwartet in einem Dilemma, in dem sie an dem einzigen Instrument festhielt, das ihr sicher erschien: ihre Körperbeherrschung. Der Körper wurde als Mittel- und Angriffspunkt zugleich zweckentfremdet. Es kam zu einer Entfremdung des Selbst. Auch in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes sprechen Stahr et al. (1995,

S. 84) vom Körper als Kristallisations- und Angelpunkt der Identitätsentwicklung. Der athletische Körper und der harte Umgang mit sich selbst sollen über die Unsicherheiten des Lebens, mit denen man nicht zurecht kommt, hinwegtäuschen. Es handelt sich allerdings um eine Scheinkontrolle. In Wirklichkeit ging es um die Bewältigung von Beziehungsproblemen. Zum Einen in bezug auf ihre Familie andererseits in der Beziehung zu ihrem Ehemann. Ein wichtiger Faktor im zwischenmenschlichen Miteinander stellt die Kommunikationsfähigkeit dar. Ein offener, direkter Austausch zwischen den Familienmitgliedern fand jedoch in dieser relativ großen Familie nicht statt. Kein Familienmitglied wußte, welche Probleme den anderen gerade beschäftigen. Die Tendenz der Pb, sich innerlich zu isolieren, verstärkte sich nach dem Umzug nach ihrer ersten Heirat. Auch mit dem Begriff Familie assoziiert die Pb ambivalente Gefühle. Einerseits wollte sie, daß man stolz auf sie sein konnte, andererseits aber fühlte sie sich alleine, beengt und oft mißverstanden.

- Meine Familie war eigentlich gar nicht meine Familie.

Die Pb wurde in ihrer Familie mit dem Spitznamen *Dicke* gerufen. Dies kränkte sie sehr.

- ... da gibt es auch, glaub' ich, keinen strengen Punkt, wann das mit dem Figurthema losging. Da gibt es eine Sache und zwar haben die mich *Dicke* gerufen, also in der Familie. Ich hab neun Geschwister. Einer ist gestorben, also acht. Und ich war wohl die Kräftigste von allen. Auf jeden Fall haben die mich immer *Dicke* gerufen. Und das fand ich immer so übel.

Zwar wurde sie von ihren Brüdern wegen ihrer sportlichen Leistungen und Erfolgen bewundert, aber letztlich stellt sich die Frage nach dem eigentlichen Beziehungsgefüge zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Inwiefern hat hier, bei acht Geschwistern, auch eine Sehnsucht nach Individualität und Abgrenzung zu den anderen eine Rolle gespielt? Sich durch besondere Leistungen hervorzutun oder Beachtung durch Hungern zu erlangen, sich maßregeln können – dadurch erhoffte sie sich Aufmerksamkeit und Achtung. Auch dieser Aspekt wird in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen (Stahr et al. 1995, S. 84). Der Körper wird dazu benutzt, sich von anderen zu unterscheiden, seine Einzigartigkeit darzulegen.

In der späteren Reflexion ihrer Anamnese gibt die Pb offen zu, daß die Situation in ihrer ersten Ehe sie eindeutig überforderte. Die Motive, die zur Ausbildung ihrer Anorexie-Erkrankung führten, hatten mit der *Unzufriedenheit in der Partnerschaft* zu tun. Durch extreme sportliche Betätigung verlor sie an Gewicht und erhielt Aufmerksamkeit seitens des sportlichen Umfeldes. Die Pb gesteht sich im Nachhinein ein, daß sie nur noch den Ausweg der Selbstzerstörung durch Nahrungsverweigerung bzw. Nahrungsentzug gesehen hat.

- Dann hab ich aufgehört zu essen, weil ich wollte – ja das hängt wieder mit meiner frommen Phase zusammen; du darfst dich ja nicht selber umbringen, ne. So, also da hab ich gedacht, o.k. wenn ich aufhör' zu essen bin ich ja nicht aktiv dabei. Und bis dann irgendwo so ein Knackpunkt kam, da hab ich gesagt, ja warum eigentlich? Warum will ich eigentlich mich selbst zerstören? Das ist ja eigentlich nur, um andere irgendwie zu schädigen oder Aufmerksamkeit zu kriegen. Hier bin ich noch wer! Oder so was. Das war meinem Exmann gegenüber. Und dann hab ich gesagt, o.k. jetzt will ich was machen ...

Äußerlichkeiten waren früher wichtig, aber nicht zu wichtig. Plötzlich aber bekamen sie eine Eigendynamik. Durch die Kontrolle ihrer äußeren Erscheinung erfuhr die Pb eine Stütze. Probleme in der Beziehung, Unerfülltheit, der Kinderwunsch und keine Ziel-Komplementarität der beiden Ehepartner, führten zu einem Selbstzwang, der Halt geben sollte. In Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes geht es um die Verbindung zwischen Liebe und Identität. Die Ehe wird zur Entwicklung und Stabilisierung eines Individuums institutionalisiert. Aber dies kann eine Beziehung kaum leisten. Emotionale Enttäuschungen sind vorprogrammiert.

- Wir wollten ein Kind und haben keins gekriegt, weil mein geschiedener Mann konnte keins kriegen. Das war zu der Zeit überhaupt nicht wichtig. Das hab ich auch nirgendwo irgendwie erwähnt, weil das eben zu uns gehörte ... Und als es dann klar war, daß wir ein Kind adoptieren konnten, dann war er dagegen. Ich wollte es aber trotzdem. Und dann hat er sich, ein Jahr später dann, doch bereit erklärt. Und dann hat es noch eine Zeit gedauert. Dann war ich natürlich auch eingeschränkt (nach der Adoption einer 14 Monate alten Tochter), dann kam die Unzufriedenheit in der Beziehung. Er hatte andere Kontakte noch außerhalb und so weiter. Er hat das zwar geleugnet, aber ich hab das ja gemerkt. Ich hab dann viel Sport gemacht ...

Die Pb versuchte sich durch hartes Training zu trösten, sich selbst zu spüren, wenigstens physisch lebendig zu sein. Im Umfeld von Mitsportlern fühlte sie sich mehr akzeptiert und verstanden als in ihrer häuslichen Umgebung. Die Adoptivtochter wurde nun einfach zum Training ins Stadion mitgenommen. An diesem Ort wurden ihre Bemühungen, fit zu sein, schlank zu bleiben und fleißig zu trainieren, wenigstens bemerkt und honoriert. Ihr Ehemann aber verhielt sich sehr distanziert, was den Leistungssport seiner Frau anging. Er war desinteressiert an ihrem Tagesablauf und an ihren persönlichen Zielen. Unverständnis, Ignoranz und die Intoleranz ihres Umfeldes im Dorf führten die erst jung verheiratete Frau in Depressionen bis hin zu Suizidgedanken.

In Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995) wird vermerkt, daß die meisten magersüchtigen Mädchen oder Frauen nur wenige intensive Beziehungen haben.

Dieser eine Partner ist oft der einzige emotionale Bezugspunkt, was zwangsläufig zu Beziehungsstörungen führen kann. Es eröffnen sich keine neuen Perspektiven für alternative Handlungsweisen. Auch in diesem Fallbeispiel gab es den Ehepartner und nur eine einzige gute Freundin, der sich die Pb anvertraute.

- Ich hab Gespräche mit meiner Freundin geführt und die hat gesagt, wem willst du eigentlich schaden, das war ausschlaggebend für mich, da hab ich gedacht, ja, ich kann ihm keins damit auswischen. Der ignoriert das. Dem war ich im Prinzip egal. Und der hat das auch mitgekriegt, mit den Essensproblemen.
- Diese Freundin ist mir der wichtigste Mensch in meinem Leben. Die hat mir auch geraten weiter zu machen, die Gesprächstherapie.

Die Pb entwickelte Eßstörungen, weil sie nicht die starke Persönlichkeit war, die sie zu sein schien. Jedermann glaubte, sie wäre stark, weil sie dies ja auch rein körperlich und leistungsmäßig vorgab. Doch eigentlich wären ihr ehrliche und offene Aussprachen bei Problemen, echte Kommunikation und keine Scheinlösungen lieber gewesen. Sie wollte keine Scheinversöhnungen mehr, die lediglich auf der sexuellen Ebene ausgetragen wurden. Der Ehepartner, der zu Beginn ihrer Beziehung die traditionell engstirnige Lebensweise seiner Eltern abgelehnt hatte, lebte nun plötzlich nach diesen engen ethisch-moralischen Vorstellungen. Von diesem Wertewandel war die Pb tief enttäuscht. Diese Enttäuschung schlug um in Verzweiflung. Und erst nachdem sie sich von ihm getrennt hatte, fühlte sie sich wieder besser.

- Mich von meinem damaligen Mann zu trennen war die beste Entscheidung gewesen. Weil ich eben gemerkt hab', nach meinem Auszug, mir ging's zuerst total schlecht, weil ich dachte, oje jetzt leb' ich alleine und so, aber danach ging's mir total viel besser.

Nun trainierte die Pb, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben. Das Training konnte auch wieder unter leistungsfördernden Motiven absolviert werden. Auch mit dem Essen gab es immer weniger Probleme. Sie arrangierte sich außerdem mit ihrer Adoptivtochter und zog mit ihr in eine andere Wohnung. Jetzt war auch wieder Platz für eine freiere Tagesgestaltung. So mußte z.B. das Essen nicht mehr Punkt zwölf Uhr auf dem Tisch stehen. Mutter und Tochter akzeptierten und respektierten sich gegenseitig. Im Fallbeispiel dieser Athletin ist der Umgang mit Konflikten, sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf persönlicher Ebene, von großer Relevanz, gerade im Hinblick auf die Eßstörung. Sich streiten, Sympathien und Antipathien hegen, gehören zum sozialen Leben dazu. Für die Pb mit ihren hohen Ansprüchen war es schwierig, nicht perfekt agieren zu können. Eigene Fehler sind unverzeihlich. In diesem Zusammenhang steht auch der Umgang mit Kritik, sowohl sich

selbst als auch anderen gegenüber. Kritik- und Konfliktfähigkeit sind ganz entscheidende Punkte bei der Entwicklung und Ausbildung eines selbständigen Subjekts.

- ... so wie ich jetzt lebe, ich fühl' mich rundum wohl, muß ich sagen. Ich bin wieder in der Lage, Kritik zu üben, Kritik aufzunehmen. In der Zeit, als es mir damals so schlecht ging, da hab ich mich ja gar nicht mehr gewehrt.

In Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, S. 80) wird ebenfalls darauf hingewiesen, daß die Auflösung und Veränderung traditioneller Beziehungsmuster die Mitglieder einer Gesellschaftsordnung überfordern kann. Aus der Betrachtung des Beziehungsgefüges der Pb läßt sich ein aufschlußreiches Bild darüber erstellen, warum eine junge, leistungssporttreibende Frau in einer bestimmten Phase ihres Lebens mit Eßstörungen reagierte. Aufgrund von Beziehungsstörungen, sei es fehlende Konfliktfähigkeit, mangelndes Durchsetzungsvermögen und übertriebenes Harmoniebedürfnis, kam es zu einer Verlagerung des Austragungsortes von Problemen. Verschleppte Aggressionsgefühle brachten die Pb dazu, gegen das eigene *Ich* zu arbeiten, sich selbst durch eine langsame, permanente Nahrungsreduktion zu verleugnen. Sie wurde im wahrsten Sinne des Wortes immer weniger. Probleme im Umgang mit anderen Personen, vor allem aber mit vertrauten Personen, unerfüllte Wünsche und Hoffnungen, Unausgesprochenheiten, Miß- und Unverständnisse führten hier zu Emotionen wie Einsamkeit und Verlassenheit und zu beengenden Spannungsgefühlen. Diese entluden sich in einem vertrauten Terrain, dem Leistungssport und dem dazu verwendeten Medium, dem Körper. Auf den eigenen Körper, den Willen und die Disziplin war Verlaß. Extremes Bewegungsverlangen und extreme Nahrungsabstinenz waren folglich Fluchtpunkte, ummauerte Burgen der noch verbliebenen Identität.

Begründung der Hypothese 3: der Widerspruch zwischen sportlicher Leistung und Attraktivität im Frauensport. Der ständige Konkurrenzkampf im sportlichen Umfeld dieser Pb hatte neben negativen psychischen Auswirkungen auch förderlichen Einfluß auf ihre Leistungsbereitschaft und ihren Leistungswillen. Damit war jedoch ebenso ein hohes Maß an Streßpotential verbunden. *Leistung und Attraktivität sind im Frauensport eng miteinander verwoben* (Alfermann 1993).¹ Der Leistungsgedanke und seine Auswirkungen auf Verhaltensstrategien von Frauen nimmt auch in Kategorie 1 des identitätstheoretischen

¹ Alfermann (1993) befaßt sich mit sozialen Prozessen im Sport. Soziale Kategorien, wie Geschlecht, Hautfarbe, ethnische Abstammung sind Determinanten und manipulieren die Wahrnehmung. Hierzu gehören auch stereotype Rollenerwartungen in Verbindung mit dem Geschlecht. Zu den normativen Erwartungen, mit denen Frauen im Leistungssport konfrontiert werden, gehört z.B., daß sie attraktiv und schön sein müssen. In vielen Berichterstattungen von Wettkämpfen findet man solche antizipierten Auffassungen bestätigt.

Ansatzes eine herausragende Stellung ein (Stahr et al. 1995, S. 77). Das Leitbild eines leistungsfähigen Individuums wird in der heutigen Gesellschaft hoch bewertet. Dies gilt in besonderem Maße für den Bereich des Sports. Bemerkungen von Trainern und MitsportlerInnen oder Zuschauer bezüglich der Figur einer Athletin unterstreichen diese Hypothese. Mehr oder weniger bewußt oder beabsichtigt können sie ein immer größer werdendes Wirkungsgefüge aufbauen, das die Athletin kognitiv und emotional verarbeiten muß. Irgendwann aber kann eine relativ kleine Bemerkung "das Faß zum Überlaufen bringen". Metaphorisch gesprochen erzählt die Pb selbst, sie vergleiche diese Situation mit einer kleinen Verletzung, die lange Zeit unbehandelt bleiben kann, nicht aber, wenn sie sich entzündet. Eine zu Eßstörungen neigende Leistungssportlerin besitzt nur eine dünne Haut. Wenn sie verletzt wird, liegt eine offene Wunde vor.

- Ja, wenn du die Leichtathletinnen so siehst, heute, die haben doch oben nichts. So im Vergleich mit anderen. Da haben mir die Trikots damals nicht gepaßt. Und ich wollte ja auch nicht so eine große Größe nehmen. So (mit der Hand gestikulierend), um nicht irgendwie da so raus zu fallen.

Die Pb paßte nicht so recht in das Bild der zierlichen Turnerin oder der leptosomen Läuferin. Sie bestellte sich sogar Trikotsgrößen, die ihr eigentlich zu klein waren, weil sie bei deren Bestellungen nicht auffallen wollte.

Das Bild der Leichtathletin des 21. Jahrhunderts zeigt einen athletischen, schlanken, maskulinen Typ mit wenig Busen. Es handelt sich um einen immer leistungsbereiten, gut gestylten Body. Auch an dieser Stelle taucht wieder die Abhängigkeit des Subjekts von gesellschaftlichen Leitbildern auf. Solange die Pb durch Leistungen überzeugen konnte, solange konnte sie ihre Unsicherheit in bezug auf ihre Physis ausgleichen. In dem Moment aber, da ihr auch dieser Boden durch andere gesellschaftliche Anforderungen und Erwartungen weggezogen wurde, blieb ihr kein Halt mehr. Solange die Pb sportlich aktiv war, konnte sie figürliche Mängel mit trainingstechnischen Mitteln ausgleichen. Sie selbst sagt, sie hätte ihre Figur und ihr Gewicht lange Zeit im Griff gehabt (vor ihrer ersten Ehe).

- Also das war immer unbewußt. Ich hab dadurch, daß ich den Sport gemacht hab, alles in den Griff gekriegt, eigentlich (mit dem Gewicht).

Der Sport wurde in diesem Fall also auch dazu benutzt, dem gängigen Schönheits-, Schlankheits- und athletischem Leistungsideal zu genügen. Die Kontrolle über den eigenen Körper gab der Pb das Gefühl von Stärke. Zu Beginn ihrer Lauf-Karriere konnte sie mit den

Ernährungs- und Trainingsanweisungen ihres Trainers noch gut umgehen. Sie war imstande, diese Hinweise zu ihrem Vorteil zu nutzen.

- Ich war bereit, mehr zu trainieren, um abzunehmen. Das schon. Aber ich bin natürlich dann auch besser geworden dadurch.
- ... da hab ich gesagt, ich lauf doch jetzt schon mehr und so ... dann hat er gesagt, du mußt auch aufpassen, auf dein Essen. Und ich wollte ja auch abnehmen. Also nein, das hat mich nicht gestört, daß der das gesagt hat.

Frauen sollen nicht nur leisten, sie sollen auch noch schön sein.

- ... und vorher waren die Eßprobleme auch da, aber das war einfach sportbedingt. Also, daß ich eben nicht dicker werden wollte als die anderen. Und hab gemerkt, das reicht nicht aus, nur gute Leistungen zu bringen. Als Frau mußt du auch noch gut aussehen ...

Bei diversen Sportveranstaltungen wird auch die Pb mit dieser Art von "Voyeurismus" konfrontiert.

- ... ich bin auch einmal aufgestanden und hab gesagt, sie möchten bitte ihren Mund halten. Da bin ich zu dem (Zuschauer) hin und hab gesagt, sie stören mich! Sie geben da irgendwie Kommentare ab. Und dann hat der Starter ihn aufgefordert, daß er doch bitte ruhig sein soll. Da war ich natürlich schon gehemmt irgendwie; aber ich bin trotzdem noch gut gelaufen. Aber trotzdem, das hat mich schon sehr angewidert. Das war die negative Seite im Sport. So da dann auf dem Präsentierteller zu stehen und rein optisch auch begutachtet zu werden.

Wie in Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes postuliert, sind Eßstörungen Ausdruck eines aus der Balance geratenen Identitätsbildungsprozesses (Stahr et al. 1995, S. 79). Normalerweise sollte ein Individuum mit einem gesundem Selbstbewußtsein mit den hier beschriebenen Phänomenen umgehen können. Eine aus der Balance geratene junge Frau, die sich in einer emotional unsicheren Beziehung befindet, hat jedoch große Schwierigkeiten bei der Konfrontation mit solchen Erlebnissen. Der Busen, Symbol der Weiblichkeit, ist im Leistungssport eher hinderlich. Folglich fällt es einer Sportlerin sehr schwer, sich mit einer solchen Körperausstattung abzufinden. Sie lehnt sich selbst ab. Weibliche Rundungen werden durch Ausdauertraining, Kraft- und Muskelaufbautraining zu kaschieren versucht. Der Körperfettgehalt soll so gering als möglich sein.

Der Konflikt zwischen Leistungsanforderungen im Sport, trainingsbedingten Veränderungen des Körpers und dem gesellschaftlichen Bild vom fraulichen Körper entwickelte sich bei der Pb schon relativ früh. Im Alter von 10/12 Jahren hat die Pb geturnt. Der Trainer konnte sie

gut motivieren und herausfordern. Eigentlich machte ihr das Turnen Spaß. Aber schon bald fiel ihr auf, daß sie etwas kräftiger im Körperbau war als ihre Turnkameradinnen.

- ... und der hat mich total gepowert auch. Und hat auch gemeint, ich müße jetzt mehr trainieren. Und das wollte ich dann nicht. Und ich bin auch einfach zu kräftig gewesen, für eine Turnerin.
- ... ich hab das gemerkt, die anderen waren alle klein und zierlich und ich war schon immer ein bißchen kräftiger.

Die Pb fühlte sich wegen ihrer weniger zierlichen Statur fehl am Platz. Aus diesem Grund wechselte sie zur Schwimm-Mannschaft in der Schule. Aber das spezielle Schwimmtraining führte dazu, daß die Pb noch mehr an Rücken- und Brustmuskulatur ausbildete.

- Und dann bin ich von der Schule aus zum Schwimmen. Da gab es eine Schulmannschaft. Aber da bin ich natürlich noch breiter geworden.

Durch ihr körperliches Potential hatte die Pb sehr gute Anlagen, in hohe Leistungsklassen vorzudringen. Einerseits konnte sie ihre Lust an Bewegung ausleben, sich aber andererseits anderen gegenüber hervortun. Dieses Image geriet jedoch in dem Moment ins Wanken, als sie den üblichen physischen Normwerten der jeweiligen Sportarten nicht optimal entsprach. Als sie eine ehemalige Diskuswerferin kennenlernte, die mit ihrer üppigen Erscheinung einen bleibenden Eindruck bei der Pb hinterließ, konnte diese ehemalige Athletin das junge Mädchen überzeugen, sich einem Leichtathletik-Verein anzuschließen. Schnell erkannte der dortige Trainer ihr Talent. Er erklärte ihr aber, sie müsse immer mehr machen als die anderen. Mit dieser Forderung stellte er die Pb schon relativ früh aus der Reihe der übrigen Kaderathleten heraus. Sie bekam das Gefühl, etwas besonderes zu sein, und das gefiel ihr. Ihre Individualität wurde genährt und gefördert. Die Pb lernte, daß sie zwar begabt ist, aber auch dazu neigt, zu dick zu werden für eine Läuferin, wenn sie nicht auf ihre Ernährung achtet.

- Du bist begabt, aber du mußt immer mehr machen. Und das hat mir total Spaß gemacht ... und vor allen Dingen, weil er gesagt hat, ich müßte immer einmal oder zweimal mehr machen.
- ... er hat mir gleich gesagt, du mußt immer zweimal mehr machen, damit du abnimmst. Er sagte, du bist begabt, aber du mußt immer mehr machen.

Die Identifikation mit diesem Bild der sehr leistungsfähigen, opferbereiten jungen Sportlerin fiel der Pb zunächst nicht schwer. Sie arbeitete hart, sowohl im Training als auch an ihrem Eßverhalten. Durch ihre Sonderaufgaben im Training verhinderten Trainer und Schützling, daß sie nicht an Gewicht zulegte. Gleichzeitig wurde sie schneller bei den Läufen. Im Gegensatz zur populären Meinung, daß *dünn sein* grundsätzlich von Trainern unterstützt oder

gar gefördert würde, spricht die Tatsache, daß man damals ein magersüchtiges Mädchen aus dem Leistungskader der Pb ausschloß. Sie wurde zu dünn und hatte keine Kraft mehr für das harte Training. Die Konfrontation mit diesem Erlebnis, das Verbot, daß die Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine selbständigen Diäten machen durften, hinterließ bei den anderen Mitglieder dieser Gruppe einen nachhaltigen Eindruck.

- Im Augenblick, wo ich dann viel trainiert hab, hab ich halt auch mehr Hunger gehabt. Aber ich wollte nicht zunehmen. Wir hatten eine in der Gruppe, die war magersüchtig und die durfte nachher nicht mehr mittrainieren ... die ist also nicht mehr gefördert worden, vom Verband aus. Das haben wir mitgekriegt. Und das war ganz schön schlimm für uns. Die konnte überhaupt keine Leistung mehr bringen. Und wenn wir irgendwo in der Richtung auch so 'ne Kur machen würden oder Diäten machen würden, dann würden wir fliegen, weil das wollten die nicht, daß da jetzt noch mehr so was läuft ...
- ...o.k. Diäten durfte man keine machen (Landeskader), weil wir uns ausgewogen ernähren sollten, um Leistungen zu bringen. Und ich hab gemerkt, wenn ich anfangs mit dem Spucken und so weiter, das war eher so, daß ich immer Hunger hatte. Ich wußte nicht, wie das funktioniert, das Ganze. Manchmal hab ich so viel gefuttert, daß mir furchtbar schlecht war; und dann hab ich gespuckt, das war dann so 'ne Folge ...

Hypothese 4: hohe Leistungsanforderungen an sich und das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung. In diesem Fallbeispiel kommt dem Leistungsgedanken eine dominierende Stellung zu. Die Pb beschreibt sich selbst als sehr ehrgeizig.

- Also ich war immer sehr ehrgeizig und hab auch alles immer sehr extrem betrieben.

Die Pb setzte klare Prioritäten. Ihre Lebensphilosophie wurde durch die beiden Lebensbereiche Leistungssport und Religion bestimmt. Die hier geltenden Regeln und Normen sind klar umrissen und formulierbar. Das Streben nach Anerkennung durch Leistung oder Anerkennung durch Pflichterfüllung sind integrative Bestandteile beider Systeme. Bis zur Heirat gab es für die Pb eigentlich keine unlösbaren Probleme mit diesen Anforderungen und Wertemaßstäben. Auch die Erwartungen und Ziele, die sie selbst hatte, waren kongruent mit dem Normsystem ihres Umfeldes. Die Konfrontation mit einer magersüchtigen Athletin im eigenen Kader ließen die Pb auf den Zusammenhang zwischen Leistungsfähigkeit und Ernährung noch aufmerksamer werden.

- ... zu Anfang war das mit den Eßstörungen eher sporadisch. Es war nie durchgängig. In dem Augenblick, wo ich dann viel trainiert hab, hab ich halt auch mehr Hunger gehabt. Aber ich wollte nicht zunehmen.

Seit ihrer Kindheit war der Pb bewußt, daß sie dazu neigt, bei entsprechendem Training viele Muskeln anzusetzen. Auch mußte sie mehr auf ihr Gewicht achten als ihre Mitsportler. Das Hauptaugenmerk jedoch lag auf dem alles bestimmenden Ziel, gute Laufleistungen zu bringen. Durch das negative Beispiel der magersüchtigen Sportkameradin war die Pb erstmals verunsichert. Einerseits sollte sie nicht zu dick werden, andererseits durfte ihre Diät nicht zu offensichtlich sein. Sie hatte Angst davor, ebenfalls gerügt und vom Sport suspendiert zu werden. So versuchte sie mit einem bulimischen Verhaltensmuster ihre Ängste zu kompensieren. Bulimie, so die Pb selbst, sei mehr heimlich. Magersucht aber könne auf Dauer nicht im Verborgenen bleiben und würde mit der Zeit offensichtlich werden. Immer bessere Leistungen bringen zu können, stand für sie im Vordergrund ihrer Motivation sportlichen Engagements. Sie versuchte, ihre Ängste dadurch zu bewältigen, daß sie im Geheimen ihr Essen wieder ausspuckte. Denn sie wollte ja weiter trainieren dürfen. An dieser Stelle zeigt sich eine Überlagerung mit Kategorie 1 des Identitätstheoretischen Ansatzes. Denn auch hier handelt es sich offensichtlich um die Ambivalenz zwischen Individualität und Gleichartigkeit, um den Kampf zwischen Regularien und der Beschäftigung mit diesen Normwerten und der eigenen Anschauung und Meinung.

- Zuerst war das ja eher so in die Richtung, daß ich gespuckt hab. Das hat ja nie jemand mitgekriegt. Und ich denke, in dem Augenblick, wo du magersüchtig bist, da siehst du das ja sicher erst bei den Leuten. Und das ist ja der Vorteil beim Spucken, in Anführungszeichen, oder auch Nachteil, daß du das so gut kaschieren kannst, weil das überhaupt keiner mitkriegt.

Mit ihrer Nahrungsverweigerung wollte die Pb ihrer Umwelt etwas mitteilen. Durch einen dünnen, zarten, gebrechlich erscheinenden Körper sollten die anderen auf sie aufmerksam werden. Weil sie nicht fähig war, sich auf verbale Weise zu artikulieren, geschah dies mit Hilfe des Körpers.

- Ich hab dann das (Sport) sehr extrem betrieben, hat mir Spaß gemacht und die Probleme zu Hause wurden immer stärker. Und ich denk, dadurch, daß was vorher eben nur ab und zu mal war, mit dem Spucken und, oder nicht essen und so weiter, das war dann so massiv, das ging dann aber auch in die Phase ein, daß ich gesagt hab, o.k. umbringen will ich mich ja eigentlich nicht, aber wenn ich dabei irgendwie so 'nen Schlußstrich ziehe, so, das wäre auch in Ordnung gewesen.

Obwohl die Pb mit ihren anscheinend nicht optimalen Körperproportionen hervorragende Leistungen vollbrachte, blieb sie doch verunsichert.

- ... ich hab erst spät meine Periode gekriegt, durch den Sport sicherlich bedingt. Und ich hab so gedacht, gerade in dieser Phase, weil ich ja immer kräftiger war als die anderen, mit 18/19,

daß ich nicht noch mehr Busen kriegen will oder noch irgendwie kräftiger werden will. Ich denk, sicherlich bedingt durch den Sport, weil die anderen eben doch anders aussahen.

Wie auch in Kategorie 4 des Identitätstheoretischen Ansatzes geht es hier um einen bedeutsamen Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung: um die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensentwurf und die soziale Zugehörigkeit (Stahr et al. 1995, S. 87). Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er braucht die Bestätigung von außen. Selbstbewußtsein entwickelt sich nicht isoliert und unabhängig vom Umfeld. Auch wenn Leistungen erbracht werden, die gesellschaftlich anerkannt und sogar objektiv meßbar sind, wie dies im Leistungssport der Fall ist; es gibt trotzdem keine Garantie für gesellschaftliche Akzeptanz, Respekt und Anerkennung.

Die Unzufriedenheit und Unerfülltheit, die Liebes- und Anerkennungssucht der Pb, die sie in der Beziehung zu ihrem Mann in ihrer ersten Ehe und in ihrem sozialen Umfeld suchte, führte zu einer tiefen Traurigkeit und Melancholie bis hin zu Depressionen und Suizidgedanken. Der Körper wurde zum Angriffspunkt und Austragungsort seelischer Grausamkeit gegenüber dem eigenen Ich. Die Physis hatte hier nicht nur die Funktion als Ausdruck von Leistung, Vitalität und Selbstbestätigung. Durch und mit dem Körper wurde eine negative Lebenseinstellung vermittelt. Für die Pb änderten sich die Bedingungen der Verwirklichung von Zielen. Es wird deutlich, daß sie mit ihrer Magersucht ihrer Umwelt eine Verweigerung des Akzeptierens bestimmter Normen und Wertmaßstäbe zu verstehen geben wollte. Mit diesen existenziellen Problemen war die Verunsicherung der Pb so groß, daß sie den Sport als Kompensation für ihren inneren Kampf mit sich selbst und den Kampf mit der Umwelt benutzte. Zu diesem Zeitpunkt war sie außerstande, ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen zu erkennen und umzusetzen. Sie verirrte sich in eine Spirale aus trainieren, nicht essen, dünn werden, trainieren, körperlich schwächer werden ...

- Ich hab mehr trainiert, weniger gegessen und hab dann irgendwie Ziele gehabt, hab dann gesagt, ich will die Handball-EM noch mitmachen ...
- Ich hab dann beides gemacht, Leichtathletik und Handball, und der Erfolg war, daß ich eben so abgenommen hab, und daß ich nachher eben keine Kraft mehr hatte.

In der akuten Phase ihrer Magersucht beschloß die Pb, sich in einer psychosomatischen Klinik professionelle Hilfe zu holen. Als sie sich im Verlauf der Therapie zeichnen sollte, spiegelte dieses Bild ein unrealistisches Erscheinungsbild ihrer Körpergestalt wider. Sie sah sich viel dicker als sie in Wirklichkeit war. Doch zuviel will die Patientin, trotz Krankheits-Einsicht, nun doch nicht zunehmen. Auch während des Klinikaufenthalts trieb sie regelmäßig Sport,

ging joggen, machte Ausdauer- und Tempoläufe. Es fiel ihr sehr schwer, eine Gewichtszunahme über ein selbst definiertes Limit hinaus zu akzeptieren.

- Ich bin auch in der Klinik gejoggt und hab Läufe und so was gemacht, einfach für mich. Weil ich wußte, ich brauche das. Eigentlich auch, um nicht zuzunehmen. Ich wollte ja nicht irgendwie wer weiß wie zunehmen. Also ich denk, die Ursache ist nicht behoben. Die Ursache kann ich auch nicht irgendwo sagen, woran das liegt.

Hier gab die Pb offen zu, daß sie ihre Läufe wiederum dazu benutzte, um nicht über ein bestimmtes Maß hinaus an Gewicht zuzulegen. Nach ihrer Entlassung aber schaffte sie es, die Personenwaage abzuschaffen, dieses Symbol der Tyrannei, das schon morgens über die Laune und die bevorstehenden Trainingseinheiten bestimmte.

- Ich hab schon angefangen wieder zu essen (in der Klinik). Ich hab da schon zugenommen, ich glaub, vier Kilo hab ich da zugenommen gehabt. Und hab dann – das war das erste, die Waage zu Hause abgeschafft. .

Essen war seit ihrer Kindheit nicht mit Lust verbunden. Sie konnte dadurch, daß sie den Teller leer aß, Anerkennung und Lob erhaschen. Essen war Mittel zum Zweck, die brave und gut funktionierende Tochter zu demonstrieren. Es erscheint widersprüchlich, wenn die Pb in einer anderen Lebensphase Nicht-Essen dazu benutzt, eine Art Gegenwehr darzustellen. Für sie war es nun eine Form des *Nein-sagens*, eine Form ihrer Verweigerung gegenüber den gesellschaftlichen Gepflogenheiten. Mit ihrer dünner werdenden Erscheinung gab sie kund, daß sie nun nicht mehr funktionieren wollte wie bisher. Eine offene Auseinandersetzung mit den Normen ihrer Umwelt als effektivere Lebensstrategie hatte sie nicht gelernt.

7.2.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 2

Skala	Summen- score	Selbstkonzept		
		negativ	neutral	positiv
FSAL (Leistungsfähigkeit)	44	10	30	40
FSAP (Problembewältigung)	23	10	30	40
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	22	6	18	24
FSSW (Selbstwertschätzung)	35	10	30	40
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	15	6	18	24
FSST (Standfestigkeit)	51	12	36	48
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	29	6	18	24
FSWA (Wertschätzung durch andere)	15	6	18	24
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	18	6	18	24
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	27	6	18	24

Abb. 4: FSKN-Profil von Pb 2

Auch im Falle von Pb 2 liegen die Ergebnisse für die Parameter FSAL, FSAP, FSVE und FSSW im Normbereich. Obwohl der Summenscore für Standfestigkeit (FSST) weit über dem Standard liegt (51), stellt sich im Interview heraus, daß der Pb sehr viel an der Meinung und Wertschätzung anderer liegt. Dieses Ergebnis wird durch den niedrigen Summenscore (15), für die Wertschätzung durch andere (FSWA) unterstützt. Auch der Skalenwert für Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG) korreliert mit dem Selbstbildnis in bezug auf die Wertschätzung durch andere. Beziehungen zu Menschen ihrer nächsten Umgebung sind für die Pb von großer Bedeutung. Für die Achtung und den Respekt von anderen aber glaubt sie Erfolge vorweisen, darum kämpfen zu müssen. Dazu gehören sowohl sportliche Leistungen, die Erfüllung von Rollenerwartungen und ebenso die körperliche Attraktivität. Daß Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen (Hypothese 2) und Diskrepanzen mit gesellschaftlichen Rollenvorstellungen (Hypothese 1) Ursachen für ihre Eßstörungen waren,

kann mit den Ergebnissen der Selbstkonzeptskalen untermauert werden. Für die Pb sind sportliche Leistungen meßbar und durch Training und Willen steuerbar. Die Strukturen sozialen Zusammenlebens aber scheinen ihr eher undurchsichtig. Die Ideale des Leistungssports (z.B. Erfolg und Ehre) sind nicht kongenial mit den gelebten Werten und Normen des außersportlichen Umfeldes. Somit liegt der Schluß nahe, daß Pb 2 ohne die Stütze ihres Sports, noch mehr Schwierigkeiten im gesellschaftlichen Leben gehabt hätte. Auf ihre physischen Stärken aber konnte sie sich verlassen. So erhielt sie die gewünschte Aufmerksamkeit, Lob und Anerkennung durch andere.

7.3 Fallbeispiel 3

7.3.1 Zur Biographie der Pb 3

Pb 3 wurde 1969 in Wilhelmshaven geboren, in der Stadt, in der ihre Eltern die meiste Zeit ihres Lebens verbrachten. Der Vater war Berufssoldat, Kapitän bei der Marine. Seit seiner Pensionierung 1995, schreibt er für die Sportredaktion einer Lokalzeitschrift, zeichnet und entwirft Layouts für Unternehmen, Immobilien -und andere Firmen. Die Mutter ist gelernte Krankengymnastin. Sie unterrichtet außerdem Gymnastik und Sport. Der einzige Bruder, Jahrgang 1965, studierte Betriebswirtschaft. Als Volkswirt war er Mitarbeiter des Wirtschaftsmagazins *Impulse*. Mit seiner Lebenspartnerin lebt er in der Nähe von Bonn. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat er keine feste Anstellung, sondern arbeitet als freier Journalist. Aufgrund der Bundeswehr-Tätigkeit des Vaters mußte die Familie sehr oft ihren Wohnort wechseln.

1981, als die Pb 12 Jahre alt war, zog die Familie von Wilhelmshaven nach Bonn. Dort verbrachte sie ihre Schulzeit, bis zum Abitur 1988. Schon als Kleinkinder sind die Sportarten Tennis und Skifahren Bestandteil des Lebens der beiden Geschwister. Die Pb war Mitglied im Tennis- Turn- und Schwimmverein.

Mit drei Jahren lernte sie das Skifahren. Mit sechs Jahren begann die Pb Tennis zu spielen (1975). Auch die Eltern spielten regelmäßig Tennis und Hockey. Nach kurzer Zeit schon wurde Tennis als Leistungssport betrieben. In einer Mädchen-Mannschaft spielte die Pb in der Verbandsoberrliga. Trainiert wurde 5 mal in der Woche. An den Wochenenden fanden die Turniere statt.

Nach dem Abitur (1988) ging die Pb nach Mannheim, um eine Ausbildung als Krankengymnastin zu absolvieren. In dieser Zeit nahm die Pb 12 kg an Gewicht zu. Mit einer Größe von 172 cm wog sie meist 58-60 kg; daraus wurden in Mannheim etwa 72 kg. Als Schülerin der Krankengymnastikschule blieb nur wenig Zeit für sportliche Aktivitäten. Tennis konnte nicht mehr leistungsmäßig betrieben werden. Sie spielte nur noch an den Wochenenden, ohne Turnierambitionen. Ihre engen sozialen Verbindungen waren der Hauptgrund dafür, daß sie sich für das Anerkennungsjahr zur KG wieder nach Bonn bewarb. Die Rückkehr erfolgte 1990. Auf einer Waage im Tennis-Center ihres alten Clubs stellte sie mit Entsetzen fest, daß sie über zehn Kilogramm zugenommen hatte. Nach diesem Schlüsselerlebnis beschloß die Pb, von nun an eine strenge Diät einzuhalten. Dazu gehörte vor allem der absolute Verzicht auf Süßigkeiten. Auch gegen ihre konditionellen Defizite wollte die Pb etwas unternehmen. Aber sie wollte unter allen Umständen abnehmen.

In Bonn absolvierte sie nun ihr Anerkennungsjahr, bevor sie zur Abschlußprüfung, dem Examen zur Krankengymnastin, zugelassen werden konnte. Etwa zur gleichen Zeit, als die Pb nach Bonn zurückkehrte (1990), zogen ihre Eltern wieder nach Wilhelmshaven.

In ihrer alten Heimatstadt versuchte die Pb, an frühere sportliche Betätigungen und Leistungen anzuknüpfen. Sie spielte wieder 2-3 mal pro Woche, jeweils 1-2 Stunden Tennis. Außerdem begann sie mit einem regelmäßigen Lauftraining. Diese Ausdauereinheiten dauerten 45 - 60 Minuten.

Schon nach drei bis vier Monaten hatte die Pb 13 kg abgenommen. 60 kg, die sie sich persönlich als Zielgewicht vorgenommen hatte, waren erreicht.

Die Pb arbeitete etwa zwei Jahre als Krankengymnastin in einer Praxis in Bonn. Danach (1992/93) entschied sie sich, für ein Jahr zu ihren Eltern nach Wilhelmshaven zu gehen. In diese Lebensphase zeigten sich bereits erste Eß-Verhaltensstörungen. In Wilhelmshaven wohnte sie im Elternhaus. Sie trainierte 6-7 mal in der Woche. Sie lief fast jeden Tag und sagt von sich selbst, daß sie im *Lauffieber* gewesen sei. Nebenbei spielte sie wieder Tennis in einer Mannschaft. An Silvester 1992/93 lernte sie einen jungen Mann kennen, mit dem sie ungefähr ein Jahr lang eine Beziehung hatte. Da er in Münster studierte, sah sich das Paar meist nur an den Wochenenden.

Im Januar 1993 hatte die Pb noch 60 kg; im März '93 waren es 55 kg, und im August '93 brachte sie nur noch 50 kg auf die Waage.

Unter der Woche ernährte sich die Pb nur von Rohkost und Obst. An den Wochenenden spielte sie ihrem Freund ein *normales* Eßverhalten vor. Das ging aber nur deshalb, weil sie die Woche über gefastet hatte und sich an zwei Tagen in der Woche ein anderes Ernährungsverhalten erlaubte. Die Pb macht eindeutig ihre Eßstörungen und ihren Laufdrang für das Ende dieser ersten, längeren Beziehung verantwortlich. Ihre Eßgewohnheiten, ihr unnachgiebiger Trainingswille waren Anlaß von Streitereien, die zur endgültigen Trennung führten.

Da es nach dieser Trennung für die Pb keinen ausreichenden Grund mehr gab, zumindest an den Wochenenden, zusammen mit dem Partner zu essen, hungerte sie nun permanent.

Die Zeit in Wilhelmshaven war für ein Jahr vorgesehen. Der Umzug nach Bonn erfolgte dementsprechend planmäßig 1994. Ihre Wohnung hatte sie nicht gekündigt, denn ihr Bruder konnte sie zwischenzeitlich nutzen. Die Pb hatte weiter abgenommen und wechselte den Wohnort mit einem Gewicht von nur noch 43 kg. Das heißt, sie hatte in Wilhelmshaven etwa 17 kg abgenommen. In diesem Lebensabschnitt befand sie sich bereits im *Trainings- Sport- und Bewegungsfieber*. Ihr Laufpensum betrug 1,5 Stunden am Tag, 6-7 mal in der Woche.

Auch Tennis spielte sie wieder aktiv. Hinzu kamen Aerobic-Stunden in einem Fitneß-Studio, wo sie außerdem an den dort zur Verfügung stehenden Kardio-Geräten trainierte. Mittlerweile war die Magersucht in ein akutes Stadium getreten. Sie fühlte sich oft müde und ausgelaugt. Die Pb erkannte, daß sie ein gravierendes Problem hatte und entschied sich freiwillig zu einer ambulanten Gesprächstherapie. Die behandelnde Ärztin diagnostizierte eine *Anorexia nervosa*. Ihr physischer und psychischer Zustand verschlimmerte sich zusehends. Zur Therapiestunde mußte die Pb ihre Waage selbst mitbringen. Hatte sie bei der Gewichtskontrolle das vorgeschriebene Sollgewicht nicht erreicht, wurde ihr die Therapie verweigert. Nach den Besuchen bei ihrer Ärztin bekam die Pb regelmäßig *Freßanfälle*.

Im Fitneß-Studio lernte sie Triathleten kennen. Auf diese Weise kam die Pb 1994 zum Triathlon-Sport, den sie dann auch leistungsmäßig ausübte. Nach eigener Aussage nahm sie an vielen Wettkämpfen teil, mit einem Gewicht von 40-42 kg. Sportlich betrachtet war das Jahr 1994 ihr intensivstes Triathlon-Jahr. Viele Wettkämpfe und noch viel mehr Training standen auf dem Programm. Der Trainingsumfang belief sich auf mindestens 3-4 Stunden pro Tag. In der Woche kam sie auf vier Stunden Schwimmtraining und absolvierte jeden Tag ein Lauftraining, zwischen 1-1,5 Stunden. Hinzu kamen die Radeinheiten, 3 mal pro Woche über jeweils 1,5-2 Stunden. Im Sommer war das Training, wegen der längeren Radeinheiten, noch zeitintensiver als im Winter. Dafür aber erhöhte sie im Winter ihr Laufpensum. Auch war ihr im Winter oft zu kalt, um mit dem Rad im Freien zu trainieren.

Da sich die Pb selbst nicht mehr wohl fühlte, sich in einer für sie ausweglosen Situation erkannte und sich außerstande fühlte, alleine einen Ausweg aus diesem Zustand zu finden, entwickelte sie den unbedingten Willen, in eine Klinik eingewiesen zu werden. Zu dieser Zeit bestand ihre tägliche Nahrungsration aus ein bis zwei Äpfeln und einer Tasse Cappuccino. Da es in einer näheren renommierten Klinik keinen freien Platz mehr gab, ging sie auch in eine sehr viel weiter entfernt liegende Klinik, um so schnell als möglich Hilfe erwarten zu können. In diesem Institut werden mit den Patienten sogenannte Gewichtsverträge ausgehandelt. Da es sich um ein noch relativ junges Projekt handelt, wurde der neue BMI (Body-Mass-Index) in die Gewichtsberechnungen miteinbezogen. Der BMI berücksichtigt unter anderem die Muskelmasse eines Menschen, was besonders für Sportler relevant ist.

Die Pb unterbrach ihre Ausbildung und verpflichtete sich zu einem stationären Klinikaufenthalt mit deren Therapie-Bedingungen.

Dem Vertrag nach war die Patientin verpflichtet, pro Woche 700 g zuzunehmen. Der Klinik-Aufenthalt beinhaltete drei Phasen: In Phase drei durfte man sich relativ frei bewegen. Wurden die geforderten 700 g zugenommen, war es der Patientin erlaubt, zwei Stunden am

Tag außer Haus zu gehen. Einen Nachmittag in der Woche stand zur freien Verfügung. Außerdem gehörte hierzu eine Bewegungstherapie, die regelmäßiges, leichtes Lauftraining beinhaltete. Weitere Angebote der Klinik bestanden aus Gruppen- und Einzeltherapie, Entspannungstherapie, Körperwahrnehmung und, je nach dem, in welchem Stadium sich der Patient befand, Bewegungs- und Sporttherapie.

Wurde das Sollgewicht nicht erreicht, durfte man sich in Phase zwei nur im Haus aufhalten. Gab es weiterhin Schwierigkeiten bei der Gewichtszunahme, trat Phase eins in Kraft. Dies bedeutete, daß sich die Patientin nur auf der Station bewegen darf. Für die Pb kam eine weitere Einschränkung in Phase eins hinzu: Sie durfte auch nicht mehr ihr Zimmer verlassen. Sie erreichte ihr Sollgewicht nicht. Fast drei Monate lang mußte die Pb in Phase eins mit Einschränkung verbringen.

Ihr gesamter Aufenthalt dauerte von Oktober 1994 bis Januar 1995.

Offiziell war in Phase eins kein Besuch erlaubt. Obwohl die Pb fast drei Monate ihr Zimmer nicht verlassen durfte, nahm sie nur vier Kilogramm an Gewicht zu. Mit 54,6 kg ließ sich die Pb auf eigenen Wunsch hin entlassen. Sie mußte unterschreiben, daß sie das ausgerechnete Sollgewicht (58 kg) nicht erreicht hatte, sich aber trotzdem stark genug fühlte, um nicht weiter abzunehmen. Wieder in Bonn nahm die Pb die begonnene ambulante Therapie wieder auf.

Was das sportliche Engagement betrifft, so entschied sich die Pb für ein sportliches Trainingspensum von 3 mal in der Woche, dosiert und in Maßen. Sie entschied sich gegen jegliche Art von Wettkampfsport. Das betraf auch den Triathlon.

Nach dem Klinik-Aufenthalt konnte die Pb ihre Ausbildung als Krankengymnastin mit Erfolg abschließen.

Nachtrag. In der Praxis in Bonn, in der die Pb als Krankengymnastin seither arbeitet, lernte sie 1995 ihren jetzigen Lebenspartner kennen.

Ihre Ernährung kann zwar noch immer nicht als *normal* bezeichnet werden, aber sie isst nicht zu wenig. Die Mahlzeit am Mittag wird noch immer gemieden. Warme Mahlzeiten gibt es, wenn überhaupt, dann nur am Abend. Das Mittagessen stellt nach wie vor ein Problem dar. Die Hauptmahlzeit wird am Abend genommen, meist zusammen mit ihrem Freund. Beide gehen öfter zusammen joggen. Seit einiger Zeit haben sie ein gemeinsames Hobby entdeckt, in das sie gerne viel Zeit und Mühe investieren: Fallschirmspringen. Da hierzu eine besondere Form der Organisation notwendig ist, sind viele Wochenenden für entsprechende Trainingsmöglichkeiten ausgebucht. Während der Woche läuft die Pb noch regelmäßig, so oft

es ihr die Zeit erlaubt; Tennis spielt sie nur noch sehr selten. Sie trainiert wieder regelmäßig in einem Fitneß-Studio, da sie dort auch wetterunabhängig Ausdauer und Kraft kombinieren kann. Auch beruflich hat die Pb eine Karriere gestartet. Seit Januar 1995 ist sie stellvertretende Leiterin eines Rehabilitationszentrums in Bonn.

7.3.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 3

Hypothese 1. Im Fallbeispiel drei wird deutlich, daß die Pb sehr hohe Anforderungen an die eigene Person stellt. Ihre Leistungsorientierung macht sich in allen Lebensbereichen bemerkbar. Ihr Streben nach Perfektionismus und ihr überhöhtes Anforderungsprofil, sowohl im sportlichen Bereich (Tennis, Triathlon) als auch in bezug auf die berufliche Karriere, führten bei der Pb letztendlich in eine Sackgasse, aus der sie alleine nicht mehr herauskam. Die Eßstörungen von Pb 3, in Verbindung mit ihren extremen sportlichen Aktivitäten, lassen sich demnach auf einen sehr hohen Leistungsdruck und ein großes Streben nach Perfektionismus zurückführen.

Hypothese 2. Der häufige Wohnortwechsel, die damit verbundenen Trennungen von Freunden und somit die Störung des sozialen Netzes kann als weiterer Faktor zur Entwicklung der Eßstörungen im Fall von Pb 3 angesehen werden. Gerade in einem kritischen Alter wurden vertraute Beziehungen getrennt oder unterbrochen. Einerseits entstand dadurch eine großes Bedürfnis nach sozialen Kontakten, andererseits aber hatte die Pb Angst davor, sich auf tiefere Bindungen einzulassen.

Hypothese 3. Die Eßstörungserkrankung der Pb 3 ist auch das Resultat von Identifikationsproblemen mit ihrer Geschlechtsrolle. Nicht-Essen kann als Demonstration von Stärke und Macht gedeutet werden. Dieses Bild von Stärke, Disziplin und Zielstrebigkeit benutzte die Pb in ihrer anorektischen Phase dazu, anderen Menschen etwas vorzuspielen. Ehemals selbstbewußt versuchte sie dieses Image mit verschiedenen Mitteln, vor allem aber mit extremen sportlichen Aktivitäten (Laufen, Triathlon, Fitneß, Aerobic), aufrecht zu erhalten. Ihre Eßstörungserkrankung war somit Ausdruck einer Identitätsproblematik, bestehend aus Unnahbarkeit, Scheinstärke und vorgespielder Emanzipation.

Begründung der Hypothese 1: Leistungsanspruch und Perfektionismus. Das Bestreben, gute Leistungen zu bringen, damit auch Respekt und Anerkennung zu ernten und im Mittelpunkt zu stehen, dominierten die Lebensführung der Pb. Der Leistungsgedanke und ihr

Hang zum Perfektionismus tangierten alle Lebens- und Identitätsbereiche. Sie orientierte sich am modernen Leitbild des *vollmobilen leistungsfähigen Einzelindividuums*. Dieser Aspekt ist auch ein Kernpunkt der Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, S. 77). Die Pb forderte von sich sowohl körperliche als auch geistige Fitneß. Neues zu erlernen und sich beruflich weiterzubilden, gehörten zu ihren Selbstansprüchen. Trotz großem zeitlichen Aufwand in Beruf und sportlichem Training belegte sie Kurse in der Volkshochschule. Sie zeigte ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle.

- ... und im Winter versuch ich eigentlich immer, - ich mach' Sprachen unheimlich gerne; in der Volkshochschule Kurse zu machen und so was nebenbei auch für'n Kopf, ist einfach was anderes.

Für eine renommierte Krankengymnastikschule mußte sie den Ort verlassen, in dem sie intensive soziale Bindungen hatte. Zwar fühlte sie sich voll ausgelastet in ihrer Ausbildung, sie war gefordert und konnte ihren kognitiven Ansprüchen genügen, aber das tägliche körperliche Training (Tennis), das ihr Leben bis dahin zum Großteil mitbestimmt hatte, wurde zu einer Randerscheinung. Nur noch an den Wochenenden, an denen die Pb nach Hause fuhr, fand sie Zeit zu einem Match. Langsam wurde sie eingeholt von der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, denn sie verlor gegen jüngere, unerfahrenere Spielerinnen. Auch konditionelle Mängel ließen sich nicht länger ignorieren. Die Pb wurde sich mehr und mehr ihres desolaten Trainingszustandes bewußt.

- Tja und irgendwann kam ich dann von M. wieder, und dann hab ich wieder angefangen zu trainieren und auf dem Platz – ich bin fast zusammengebrochen nach einer dreiviertel Stunde und da war eigentlich so der *Kick* so jetzt ...

Ein kurzentschlossener Gang auf die Waage im Heimatverein führte zu der Entscheidung, von nun an auf ihre Ernährung, ihre Figur und ihr Gewicht zu achten und vor allem auf Süßigkeiten zu verzichten.

- Und da (als die Pb ihre Ausbildung zur KG beendet hatte, wieder zurückkam nach B. und wieder regelmäßiger am Tennistraining teilnahm) ist mir da zum ersten Mal der Klick gekommen, um Gottes Willen! Und da hab ich mich auch mal gewogen, so auch nach Jahren wieder und hab echt einen Schock bekommen. Ich hab wirklich einen Schock bekommen. Und merkte auch, mein Gott, die Hosen hast du dir wirklich unbewußt größer gekauft. Und da hab ich mal so ein bißchen auf meine Eßgewohnheiten geachtet.

Die selbst auferlegte disziplinarische Strenge und Selbstkontrolle führten schon nach kurzer Zeit zum gewünschten Effekt. Innerhalb von drei bis vier Monaten hatte sie etwa zwölf kg abgenommen. Auch auf sportlicher Ebene konnte sie wieder Erfolge verbuchen. Sie steigerte

sich aber immer tiefer in ein abnormes, anorektisches Eßverhalten hinein. Eine Gewichtsabnahme förderte die Pb durch forciertes Tennistraining. Außerdem erhöhte sie ihren Trainingsumfang durch ein zusätzliches, regelmäßiges Lauftraining. Dieses wurde relativ schnell zu einem konsequenten triathlonspezifischem Ausdauertraining erweitert. Mittlerweile war die Pb sehr dünn geworden, und es traten plötzlich Konzentrationsschwächen auf. Ihr Examen zur Krankengymnastin war gefährdet. Die ehemals positive Energie und Disziplin hatte sich ins Gegenteil verwandelt und wurde zum Bumerang einer alles beherrschenden Gedankenwelt: Training-Abnehmen-Essenvermeidung. Wie in Kategorie 1 des Identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen (Stahr et al. 1995, S. 78) verselbständigte sich diese interne Gedankenwelt, und das ursprüngliche Ziel der Leistungssteigerung trat in den Hintergrund. In dieser Phase tauchten plötzlich Heißhungerattacken auf. Außerdem machten sich Ängste breit, nicht mehr mit Essen aufhören zu können. Eine solche Krankheitsanamnese in der Entwicklung einer Anorexia nervosa findet man durch viele Studien bestätigt. Anorektische Phasen und Zeiten mit Eßattacken wechseln sich ab, oder die jungen Frauen entwickeln bulimische Verhaltensweisen.

- ... das war ja nachher so eine Zeit auch, da mußte ich essen. Das fing auf einmal an. Ich mußte essen. Ich konnte nicht mehr stoppen. Alle sagten, ich solle in die Klinik gehen. Und ich hab gesagt, das mach' ich nicht. Ich hab noch Fortbildungen gehabt und so weiter, und beruflich war ich auch angestellt; ... aber ich hatte ja noch Prüfungen. Das muß sein, ich kann doch jetzt nicht in die Klinik gehen. Ja, das war meine eigene Welt, da kam keiner ran.

In ihrem bisherigen Leben war die Pb immer fähig gewesen, allen Ansprüchen gerecht zu werden, einschließlich derer, die sie selbst an sich stellte. Zu diesem Zeitpunkt aber, kurz bevor sich die Pb für einen Klinikaufenthalt entschloß, begriff sie, daß sie sich überfordert hatte.

- ... und ich hab irgendwann gesagt, jetzt ist Sense. Jetzt kann ich nicht mehr. Und alle haben erstmal aufgeatmet und prima und so – war mir auch vollkommen egal. Weil ich wußte, ich kann meinen Sport (Triathlon) nicht mehr machen, ich wußte, ich kann meine Fortbildung nicht machen, meine Prüfung und das zeigt sich alles, ich muß es verschieben.

Diese Symptome waren eindeutige Indizien für die überforderten Selbstansprüche der Pb. Sie versuchte über ein gestörtes Eß- und Bewegungsverhalten ihrer Orientierungslosigkeit in bezug auf eine Lebensperspektive auszuweichen. Für diese Hypothese spricht auch die Unfähigkeit, sich auf ein konkretes Lebensziel (z.B. Ausbildungsabschluß) zu konzentrieren (Kat. 1; Stahr et al. 1995, S. 78). Nach ihrem Klinikaufenthalt begann die Pb wieder, regelmäßig Sport zu treiben. Jedoch handelte sie nun selbstverantwortlicher. Sie entschied

sich gegen die Teilnahme an Wettkämpfen, um ihrem Ehrgeiz vorzubeugen, bzw. ihn auf andere Gebiete zu verlagern. Die Pb war nun fähig, in Maßen zu trainieren. In der Klinik hatte sie erfahren, daß ein Großteil der magersüchtigen Patientinnen mit überdurchschnittlich guten schulischen Leistungen aufwarten konnte. Ob bewußt oder unbewußt, die Menschen in der Umgebung talentierter Frauen nehmen meist an, daß diese Begabten ihren erfolgreichen Weg gehen werden. Diese Einstellung überträgt sich auf die talentierten Frauen. Niemand aber scheint ihre Furcht vor einem Scheitern zu bemerken. Auch Stahr et al. (1995, S. 78) sprechen von der Leistungsideologie anorektischer und bulimischer Frauen (und Männer). Sie zeigen in der Regel sehr gute schulische Leistungen, um im Sinne einer Pflichterfüllung ihre Umwelt zufrieden zu stellen. Dabei verlernen sie jedoch eigene Wünsche zu erkennen und umzusetzen. Die moderne Arbeitsmarktsituation bietet zwar erweiterte Handlungsspielräume für den Einzelnen (Kat. 3; Stahr et al. 1995, S. 81), doch oft sind die jungen Erwachsenen darauf nur mangelhaft vorbereitet. Auch Pb 3 wollte die Möglichkeit einer sehr guten Ausbildung an einer renommierten Schule nutzen. Und auch im Sport wollte sie weiterhin gute Leistungen bringen. Hinzu kam die Trennung von Familie und Freunden. Die Abnahme körperlicher Fitneß bei reduziertem Trainingseinsatz und die damit einhergehende Gewichtszunahme ergaben sich als resultierende Faktoren, mit denen sie lernen mußte, fertig zu werden.

- Ziele hatte ich, immer halt' die Beste zu sein, im Tennis;
- Ja und ich hab immer Leistungstennis betrieben, die ganzen Jahre und ziemlich viel trainiert. Und als ich nach M. ging, hab ich dann an sich ganz aufgehört, weil wir nur noch am Wochenende Tennistraining gehabt und Turniere gespielt haben. Und die Kleinen zogen immer an mir vorbei, mit 13, wenn dich da einer schlägt, das ist schon peinlich, also für mich war das immer hart ...
- Ja, das mit den Wettkämpfen, das mußte sein. Weil, das war immer irgendwo noch, ja ich weiß auch nicht, das war halt, wenn ich mal zuviel (gegessen)... dann kein Problem, ich hab ja Sport gemacht. Ja, es war, um mir irgendwas zu beweisen. Mein Ehrgeiz und meine Figur, klar, beides.

Prioritäten- und Motivationsveränderungen. Um sportliche Fähigkeiten umsetzen zu können, muß auch das Umfeld stimmen. Die Tennis-Damenmannschaft war für die Pb sehr wichtig. Diese Einstellung änderte sich jedoch in ihrer akuten anorektischen Phase. Hier war sie, wie sie selbst erzählt, um hundertachtzig Grad gedreht. Sie zog sich auch bei den Trainingseinheiten in sich zurück und trainierte hauptsächlich "alleine". Als die Pb ihre

Ausbildung zur Physiotherapeutin in einer anderen Stadt absolvierte und nur noch an den Wochenenden mit ihren ehemaligen Mannschaftskameradinnen Tennis spielte, als ihre sportlichen Leistungen schwächer wurden und jüngere Spielerinnen sie in der Rangordnung überholten, kam sie mit dieser Situation nicht mehr zurecht. Ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstachtung beruhten hauptsächlich auf der Basis sportlicher Erfolge. Auch ihr Körperbewußtsein hing damit zusammen. Plötzlich stellte sie fest, daß sie einiges an Gewicht zugelegt hatte. Lange Zeit war sie sich ihrer Figur gar nicht bewußt gewesen. Dann aber lenkten konditionelle Schwächen die Aufmerksamkeit auf Äußerlichkeiten. Mit dieser desolaten Situation war das Anspruchsdenken der Pb nicht mehr zu vereinbaren. Also beschloß sie, zunächst nicht mehr an Turnieren teilzunehmen. Versagensängste waren der Beginn eines Prozesses, der letztendlich in einer Anorexia athletica endete. Die sportlichen Prioritäten verschoben sich hin zu gewichtsbezogenen sportlichen Zielen. Gedanken über Fettverbrennung und Kalorienverbrauch dominierten den inneren Antrieb der Pb. Sie verstärkte ihr Lauftraining, das sie früher nur als konditionelles Zusatztraining zum Tennis benutzt hatte.

- Ein Tag vorm Wettkampf hab ich nie nach der Trainingslehre trainiert. ... also so kann man nicht trainieren. Es heißt ja, vor dem Wettkampf sollte man vielleicht auch mal weniger machen ... Aber ich mußte immer irgendwas machen. Aber ich wußte, ein Tag vorher zum Beispiel machst du mal einen ganz lockeren Lauf. Gut, das waren dann auch schon eineinhalb Stunden dann, aber – ja, das war wirklich locker. Also das war nicht so, wie sonst, da hab ich ein anderes Tempo gehabt. Aber ich mußte einfach *irgendwas* tun.
- Tennis hab ich ganz normal gespielt. Dann hab ich angefangen zu laufen. Wir hatten direkt einen Wald bei uns, das war kein Problem. Da bin ich immer so eine dreiviertel Stunde, Stunde gelaufen. Ich bin früher auch schon immer gerne gelaufen. Zusätzlich zum Tennis kam das auch. Wir hatten einen Konditionstrainer und dann ... so der Langstreckenlauf war schon immer mein Ding. Kurzstrecken nie, das hat auch Spaß gemacht. Tennis gespielt und dann noch gelaufen, zum Beispiel.
- An Wochenenden bin ich dreimal hintereinander gelaufen und in der Woche auch so dreimal. ... eben freitags immer noch mal Samstag und Sonntag. Und Tennis hab ich nebenbei noch gespielt, auch in der Mannschaft wieder, in W. ...

Die Pb aber wurde immer unzufriedener mit ihrer Lebenssituation. Ihr praktisches Jahr, das zu ihrer Ausbildung gehörte, wollte sie in der Praxis machen, in der ihre Mutter arbeitete. Ihre Eltern waren mittlerweile wieder umgezogen. Also plante sie für ein Jahr zu ihren Eltern zu ziehen. Diesem Jahr kommt im Blick auf ihre Persönlichkeitsentwicklung eine Schlüsselrolle zu. An den Wochentagen unterzog sie sich einem absolut strengen Fastenprogramm. Am

Wochenende traf sie sich mit ihrem damaligen Lebenspartner, der in einer anderen Stadt lebte und studierte. Das Laufpensum wurde kontinuierlich gesteigert und die Nahrungsaufnahme drastisch reduziert. Schon nach kurzer Zeit hatte sie 15 kg abgenommen. Alle Aufmerksamkeit fokussierte sich auf Kalorienverbrauch, Laufen, Abnehmen, Figur und Essen.

- ... also ich bin mit 60 kg nach W.. Das war im Januar. Ich hatte an meinem Geburtstag schon, drei Monate später, 55 kg, am Geburtstag meines Vaters, das weiß ich auch noch, ungefähr 51 kg schon. Da war ich mit V. immer noch zusammen, hab' in der Woche über gehungert und am Wochenende gevöllt. Dann eine Woche wieder gehungert. So ging das eine Weile. An den Wochenenden ganz normal gegessen, anderen was vorgespielt, so ungefähr. Zu der Zeit war ich aber schon im absoluten Lauffieber. Das war, wenn ich Freitag nach M. kam, bin ich eine Stunde gelaufen. Ich bin Samstag morgen gelaufen, ich bin Sonntag morgen gelaufen ...! Das war so auch immer, so, dann kann ich auch essen, dann kann ich das mit meinem Gewissen vereinbaren.
- Am Wochenende bin ich wie eine Bescheuerte gelaufen. Manchmal bin ich fast zusammengebrochen, das war mir egal, ich mußte weiter ...

Sportartenwechsel und Zielverschiebung – Fettverbrennung und Kalorienverbrauch. Über die Steigerung des Laufpensums war es nun nicht mehr weit zum Ausdauer-Wettkampf-Sport. Über Bekannte in einem Fitneß-Studio kam die Pb zum Triathlon-Sport. Auch hier entwickelte sie einen großen Ehrgeiz. Doch die Motivation und ihre Einstellung zum Leistungssport hatten sich verändert. Das Training stand mehr im Zeichen der Figur- und Gewichtsregulation. Im Wettkampf aber überlagerte der Leistungswille die anorektischen Gedanken. In ihrem Innersten kämpfte die Pb mit sich, welchen Zielen sie den Vorrang geben sollte: einem niedrigen Gewicht oder der Leistungsfähigkeit.

- Die Übergänge verschwammen mit der Zeit. Also trainiert hab ich sehr für meine Figur, aber so nachher, im Wettkampf hatte ich dann doch Ehrgeiz. Weil ich hab immer einen sehr hohen Anspruch an mich. Den hab ich heute auch noch. Das Training hab ich mitgenommen, so ungefähr. Und der Wettkampf war, ich beweis mir was. Und ich beweis den anderen vor allen Dingen auch was.

Stahr et al. (1995, S. 78) bezeichnen diesen Aspekt eßgestörten Verhaltens als *Fassadenidentität*. Das ursprüngliche Ziel, Leistungen zu erbringen, gerät in den Hintergrund der Antriebswelle für einen stringent durchgeplanten Tagesablauf mit extremer körperlicher Bewegung, um entweder danach essen zu dürfen oder die vorher zu sich genommene Nahrung abzutrainieren. Die Konzentration auf andere Lebensbereiche außerhalb von Sport

und Ernährung ist blockiert. Auch bei Pb 3 läuft die Beschäftigung als Krankengymnastin nur noch nebenher. Sie war froh, wenn sie in ihrer ganz eigenen Gedankenwelt nicht weiter gestört wurde. Zu ihren Patienten ließ sie nur oberflächliche Beziehungen zu, die ihr somit nicht zu eng, also nicht *gefährlich* werden konnten.

- Und Krankengymnastik kam auch noch dazu; da hatte ich nur meine Patienten. Und mit denen kam ich immer super aus, denen konnte ich ja was vorspielen. Die kannten mich ja nicht.
- ... und eigentlich war ich auch unglücklich alleine. Bedürfnisse hatte ich auch nicht. Weil ich war einfach nur auf mich konzentriert, auf meine Figur und auf mein Gewicht und auf mein Essen und, ja auf Äußerlichkeiten, ja klar. Oder wie ich überhaupt lebe, wie ich mit mir klar komme. Aber ansonsten rundherum wollte ich nichts hören, nichts wissen.

Mindestens drei Stunden am Tag mußte die Pb zwanghaft ein ausdauerspezifisches Training ableisten. Denn durch Langzeitbelastungen wird der Fettstoffwechsel vermehrt angeregt.

- ... schon drei Stunden am Tag mußte ich trainieren. Also wenn ich gut drauf war, hab ich drei Stunden versucht zu machen. Im Sommer ganz extrem. Im Winter war es schwieriger, also das kannst du nicht so vergleichen, weil, da bin ich fast nur gelaufen ...

Erst während ihres Klinikaufenthalts konnte der Drang des zwanghaften Trainierens durchbrochen werden. Die Pb wurde auf engstem Raum mit sich selbst konfrontiert. Nachdem sie auf eigenen Wunsch hin aus der Klinik entlassen wurde, ging sie mit viel Zuversicht in eine neue Lebensspanne. Sie entschied sich gegen jegliche Art von Wettkampfsport. Aber auf regelmäßige, gesunde und dosierte Bewegung wollte sie dennoch nicht verzichten. Langsam konnte sie mit den ihr vertrauten Werten brechen. Die Athletin fand zu mehr innerer Ausgeglichenheit und neuen Zielsetzungen. Es wurde ein Prozeß der Loslösung von fremdbestimmten Normen und Werten. Für die Ausbildung einer Eßstörungserkrankung macht der identitätstheoretische Ansatz auch die Abhängigkeit von gesellschaftlichen Bestimmungen verantwortlich. (Kat. 1; Stahr et al. 1995, S. 79). Erst jetzt war die Pb körperlich und geistig dazu fähig, ihre Examensprüfungen mit einem sehr guten Ergebnis abzuschließen.

Erwartungshaltungen. Wie auch in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes angeführt, werden Leistungsgedanken und zwischenmenschliche Beziehungsstrukturen von anorektischen oder eßverhaltensgestörten Menschen, insbesondere von eßgestörten Sportlern, miteinander verwoben (Stahr et al. 1995, S. 79). Daraus können sich eklatante Schwierigkeiten im Umgang mit anderen ergeben. Auch Pb 3 veränderte ihr Verhalten. War sie vormals bestrebt, allen Erwartungen zu entsprechen, verhielt sie sich nach ihrer Zeit in der

Klinik solchen Erwartungen gegenüber freier und toleranter. Ihr Anspruchsdenken an die Personen ihrer Umgebung hatte sich verringert. Ohne zu hohen Leistungsdruck möchte sie weiterhin sportliche Ziele verfolgen, die sich aber relativiert haben. Eine Aussage zum Thema *erfolgreiche Leistungssportler* zeigt, daß sie immer noch Probleme hat, ihre Anforderungen zu reduzieren. Dies könnte als Indiz dafür gedeutet werden, daß sie wohl doch gerne im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.

- Also ich bin ruhiger geworden. Ich hab nicht mehr diese hohen Ziele, Druck, Druck, Leistung. Also ich bin auch nicht neidisch jetzt auf irgendeinen, der Leistungssport betreibt und der ganz toll obenan ist. Das ist mir relativ egal.
- Ich versuch mir selber keine Ziele mehr aufzusetzen, weil ich weiß, daß es Drang ist, irgendwo, daß ich immer alles unter so einem Leistungszwang mache. Nach dem Motto, ich schaff das jetzt noch, und ich mach das jetzt noch bis zu Ende ... Nie früher aufhören oder vorher abbrechen ...Ich möchte einfach nur leben und nicht immer dieses Essensthema haben.

Leistungssport und das damit verbundene Training war für die Pb immerwährender Streß: zum einen wegen der Figur, zum anderen, weil sie gut sein wollte. Sie wollte auf jeden Fall dünn sein, mußte aber trotzdem mit ihren Kräften haushalten, um physisch nicht zu schwach zu werden.

Leistung und Belohnung. Der Leistungsgedanke ist in der heutigen Zeit ein zentraler Bestandteil unserer Lebenswelt. Er ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da mit ihm sowohl in persönlicher als auch beruflicher Hinsicht immer auch eine Horizonterweiterung verbunden sein kann. Das Streben nach Anerkennung und Erfolg kann aber auch zu einer Verengung der Persönlichkeitsentwicklung führen. Damit einher geht oft die Einbuße einer realistischen Einschätzung, wie man auf seine Umwelt tatsächlich wirkt. Die innere Disziplin dominiert auf Kosten sozialer Kompetenzen.

In ihrem Willen zu immer mehr Leistung, zu Pflichterfüllung in eigens auferlegten Strukturen ging die Pb bis zur Schmerzgrenze. In ihrem Zwang zur Selbstkasteiung erreichte sie eine fast lebensbedrohende Grenze. Auch hier finden sich wieder Gemeinsamkeiten mit Nicht-Sport-treibenden Anorexie-Patienten: Perfektionismus und der Hang zum Extremen. Laufen und Fasten, Fasten und Laufen wurden zum Lebensinhalt. Daneben konnte nur noch eine einzige Freude, das Frühstück mit ihrem Freund, diesen Rhythmus unterbrechen.

- ... ich liebte damals eben das Frühstück, so richtig mit Käse und Brötchen, Nutella – traumhaft! Darauf fieberte ich schon die ganze Woche lang hin. Und wenn ich schon vorher eine Stunde gelaufen war – optimal. Dann konnte ich mir das auch erlauben, dann ging das

auch. Deswegen bin ich auch immer gelaufen. Und meistens immer, um schon vorher am Abend abzutrainieren, weil ich konnte ja nicht kotzen und na ja, halt mir eben Vorschub leisten. Und das war halt eben, da bin ich wie bekloppt gelaufen immer.

- ... und es hat mir auch Spaß gemacht, mir ging's richtig gut dabei. Und so kam ich dann halt später mit den Jahren zum Wettkampfsport, eben Triathlon.

Die Belohnung mit einem guten Frühstück, gemeinsam mit dem Freund, konnte erst dann stattfinden, wenn die Pb nicht unter einem schlechten Gewissen litt, wenn sie vorher genug trainiert hatte. Freie Zeit gab es nicht, diese mußte mit Training ausgefüllt werden. Sowohl Aktivität als auch Ruhe waren nach strengen Vorschriften verplant und festgelegt.

Die Folge dieses rigiden Anspruchsdenkens und Handelns war eine Verpanzerung, unter anderem mit Hilfe eines extremen sportlichen Trainings. Sie lief vor sich selbst, vor ihren Ängsten und Problemen davon. Sie zog sich von ihren Mitmenschen zurück. Ihr Selbstwertgefühl sank immer weiter. Am Ende wollte sie nur noch mit sich alleine sein. Der identitätstheoretische Ansatz (Stahr et al. 1995, S. 86) besagt hier, daß die totale Bedürfnis- und Affektkontrolle in Verbindung mit gezieltem exzessiven sportlichen Training nur ein Ausweichmanöver vor den eigentlichen Realitäten darstellt. Der eine Zwang wird durch ein anderes zwanghaftes Verhalten (Sport und Diät) ersetzt.

- ... irgendwo war ich nicht mehr lebensfähig. Weil ich verkroch mich total für mich und machte halt Triathlon, weil das ist ein super Sport um alleine zu sein, alleine was zu machen. Dir kann keiner reinreden, du kannst keinen verletzen; denn man merkt ja auch selber, daß man unausstehlich wird ...
- Also ich finde die Magersucht, also das ist keine Selbstdarstellung, sondern das ist halt einfach was, dabei kann einem keiner von außen reinreden. Da ist man einfach nur man selber, man macht selber die Fehler, man ist selber verantwortlich, man ist einfach nur auf sich bezogen.

Begründung der Hypothese 2. Die Angst vor und gleichzeitig das Bedürfnis nach tieferen Beziehungen waren Mitverursacher der Eß- und Verhaltensstörung der Pb. Aufgrund häufiger Wohnortwechsel entwickelte sie ambivalente Bindungsemotionen. Sie wollte tiefere Beziehungen aus Furcht vor späteren Trennungen vermeiden. Dennoch hatte sie das große Bedürfnis nach engeren Kontakten zu anderen. Diese Faktoren werden auch in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes mitverantwortlich für die Ausbildung von Eßstörungserkrankungen gemacht (Stahr et al. 1995, S. 80).

Beziehungen zu engeren Freunden. Obwohl die Familie der Pb häufig ihren Wohnsitz wechselte, verband die Pb mit *ihrer* Stadt so etwas wie Heimatgefühle: Dort ist sie aufgewachsen, zur Schule gegangen und hat ihr Abitur gemacht. In dieser Stadt konnte sie außerdem ihre ersten sportlichen Erfolge im Tennis feiern. Von großer Bedeutung ist auch die Clique, in der die Pb ein hohes Ansehen genoß. Sie war der Mittelpunkt dieser Gemeinschaft als Initiatorin vieler Unternehmungen.

- ... ich bin dann nach M. gegangen, '88, hab meine Ausbildung als Krankengymnastin gemacht und bin '90 wieder zurück nach B., weil ich da meinen Freundeskreis hatte. Dort machte ich mein Praktikum, das Anerkennungsjahr. Und dann sind meine Eltern weggezogen, nach W., mit der Bundeswehr, und dann hab ich dort ungefähr zwei Jahre gearbeitet ...
- Entscheidend war dann auch noch, es war Winter, da hab ich mich entschlossen wegzugehen. Ich kam auch mit den Leuten nicht mehr so zurecht. Unser Freundeskreis – ich war früher immer im Mittelpunkt. Das war auch mit ein ausschlaggebender Grund, ich war immer der Mittelpunkt bei uns und alles rief mich immer an und machte und tat ... eine absolute Clique aus der Schule. Und dann ging ich halt nach M. Aber als ich wieder kam, war es nicht mehr so wie früher; weil jeder hatte angefangen zu studieren, Ausbildung zu machen und so. Dann wurde ich immer frustrierter. Weniger riefen an und so ...
- Also es ist ziemlich auseinander gegangen und irgendwann kam ich dann auch durch einen anderen Freundeskreis in einem Studio zum Triathlon. Gelaufen bin ich ja schon immer, Schwimmen und Radfahren waren kein Problem, das kam einfach dazu.

Gerade in diesem Jahr, in dem sich die Pb von ihrem Freundeskreis trennte und bei ihren Eltern lebte, verlor sie um die 15 kg an Gewicht. Wie bereits in Hypothese 1 erläutert, entwickelte sie in dieser Situation eine Anorexia nervosa bzw. eine Anorexia athletica. Denn die Pb absolvierte zwanghaft ein exzessives sportliches Training, mit Schwerpunkt Laufen und zusätzlich weitere Ausdauereinheiten (Aerobic, Schwimmen, Radfahren). Diese Art von Bewegung und Hyperaktivität ist ein Indiz für ihre innere Unzufriedenheit und Unruhe. Eigentlich wollte sie nicht von ihrem Freundeskreis getrennt sein, andererseits aber wurde ihr die Intensität der Beziehungen zuviel. Sie bekam Angst vor echten Bindungen und wiederum vor Bindungsaufösungen und dem damit verbundenen Schmerz, den sie von so vielen Umzügen her kannte.

- Meine Magersucht war ja nicht dieser typische Verlauf einer Magersüchtigen. Auch weil das Alter nicht typisch war. Ich war 21 Jahre. Im Endeffekt denk ich, war das ein Hilferuf – ich stand nicht mehr im Mittelpunkt in diesem Freundeskreis. Also wie mache ich auf mich aufmerksam? Und ich nehm´ an, das war der Auslöser damals. Als ich dann wieder nach M.

kam, der Freundeskreis nicht mehr da war, so als Zeichen, jetzt kümmert euch mal wieder um mich. Weil früher war ich immer der Anlaufpunkt. Ich stand immer im Mittelpunkt und auf einmal nicht mehr. Und ich denk mir, das war mit der Auslöser.

Mit dieser Aussage bestätigt die Pb die in Kategorie 2 des Identitätstheoretischen Ansatzes aufgestellte Hypothese, daß Eßstörungen Ausdruck einer Identitätskrise sind, die auf tiefen Beziehungsstörungen beruhen (Stahr et al. 1995, S. 80). Die Reaktion der Pb macht deutlich, daß es jungen Erwachsenen oft schwer fällt, zwischen ihrer Angst vor Einsamkeit und dem Bedürfnis nach Kontakt zu anderen zu vermitteln. Sie wollen nicht schwach, sondern unabhängig wirken. Nach außen hin wird ein hartes Image propagiert. Im Verlauf einer Anorexie-Erkrankung ist man immer wieder mit ähnlichen Verhaltensmustern konfrontiert. Das Essen bzw. das Nicht-Essen wird in verschiedenen durchlebten Krankheitsphasen unterschiedlichen Bedeutungen unterworfen. Zuerst soll ein dünner Körper die Aufmerksamkeit der anderen erregen. Später kann die an Eßstörungen Erkrankte nicht mehr mit anderen zusammen sein, ohne etwas zu essen. Andere übernehmen somit eine Alibifunktion dafür, daß sich die Magersüchtige essen zu erlauben traut. In dieser Krankheitsphase braucht sie das Lob anderer dafür, daß sie etwas ißt. Denn sie ist ja eigentlich zu dünn und *darf* zunehmen. Anders als der Begriff *Anorexie* (Fehlen von Hunger; Appetitlosigkeit) bedeutet, leiden Magersüchtige an ihrem großen Hungergefühl. Aber sie gestehen es sich nicht zu. Dieses ambivalente Gefühl zwischen alleine sein und Aufmerksamkeit und Zuneigung der anderen haben wollen, führt dazu, daß die Anorektikerin oftmals egozentrische Charakterzüge entwickelt.

- Ja gut, ich hab *zu* gemacht. Aber es sind nicht alle gekommen. Es war eine bestimmte Gruppe und die anderen haben sich distanziert. Meine Freundin, die wußte davon. Wir haben zusammen Gymnastik gemacht. Ihr Familie besitzt ein Fitneß-Studio, die kennt sich damit auch sehr gut aus. Mein Bruder wußte auch, daß ich krank bin; auch andere wußten es. Aber die anderen - irgendwann *verbrätst* du sie, weil du sagst Verabredungen ab, fühlst dich nicht gut und dann weißt du, da mußt du hin, da gibt es was zu essen. Dann hab ich alles immer abgesagt wo es was zu essen gab, da bin ich dann nicht mehr hingegangen.
- Und später dann bin ich rausgegangen, um mich mit anderen zu treffen, damit ich was essen konnte. So war das bei mir. Ich hab dann später nie alleine gegessen, immer nur in Gesellschaft. Damit andere mich dafür loben, daß ich etwas esse.
- Beziehungen waren schon immer für mich wichtig. Ich könnt' nicht ohne sein. Allein sein, glaub ich, könnte ich nicht mehr.

Die Ambiguität von Aussagen eßverhaltensgestörter Menschen ist für andere nur schwer nachvollziehbar. Echte Interaktionen können fast nicht mehr geführt werden. Aussagen

werden subtil versteckt. Als Schutzverhalten flüchtete sich die Pb in ihren Sport und damit in körperliche Ausgelastetheit bis zur Erschöpfung. Sie suchte Grenzerfahrungen, um sich noch als lebendig und existent zu spüren. Im Rhythmus stereotyper Bewegungen konnte sie mit sich und ihrer inneren Welt alleine sein. Sie wollte auch niemandem weh tun mit ihrem unausstehlichen, selbstzerstörenden Dasein. Erst dann, als die Pb mit sich ins Reine kam, an Egozentrismus verlor und an Selbstliebe gewann, war sie imstande, anderen ihre Zuneigung zukommen zu lassen. Erst in dieser Phase ihrer Identitätsentwicklung ist eine ehrliche Beschäftigung mit anderen Menschen möglich und befriedigend für beide Seiten.

Beziehungsstruktur in der Familie. Es finden sich keine Aussagen über ein disharmonisches Verhältnis zu den Familienmitgliedern.

- Die Beziehung zu meinen Eltern war unproblematisch, ja auf alle Fälle.

Die Mutter war allein schon aufgrund zeitlicher und örtlicher Gegebenheiten die erste Bezugsperson der Pb. Erst im Verlaufe einer reflexiven Anamnese der Pb fiel ihr auf, daß sie ihrem Vater mit gemischten Gefühlen entgegen trat.

- Ich hab eigentlich erst durch die Magersucherkrankung richtig gemerkt, wie differenziert ich zu meinem Vater stand. Unbewußt. Für mich ist meine Mutter der Ansprechpartner gewesen. Lebenslang, weil sie halt immer da war und alles gemacht hat und auch die Banden sind dadurch fester zusammen gewachsen. Wir haben uns öfter unterhalten, auch mit meinem Bruder.

Der Vater wird als starke Persönlichkeit geschildert, nicht aber als autoritär. Vater und Mutter waren sportlich sehr engagiert, spielten Hockey und Tennis und führten ihre beiden Kinder schon in frühen Jahren in diese Kreise ein. Der Vater legte sehr viel Wert darauf, daß seine Tochter nicht nur eine Einzelsportart ausübte, sondern auch einen Mannschaftssport betrieb. Er wollte, daß seine Kinder sich in einem Gemeinschaftsgefüge zu verhalten wissen.

- ... ich war im Turnverein, Schwimmverein. Dann haben wir mit sechs Jahren Tennis angefangen; also meine Eltern haben Tennis und Hockey gespielt. Und mein Vater sagte, ich sollte nicht nur eine Einzelsportart betreiben, sondern auch eine Mannschaftssportart; eben auch wegen des Mannschaftsgefühls.

Inwieweit das Denken des Vaters und seine pädagogische Erziehung auf die Persönlichkeits- und Charakterbildung seiner Kinder auch durch seine Tätigkeit in der Bundeswehr beeinflusst war, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Aber schon hier wurde der Grundstein dafür gelegt, daß es bei seiner Tochter zu einem Zwiespalt zwischen dem Streben nach Individualität und Einzigartigkeit sowie ihrer Loyalität und sozialen Zugehörigkeit zu anderen

kommen konnte. Dieser Aspekt wird auch in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes diskutiert (Stahr et al. 1995, S. 80). Auch taucht in diesem Zusammenhang die Frage auf, was die Pb als Kind dachte und fühlte, wenn sie ihrem Vater als einen eher abwesenden Vater wahrgenommen hat? Dieser erfüllte zwar immer seine Pflichten gegenüber seinem Beruf und seiner Rolle als Ernährer und Familienoberhaupt. Er sorgte sich außerdem ums Gemeinwohl in einem kleineren Umkreis, aber im internen Kreis seiner eigenen Familiengemeinschaft war er oft abhanden.

- Dann sind wir, als ich 12 war, nach B. gezogen, dort hab ich Abi gemacht und war mit der Stadt verbunden. Meinen Vater haben wir nur selten gesehen, weil der in M. in Nigeria war. Er war viel unterwegs. Und als er wieder nach B. kam, bin ich nach M. gegangen (wegen der KG-Ausbildung).

Die Pb beschreibt zwar die Beziehung zu ihren Eltern als unproblematisch, im gleichen Atemzug aber fügt sie hinzu, daß ihre Krankheit für das Verhältnis der Familienmitglieder untereinander etwas sehr Positives hatte.

- Also die Familie hat sich durch die Magersucht unwahrscheinlich zusammengerauft. Und irgendwie Unklarheiten, die niemandem bewußt waren, ausgetauscht. Das war total faszinierend. Also das hat richtig was gebracht – das war echt toll.

Folglich bestand also doch ein gewisses Defizit in der internen Familieninteraktion. Der Wunsch nach einer tieferen Beziehung zum Vater wurde verdeckt von Loyalität und Verständnis für seinen Beruf.

Zur weiteren Untermauerung der zweiten Hypothese, in bezug auf Freunde und Familie, kann auch die folgende Aussage der Pb angeführt werden, die sie im Rückblick auf ihre Magersucherkrankung gegeben hat:

- Beziehungen und Freunde sind mir sehr wichtig. Ich könnte nicht ohne sein. Alleine sein, glaub' ich, könnte ich nicht mehr.

Begründung der Hypothese 3: Das Leitbild einer starken Frau. Mit ihrem strengen asketischen Verhalten und ihrem intensiven sportlichen Training überlagerte die Pb ihre Bedürfnisse nach Zuneigung, Aufmerksamkeit und Liebe. Sie wollte sich und anderen gegenüber eventuelle Schwächen nicht zugeben. Leistungsorientierte Menschen erwarten von sich, daß sie mit allen Lebenswidrigkeiten alleine fertig werden können. Sie messen sich ständig an zu bewältigenden Aufgaben. Das Kernproblem in der Entwicklung der Eßstörung dieser Pb liegt in unausgesprochenen Erwartungen. Auch in Kategorie 3 des identitätstheoretischen Ansatzes wird die Verunsicherung von Frauen, ausgelöst durch

Identifikationsprobleme mit sich auflösenden Rollenmustern, als Ursache für Eßstörungserkrankungen angegeben (Stahr et al. 1995, S. 81). Die Menschen in ihrer Umgebung hatten keinen Zweifel daran, daß die Pb ihren beruflichen und sportlichen Weg gehen werde und dieser von Erfolg gekrönt sein würde. Doch niemand bemerkte die Defizite und zunehmenden Unsicherheiten ihres Selbstwertgefühls. Da sie sich nach außen hin wie gewohnt selbstsicher und stark präsentierte, kam niemand auf die Idee, Identitätsprobleme könnten für den desolaten Zustand ihrer Persönlichkeit verantwortlich sein.

- ... es ist einfach ein Hilferuf und man kommt mit einem Problem alleine nicht mehr zurecht und versucht auf sich aufmerksam zu machen. Egal, welche Problematik dahinter steckt.
- Und heute versuch' ich mich halt nicht mehr so reinzudrängen in das Leben anderer und mein Leben für mich aufzubauen. Es muß sich nicht mehr immer alles um mich drehen. Ich hab so eine Natur, daß ich oft gerne im Mittelpunkt stehe und eine große Klappe habe, aber wie gesagt, das ist irgendwo nebensächlicher geworden. Also auch, wie ich andere Menschen akzeptiere und so - ich bin einfacher geworden, vielleicht nicht mehr so anspruchsvoll.

Ihre Selbständigkeit und das an den Tag gelegte Selbstbewußtsein waren nur scheinbar. Eigentlich bedurfte sie der Anlehnung. In dieser emotional labilen Situation orientierte sie sich an gesellschaftlichen Leitbildern, wie die gängigen Schönheitsideale und die allgegenwärtige Leistungsideologie (Stahr et al. 1995, S. 82). Aber auf der anderen Seite spürte die Pb eine innere Unzufriedenheit und war nicht glücklich. Sie verfolgte nur noch äußere Ziele, nämlich dünn zu sein, dünn zu bleiben, Erfolge vorzuweisen und beachtet zu werden. Erst als ihre Situation lebensbedrohlich wurde, reifte der Entschluß, sich in eine Klinik einweisen zu lassen. Hier erkannte die Pb, daß sie weder sich noch anderen etwas vorspielen kann oder muß. Sie *muß* nicht stark wirken. Sie *darf* ihre Ängste zugeben und zulassen, vor allem die Angst vor dem Alleinsein, vor dem Versagen, Angst vor sich selbst, vor den eigenen Schwächen und davor, diesen nachzugeben. Im identitätstheoretischen Ansatz wird dieses Verhalten unter den Begriff *Affektkontrolle* subsumiert (Stahr et al. 1995, S. 83). Pb 3 ist ein begeisterungsfähiger Mensch, ehrgeizig in Beruf und Freizeit. Trotzdem nahm sie sich in ihrer anorektischen Phase zurück, entzog sich der Realität und flüchtete sich in einem immer dünner werdenden Körper.

- Ein gut gestylter Body? Mein Ideal? Dünn sein! Ja, dünn sein, toll! Einfach, es ist super, dünn zu sein.
- Also ich finde die Magersucht, das ist keine Selbstdarstellung, sondern das ist etwas, dabei kann einem keiner von außen reinreden, da ist man einfach nur auf sich selbst gestellt, man macht selber die Fehler, man ist selber verantwortlich, man ist einfach nur auf sich bezogen.

Die an Eßstörungen leidende Pb entzog sich durch ihre Krankheit der Eigenverantwortlichkeit, was ihr damals noch nicht recht bewußt war. Denn zu einer starken Frau gehört auch die Verantwortung für ihre Handlungen. In dieses Bild der erfolgreichen Frau paßt auch die Erzählung der Pb, daß die meisten ihrer Mitpatientinnen ebenfalls sehr gute schulische Leistungen vorzuweisen hatten, daß sie in der Regel intelligent waren und aus höheren sozialen Schichten kamen. Dies entspricht durchaus dem Bild wissenschaftlicher Erkenntnisse über Anorexie-Patienten (Mester 1981; Bruch 1991). Auffallend ist außerdem die Selbstdarstellung, mit der sich die Pb während ihrer Krankheitsphase präsentierte: In der Zeit ihrer Magersucht, so die Pb, sei sie um hundertachtzig Grad gedreht gewesen. Früher selbstbewußt, zielstrebig und extrovertiert, war sie jetzt zurückhaltend und schüchtern, allerdings nie übellaunig, sondern eher nur traurig. Sie wollte auf keinen Fall anderen zur Last fallen. Auch diese Aussagen demonstrieren, daß eine Anorexie mit einer kritischen Persönlichkeitsveränderung einhergeht. Die auftretende Aggressivität richtet sich nie gegen andere, sondern Angriffspunkt ist das eigene Ich.

- ... ich bin heute so, wie ich auch vor der Magersucht war. Ziemlich selbstbewußt irgendwo, immer mit dem Kopf durch die Wand, oft schnell auf hundertachtzig. Ich war eher ganz anders während meiner Magersuchtzeit. Ruhig, irgendwie nie muffelig, nie mies drauf oder so was. – Ja, das waren im Endeffekt solche Signale - ich war aber auch nicht mehr fröhlich, ich war gar nichts mehr; keine Motivationen mehr, ich war nicht mehr ich selbst.

Die Anorexia athletica dieses Fallbeispiels war Ausdruck einer inadäquaten Strategie, mit den Problemen und Entscheidungen des Lebens fertig zu werden. Gerade in der sensiblen Zeit nach dem Schulabschluß, in der Berufsausbildung, im Prozeß des Erwachsen-werdens, benutzte die Pb ihre Eigenschaften der Stärke, Disziplin und des eisernen Willens, Lebensfragen nur auf einer Ebene, nämlich der körperlichen, auszutragen. Als *Austragungsort der Auseinandersetzung im Ringen um einen eigenen Lebensentwurf und soziale Zugehörigkeit* wird dieser Aspekt auch in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben (Stahr et al. 1995, S. 87). Die Pb fühlte sich sicher im Rahmen eines strengen Trainings und einer strikten Ernährungsdisziplin, die sie immer weiter weg führte von der eigenen Person.

- Genau, das glaubt man halt, daß man in Sicherheit ist. Von außen sind da so viele Faktoren, eben in dem Sinne jetzt Essen, oder Gefahren, aber in der eigenen Welt nicht, weil die kontrollierst du dir selber.

Dieses Fallbeispiel zeigt deutlich, daß der Körper als Kristallisations- und Angelpunkt der Identitätsbildung benutzt wurde (Kat. 4 des identitätstheoretischen Ansatzes). Es handelt sich

um einen mißlungenen Versuch, die körperlich-leibliche und soziale Entfremdung aufzuheben. Insofern kann die vierte Hypothese des identitätstheoretischen Ansatzes von Stahr et al. (1995, S. 87) bestätigt und unterstrichen werden.

- Das ist halt ihre Welt (die Welt der Magersüchtigen). Weil sie mit irgendwelchen Problemen außerhalb nicht klar kommt oder irgendwas da stört, oder ihr Probleme bereitet, und so ist sie wirklich nur mit sich selbst und auf sich selber gestellt. Und sie steht für vielerlei gerade und sie weiß vieles, aber sie will keine Fehler machen, und sie zieht sich in ihre eigene Welt zurück. Jede Magersüchtige hat ihre eigene Welt. Und in der lebt sie und da ist sie der König.

7.3.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 3

Skala	Summen- score	Selbstkonzept		
		negativ	neutral	positiv
FSAL (Leistungsfähigkeit)	44	10	30	40
FSAP (Problembewältigung)	39	10	30	40
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	22	6	18	24
FSSW (Selbstwertschätzung)	43	10	30	40
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	21	6	18	24
FSST (Standfestigkeit)	59	12	36	48
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	30	6	18	24
FSWA (Wertschätzung durch andere)	30	6	18	24
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	26	6	18	24
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	28	6	18	24

Abb. 5: FSKN-Profil von Pb 3

In diesem Fallbeispiel sind drei Skalenwerte auffällig. Die Summenscores für die Parameter Standfestigkeit (FSST; 59), Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU; 30) und Wertschätzung durch andere (FSWA; 30). Hierdurch wird deutlich, daß die Pb sehr viel Wert darauf legt, wie sie bei anderen ankommt, welche Meinung man von ihr hat, wie beliebt sie ist. Dieses Ergebnis entspricht auch den für diesen Fall aufgestellten Hypothesen. In Hypothese 2 kommen die Beziehungen zu anderen Menschen, insbesondere zu ihren engsten Freunden zur Sprache. Die Pb braucht den Kontakt zu ihrer Clique. Sie steht gerne im Mittelpunkt, möchte kontaktiert und bekümmert werden. Durch den häufigen Wohnortwechsel jedoch fürchtet sie sich gleichzeitig vor tiefen Beziehungen, da sie unter den Trennungen leidet. Es kostet sie Kraft und Mühe immer wieder das Bild der selbständigen, starken, sportlichen Frau aufzubauen bzw. zu bestätigen. Die Skala für Irritierbarkeit durch

andere läßt erkennen, daß das Selbstbewußtsein der Pb oft nur gespielt ist. Sie möchte sympathisch erscheinen, einen guten Eindruck – und es anderen immer recht machen.

Die Auswertung des Selbstbildes der Pb 3 korreliert mit den Hypothesen zur Erklärung ihrer Eßstörung im Zusammenhang mit ihren sportlichen Aktivitäten. Sie war ständig auf der Suche nach ihrer Identität, setzte sich permanent mit ihren Zielvorstellungen bezüglich ihrer sportlichen Ambitionen, ihrer äußeren Attraktivität und ihrer beruflichen Karriere auseinander. In allen Bereichen strebte sie nach Perfektion (Hypothese 1).

7.4 Fallbeispiel 4

7.4.1 Zur Biographie der Pb 4

Geboren wurde die Pb 1966 in Stuttgart. Das Elternhaus befindet sich in der Nähe Stuttgarts, wo ihre Eltern heute noch leben. Der Vater der Pb ist Rektor an einer Realschule. Die Mutter ist Hausfrau. Sie arbeitete bei der Post und war außerdem zeitweise als Erzieherin tätig.

Die einzige Schwester (Jahrgang 1967) ist Sozialpädagogin.

Die Kindheit der Pb verlief unauffällig. Schon sehr früh stand fest, daß sie das Abitur machen und dann Musik studieren würde. Die Pb spielte seit ihrem neunten Lebensjahr Klavier, und jeder bestätigte ihr ein großes Talent. Gute Noten in der Schule waren eine Selbstverständlichkeit. Nach der ersten nicht bestandenen Prüfung, der Aufnahmeprüfung zum Musikstudium, wurde der gesamte, vorherbestimmte Lebensweg der Pb umgeworfen. Sie fand nicht den Mut, die Prüfung ein zweites Mal zu versuchen. Sie hörte abrupt, d.h. von heute auf morgen, mit dem Klavierspiel auf. Die Pb selbst hat diese Zeit der *nicht bestandenen Prüfung* wohl ziemlich verdrängt. Aus Erzählungen ihrer Mutter sollen die Eßstörungen in dieser Lebensphase angefangen haben.

Der Vater ermöglichte ihr über *Beziehungen* einen Platz zu einem Vorpraktikum, als Voraussetzung für einen Studienplatz für Sozialpädagogik an einer renommierten Berufsakademie.

Bis zu ihrem 19ten Lebensjahr war das Leben der Pb fast ausschließlich mit Musik und musikalischen Aktivitäten ausgefüllt. In der Schule wählte sie Musik als Leistungskurs. Sie übte täglich zwischen 4-6 Stunden am Klavier. Ihre sportlichen Aktivitäten beschränkten sich auf einige wenige Tennisstunden, womit sie mit 16/17 Jahren begonnen hatte.

Nach dem Abitur (1984), nachdem fest stand, daß sie das Vorpraktikum in einem Kindergarten absolvieren würde, planten die beiden Schwestern gemeinsam einen dreimonatigen Urlaub in Frankreich. Die Schwester beabsichtigte nach diesen Ferien, als Aupair-Mädchen nach Frankreich zu gehen.

In diesem Frankreich-Urlaub begannen die beiden *fanatisch* zu schwimmen. Sie trainierten (wobei es sich hierbei noch nicht um ein definiertes, systematisches Training handelte) etwa drei Kilometer täglich im Meer oder in einem See. Sport bekam plötzlich einen hohen Stellenwert. Sowohl die Pb als auch ihre Schwester nahmen an Gewicht rapide ab. Sie maßregelten sich beim Essen und konkurrierten darum, wer weniger essen und wer mehr schwimmen konnte. Die Pb beschrieb die geringe Nahrungsaufnahme als *intuitives Fasten*.

Am Ende dieser Urlaubszeit hatten beide zwischen sieben und neun Kilogramm abgenommen. Die Pb wog nur noch 46 kg bei einer Größe von 164 cm.

Wieder zu Hause führten die beiden Mädchen ihre Kalorienrestriktion fort. Die Pb legte sich eine Kalorientabelle zu und versuchte unter 1000 kcal pro Tag zu bleiben. Meist seien es auch nur um die 600 kcal gewesen. Auch nahm die Pb keine warmen Mahlzeiten mehr zu sich. Sie forcierte ihre sportlichen Aktivitäten. Sie ging weiterhin schwimmen (3 mal pro Woche) und spielte regelmäßig Tennis. Später kam dann noch das Radfahren hinzu. Mit ihrer Schwester in Frankreich führte die Pb eine rege Korrespondenz.

Das sportliche Engagement der Pb war zu diesem Zeitpunkt noch nicht leistungsorientiert. Auch sei sie eigentlich zu dünn und zu schwach gewesen, um Ausdauersport leistungsmäßig betreiben zu können. Mit nur 45 kg bekam die Pb außerdem Haarausfall, sie hatte keinen Menstruationscyclus mehr und mußte sich einer Hormonbehandlung (Pille als Cyclusregler) unterziehen.

Freiwillig ging sie einmal zu einem Therapie-Gespräch. Diese Situation wurde für die Pb zu einem *Schockerlebnis*. Man behandelte sie herablassend, und die Ignoranz der Therapeutin sorgte dafür, daß die Pb die Therapie auf keinen Fall fortsetzen wollte. Die Behandlung bestand lediglich darin, daß man sie kurz auf eine Waage stellte und ihr befahl, wieviel sie an Gewicht *bis zum nächsten Mal* zuzunehmen hatte.

In einem Skiurlaub, im Januar 1987, lernte die Pb ihren langjährigen Freund und späteren Verlobten kennen. Dieser studierte Medizin in Mainz. Er war zweieinhalb Jahre älter als die Pb. Die Pb selbst hatte in der Zwischenzeit mit dem Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule begonnen. Ihr Eßverhalten war nicht normal. Sie aß keine warmen Mahlzeiten, nahm Abführmittel und zählte weiterhin Kalorien. Nun aber stellten sich *Halbhungeranfälle* ein. Ihre intensivste Magersucht-Zeit dauerte ungefähr ein Jahr lang. Danach kamen immer mal wieder Heißhungeranfälle, die sich mit absoluten Fastentagen (zwei bis vier Tage) abwechselten. Drei Jahre lang führte die Pb eine Wochenendbeziehung mit ihrem Freund, der in Frankfurt bei seinen Eltern wohnte und in Mainz studierte. In dieser Zeit hatte sie mit extremen Gewichtsschwankungen zu kämpfen.

1990 fand die Verlobung statt. Ihr Freund hatte sein Studium an der Universität erfolgreich beendet und bekam eine Stelle als Arzt im praktischen Jahr am Universitätsklinikum in Marburg. Beide gingen zusammen nach Marburg, zogen in eine gemeinsame Wohnung, und die Pb schrieb sich für Diplom-Pädagogik an der Universität in Marburg ein. Auch sie hatte ihre Fachhochschulausbildung mit Erfolg abgeschlossen.

Ihr Verlobter stammt aus einer *neureichen* Familie mit hohem Lebensstandard. Kurze Wochenend-Trips nach Nizza oder anderswohin waren keine Seltenheit. Geld spielte keine Rolle; Geld sei nie ein Problem gewesen.

Die Pb lernte Golf spielen, und man bewegte sich hauptsächlich in *höheren Kreisen*. Das junge Paar hatte wenig Kontakt zu anderen Kommilitonen. Sie verbrachten viel Zeit mit den Eltern und dem Freundeskreis des jungen Mannes.

Nur ein halbes Jahr später bot man dem angehenden jungen Arzt eine Forschungsstelle in den USA an. Diese Möglichkeit wollte er unbedingt wahrnehmen und ging für sechs Monate nach Washington. Während dieser Zeit fuhr die Pb mit ihren Eltern für vier Wochen in einen Frankreich-Urlaub. Dort machte sie die Bekanntschaft mit einem Triathleten, der gerade den *Ironman Europe* Wettkampf (Langdistanz: 3,8 km Schwimmen, 180 km Radfahren und 42,195 km Laufen) bestritten hatte. Fasziniert von dieser Sportart, und weil die Pb auch ein Sportrad im Gepäck hatte, verbrachten die beiden viel Zeit miteinander. Es kam zu einer kurzen Liaison. Auch auf einem anderen Gebiet machte die Pb neue Erfahrungen. Sie kam in Kontakt mit feministischer Literatur.

Zurück von dieser Reise besuchte die Pb ihre Vorlesungen nun bewußter und aufmerksamer. Sie fühlte sich nicht mehr nur *auf dem Papier* immatrikuliert.

Als die Pb erfuhr, daß sich ihre Schwester ein Rennrad zugelegt hat, mußte sie sogleich auch ein Rennrad kaufen. Sie ließ sich beraten und bestellte ein Rennrad, das sie zu ihrem Geburtstag, im Februar, abholte. Völlig enthusiastisch und ohne funktionelle Kleidung machte die Pb zu dieser kalten Jahreszeit ihre ersten Rad-Ausfahrten.

Zusammen mit ihrem Freund und Verlobten aber spielte sie Golf, lernte surfen, skifahren, reiten und Drachen fliegen.

Direkt nach dem Frankreich-Urlaub mit ihren Eltern flog die Pb für vier Wochen zu ihrem Verlobten in die USA. Von dort aus starteten die beiden zusammen zu einem vierwöchigen Urlaub in die Karibik. Zwischen dem Frankreich-Urlaub und dem Amerika-Besuch war sie 14 Tage in Marburg. Sie lernte abermals einen Triathleten kennen. Er studierte und arbeitete nebenberuflich in einem Fahrradgeschäft. Durch diesen Triathleten hörte sie zum erstenmal, wie man systematisch trainiert, wie Trainingseinheiten aussehen sollten und bekam Informationen über allgemeine Grundlagen der Trainingslehre.

Bei ihrem Besuch in Washington hatte die Pb kein Fahrrad dabei. Ihr damaliger Verlobter war tagsüber in der Klinik. Also kaufte sie sich ihr erstes Paar Laufschuhe. Die Pb erzählte, daß sie in den USA jeden Tag und immer *sehr schnell* gelaufen sei.

Aus der Karibik zurück in Marburg begann die Pb systematisch und planmäßig zu trainieren. Ihre Trainingseinheiten wurden intensiver. Sie trainierte jeden Tag. In dieser Lebensphase aß die Pb auch wieder nur sehr wenig.

Als ihr Verlobter sein Forschungsprojekt beendet hatte und wieder nach Marburg kam, erzählte ihm die Pb von ihrem Verhältnis zu einem Triathleten. Daraufhin mußte sie ihrem Verlobten versprechen, die Affaire zu beenden und den anderen Mann nicht wieder zu sehen. Unter der Aufsicht ihres Verlobten fuhr sie zu der Wohnung des Freundes. Als sie aus dessen Wohnung kam, wurde sie von ihrem Verlobten mit einem Strauß Rosen erwartet.

Die Pb berichtete, daß sie in dieser Zeit sehr viel und sehr intensiv trainiert habe. Zwei Wochen lang hielt sie ihr Versprechen; doch dann kam die endgültige Trennung von ihrem Verlobten. Zuvor hatte dieser sie im Nachthemd vor die Tür gesetzt. Er gab ihr eine Frist von drei Tagen, um auszuziehen.

Diese erste große Beziehung hatte fünf Jahre bestanden. Die Trennung und der Auszug aus der gemeinsamen Wohnung bezeichnete die Pb als die entscheidende Wende in ihrem Leben. Nun mußte sie für sich selbst sorgen. Sie brauchte eine neue Bleibe, und auch finanziell war sie zum ersten Mal auf sich allein gestellt.

Zusammen mit einem Medizin-Studenten bildete sie ein Zweier-Wohngemeinschaft. Sie hatte eine Beziehung mit dem Triathleten, dem sie hatte abschwören sollen. Die Pb trainierte jeden Tag. Drei Monate nach dem Trennungs-Ereignis lief sie in Berlin ihren ersten Marathon, zusammen mit ihrer Schwester. Das Trainingspensum betrug 12-13 Stunden in der Woche; hinzu kam die Zeit für das Pädagogik-Studium, dem sie sich ernsthaft widmete. Essen gab es als Belohnung nach dem Training. Weitere Wettkämpfe folgten: verschiedene Kurz-Distanz-Triathlons (1,5 km Schwimmen, 40 km Radfahren, 10 km Laufen). Der Höhepunkt ihrer Triathlon-Karriere war die Teilnahme beim *Ironman Europe* in Roth, im Sommer 1996, den sie erfolgreich beendete. Die Freundschaft mit dem Triathleten ging nach einem dreiviertel Jahr, kurz vor dem Ironman-Wettkampf, zu Ende. Ihr Freundeskreis bestand zu dieser Zeit hauptsächlich aus der *Triathlon-Szene*. Viele bereiteten sich ebenfalls auf *Roth* vor. Sport, Triathlon und Roth waren das Wichtigste in ihrem damaligen Leben. Sie fand kein Maß mehr bezüglich Trainingsumfang- und Intensität. Sie trainierte oft bei einer Pulsfrequenz von 180 Schlägen pro Minute. Die Pb behauptet von sich selbst, es sei ihr damals schon nicht mehr nur um die sportliche Leistung gegangen.

1995 bezog die Pb alleine eine kleine Wohnung. Schon während ihres Diplom-Studiums arbeitete sie halbtags an einem Projekt mit. Heißhungeranfälle versuchte sie mit Sport zu kompensieren. Mitte 1995 entschloß sich die Pb, noch einmal einen Therapie-Versuch zu

wagen. (Die Pb war auch zur Zeit des Interviews noch in therapeutischer Behandlung.) Nach Abschluß ihrer Prüfungen als Sozialpädagogin bot sich ihr die Möglichkeit, für weitere zwei Jahre an dem Projekt mitzuarbeiten. Ihre Planung sah so aus, daß sie danach eine Dissertation schreiben wollte.

Die Pb lernte dann 1996/97 einen 31jährigen Zahnarzt kennen, der nebenher noch Medizin studierte. Früher hatte er leistungsmäßig Tennis gespielt. Die Pb fing an, wieder Klavier zu spielen. Im März 1997 stellte sie sich ein weißes Klavier in die Wohnung. Vor 11 Jahren hatte sie das letzte Mal Klavier gespielt. Für das Jahr 1997/98 entschied die Pb, an keinen Wettkämpfen mehr teilzunehmen. Eventuell wollte sie beim *Ironman Europe* in Roth 1999 noch einmal starten; aber erst dann, wenn sie keinen *Druck* zum Training mehr verspürt. Einen 30 km-Langstreckenlauf, den die Pb eigentlich am folgenden Wochenende nach dem Interview mitlaufen wollte, sagte sie kurzfristig und mit gemischten Gefühlen ab. Sie meinte, nicht genügend vorbereitet zu sein. Sie hätte sich wieder zuviel Druck aufgebaut. Diese Entscheidung hatte einen Freßanfall zur Folge, den sie mit Abführmittel zu bekämpfen versuchte. Nach der Einnahme von Abführmitteln war die Entscheidung 'nicht zu laufen' endgültig, da sie jetzt aus rein physiologischen Gründen nicht mehr an diesem harten Lauf teilnehmen konnte.

Nachtrag. Die Beziehung zu dem Zahnarzt dauerte etwa ein Jahr. Seit November 1998 ist die Pb mit einem Kieferchirurgen verheiratet. Sie arbeitet als Leiterin in dem Projekt, bei dem sie schon als Studentin mitgearbeitet hatte. Sie ist sehr erfolgreich in ihrem Beruf. Zur Promotion fehlt ihr die Zeit.

Sportlich ist sie noch sieben bis acht Stunden in der Woche aktiv. Dabei läuft sie noch immer zwischen 10-12 km pro Trainingseinheit. Außerdem ist sie Mitglied in einem Fitneß-Studio. Ab und zu steht auch ein Wettkampf (Lauf-Marathon) auf dem Programm. 1998 nahm sie am Frankfurt- Marathon teil (alleine, d.h. ohne die Schwester; sie benötigte 03:40 Std.). Im Sommer spielt sie viel Tennis und fährt auch noch des öfteren Rad.

Die Pb bezeichnet sich selbst als *frei von Eßstörungen*. Sie nimmt warme Mahlzeiten zu sich und zeigt auch ansonsten ein relativ *normales* Eßverhalten.

7.4.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 4

Im Fallbeispiel 4 werden drei Hypothesen formuliert, da drei Hauptgründe als Ursachen der Eßstörungen der Pb 4 zugrundeliegen. Der Sport ist der gemeinsame Nenner dieser drei

Hypothesen. Dennoch kommen ihm verschiedene Funktionen zu. Die Auslöser der Eßverhaltensstörungen dieser Pb sind unterschiedlich, die Pb reagiert jedoch mit dem gleichen Prinzip der Verarbeitung, indem sie intensiv Sport betreibt.

Hypothese 1. Eine der entscheidenden Lebensphasen eines Menschen, in der wichtige Weichen für das spätere Leben gestellt werden, ist der Übergang von der Schule zur beruflichen Ausbildung. Im Fall von Pb 4 kam es in dieser Zeit zu einem kritischen Ereignis. Die Pb fiel zum ersten Mal in ihrem Leben in einer Prüfung durch. In ihrem bisherigen Leben hatte sie allen gesellschaftlichen Normen und Erwartungen entsprochen. Ihr zentraler Lebensinhalt bestand darin, ihrem Talent entsprechend (Klavierspiel und Sport), sich und damit ihre engste Umgebung zu repräsentieren. Auch für ihren Lebenspartner und dessen Familie erfüllte sie die Funktion als eine erfolgreiche, junge *Vorzeigefrau*. In dieser konflikthaften Atmosphäre von fremden Leistungserwartungen und Ansprüchen gegenüber Figur und Essen einerseits sowie eigenen Unsicherheiten und unerfüllten Bedürfnissen andererseits kam es zu Eßstörungen, die sich durch intensives sportliches Training verstärkten.

Hypothese 2. Pb 4 wuchs sehr behütet auf. Aus Furcht vor Eigenverantwortlichkeit verschloß sie sich gegenüber neuen oder unbekanntem Lebenserfahrungen. Sie ließ sich von ihrer Umwelt (Familie, Lebenspartner, Freunde) beeinflussen, weil ihre Persönlichkeit zu labil und zu sensibel war, um aus sich selbst heraus zu wachsen. Auch fürchtete sie sich vor eventuellen Fehlern, die sie sich selbst gegenüber nicht tolerieren oder hätte verzeihen können. Die wichtigsten Entscheidungen in ihrem Leben trafen meist andere (der Vater, der Lebenspartner bzw. Verlobte). Erst sehr spät begann die Pb Verantwortung für sich und ihr Leben selbst zu übernehmen. Aufgrund dieser Unsicherheiten und Lebensängste kam es dazu, daß andere ihr eine *Etikette* aufdrückten, die sie zunächst einmal erkennen mußte, um sich dann später davon distanzieren zu können. Einzig der Sport, insbesondere das regelmäßige Trainingsprogramm, gaben ihr in dieser Zeit, in der diese Wende stattfand, Struktur und Stabilität. Die Eßstörung von Pb 4 ist daher ein Ausdruck innerer Zerrissenheit und Unsicherheit auf der Suche nach dem persönlichen Lebensweg. Durch intensive sportliche Betätigungen erfuhr sie Selbstkontrolle, Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit. Insofern tangiert Hypothese 2 die Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes - zum Einen aufgrund des Aspekts Anforderungen an die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle in einer modernen, offenen Gesellschaft (Stahr et al. 1995, S. 77), zum Anderen in bezug auf

eine potenziell erhöhte Möglichkeit zu mehr Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit in ihrer Rolle als Frau (Stahr et al. 1995, S. 81/S. 84).

Hypothese 3. Die Pb definierte sich hauptsächlich durch andere, durch deren Anerkennung und Bewunderung. Die Musik und der Sport dienten dazu, diese Anerkennung und Bewunderung zu erhalten. Vor allem ihre sportlichen Leistungen gaben ihr Selbstwert- und Identitätsgefühl. Durch sportliche Leistungen konnte sie persönliche Schwächen verdrängen, sich aber gleichzeitig auch innere Stärke beweisen.

Begründung der Hypothese 1. Gesellschaftlich geprägte Leitbilder – Karriere. Eine der entscheidenden Lebensphasen eines Menschen, in der wichtige Weichen für das spätere Leben gestellt werden, ist der Übergang von der Schule zur beruflichen Ausbildung. Bis dahin hatte sie gesellschaftlichen Ansprüchen, Normen und Werten weitgehend entsprochen. Ihr Leben war ausgefüllt durch Klavierspielen und sich zu präsentieren. Auch für ihren langjährigen Lebenspartner und dessen Familie erfüllte sie die Funktion als *Vorzeigefrau*.

In dieser Atmosphäre reglementierter Wege wurde das sportliche Training zum Ventil, weil sie ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht ausleben konnte. Bis zu einem gewissen Zeitpunkt hatte die Pb an den traditionellen, gesellschaftlichen Denkweisen, mit denen sie aufgewachsen war, keine Zweifel gehabt. Sie wurde erzogen im Geiste gutbürgerlicher Wert- und Moralvorstellungen. Mit ihrer musikalischen Begabung, ihrem Fleiß und ihrer Disziplin (in Schule und gegenüber gesellschaftlichen Verpflichtungen) erfüllte sie diese Erwartungen uneingeschränkt. Aber durch ein kritisches Lebensereignis wurde die Pb aus der vorgegebenen Bahn geworfen: Sie bestand die Aufnahmeprüfung zum Musikstudium nicht. Damit hatte sie die Erwartungen nicht erfüllt. Aber niemand wagte es, die Pb direkt darauf anzusprechen. Eine echte Verarbeitung dieses herben Mißerfolges fand nicht statt. Nun mußte sich die Pb, als Tochter eines Rektors, auf etwas anderes besinnen und einen anderen Lebensweg einschlagen. Die Vorgabe machte der Vater. Die erlebte Niederlage sollte möglichst schnell verdrängt und mit neuen Aufgaben überdeckt werden. Als neues Karriereziel wurde nun das Studium zur Sozialpädagogin an einer angesehenen Berufsakademie in Angriff genommen.

- ... also es war irgendwie für alle relativ lange klar, daß ich Musik studiere, und das hat auch irgendwie niemand so in Frage gestellt und ich eigentlich auch nicht. Und ja, das hat dann auch wirklich auf Anhieb nicht geklappt, mit diesen Aufnahmeprüfungen und ...

- ... vielleicht hab ich es auch verdrängt, weil das waren vielleicht in meinem Leben auch so die einzigen Prüfungen, die ich einfach 'mal nicht bestanden habe. Sonst lief immer alles glatt, und ich hab diese Prüfung halt einfach nicht bestanden und hab dann auch irgendwie nicht mehr das weiter verfolgt. Ich hab zehn Jahre lang keine Taste am Klavier angefaßt, also ich hab dann wirklich zehn oder elf Jahre lang überhaupt nicht mehr Klavier gespielt.

Gesellschaftlich geprägte Leitbilder – Schönheitsideale. Bevor die Pb diesen neuen Lebensabschnitt einschlug, verbrachte sie, zusammen mit ihrer Schwester, einen letzten, langen Urlaub. Die Schwester war die einzige echte Vertrauensperson in ihrem Leben. Mit ihr sprach sie über ihre Ängste und Wünsche, ihre Eß- und Gewichtsprobleme, ihre Beziehung zu ihrem späteren Freund und über ihre körperlichen Empfindungen.

- Ja, also es ist eine sehr intensive Beziehung zu meiner Schwester.
- ... also wir standen dann, in ganz, ganz regen Briefwechsel und haben auch viel telefoniert. Also wir haben immer einen ganz intensiven Kontakt gehabt.

In diesem Urlaub orientierten sich die beiden Schwestern an Idealen, die ihnen am Strand begegneten und vorgelebt wurden. Sie sahen gut gestylte, athletische Figuren und wollten auch so aussehen. Die Orientierung an gesellschaftlich vermittelten Leitbildern, wie Schönheits- und Schlankheitsideale oder auch Leistungsideologien, werden auch im identitätstheoretischen Ansatz als Mitverursacher von Eßstörungen angesehen (Stahr et al. 1995, S. 81-82/S. 85).

- Ich glaub schon, daß so die Figur im Vordergrund stand, so ein Schlankheitsideal.
- Also ich denke, wir hatten das Gefühl, man könnte ja vielleicht zwei, drei Kilo abnehmen wo es überhaupt nicht angezeigt gewesen wäre. Und ich denke, wir haben da vielleicht sechs/sieben Kilo abgenommen.

Zu diesem Ideal der schönen Körper gehörte ebenso ein bestimmtes Outfit, eine bestimmte Lebensart und die entsprechende Ernährungsweise.

- ... das fing an, daß wir plötzlich mal Fleisch abgelehnt haben, ja also das war dann plötzlich völlig *out*, Fleisch. ... dann kam irgendwie das mit diesen neuen Produkten: alles *light* und *du darfst*. Ja und überall standen plötzlich Kalorien drauf und das fing dann irgendwie an, daß wir das *schick* fanden. Und ich glaub, das ging dann so ein bißchen einher mit, ja mit einem guten Körpergefühl.

Als sie durch die Zulassungsprüfung zum Musikstudium durchgefallen war und somit ihre ursprünglichen Ziele unerreichbar schienen, wußte die Pb nicht mehr, an wem oder an was sie sich orientieren sollte. Ihr Umfeld hatte auf ihre Fähigkeiten vertraut. Und nun hatte sie sich und andere enttäuscht. Zu diesem Zeitpunkt verlor sie an Halt. Da fielen die neuartig vermarkten Schönheits- und Schlankheitsideale, bei ihr auf fruchtbaren Boden. Auf vielen

Speisen sind die Kalorien vermerkt. Die Gesellschaft wird auf ihr Konsumverhalten aufmerksam gemacht. Die Pb und ihre Schwester waren dankbare Abnehmer dieser Entwicklung. Hinzu kam, daß man dabei anscheinend noch schön und begehrenswert werden konnte. Man wurde bewundert und respektiert für die disziplinierte Leistung des Sich-Enthaltens in einem Schlaraffenland von Nahrungsangeboten. Die hier vermittelten Leitbilder einer modernen, aufgeschlossenen, scheinbar gesunden Gesellschaft, in der ein Individuum mit Askese, Fleiß und einer permanenten Leistungsbereitschaft alles erreichen kann, führten die Pb und ihre Schwester in ein magersüchtiges Verhaltensschema. Denn wie in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes vermerkt (Stahr et al. 1995, S. 85), assoziiert man in der heutigen Gesellschaft Schlankheit und Fitneß mit positiven Persönlichkeitsmerkmalen. Bei der Pb war dies der Beginn eines Wettstreits mit der Waage, gegen Kalorien und gegen menschliche Schwächen. Problematisch wurde es für die Pb erst, als sichtbare physische Mängel in Erscheinung traten. Haarausfall und Hautprobleme ließen Makel an der sonst so perfekten jungen Frau erkennen. Plötzlich stand ihre Attraktivität auf dem Spiel und damit auch ihre scheinbar gesicherte Position im *goldenen Käfig*, an der Seite ihres Verlobten.

- Für mich selber war so ein einschneidendes Schockerlebnis, als ich eben dann auch mit Haarausfall Probleme bekommen habe. Und da hat für mich natürlich die Ästhetik einen Knacks bekommen, da habe ich richtig Angst und Panik bekommen.

Wie in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes erläutert wird (Stahr et al. 1995, S. 86), steht heutzutage die Frage nach dem *Wie soll ich aussehen?* im Vordergrund von Bestrebungen junger Menschen. Fit und schön sein gehört mittlerweile zum Statussymbol unserer modernen Gesellschaft. Auch für die Pb waren zunächst ästhetische Aspekte Kernpunkte ihrer Hauptmotivation für ihr Fasten- und Bewegungsverhalten. Der Sport, hier insbesondere das Schwimmtraining, wurde benutzt als Mittel zum Zweck. Es machte zudem noch Spaß. Auch nach diesem wichtigen, ihr Leben entscheidend verändernden Urlaub, diente die sportliche Bewegung vornehmlich dem Muskelaufbau und der Gewebsstraffung.

- Warum ich das gemacht habe? Radfahren, Schwimmen, ja schon, auch noch mehr vielleicht, weil es mir Spaß gemacht hat. Eine Mischung aus Spaß und eben, die gute Figur. Aber vielleicht um weniger Kalorien zu verbrennen, sondern eher zur Straffung und zum Aufbau der Muskulatur.

Beide Schwestern ernährten sich auch nach dem Urlaub weiterhin restriktiv. Es herrschte auch ein gewisser Konkurrenzkampf zwischen den beiden jungen Frauen, wer strenger fasten und Diät halten konnte, wer weniger Gewicht auf die Waage brachte.

- Ja, Konkurrenz auf jeden Fall. Ich hatte meist schon weniger Gewicht als meine Schwester. Streit, nein. Nur so ein bißchen, also nur so ein bißchen. Wir haben uns gegenseitig motiviert, wer noch weniger isst und Kalorien zählen und ...
- ... im Urlaub haben wir intuitiv gefastet, und hinterher hab ich vor allem angefangen, gezielt zu fasten.

Innerhalb kurzer Zeit hatte die Pb fast zehn Kilogramm abgenommen. Während des Urlaubs hatten die Schwestern angefangen, regelmäßig zu schwimmen. Ein tägliches, sportliches Fitneß-Training wurde in den Tagesablauf integriert. Auch das gehörte zum neuen Lebensstil dazu. Zu Hause wurden dann Kalorientabellen und die Waage als objektive Kontrollinstanzen eingesetzt.

- Also ich hab immer irgendwie versucht, jeden Tag, mich auf jeden Fall unter 1000 Kalorien zu halten, so um die 600.
- ... ich hab natürlich jegliche warme Mahlzeit abgelehnt, weil das auch halt sehr problematisch zum Nachrechnen war.
- Und dann ging das so, ja im Grunde genommen hab ich viel Obst und ab und zu mal was Süßes gegessen, weil ich das nun mal gerne esse; aber dann halt immer so absolut - also wenn ich dann, was weiß ich, mal eine Tüte Eis gegessen habe, obwohl ich genau wußte, die hat nur 130 Kalorien; aber das war dann auch auf jeden Fall ein Ersatz für eine komplette Mahlzeit.
- Ja, das war zwanghaft im Kopf.

Die körperliche Bewegung, insbesondere das Schwimmen, wurde betrieben, um die Ziele *Abnehmen* bzw. *Kalorien verbrennen* zu erreichen. Zu dieser Zeit war die Pb noch keine Leistungssportlerin und hatte auch noch nicht mit Triathlon angefangen.

- ...also unser Weg (Schwester) verläuft auch sehr parallel. Wir sind dann eben drei Monate in Frankreich gewesen und haben in dieser Zeit eigentlich angefangen fanatisch, würde ich mal sagen, zu schwimmen. Also da hat Sport plötzlich so einen Stellenwert bekommen - also wir haben damals noch nicht gekrault. Und da ging das auch relativ parallel mit Eßstörungen los.
- Wir haben so gut wie nichts gegessen. Also heute würde ich sagen, wir haben den ganzen Tag gehungert und haben morgens ein bißchen was gegessen und abends dann wieder, haben den ganzen Tag gehungert und noch zusätzlich irgendwie Sport gemacht. Also wie gesagt, Triathlon hatte ich damals noch nicht gekannt ...

Gesellschaftlich geprägte Leitbilder – die perfekte Frau. Nach dem Urlaub trennten sich die Wege der Geschwister. Während ihre Schwester als Au-pair-Mädchen nach Frankreich ging, begann die Pb ein Vorpraktikum in einem Kindergarten, die Voraussetzung zur Aufnahme an der Berufsakademie. Danach begann sie mit dem Studium, aber eigentlich fühlte sie sich nicht

recht wohl bei den Sozialpädagogen. Weder konnte sich die Pb mit diesem Studium identifizieren, noch sich mit dem Gedanken anfreunden, zu heiraten und für eine Familie da zu sein. Denn inzwischen hatte sie ihren Lebenspartner und späteren Verlobten kennengelernt, dessen Eltern solche Erwartungen durchaus an sie knüpften. Für die Pb war es eine Zeit des Wandels ihrer Denkweise, die vormals unkritisch auf traditionellen, konservativen Werten beruhte. Dies betraf auch die Geschlechterrolle. Der Wandel der geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen und damit verbundenen Identifikationsmuster wird in Kategorie 3 des Identitätstheoretischen Ansatzes thematisiert (Stahr et al. 1995, S. 81). In dieser Situation einer gut behütet aufgewachsenen Tochter ohne große Lebenserfahrung, die nun mit kritischen Lebensfragen ganz allein gelassen wurde, war die Pb überfordert. Sie wich dieser Überforderung aus, indem sie auf einer anderen Ebene Anforderungen an sich stellte, die sie auf ihre Weise zu erfüllen vermochte. Ihr ursprüngliches Ziel, als Pianistin Karriere zu machen, war gescheitert. Nun hatte sie keinen Mut mehr, sich ihre Ziele selbst zu stecken. Für einen zweiten Versuch fehlte ihr das nötige Selbstvertrauen. Also resignierte sie und versuchte sich auf einem anderen Gebiet, das ihr von außen (von ihrem Vater) dargeboten wurde. In dieser Zeit lernte sie nun ihren späteren Verlobten (J.) kennen, dessen Familie einen hohen Lebensstandard beanspruchte. Die Beziehung war drei Jahre lang eine Wochenend-Beziehung.

- ... Heißhungeranfälle kamen, nachdem ich meinen Freund kennengelernt hatte. Ich hab zu Hause gewohnt und er in F..
- Also ich denke, daß ich in diesen drei Jahren einfach Phasen, mit extremen Gewichtsschwankungen hatte, so fünf Kilo. Für meinen Freund und mich war das einfach kein Thema. War einfach kein Thema. Wir haben nicht darüber geredet. Aber ich hätte mit ihm auch nie darüber geredet; es war ein unausgesprochenes Tabu.

Nach einiger Zeit aber konnte sie ihre Disziplin des Wenig-Essens und Viel-Bewegens nicht mehr aufrecht erhalten. Sie bekam Heißhungeranfälle und wußte nicht, wie sie damit umgehen sollte. Schon wieder versagte die angeblich starke Seite ihres Charakters.

- ... und komischerweise, - genauso wenig wie ich weiß, wie das mit den Eßstörungen, mit der Magersucht angefangen hat, genauso wenig weiß ich eigentlich, wie es dann so geendet hat.
- Es hat irgendwie einfach angefangen, - also es ging los, daß ich dann ab und zu so Halbhungeranfälle hatte. Ich hab's versucht mit Spucken, aber es ist mir nie geglückt.
- ... wenn ich schon zuviel gegessen hatte, hab ich natürlich Abführmittel genommen, Abführtee, also zu solchen Mitteln dann gegriffen.
- ... dann ging das los mit Heißhungeranfällen, mit ganz schweren, ja und dann habe ich alles durchgemacht, mich selber beschuldigt und mich schlecht gefühlt, mich eben ganz, ganz mies

gefühlte danach, und dann kamen natürlich wieder ein, zwei Tage, wo ich dann absolut gehungert habe.

Gesellschaftlich geprägte Leitbilder – Leistungsideologie. Das anorektische Verhalten, das sich bereits zu Beginn des Urlaubs angekündigt hatte, wurde immer intensiver. Die Kraft, ihr Leben zu meistern, konzentrierte die Pb nun ganz auf das Gebiet ihres eigenen Körpers. Hier fühlte sie sich wieder kompetent und konnte schon bald Erfolge vorweisen. So rückte auch der Sport und die Leistungskomponente immer mehr ins Blickfeld ihrer Betrachtungen. Für die Pb geriet der Bewegungsdrang in den Mittelpunkt ihres Lebens. Die Zeit, die sie früher zum Üben am Klavier verbracht hatte, investierte sie nun in ein exzessives sportliches Training. Als sie dann auch noch mit dem *Triathlon-Sport* in Berührung kam, und als ihre Schwester ihr schrieb, sie hätte sich ein Rennrad gekauft, mußte die Pb unbedingt auch eines haben. Im Urlaub waren die beiden Schwestern schon viel geschwommen, nun hatten sie das Radfahren für sich entdeckt. Von hier aus war es nur noch ein kleiner Schritt zum Triathlon als Wettkampfsport. Mit ihren sportlichen Erfolgen ließen sich Anspruch und Wirklichkeit wieder in Einklang bringen. Ihre eigentlichen Probleme wurden verdrängt, und mit Diät und Sport wandte sie sich einer neuen Realität zu.

- ... ich glaube, daß ich das mehr so für mich gemacht habe, für mich gebraucht habe, so als Bestätigung, von der Leistung her.
- ... und ich hab mich dann eben auf diesen Sport fixiert, und das war dann eben mein Extrem. Und hab dann damit auch, denk ich, vieles so kompensiert. Das hat mir die Struktur und die Stabilität in meinem Leben gegeben.

Dem Freund wurden die Eßstörungen verheimlicht. Bemerkenswert ist die Angabe der Pb, daß die Heißhungeranfälle begannen, nachdem sie J. kennengelernt hatte. Diese Entwicklung könnte ein Hinweis darauf sein, daß die Pb auf der einen Seite stark sein, auf ihre Figur und ihr Gewicht achten wollte, auf der anderen Seite aber wollte sie das Leben auch genießen, zusammen mit einem Partner. Da aber die Grundlage dieser Beziehung eine Basis war, die vor allem auf äußerlichen Vorstellungen beruhte, flüchtete sie sich wieder in ihre Eßstörungen und in intensive körperliche Aktivitäten. Zu dieser Zeit begann die Pb mit dem Extrem-Ausdauersport Triathlon und seinen spezifischen Trainingseinheiten.

Am Ende dieser Ausführungen zur Hypothese 1 bleibt festzuhalten, daß es durch die Summierung verschiedener Faktoren im Leben von Pb 4 zur Ausbildung ihrer Eß- und Verhaltensstörungen, insbesondere eines intensiven, oft unphysiologisch harten sportlichen

Ausdauertrainings kam. Sie entfernte sich immer mehr von sich selbst, von ihren eigenen Wünschen und hatte wenig Vertrauen in ihre Urteilsfähigkeit. Sie flüchtete sich in extreme Handlungen, wie sportliches Training und Anorexie. Als *Vorzeigefrau* stand ihre Figur im Vordergrund. Sie führte lange Zeit eine für sie eher unbefriedigende Beziehung, in der ihre Bedürfnisse zu kurz kamen. Außerdem begann sie ein Studium, mit dem sie sich (noch) nicht identifizieren konnte und das zu ihrem sonstigen Lebensstil konträr lief. *Es war nicht stimmig*, wie die Pb selbst spürte. Nach dem Umzug nach M., in eine gemeinsame Wohnung mit ihrem Verlobten, eskalierte die Situation. Die innere Spannung war für die Pb nicht mehr auszuhalten, und es kam zum endgültigen Bruch mit ihrer bisherigen Lebensweise; dies war die *Wende* in ihrem Leben. Pb 4 ist ein Paradebeispiel einer affekt-kontrollierten Frau. Sie ist unfähig zu streiten und für sich zu kämpfen. Sie kann ihre Aggressionen und ihre innere Unzufriedenheit nur durch intensive körperliche Belastung ausleben (Stahr et al. 1995, S. 83). In Hypothese 1 dominiert der Aspekt der vierten Kategorie des identitätstheoretischen Ansatzes. Es handelt sich um die Überidentifikation mit fremdbestimmten Idealen und Leitbildern (Stahr et al. 1995, S. 84). Dadurch kommt es zu einer nur scheinbaren Selbstverwirklichung. In ihrer inneren Realität aber war die Pb unsicher und leicht verletzbar, was sich in ihren Verhaltensstörungen manifestierte.

Begründung der Hypothese 2: Entscheidungsfähigkeit. Hypothese 2 besagt, daß die Pb in ihrem Diät- und sportlichen Verhalten Sicherheit und Selbstverantwortungsfähigkeit suchte, die ihr in anderen Lebensbereichen fehlte. Der Körper wird, wie auch in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben, Mittel zur Identifikation, zur Abgrenzung von anderen und zur letzten, noch gebliebenen Kontrollinstanz für die eßgestörte Athletin (Stahr et al. 1995, S. 84/S. 86).

Leistungsgedanken, Pflichtbewußtsein und Selbstanpassung standen lange Zeit im Leben der Pb in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die zweite Hypothese soll hervorheben, daß die Pb mit ihrer Anorexie eine Art Befreiungsschlag unternahm, um aus ihrem behüteten Dasein zu entfliehen. Zu diesem Krankheitsbild gehören nicht nur die Eßstörungen. Von großer Bedeutung sind auch die sportlichen Aktivitäten. Nach der nicht bestandenen Aufnahmeprüfung zum Musikstudium brach das ursprüngliche Lebenskonzept auseinander. Anstatt sich selbst nach Alternativen zu befragen, entschied der Vater für seine Tochter. Die Pb bekam kaum Gelegenheiten, aus Fehlern und Mißerfolgen zu lernen. Sie hatte auch kaum Zeit, sich selbst mit ihren Problemen auseinander zu setzen. Sie kam von einem behüteten Nest in ein anderes, von der Familie direkt zum Partner. Wiederum tat sie das, was andere

aner kennenswert fanden. Dies traf sowohl für ihr Sozialpädagogik-Studium zu als auch für ihr Verhalten innerhalb der Beziehung und zu den Eltern des Freundes. Sie wurde, wie in Kategorie 3 des Identitätstheoretischen Ansatzes aufgeführt (Stahr et al. 1995, S. 81), zum Objekt ihrer Verhältnisse. Aus ihrer biographischen Unsicherheit heraus konnte man ihr leicht die gewünschte *Etikette* aufdrücken, sei es die der braven, strebsamen Tochter oder die der vorzeigefähigen, zukünftigen Schwiegertochter, gebildet, mit gutem Benehmen und einer adretten äußeren Erscheinung.

- ... ich denke, damals war ich noch nicht so reif, mich wirklich damit auseinander zu setzen: Zu Hause ist irgendwie eine Art Panik ausgebrochen, du meine Güte, jetzt hat sie Abi und hat ein halbes Jahr lang nur Musik gemacht und um Gottes Willen, was macht sie jetzt ...
- Und dann kam irgendwie wirklich mein Vater so heim und hat gemeint, ja, er hätte über Beziehungen für mich eine Möglichkeit eröffnet, wenn ich ein Jahr lang Vorpraktikum im Kindergarten mache, dann würde ich einen Studienplatz an dieser heißbegehrten Berufsakademie finden. Ja und so bin ich dann da rein geschlittert, ohne mir groß Gedanken zu machen und das irgendwie für mich abzuwägen.

Der Versuch der Selbstverwirklichung durch sportliches Training. Das Thema der Selbstverwirklichung der Pb scheint in diesem Umfeld eher vorgegeben und nicht von ihr selbstbestimmt zu sein (Kat. 3; Stahr et al. 1995, S. 81). Diese Art der Selbstverwirklichung, der Luxus eines in materiellen Dingen sorgenfreies Leben, fand nur an der Oberfläche statt. Die eigentliche Suche der Selbstfindung aber entwickelte die Pb nun auf der körperlichen Ebene, nämlich im Extremsport Triathlon, dem sie sich unbarmherzig selbst gegenüber, zuwand. Mit einem großen Trainingsaufwand und hohen Trainingsintensitäten bewies sich die mit ihrer Lebenssituation unzufriedene Frau physische Stärke. Aufgrund ihres introvertierten Wesens war es ihr nicht möglich, sich gegen die Verplanung ihrer Person durch ihre Umwelt auf andere Weise zu erwehren.

- ... unter diesem Druck, ich hab mich überhaupt nicht wohl gefühlt und war eigentlich in den anderen Mann verliebt, da hab ich angefangen zu laufen. ... da bin ich so jeden Tag gelaufen, viel zu schnell, so bis zum Anschlag ...
- Der Sport, das Training wird dann schon so zum Suchtverhalten. Also ich denk, daß ich eben also eigentlich alles, was ich in meinem Leben gemacht habe, mache ich dann sehr extrem; und ich hab mich dann eben auf diesen Sport fixiert und das war eben mein Extrem. Und hab damit auch, denk ich, vieles kompensiert. Das hat mir die Struktur und die Stabilität in meinem Leben gegeben.

Härte und Disziplin als selbstkontrollierbare Instanzen. Die Pb entfernte sich dadurch immer weiter von gesellschaftlichen, normativen Vorstellungen und Verpflichtungen und fand ihre persönliche Bestätigung nur im Sport und in einer äußerst asketischen Lebens- und Ernährungsweise. Sie hatte nur noch ein Ziel vor Augen: die Bewältigung eines Ironman-Triathlon.

- Den Höhepunkt hat's halt erreicht, als ich letztes Jahr in Roth (Ironman Europe) war, wo sich dann ja im Grunde genommen halt für mich alles nur noch so um den Sport gedreht hat.
- Triathlon Roth war also das Wichtigste in meinem Leben damals. Ehrgeiz, ja, Konkurrenzgedanken, ich glaube, ich hab das mehr so für mich gemacht, für mich gebraucht, so als Bestätigung, von der Leistung her ... ich trainiere viel zu viel, bin eigentlich immer übertrainiert und das steht in keiner Relation zum Ergebnis.

Beachtung und Bewunderung sind für die Pb notwendige Prämissen von Lebensqualität. Sie braucht den Respekt anderer Menschen zum Leben.

- Nicht Freunde, sondern eher vielleicht immer so einen kleinen Kreis von Fans so um mich ... ich wirke auf andere anders, als ich eigentlich bin. Andere sehen an mir nur die Seite der starken, disziplinierten Frau, die alles auf die Reihe kriegt, wofür sie mich auch unheimlich bewundern, was für unterschiedliche Bereiche ich abdecke und daß ich das alles so *scheinbar* mühelos hinkriege.
- Ja, ich hab Angst, gewisse Dinge zu verlieren, meine Attraktivität, meine Figur, ... Kondition zu verlieren, sowohl meine äußere Attraktivität, aber eben auch die Attraktivität über das Besondere zu verlieren.

Die Vorspielung der glücklichen, starken Frau endete nicht glücklich. Auch in ihrer Beziehung war sie nicht fähig, sich aus eigener Kraft Selbstbewußtsein zu erarbeiten. So kam es zur Trennung von ihrem Verlobten. Sie verzichtete von einem Augenblick zum anderen auf die materielle Zuwendung von außen und fing an, sich ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, für sich selbst zu sorgen.

- Ja, diese Trennung, das war gut so, die Wende in meinem Leben. Also ich hab dann von jetzt auf nachher auf eigenen Füßen, das erste Mal denk ich, in meinem Leben, gestanden.
- ... und hab dann angefangen, denk ich, mein Studium zu studieren und da nicht irgendwie mich zu vergnügen. Und ich habe am Wochenende gejobbt.

Daß die Pb mit ihrer neuen Situation überfordert war und mit sich selbst nicht im Einklang war, konnte sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht realisieren. Durch stringentes Hungern und einen immer dünner werdenden, krank aussehenden Körper brachte die junge Frau zum Einen zum Ausdruck, daß sie sehr hart und diszipliniert sein konnte, zum Anderen aber auch, daß sie das Recht hatte, Schwäche zu zeigen und Mitgefühl zu erhalten.

- Ich hab dann angefangen, also ich hab dann sehr viel trainiert, also dann hab ich auch jeden Tag eigentlich zu trainieren angefangen.
- Hungern, denk ich, ist für mich so ein Zeichen meiner Stärke, meiner Disziplin, Macht, ja mich selbst zu überwinden, im Griff zu haben. Die Eßanfälle und die Kompensation mit Essen, das ist eher bei mir so ein tiefes Gefühl von Einsamkeit, Traurigkeit, mich vernachlässigt zu fühlen.

Die Pb ist von ihrer Persönlichkeitsstruktur ein eher labiler Mensch. Sie trifft Entscheidungen nicht gerne alleine und neigt dazu, sich fremdbestimmten Idealen unterzuordnen. Es fällt ihr schwer zu unterscheiden, was sie selbst gerne möchte, was ihre eigenen Ziele sind. Sich dünn zu hungern, war für diese Pb ein Mittel, sich den Ansprüchen ihrer Umwelt zu entziehen. Und je enger ihr *goldener Käfig* zu werden drohte, desto extremer versuchte sie, sich durch sportliches Training und Wettkämpfe zu befreien. Insofern erfüllten im Fallbeispiel von Pb 4 Magersucht und extreme sportliche Aktivitäten den Zweck des Nachweises einer noch verbliebenen Stärke und Selbstkontrolle, eine letzte Instanz der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung.

Begründung der Hypothese 3: Selbstvertrauen. Wie aus den Hypothesen 1 und 2 erkennbar wurde, war die Anerkennung durch andere für Pb 4 eine ihrer Hauptmotive. Der Leistungsgedanke dominierte in allen Lebensphasen. Ein Fachhochschulstudium schien ihr weniger wert zu sein als der Abschluß eines allgemeinen Hochschulstudiums.

- ... und dann hab ich im Anschluß daran, weil ich irgendwie das Gefühl hatte, so an einer Fachhochschule nicht richtig studiert zu haben und wollte mir eine akademische Laufbahn noch erschließen ... dann hier noch Diplom-Pädagogik studiert.

Sie, die früher auf künstlerischer (musikalischer) Ebene nach Vervollkommnung strebte, hat jetzt ebenso hohe Ansprüche in bezug auf ihr Studium und ihre sportliche Leistungsfähigkeit. Im Nachhinein sind die Übungsstunden am Klavier vergleichbar mit den aufgewendeten Trainingsstunden im Sport.

Durch den Rückzug vom Klavierspiel verlor sie eine wichtige Stütze ihres Selbstvertrauens. Plötzlich nicht mehr als uneingeschränkt besonders leistungsfähig zu gelten, in einem Bereich, in dem sie bis dahin brilliert hatte, war für die Pb eine völlig neue Erfahrung. Hinzu kam nun auch die Angst, von anderen nicht mehr so geachtet zu werden, wie das früher der Fall war. Die Mutter macht gerade dieses negative Lebensereignis für die Eßstörungen ihrer Tochter verantwortlich.

- Wie gesagt, meine Mutter macht das also an der Aufnahmeprüfung fest. An diesem Zusammenstürzen meines Lebenskonzepts.

Leistung und Konkurrenzgedanken entwickelte die Pb zunächst in bezug auf ihre Hungerkünste im Vergleich mit ihrer Schwester. Auch auf diese Weise wollte sie sich Bestätigung verschaffen.

- Wir standen schon jeden Morgen auf der Waage und haben unsere Gewichte verglichen, weiter verleitet zu dem Abnehmen. ... ja, wir hatten Konkurrenz zueinander – haben uns gegenseitig motiviert, wer noch weniger isst und Kalorien zählen ...

Und dann kam der Sport als zunehmend wichtiger Faktor hinzu, in dem sie über sportliche Ausdauerleistungen die Möglichkeit fand, Selbstvertrauen und Anerkennung wieder zu erlangen.

Sport und Nahrungsrestriktion als Mittel zur Kompensation. Die Pb und ihr Verlobter zogen nach M., wo er eine gute Stelle als Arzt im praktischen Jahr bekommen hatte. Hier fühlte sie sich relativ überflüssig, immatrikulierte sich aber für das Diplom-Studium in Sozialpädagogik. Schon bald tat sich in der Karriere ihres Partners wieder eine Chance auf, in den USA ein Praktikum absolvieren zu können. Jetzt war sie in einer, ihr fremden Umgebung und fühlte sich allein gelassen. Zusammen mit ihren Eltern verbrachte sie einen Urlaub, in dem sie zum ersten Mal in ihrem Leben vom Triathlon-Sport erfuhr und eine Affäre mit einem anderen Mann einging. Irritiert über ihre Gefühle, reagierte die Pb wiederum mit bestimmten Erwartungshaltungen und hohen Ansprüchen sich selbst und anderen gegenüber. Sie flüchtete sich in ein enorm hohes Bewegungspensum. Das Schwimmtraining war ihr vertraut. Nun begann sie auch mit einem regelmäßigen Rad- und Lauftraining. Dies alles diente dazu, ihre eigentliche Unzufriedenheit und Unerfülltheit zu kompensieren und zu verdrängen.

- ... bin dann halt brav nach Amerika geflogen zu meinem damaligen Freund; dies war halt alles nur Zwang, und ich habe mich völlig unwohl gefühlt, hab das alles abgelehnt, also es war kein Genuß mehr, dieses Leben für mich. Ich hab weniger gegessen. Ich war da wieder sehr, sehr schlank.
- ... ich hab mir dann in Washington mein erstes Paar Lafschuhe gekauft. ... unter diesem Druck, und ich hab mich ja überhaupt nicht wohl gefühlt und war eigentlich in den anderen Mann verliebt, da hab ich angefangen zu laufen. ... vielleicht so jeden Tag, aber jedenfalls viel zu schnell, so bis zum Anschlag, ja.
- Mein erster Wettkampf, der Marathon, ich bin da in Berlin gelaufen, übrigens mit meiner Schwester zusammen. ... ja und das war halt so ein ganz tolles, euphorisches Erlebnis und

dann hat das mit dem Schwimmen auch geklappt, daß ich auf jeden Fall mal einen Triathlon-Wettkampf machen konnte. Und dann hab ich auch mit den Wettkämpfen angefangen.

- Den Höhepunkt habe ich erreicht, als ich letztes Jahr in Roth war, als sich für mich alles nur noch um den Sport gedreht hat.

Ihre Unzufriedenheit mit ihrem Leben kompensierte die Pb mit einem enormen Leistungswillen auf verschiedenen Lebensbereichen.

Ihr sportlicher Ehrgeiz, auch hier Außergewöhnliches zu leisten, war ein Kernpunkt ihres Denkens und Handelns. Ebenso durfte hier die Ernährungsstrategie nicht außer Acht gelassen werden. Auch hier mußten disziplinarische Maßnahmen getroffen werden. Die Folge war ein suchtgesteuertes Eß- und Bewegungsverhalten. Sport und Nahrungsaufnahme standen in engem Zusammenhang. Aber durch die Beschäftigung mit diesen Komponenten verdrängte die Pb ihre eigentlichen Probleme mit sich und ihrer Umwelt. Sie flüchtete sich in stereotype Bewegungen, um nicht über ihre Lebenssituation, die Ursachen ihrer Unzufriedenheit mit ihrem bisherigen Lebenskonstrukt, nachdenken zu müssen. Erst nach der Trennung von ihrem langjährigen Lebenspartner, begann die Pb über ihr Leben zu reflektieren. Hierzu zählt auch die Selbsterkenntnis, ihr *Hungern* auch als ein Zeichen ihrer Stärke und Disziplin zu verstehen, mit der sie sich selbst etwas beweisen konnte. Körperliches Training war demnach auch Mittel zum Zweck der Kompensation von Eßattacken.

- ...man neigt einfach dazu, mit Essen zu kompensieren.
- ... und deshalb kann ich auch vom Sport nicht mehr loslassen, ich brauch´ den Sport, um mein schlechtes Gewissen zu beruhigen.
- Hungern denk ich, ist für mich so ein Zeichen meiner Stärke, meiner Disziplin; Macht, ja mich selbst zu überwinden, im Griff zu haben.

Die Bedeutung von Leistung, Respekt und Anerkennung. Bewundert zu werden und sich hervorzuheben durch besondere Leistungen sind für die Pb sehr wichtige Lebenskonstanten, sei es nun im Zusammenhang mit ihrer Beziehung zu ihrem langjährigen Lebenspartner und späteren Verlobten und dessen Familie oder auch im Bekanntenkreis. Der hohe Stellenwert, den Bewunderung und Einzigartigkeit einnehmen, wurde bei der Pb bei der Beantwortung der Frage nach wichtigen Lebensereignissen deutlich:

- ... die Klavierkonzerte mit dem Orchester und hinterher der Applaus ...! – Und dann Roth! Der Zieleinlauf in Roth. Ich finde, das ist unheimlich schwer, das in Wort zu fassen so, ein absolutes Glücksgefühl, absoluter Stolz auf einen selber, so, so was Unfaßbares.

7.4.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 4

Skala	Summen- score	Selbstkonzept		
		negativ	neutral	positiv
FSAL (Leistungsfähigkeit)	57	10	30	40
FSAP (Problembewältigung)	50	10	30	40
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	28	6	18	24
FSSW (Selbstwertschätzung)	55	10	30	40
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	26	6	18	24
FSST (Standfestigkeit)	57	12	36	48
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	33	6	18	24
FSWA (Wertschätzung durch andere)	30	6	18	24
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	25	6	18	24
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	31	6	18	24

Abb.6: FSKN-Profil von Pb 4

Das Selbstkonzept der Pb 4 stimmt mit dem Bild überein, das die Pb auf der Grundlage des Interviewgesprächs hinterläßt. Sie legt großen Wert auf Leistungsbereitschaft und schätzt dementsprechend ihre Leistungsfähigkeit (FSAL; 57) hoch ein. Dieses Ergebnis wiederum korreliert mit den Werten für Problembewältigung (FSAP; 50) und ihrer Selbstwerteinschätzung (FSSW; 55). In bezug auf die Einschätzung ihrer Leistungsbereitschaft, ihrem Hang zu Perfektionismus und ihrem Streben nach Anerkennung und Bewunderung gehen diese Ergebnisse mit Aussagen aus dem Interview parallel. Hierbei wird die Hypothese 3 bestätigt, daß die Pb von der Beachtung und vor allem von der Bewunderung anderer, durch außergewöhnliche Leistungen ihrerseits abhängig ist. In diesen Zusammenhang passen auch die relativ hohen Summenscores für die Skalen Wertschätzung durch andere (FSWA; 30) und Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU; 33). Die Pb braucht viel Anerkennung von außen. Sie glaubt aber auch nur dann Wert geschätzt zu

werden, wenn sie ihren *Part* ihrer zgedachten Rolle (als perfekte Vorzeige-Partnerin, als Fitneß-Frau, als gute Tochter) entsprechend erfolgreich ausfüllt. Versagensängste und die Unfähigkeit diesen Erwartungen zu widersprechen führten zur Strategie eines eßgestörten Ernährungsmusters, gepaart mit einem harten sportlichen Training. Die hier auftretenden Verhaltensmuster kennzeichnen die für Pb 4 charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale. Wie in Hypothese 2 erläutert wurde, trafen oft andere Menschen (Vater, Lebenspartner) für sie wichtige Entscheidungen. Eine innere Stabilität erhielt sie sich nur durch ihrer Stringenz und Disziplin in bezug auf ihrer physische Fitneß. Sie definierte sich über und durch Leistungen, was durch die Ergebnisse des Selbstkonzept-Fragebogens untermauert wird.

7.5 Fallbeispiel 5

7.5.1 Zur Biographie der Pb 5

Die Pb wurde 1962 in Baden-Württemberg geboren. Sie hat noch zwei jüngere Zwilling-Geschwister, einen Bruder und eine Schwester (Jahrgang 1968). Der Vater der Pb ist Schreinermeister mit eigenem Betrieb. Die Mutter arbeitet im Büro der Firma. Der Bildungsweg der Pb ging über die Grundschule zum Gymnasium, in dem sie 1982 ihr Abitur ablegte. Ein Semester studierte sie Sport und Biologie (Lehramt) in Konstanz. Dann wechselte sie den Studienort und ging nach Tübingen. Von 1985 bis 1988 unterbrach die Pb ihr Studium und absolvierte eine Ausbildung zur Krankengymnastin (KG), ebenfalls in Tübingen. 1988 nahm sie das Studium wieder auf. Allerdings schrieb sie sich diesmal für den Diplom-Studiengang für Sportwissenschaft ein, mit dem Abschluß als Diplom-Sportpädagogin.

Daneben arbeitete sie freiberuflich als Krankengymnastin in einer Praxis.

1995 konnte die Pb ihr Studium erfolgreich abschließen.

Schon mit vier/fünf Jahren (1966) lernte die Pb Skifahren und Tennis spielen. Beide Sportarten betrieb sie als Wettkampf- bzw. Leistungssport. Zu ihren sportlichen Erfolgen zählen unter anderem der Titel einer schwäbischen Meisterin im Ski-Alpin und ein vierter Platz bei den Baden-Württembergischen Meisterschaften. Zum Skifahren kam sie durch ihren Vater, der selbst ein begeisterter Skisportler ist. Die Mutter macht zwar auch Sport, aber nicht so intensiv wie die anderen Familienmitglieder. Auch die beiden Geschwister nahmen an Ski-Rennen teil. Beim Tennis spielte die Pb sowohl Turniere als auch in einer Damenmannschaft. Ski- und Tennissport stellten eine Doppelbelastung für die Pb dar. Das Trainingspensum belief sich auf 2-3 mal Tennis pro Woche mit der Mannschaft. Außerdem war sie fast täglich zum Einzeltraining auf dem Tennisplatz und das schon als Kind. Tennis war ihre eigene Idee gewesen. Diese intensive sportliche Zeit dauerte bis zum 16/17ten Lebensjahr. Im Alter von 17/18 Jahren fand sie plötzlich Spaß am Ausdauersport. Sie lernte ihren langjährigen Freund und Lebenspartner kennen, dessen Vater ein ausgezeichneter Langstreckenläufer ist. Beim Zuschauen von Wettkämpfen entwickelte sich ihre Begeisterung für den Laufsport. Die Volkslaufszene gefiel ihr so gut, daß sie selbst mit dem Laufsport anfang. Sie trainierte zusammen mit ihrem Freund und joggte bei verschiedenen *Lauftreffs* mit. Schon nach kurzer Zeit nahm sie an Lauf-Wettkämpfen teil. Ihre Ski-Ambitionen stagnierten. Wenige Zeit später beendete die Pb ihre alpine Skikarriere. Auch ihr Lebenspartner war mehr dem Ausdauer-, als

dem Abfahrt- und Kraft-Sport zugetan. Der Vater der Pb, der sie bei allen sportlichen Aktivitäten unterstützte, bei jedem Rennen dabei war, und auch beim Tennis immer als Zaungast anwesend war, bedauerte sehr, daß sie nicht mehr Alpin-Ski fahren wollte. Doch unterstützte er sie jetzt in ihren Lauf-Ambitionen weiterhin. Durch das Wahlfach *Skilanglauf* während des Sportstudiums wurde die Liebe auch zu dieser Sportart geweckt. Die Pb startete gleich beim Engadiner-Skilanglauf-Marathon. Seitdem ist sie auch im Ski-Langlauf regelmäßig und mit Begeisterung aktiv. Mit Tennis als Wettkampfsport hörte sie dann allerdings auf. Zwei Jahre lang joggte die Pb *locker*; ab 1985 verstärkte und intensivierte sie ihr Lauftraining. Das Pensum lag bei über 100 Laufkilometer in der Woche. In dieser Zeit (1985) fing die Pb an, sehr bewußt auf ihre Ernährung zu achten. Zu Beginn des Studiums wohnte sie alleine, sowohl in Konstanz als auch noch ein Jahr in Tübingen. Danach lebte sie mit ihrem Freund zusammen in einer Wohnung.

Bei einer Größe von 168 cm wog die Pb meist 58-60 kg. Mit etwa 23 Jahren, als sie sich dem Laufsport verschrieb, nahm sie bis auf 47 kg ab. Ihre akute Magersuchtphase fiel in die Ausbildungszeit zur Krankengymnastin (1985-1988). Die Ausbildung zur KG ist sehr hart, zeitaufwendig, anspruchsvoll und lernintensiv. Alle verbleibende Zeit, jede Minute ihrer Freizeit, verwendete sie zum Training. Sie ging nie zum Mittagessen, sondern absolvierte in der Mittagspause ihre erste Laufeinheit. Am Abend trainierte sie dann ein zweites Mal, zusammen mit ihrem Freund oder einer Laufgruppe. Die Pb führte ein straff durchorganisiertes Leben, mit einem bis auf die Minute ausgeplanten Tages- und Lebensrhythmus.

Die extreme anorektische Phase der Pb dauerte etwa zwei Jahre. Während dieser Zeit gingen zwei ihrer intensivsten Beziehungen zu Bruch: die Beziehung zu ihrem langjährigen Lebenspartner und zu ihrer Schwester. Ihre Schwester teilte ihr in einem Brief mit, daß sie keine Kraft mehr habe, ihr zu helfen.

Dieser Beziehungs-Tiefpunkt (1988), in dem die beiden wichtigsten Menschen ihres Lebens ihr nicht mehr halfen, führte dazu, daß sich die Pb ihrer Lage voll bewußt wurde. Nach reiflichen Überlegungen, und als ihr klar wurde, was sie eigentlich will und vom Leben erwartet, fing sie wieder zu essen an und legte auch wieder an Gewicht zu. Daraufhin kam sie, für kurze Zeit, wieder mit ihrem Freund zusammen. In dieser Phase lief sie trotzdem zwei Marathon-Wettkämpfe, mit einem Gewicht von ungefähr 55 kg. 1993 erfolgte die endgültige Trennung von ihrem Partner. Diese Beziehung hatte 13 Jahre lang bestanden. Die Pb wohnte eine Zeitlang wieder alleine. Sie entwickelte einen eigenen Lebensstil und versuchte, sich ein *normales* Eßverhalten anzueigenen.

Erst nach ihrer eigentlichen Magersucht-Zeit begann die Pb mit dem Triathlon-Sport. Sie startete bei Wettkämpfen und war wiederum sehr erfolgreich. Ebenso erfolgreich führte sie ihre im Studium begonnene Skilanglauf-Karriere fort.

Nachtrag. Zur Zeit des Interviews lebt die Pb mit ihrem jetzigen Lebenspartner in der Nähe von T. Im März 1997 wurde sie Mutter eines kleinen Jungen. Schon kurz nach der Geburt ist sie wieder sportlich aktiv. Sie geht seither schwimmen, laufen und radfahren. Seit Mai 1997 leitet sie eine Präventions-Sportgruppe.

7.5.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 5

Hypothese 1. Im Fallbeispiel 5 kann das Leistungsmotiv als der dominierende Faktor für die Ausbildung des anorektischen und auch eines übertriebenen sportlichen Trainingsverhaltens angesehen werden. Jede Sportart, die die Pb ausübte (Alpin-Ski, Tennis, Langstreckenlauf, Skilanglauf, Triathlon), wurde zum Leistungssport mit allen Konsequenzen bzw. Trainingseinheiten, Tagesorganisation und Wettkämpfe.

Für Pb 5 bedeutet die sportliche Bewegung an sich Lebensqualität. Zu dieser Lebensphilosophie gehört sowohl das rein physiologische Training zur Leistungssteigerung als auch eine gesunde Lebens- und Ernährungsweise. Mit der Ausübung von Ausdauersportarten verstärkte sich dieses Bewußtsein. Also war es nur konsequent, daß die Pb auch ihr Ernährungsverhalten veränderte. Weniger Gewicht bedeutet schnellere Laufleistung. Die ursprünglich der Leistungssteigerung dienende restriktive Nahrungsaufnahme verselbständigte sich mit der Zeit und führte zu einer massiven Magersucht.

Hypothese 2. Im Zusammenhang mit dem starken Leistungswillen der Pb steht auch das Streben nach Verbesserung und Perfektion ihrer verschiedenen Lebensbereiche. Forciert wurde diese Lebensphilosophie durch ihre Erziehung, insbesondere durch den Einfluß des Vaters, mit dem sich die Pb sehr verbunden fühlte. Auf der anderen Seite hatte sie aber auch das Bedürfnis, sich auszuruhen und nicht perfekt zu sein – ein Bedürfnis, das sie nicht zum Ausdruck bringen konnte. Insofern stellte die Magersucherkrankung im Rahmen dieser Ambivalenz eine Möglichkeit dar, sich allzu hohen, eigenen und fremden Leistungsansprüchen zu entziehen und auch nach außen hin deutlich zu machen, daß sie auch Anspruch auf Passivität, Genuß und Mitgefühl hat.

Begründung der Hypothese 1. Die folgenden Aspekte der Begründung der Hypothese 1 kreisen um die Leistungsthematik.

Entwicklung der Leistungsmotivation. Der Leistungsgedanke war und ist für Pb 5 von großer Relevanz. Wie ein roter Faden zog sich das Leistungsmotiv durch alle Lebensphasen hindurch. Dem Vater der Pb kann dabei eine Schlüsselrolle zugesprochen werden.

- ... mein Vater ist ein ganz begeisterter Skifahrer, der hat mich halt da dazu gebracht, und ich hab das ziemlich ernst gemacht, vom fünften Lebensjahr an, bis 16/17.
- Meine Mutter fährt auch Ski, aber sie ging halt mit, aber mein Vater – also er ist relativ ehrgeizig und wollte das schon, daß ich das mache.
- Und es hat mir Spaß gemacht, es war auch kein Druck (Tennis). Also Skifahren war eher mehr Druck, aber deshalb Druck, weil ich da auch gut sein wollte, wegen meinem Vater.

Vater und Tochter hatten ein sehr enges emotionales Verhältnis zueinander. Der Vater ermöglichte der Tochter bei all ihren sportlichen Ambitionen, daß sie sich voll und ganz auf ihn verlassen und mit seiner Unterstützung rechnen konnte. Er bot Material, Lernmöglichkeiten, Lehrer, Trainer, und er fuhr meist mit zu den Wettkämpfen. Ein Anliegen der Tochter war es, daß der Vater stolz auf sie sein konnte und sie sich auch als würdige Tochter (weil Lieblingstochter) erweisen kann.

- Skifahren war eher Druck, aber deshalb Druck, weil ich da auch gut sein wollte wegen meinem Vater ... ich wollte auch gut sein, aber ich wußte, das ist ein Riesen-Aufwand, und mein Vater, der freut sich, und ich häng' sehr an ihm.
- Tennis, das wollte ich. Obwohl er da auch schon immer am Zaun stand, bei jedem Spiel, auf dem Tennisplatz. Und das war für mich auch schon ein bißchen Druck.
- Und später hat er auch das Laufen unterstützt, wie ich dann wettkampfmäßig gelaufen bin. ... für ihn (Vater) ist das toll, wenn er, wenn ich einen Wettkampf mache, und er kann zugucken. Da kommt er immer gern. ... wir haben einen sehr engen emotionalen Bezug zueinander.

In diesem Fallbeispiel vermischten sich das Prinzip Leistung und besondere familiäre Beziehungsmuster. Auf diese Konstruktion wird auch in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes hingewiesen (Stahr et al. 1995, S. 79). Bewegung und Sport gehörten schon von klein auf zum Leben der Pb dazu. Es machte ihr großen Spaß, sich in der Bewegung zu entdecken. Erst mit der Zeit baute sich der Ehrgeiz von Vater und Tochter zu einem Druckpotential auf.

- ... alles, was ich angefangen hab', hab' ich dann auch wettkampfmäßig betrieben.

- Für meinen Vater ist der Sport und die Leistung auch wichtig. ...er macht auch sehr viel Sport und ist sportbegeistert. In seinem Betrieb ist das auch so. Da ist er schon sehr auf Leistung bezogen. Dort fordert er auch alles von sich.

Die Pb lernte von frühester Kindheit an, daß man sich alles im Leben erarbeiten, fleißig sein und immer sein Bestes geben muß. Wenn man sich für etwas entscheidet, tut man es ganz und gar, mit allen Konsequenzen, oder man läßt es bleiben. Auch hier taucht wieder der für Magersüchtige typische Perfektionismus auf

- Also es geht mir immer wieder so, daß die Beziehung zu den Eltern schon auch eine Rolle spielt. Und ich glaub, das hat bei mir auch eine große Rolle gespielt, warum das überhaupt passiert ist.
- Also mein Vater hat immer gesagt, ich bin die Älteste und, wie gesagt, ich hab ein sehr enges emotionales Verhältnis zu ihm und er zu mir, und er ist sehr, sehr ehrgeizig und ich auch sehr, also bin ich so erzogen worden.

Maßnahmen zur Leistungssteigerung. Ob als Alpenskifahrerin, Tennisspielerin, Langstreckenläuferin oder Triathletin, in all diesen Sportarten nahm die Pb an Wettkämpfen teil und erreichte jeweils ein hohes Leistungsniveau. Verschiedene Faktoren müssen beachtet werden, wenn man seine Leistungen steigern will. Hierzu gehören u.a. trainingsphysiologische Maßnahmen, aber auch ein bestimmtes Eßverhalten. Des weiteren findet sich in diesem Fallbeispiel ein wichtiger Punkt, der zur Auslösung des eßgestörten Verhaltens der Pb einen bedeutsamen Beitrag geleistet hat: die Assoziation der Pb von Leistung mit erhaltener Liebe.

- Man muß gut sein, in allem, was man macht und das muß man ganz, ganz toll machen und ganz gewissenhaft und, und da denk ich an Leistung und Liebe. Das assoziiere ich bei meinem Vater. Und das hab ich dann auch so in die Beziehung mitgenommen. Und da dacht' ich auch, wenn ich besonders gut bin, bei einer Hausarbeit oder so jetzt, in bezug auf den A. (langjährigen Lebenspartner), dann mag er mich mehr.

An dieser Stelle läßt sich wieder eine Parallele zur zweiten Kategorie des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, S. 79) ziehen. Danach sind Eßstörungen Ausdruck einer Identitätskrise, die auf einer Beziehungsstörung beruhen. In Anlehnung an Beck-Gernsheim (1986) kam es bei der Pb zur Verquickung von erhaltener Liebe und Identität. Diese beiden Punkte sollen im folgenden genauer betrachtet und erläutert werden.

Zunächst als Zuschauerin war die Pb des öfteren bei Volksläufen dabei. Sie war begeistert von der dort herrschenden Atmosphäre. Schon bald begann sie selbst zu laufen.

- ... und da bin ich öfters mitgefahren zu den Wettkämpfen von ihm und das hat mich einfach begeistert, so die Volkslaufszene. ... und das hat mir auch total Spaß gemacht. Und das war am Anfang ganz locker. ... und dann dacht ich, ja, da wollt' ich auch gern mal mitlaufen. Und dann dacht ich, im nächsten Jahr, da lauf ich in H. Und das hab ich dann auch gemacht.

Durch ihre subjektiven Beobachtungen folgte die Pb: Alle guten Läuferinnen sind dünn, und wer dünn ist, kann schneller laufen. Die Pb wollte möglichst gut sein und verfolgte dieses Ziel mit einem selbst auferlegten Verzicht, zunächst nur auf Süßigkeiten bis hin zu einer bewußteren und gesünderen Ernährung.

- ... und dann fing das dann auch so an, daß ich mit der Ernährung ziemlich stark aufgepaßt habe.
- ... und das hat mir gut gefallen, das Laufen und die Atmosphäre dort, und dann dacht' ich, jetzt mach ich mal einen Wettkampf. Und ich hab schon immer zugeguckt und hab festgestellt, die sind ja alle so dünn. Also das weiß ich noch ziemlich genau. Und ja eigentlich bin ich viel zu dick zum Laufen. – Aber ich war da nicht zu dick. Ich war da so wie jetzt. Aber das war schon damals auch so, daß *die Gute* einfach für mich dünn war.
- Und dann dacht' ich, wenn ich jetzt einen Wettkampf mache, dann könnte ich es ja eigentlich so machen, daß ich mal die Süßigkeiten weglasse oder mich mal gesund ernähre.
- ...ich eß ziemlich gerne Süßes, und ich kann auch, denk' ich, relativ viel essen. Dann dacht' ich, es ist eigentlich ein bißchen blöd, jeden Tag eine Tafel Schokolade zu essen, die laß ich jetzt mal weg. Und das war am Anfang, denk' ich, ganz natürlich, ohne jetzt irgendwie, daß das so extrem war. Und dann hab ich ein bißchen abgenommen, und das war auch gut, gut für's Laufen und das hat sich einfach so verselbständigt.

Bestätigt durch bewundernde Aussagen Außenstehender über ihre Gewichtsabnahme, reduzierte die Pb ihre Nahrungsaufnahme immer mehr. Im Gegensatz dazu aber nahm der Trainingsumfang zu.

- .. also mein normales Gewicht sind so 60 kg, so 58/60. Und das war damals auch so, und dann hab ich abgenommen bis auf 47 Kilo.
- ... nur Salat zu essen oder was weiß ich, Magerquark und so, so daß immer was auf dem Teller ist, also ... zunächst war das mal so, daß ich halt nur langsam abgenommen habe, und dann haben viele gesagt, du siehst ja voll gut aus. Und das hat mir dann auch gefallen, ganz klar.
- ... hab dann auch sehr viel trainiert, vor allem in der Phase, in der ich die Krankengymnastik-Ausbildung gemacht habe, von '85 bis '87, und da war es mit dem Training auch so, daß ich oft in der Mittagspause trainiert habe, also das wußte niemand. Und dann halt abends noch mal mit dem A..

- Die Ziele waren: gut zu sein im Laufen. Gut sein im Laufen, immer mit dem Hintergedanken: Ich muß leicht sein, um gut zu sein ...

Die Verselbständigung unkontrollierbarer Handlungsmuster entspricht der Kategorie 2 des Ansatzes von Stahr et al. (1995, S. 78). Warum sich allerdings bei der Pb das Handlungsmuster *weniger essen – mehr laufen* verselbständigte, ist nach wie vor eine zentrale Frage.

Leistung und Selbstachtung. Aufgrund ihres auf Leistung bezogenen Lebensentwurfs war es nur konsequent, daß die Pb zu den genannten Maßnahmen griff, um ihren perfektionistischen Ansprüchen gerecht zu werden. Hinzu kam ein weiterer Faktor. Sowohl Wunsch- als auch Zielvorstellung der Pb beinhalteten, sich aus der Masse der Durchschnittsmenschen hervorzutun.

- Durchschnitt und Mittelmaß, das ist schon was Unangenehmes. Ja, ich möchte schon herausragen. ... ich will fit sein, und ich will überdurchschnittlich sein ... daß ich immer so unter Druck stehe und denke, ich will was anderes sein wie jeder Durchschnittsmensch.

Alles andere, darunter auch die Beziehungen zu anderen Menschen, rückten in den Hintergrund und mußten dem Selbstzwang von Training und Nicht-Essen oder Training und Wettkampf mit anschließendem Essen als Belohnung weichen. Regeneration wurde zum Fremdwort und war mit Angstgefühlen belastet, da dann die Gefahr einer Gewichtszunahme bestand.

- ... also regenerieren, das war sehr schwierig für mich. ... zu sagen, jetzt mach ich ´mal, wenn ich einen Wettkampf hatte, dann mach ich halt mal zwei Tage vorher fast nichts, das konnte ich kaum aushalten.

Müdigkeit wurde ignoriert oder verdrängt. Selbst kurz vor einem Wettkampf haderte die Pb mit sich, mit den ambivalenten Gedanken von Kalorienverbrennung und ausruhen, der Angst zuzunehmen bzw. nicht fit genug zu sein für den Wettkampf. Auch dieses Verhalten ist charakteristisch für die Verbindung von Sport und Eßstörungen.

- ... ich konnte nur dann was essen, wenn ich trainiert hatte. Ich konnte dann auch nur Essen genießen, wenn ich schon was getan hatte.
- Das war eine sehr eingeschränkte Welt und eine sehr ichbezogene Welt auch, und da hat schon zunächst mal für mich alles stimmen müssen, vom Tagesablauf, daß ich zweimal am Tag oder einmal mindestens trainieren kann. Und ich konnte auch nur genießen, z.B. eine Einladung zum Frühstück oder zum Geburtstag bei Freunden, wenn ich schon gelaufen bin und wenn ich nicht schon irgendwas gegessen hab.

Selbstachtung und Identitätsfindung durch sportliche Leistungen können eng miteinander verbunden sein. In diesem Zusammenhang sei auf eine Interviewaussage der Pb hingewiesen, in der sie berichtet, sie sei ein sehr ängstliches Kind gewesen. Durch ihre sportlichen Leistungen, durch die Selbsterfahrungen im aufreibenden Training und durch ihre Erfolge konnte sie Selbstachtung und Selbstbewußtsein entwickeln. Diese Art von Bewältigungsstrategie kann als Suche nach geeigneten Identitätsmustern gedeutet werden. Damit wird der im identitätstheoretischen Ansatz angesprochene Identitätsbildungsprozeß unterstrichen (Stahr et al. 1995, S. 79):

- ... weil ich denke, es hat mir auf der anderen Seite auch viel gegeben, mein Selbstbewußtsein. Weil ich z.B. ein ganz arg ängstliches Kind war. Und das hat sich über den Sport, auch über den Leistungssport – relativiert.
- Ja, auch für meine Eigenliebe brauche ich mehr Leistung.

Leistungsfähigkeit, körperliche Veränderungen und soziale Entfremdungsmomente.

Obwohl die Pb mit ihren Selbstdisziplinierungsmaßnahmen bezwecken wollte, daß man sie liebte, distanzierte sie sich auf der anderen Seite gerade dadurch von ihren Mitmenschen. Diese Entfremdung von ihrer Umwelt fand auf zwei Ebenen statt, zunächst einmal auf der körperlichen Ebene: Die Pb fixierte und reduzierte sich zugleich auf eine Körperlichkeit, die vor allem auf Funktionalismus ausgerichtet war.

- ... sexuelle Probleme? Das ist, also das war ein Problem, ja ein großes Problem; weil in dem Moment, wo man so dünn ist und so auf seinen Körper fixiert, da funktioniert das halt nicht mehr. Ja, da mach ich zu und will eigentlich nur für mich sein. Und mein Körper, der gehört mir und sonst niemand.

Zum Anderen findet die Entfremdung und damit einhergehend eine innere Isolation auf der emotionalen Seite statt: Sie wollte über Leistung Liebe erhalten und glücklich sein. Dies gelang nicht.

- Ich denk´ mal, ich war auch sehr, sehr eingefahren, ich dacht´, ich bin glücklich, aber ich war überhaupt nicht locker. Ich glaub´ nicht, daß ich, - nein, ich war nicht glücklich. Mein Tagesablauf war sehr organisiert und sehr konsequent.

Gerade weil der Tagesablauf sehr organisiert und fixiert war, blieben die sozialen Beziehungen und Möglichkeiten, z.B. mit dem Freund, gemeinsam etwas zu unternehmen, erheblich eingeschränkt. Dadurch kam es zu einer sozialen Entfremdung, obwohl das Gegenteil angestrebt war.

Begründung der Hypothese 2. Die Hypothese 2 beinhaltet die Ambivalenz zwischen den eigenen und fremden Leistungsansprüchen einerseits und dem Bedürfnis nach Passivität, Genuß und Mitgefühl andererseits. Dieser innere Konflikt verstärkte die durch Hypothese 1 (Leistungsmotivation) angesprochene Tendenz zur Eßstörungserkrankung.

Die Pb war unfähig, sich Müdigkeit, Bedürfnis nach Ruhe und Abwendung vom Leistungsstreß einzugestehen. Eine Rechtfertigung dafür konnte sie sich und anderen nur durch die Ausbildung einer Anorexie und der damit verbundenen krankhaften Gewichtsabnahme liefern. Zur *Natur* der Pb gehört ihre Freude an der Bewegung, zunächst noch ohne Leistungsmaßstäbe und Druck. Bewegung bedeutete für sie auch Ausgleich und Kraftreserve.

- ... und ich denk halt, Bewegung, das gibt mir so viel.
- So meine wichtigsten Hobbys, das ist schon Bewegung und Sport in verschiedenen Variationen ... und es hat mir viel Spaß gemacht und es war kein, kein Druck. ... und dann hat sich das so einfach gewandelt, so im 17ten, 18ten Lebensjahr, daß ich Spaß gefunden hab, am Ausdauersport.
- ... wie ich vorher schwimmen war, das ist einfach für mich Ausgleich zum Alltag. Da kann ich so viel Kraft schöpfen. ... Ausgleich zum Alltag. So kleine Dinge, die mich beschäftigen oder auch Größere. Also, die mich stressen oder Ausgleich zu Müdigkeit ...
- Ausgleich, wenn mein Kopf voll ist. Ich schätze da die Natur, ich kann da viel besser wahrnehmen. Ich hör in der Bewegung besser irgendwo, z.B. als wenn ich jetzt nur so rausgehe.

Aber im Laufe ihrer Sportlerkarriere kamen Gefühle bei der Pb auf, die sie nicht zulassen wollte und mit denen sie nicht zurecht kam. So kamen zur Freude an der gerne ausgeübten Bewegung beim Skifahren oder beim Tennisspielen Emotionen von Erwartungsdruck sich selbst und ihrem Vater gegenüber, hinzu. Die Unbeschwertheit des spielerischen Sporttreibens ging verloren:

- ... mein Vater ist ein begeisterter Skifahrer, der hat mich halt da dazu gebracht, und ich hab das ziemlich ernst gemacht, vom fünften Lebensjahr an, bis 16/17. Er hat das stark unterstützt und mir hat das sehr Spaß gemacht. Zunächst war es Ski und dann war das doppelt, schon auch als Kind, Tennis und Ski. Also Skifahren war eher Druck, aber deshalb Druck, weil ich da auch gut sein wollte, ja wegen meinem Vater. ... Tennis, ja, das wollte ich. Obwohl er da auch schon immer am Zaun stand, bei jedem Spiel, auf dem Tennisplatz. Und das war für mich auch schon ein bißchen Druck.

Für sich, aber auch für andere, insbesondere für ihren Vater, wollte sich die Pb anstrengen. Sie wollte weder ihren Vater noch andere, die auf sie bauten und vertrauten, mit schlechten

Leistungen enttäuschen. Mit dieser Einstellung kann sich bei einem Heranwachsenden, besonders bei einer ehrgeizigen Athletin, leicht eine Verhaltensstörung im Sinne einer Anorexie oder allgemeinen Eßverhaltensstörung entwickeln. Dieses Krankheitsbild ist dann zu verstehen als der mißglückte Versuch einer Lebens-Bewältigungsstrategie, die sich als Magersucht manifestiert. Diäthalten und sich disziplinieren sind Scheinkontrollmechanismen, die eine Verunsicherung im Inneren des Individuums überdecken. Auch in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes wird dieser Aspekt thematisiert (Stahr et al. 1995, S. 86). Er ist einer der Kernpunkte zur Erklärung von Eßstörungen. Solche Mechanismen sind Ausdruck einer Absage an den empfundenen, allgegenwärtigen Erwartungsdruck. Durch die Magersucht baute sich die Pb eine immer höhere und dicker werdende Mauer zum Schutz ihrer (immer *weniger* werdenden) Persönlichkeit auf, die wiederum ihre Präsenz in einem immer dünner werdenden Körper postulierte.

Wie schon in Kategorie 4 des identitätstheoretischen Ansatzes angesprochen (Stahr et al. 1995, S. 86), handelt es sich hierbei aber nur um eine scheinbare Kontrolle, einer Illusion von Selbstbestimmung und Stärke. "Diäthalten", so die Autorinnen, "ist nicht Selbstkontrolle, sondern Unterwerfung unter einen äußeren Zwang, der Selbstverwirklichung verspricht." (Stahr et al. 1995, S. 86). Die Pb beschrieb ihre zwiespältigen Gedanken so, daß sie ihre Krankheit auch dazu benutzte, bei ihren Mitmenschen Anteilnahme zu erregen und zu fordern. Der Leistungsgedanke rückte in den Hintergrund und eine Art Leistungsverweigerung kam zum Vorschein. Ohne argumentativ belegbare Gründe oder ohne einen Beweis für Verletzungen oder notwendige Erholungspausen, ohne nachvollziehbare Belege für eine Nicht-Erfüllung erwarteter Leistungen, war sie nicht in der Lage, sich auch einmal Schwächen oder Unlust zum Training oder zu Wettkämpfen einzugestehen. Als sie sich entschlossen hatte, wieder mehr zu essen, und nun auch wieder an Gewicht zunahm, entfielen diese Argumente.

- ... mit Freunden hab ich eigentlich weniger diskutiert, weil ich hab dann schon wieder zugenommen und vom Körper her war das dann so, daß eigentlich die Umwelt dacht', die P. (Pb 5) ist ja wieder ganz normal, ich wär ja ganz gesund, auch nicht mehr so verbissen und, aber - das war eigentlich die schlimme Phase für mich!
- Ja, weil die konnten dann ja auch nicht mehr einfach so akzeptieren, ha, ja, die ist halt krank oder zu dünn und da müssen wir ein bißchen Rücksicht nehmen, sondern ich hab halt ganz normal ausgesehen und war sehr oft sehr, sehr uneinig mit mir auch.

Diese Interviewaussagen zeugen vom Interesse der Pb, daß man sich um sie kümmern sollte. Sie sind ein Zeichen dafür, daß sie selbst gar nicht immer die nach außen hin so stark

wirkende, leistungsbezogene Karrierefrau ist, für die sie sich hält und von der sie glaubt, daß andere sie auch nur so sehen. Ihre Wahrnehmung der Realität hatte sich verschoben, und die Pb war außerstande, ihre Situation richtig einzuschätzen. Unsicherheit und Irritationen, was sie tun und wie sie handeln sollte, unterstützten die Entwicklung der Anorexie.

Ihre Geschwister, insbesondere ihr Bruder, brachten den Mut auf, Leistung und Ehrgeiz zu verweigern und sich vom Erfolgsdruck zu distanzieren. Der Pb fehlte dazu der Mut.

- Meine beiden jüngeren Geschwister, die sind da ganz anders. Die machen, - mein Bruder macht überhaupt keinen Sport, obwohl der als Kind auch von meinen Eltern stark gefördert wurde; der hat sich ziemlich stark von dem Ganzen distanziert. Und meine Schwester, die macht ganz, ganz viel Freizeitsport.

Daß sie in eine Sackgasse geraten ist, empfindet die Pb zuerst nur intuitiv. Später kann sie ihre Situation genauer und objektiver analysieren. Es war ein langer und beschwerlicher Weg, sich auf sich selbst zu besinnen, sich wieder auf ein Ich-Gefühl zu besinnen und sich darauf verlassen und vertrauen zu können.

- Ja, es ist mir zuviel, und ich war da mit meinem Körper eigentlich *nie* zufrieden. Der hätte *noch dünner* sein können, noch dünner, noch dünner, aber mir hat er dann auch nicht mehr gefallen. Ich hab mir ja auch nicht mehr gefallen. Also prägend war sicher die Trennung von meiner langjährigen Beziehung (13 Jahre).
- Ich weiß nicht, wie lange das noch gegangen wäre. Von alleine aber wäre ich wohl nicht da raus gekommen.

Wie schon in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes erwähnt (Stahr et al. 1995, S. 78), sind Vertrauensbildung und Intensivierung der Beziehungen zu den Menschen der nächsten Umgebung in fast allen Fällen ganz entscheidende Faktoren bei der Unterstützung eßverhaltensgestörter Personen.

7.5.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 5

Skala	Summen- score	Selbstkonzept		
		negativ	neutral	positiv
FSAL (Leistungsfähigkeit)	54	10	30	40
FSAP (Problembewältigung)	50	10	30	40
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	26	6	18	24
FSSW (Selbstwertschätzung)	53	10	30	40
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	20	6	18	24
FSST (Standfestigkeit)	58	12	36	48
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	23	6	18	24
FSWA (Wertschätzung durch andere)	26	6	18	24
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	27	6	18	24
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	30	6	18	24

Abb. 7: FSKN-Profil von Pb 5

Die Ergebnisse des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 5 stimmen mit dem Persönlichkeitsbild aus dem problemzentrierten Interview gut überein. Die graphische Darstellung zeigt deutlich die hohe Leistungsbereitschaft der Pb. Dementsprechend hoch liegen die Summenscores für Leistungsfähigkeit (FSAL; 54) und Problembewältigung (FSAP; 50). Es wird angenommen, daß diese Parameter in der Regel auch positiv korrelieren. Ebenso paßt zu diesem Selbstbildnis ein hoher Skalenwert der Selbstwerteinschätzung (FSSW; 53). Die Ergebnisse der FSKN-Selbstkonzeptskalen stimmen mit der Hypothese 1 zur Erklärung der Eßstörungserkrankung der Pb überein. Das Leistungsmotiv und der Hang zu Perfektionismus führten dazu, daß die Pb durch Gewichtsabnahme und einem durchorganisierten, disziplinierten Lebensstil in eine Magersucht fiel.

Auffällig ist auch der Wert für Standfestigkeit (FSST; 58). Was die Pb sich als Ziel einmal vorgenommen hat, das versucht sie auch mit allen Mitteln zu erreichen. Von diesem Weg läßt

sie sich nur schwerlich abbringen. Nur die Beziehungen zu sehr vertrauten Menschen können auf ihre Aktionen und Reaktionen Einfluß nehmen. Hierfür spricht der hohe Summenscore für die Skala Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA; 30). An bestimmten Beziehungen (Lebenspartner, Schwester) liegt ihr sehr viel. Diese möchte sie nicht verlieren. Dafür ist sie bereit, über ihren Schatten, ihre Ängste zu springen und sich letztendlich gegen ihre Anorexie aufzulehnen. Bei der Pb kommt erschwerend hinzu, daß sie glaubt, wenn sie Leistungen erbringt, würde sie mehr geliebt werden. An dieser Stelle soll auf Hypothese 2 aufmerksam gemacht werden. Die Pb hat große Schwierigkeiten damit, sich Ruhe und Regeneration zu gönnen. Innerlich aber empfindet sie eine Sehnsucht danach, sich auszuruhen. Weil sie aber ständig für ihre Ziele (sportliche Leistungen, dünne Figur, perfekte Tochter u.a.) arbeiten muß, kann sie diesem Bedürfnis nicht nachgeben.

7.6 Fallbeispiel 6

7.6.1 Zur Biographie der Pb 6

Die Pb ist 1971 in Stuttgart geboren, wo sie ihre Kindheit verbrachte und die Grundschule sowie das Gymnasium bis zu ihrem Abitur (1990) besuchte. Auch zum Studium blieb die Pb in der Nähe ihrer Heimatstadt. Sie begann in Tübingen zunächst Sport und Englisch (Lehramt) zu studieren. Später kam noch das Fach Chemie hinzu. Im Mai 1997 brach die Pb ihr Studium ab und wanderte nach Neuseeland aus.

Der Vater der Pb arbeitet selbständig als Notar. Die Mutter wollte ursprünglich studieren; da sie jedoch keine Allgemeine Hochschulreife besitzt und auch keine Gelegenheit hatte, diese nachzuholen, arbeitete sie in einem Krankenhaus als Krankenschwester, Sekretärin und schließlich als Sekretärin des Chefarztes. Seit ihre drei Kinder auf der Welt sind, ist sie Hausfrau. Die Pb hat noch zwei Schwestern, eine ältere (Jahrgang 1970) und eine jüngere Schwester (Jahrgang 1974). Die ältere Schwester absolvierte zuerst eine Banklehre, bevor sie Jura studierte. Zur Zeit des Interviews befand sie sich im Referendariat am Bodensee. Die jüngste Tochter studiert VWL-Regional, ebenfalls in Tübingen.

Die sportliche Karriere der Pb begann schon sehr früh. Zwischen dem achten und zwölften Lebensjahr ging sie wöchentlich 3 mal zum Schwimmtraining. Außerdem lernte sie Klavier und Gitarre spielen. Aus Eigeninitiative wechselte die Pb aus der *Freizeit-Gruppe* in die Leistungsgruppe des Schwimmvereins. Mit 13/14 Jahren wurde Schwimmen als Leistungssport betrieben. Sie trainierte 6 mal in der Woche. Eine Trainingseinheit dauerte 2-3 Stunden, manchmal waren es auch zwei Trainingseinheiten am Tag. Ihr Trainingsfleiß wurde mit der Qualifikation zur Teilnahme bei den Süddeutschen Meisterschaften belohnt. Für die Deutschen Meisterschaften konnte sich die Pb nicht mehr qualifizieren. Im Alter von 16/17 Jahren beendete die Pb vorläufig ihr aktive Schwimm-Zeit. Sie durchlebte eine *Sturm- und Drang* Phase; die Pb besuchte Diskotheken, hatte ihren ersten Freund und machte Bekanntschaft mit Alkohol und Zigaretten. Nach einem dreiviertel Jahr des *Rebellentums* kam wieder eine Wende und der Beginn einer neuen sportlichen Laufbahn. Mit 18/19 Jahren fing sie abermals an regelmäßig zu schwimmen, allerdings nicht mehr ganz so intensiv. Nach bestandem Abitur immatrikulierte sie sich zum Studium für Sport und Englisch in Tübingen. Nach zwei Semester kam das Fach Chemie hinzu.

Die Pb fuhr noch relativ oft nach Hause zu ihren Eltern. Erste Symptome von Eßstörungen der Pb zeigten sich etwa ein Jahr nach Studienbeginn. Zwar hatte die Pb schon während der

Schulzeit einige Diäten ausprobiert, doch jetzt versuchte sie sich im *Fasten*. Dies bedeutete eine Woche lang nur Tee und Wasser zur Darm-Entleerung bzw. Entschlackung. Diese Art des Fastens sollte man, nach ärztlichen Anweisungen, nur eine Woche lang durchführen. Anschließend ist eine dreiwöchige Nahrungs-Aufbau-Phase vorgesehen. Die Pb hielt die Fasten-Periode aber drei Wochen lang durch. Danach befiel sie ein Heißhunger, den sie nicht mehr unter Kontrolle brachte. Seit dieser Zeit wechselten sich Eß- und Hungerphasen in gewissen Abständen, nahezu regelmäßig, ab. Dabei wurden die Zeitspannen zwischen den Phasen immer länger.

Bei ihren Schwimmeinheiten lernte die Pb einen Triathleten kennen. Die Bekanntschaft mit dem Triathlon-Sport führte dazu, daß sie sich ein Rennrad kaufte und mit einem triathlon-spezifischen Training anfang.

Seit ihrem 19ten Lebensjahr (während der Vorbereitung zum Abitur), hatte die Pb eine enge Freundschaft zu einem jungen Mann. Auch er begann in Tübingen zu studieren (Medizin). Früher war er Ringer gewesen, ein Sport, den er aus körperlichen Gründen nicht mehr ausüben konnte. Durch seine Freundin entdeckte auch er seine Leidenschaft für den Ausdauersport und kam so zum Triathlon.

Obwohl ihr Studium sehr zeitaufwendig und streßbelastet war, steigerte die Pb ihren Trainingsumfang enorm. In dieser Zeit lernte sie auch ihre beste Freundin kennen, eine Sportstudentin, die sich ebenfalls dem Triathlon verschrieben hatte und noch mehr trainierte als die Pb selbst. Nach kurzer Zeit entschloß sich die Pb, auch an Wettkämpfen teilzunehmen. Sie spezialisierte sich auf die Langdistanz (3,8 km Schwimmen, 180 km Radfahren und 42,195 km Laufen). Ihr Trainingspensum lag nun bei 3-4 Stunden am Tag. Im August 1995 starb ihre beste Freundin bei einem Trainingslauf. Dieses Ereignis war für die Pb emotional nur schwer zu verarbeiten. Die Magersucht- und Eßphasen wurden immer extremer. Zum Teil ging die Pb eine Woche lang nicht aus dem Haus. Ihre Gewichtsschwankungen betrug bis zu zehn Kilogramm. Ihr Freund bemerkte erst jetzt von ihren Schwierigkeiten und riet ihr zu einer Therapie. Sie befolgte den Rat und begann mit einer Gesprächstherapie. In einem Rhythmus von drei bis vier Wochen gab es weiterhin Phasen mit viel Training und wenig Essen sowie mit wenig Training und viel Essen. Trainiert wurde in der Regel 2 mal am Tag. Bei Trainingseinheiten mit dem Rad brachte sie es nicht selten auf 6 Stunden Training am Tag. 1995 nahm die Pb beim IRONMAN EUROPE, im fränkischen Roth, teil. Im März 1997 ging sie für sechs Wochen nach Neuseeland, um auch dort beim IRONMAN NEW-ZEELAND zu starten. Auf diesen Wettkampf hatte sie seit Oktober 1996 hingearbeitet. In diesem Winter arbeitete sie außerdem im Labor, um ihre wissenschaftliche Abschlußarbeit

fertig zu stellen. Nach deren Beendigung wollte sie sich mit dem IRONMAN in Neuseeland *belohnen*. Trotz der arbeitsintensiven Tätigkeit im Labor trainierte sie nebenher noch 3-4 Stunden am Tag bzw. am Abend. Mit einem Gewicht von 68 kg fuhr sie nach Übersee, wo sie sich bis zum Wettkampftag auf 58 kg herunter hungerte. Ihr Eßrhythmus sah so aus, daß sie zwei bis drei Tage nichts zu sich nahm, außer Wasser und Magnesium. Darauf folgte ein Tag, an dem sie viel aß. Die Magnesium-Einnahme führte außerdem zu Durchfall. Auch hatte die Pb eine Personen-Waage nach Neuseeland mitgenommen.

Was ihre Trainingsmethoden betrifft, so trainierte die Pb wenig schnelle Einheiten, vielmehr machte sie viele 2-3 Stunden Läufe. Mit dem Rad legte sie meist Strecken über 150 km zurück.

Nach der erfolgreichen Teilnahme beim Ironman in Neuseeland lagen nun zwei Wochen Urlaub vor ihr.

Dieser Ironman sollte eigentlich ihr letzter Triathlon-Wettkampf gewesen sein. Sie wollte mit dem Leistungssport aufhören. Nach dem Wettkampf entfernte die Pb ihren Radcomputer und ließ die Stoppuhr beim Laufen zu Hause. Trotzdem machte sie schon einen Tag nach dem Ironman einen ersten Lauf. Sie sagte, sie hätte sich verlaufen und aus dem geplanten Lockerungsprogramm wurde ein 2 Stunden-Lauf.

Auf ihrer Reise durch das Land lernte sie dann einen jungen Mann kennen, der ihr zukünftiges Leben verändern sollte. Er ist 35 Jahre alt und gebürtiger Schotte (Wales). Er war mit einer Neuseeländerin verheiratet, wodurch er einen neuseeländischen Paß besitzt. Mittlerweile aber wurde die Ehe geschieden. Seinen Lebensunterhalt verdient er sich als Lehrer für *Outdoor* Sportarten und jobbt nebenher in Hotels (Bed-Packers).

Mit diesem Mann kam es zu einem Schlüsselerlebnis, bei dem die Pb, zum ersten Mal in ihrem Leben, richtig *satt* wurde. Er machte ihr einen Heiratsantrag, den sie aber nicht beantworten konnte. Stattdessen setzte sie ihre Reise zunächst fort. Nach nur 24 Stunden aber kehrte sie wieder um, verbrachte einige Tage mit ihrem neuen Freund und war nun fest entschlossen, nach Neuseeland auszuwandern. Sollte es Probleme bei der Aufenthaltsgenehmigung oder Arbeitserlaubnis geben, so wollten die beiden heiraten.

Im April 1997 flog die Pb nach Deutschland zurück. Das junge Paar verabredete, daß die Pb im Juni des Jahres 1998 endgültig nach Neuseeland kommen sollte. Aber als sie zu Hause angekommen war, brach die Pb kurzentschlossen ihr Studium ab, exmatrikulierte sich an der Universität und erledigte alle Formalitäten. Ihrem langjährigen Lebensgefährten erzählte die Pb alle Begebenheiten und trennte sich von ihm. Schon im Mai 1997 war sie wieder auf dem

Rückflug in ihre neue Heimat Neuseeland. Ihr Fahrrad hatte sie schon gar nicht mehr nach Deutschland mitgenommen.

Nachtrag. Durch regelmäßigen Briefkontakt ist bekannt, daß es der Pb in Neuseeland sehr gut geht. Ihre Schwierigkeiten mit dem Essen scheinen geringer geworden zu sein. Auch hat sie wieder angefangen zu studieren. Zusammen mit ihrem jetzigen Freund und Lebenspartner arbeitet sie außerdem als Sportlehrerin. Im Frühjahr 1998 war sie erneut beim IRONMAN NEWZEELAND gestartet. Während eines Heimaturlaubs im Sommer 1999 nahm sie wieder beim IRONMAN EUROPE in Roth teil.

7.6.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 6

Hypothese 1. Die Biographie von Pb 6 läßt erkennen, daß es sich in diesem Fallbeispiel um einen Menschen handelt, der oft zwischen Extremen pendelt. Dies zeigt sich im gesamten Lebensverlauf und manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen (Sport, Ernährung, Kleidung, soziales Verhalten). Hinter diesem extremen Verhalten verbirgt sich eine unsichere, unselbständige und vor Verantwortung sich ängstigende Frau. Ihre Eßstörungen lassen sich als eine Realitätsflucht interpretieren, um die Lebenswirklichkeit auf diese extreme Art und Weise zu ertragen, zu verdrängen oder sich von ihr abzulenken. Extremes Sporttreiben und extremes Fasten dienten der Pb als inneres Ventil, da sie ihre Realität nicht in angemessener Weise zu bewältigen vermochte.

Hypothese 2. Aufgrund ihres Selbstbildnisses konnte sich die Pb nicht eingestehen, daß sie unter einem Leistungs- und Erwartungsdruck leidet. Nach außen hin schien es, als würde sie alles leicht nehmen, als wäre sie eine *Frohnatur*. In Wahrheit aber litt sie unter den gesellschaftlichen Normvorstellungen. Das regelmäßige Training, ihre Bemühungen um Kontrolle über den eigenen Körper und das strenge Fasten waren Zeichen ihrer Furcht, ihren hohen Ansprüchen nicht genügen zu können.

Hypothese 3. Die Eßstörungen der Pb sind ein Indiz für ihr Streben nach Bestätigung, Beachtung und Anerkennung durch andere. Durch ihre Eßstörungen zog sie sich in sich selbst zurück und baute um ihre wahre Identität eine Mauer auf. Mit ihren intensiven sportlichen Aktivitäten demonstrierte sie sich und ihrer Umwelt Härte und Stärke außerhalb dieser Mauer.

Begründung der Hypothese 1: Anspruch und Wirklichkeit. Der Selbstanspruch autonom und unabhängig zu sein, führte die Pb in ein inneres Dilemma. Eigentlich ermöglichen die heutigen gesellschaftlichen Bedingungen einen weitgehend selbstgewählten Berufs- und Werdegang. Die praktische Umsetzung dieser Möglichkeit aber sieht oft anders aus. Nicht selten fehlt es an der *kognitiven Reife* des Einzelnen. Diese Problematik wird auch im identitätstheoretischen Ansatz aufgegriffen und als mitverursachender Faktor für Eßstörungen angesehen (Stahr et al. 1995, S. 78). Wie aus der Biographie ersichtlich, handelt es sich in diesem Fallbeispiel um eine Persönlichkeit, die sehr sprunghaft agiert und reagiert. Die Erziehung spielte auch in diesem Fall eine große Rolle. Ihre Eltern wollten durch das Anbieten verschiedener Freizeitbeschäftigungen ihre Töchter zu *sinnvollen* Tätigkeiten erziehen.

- Meine Eltern haben die Meinung, daß man Kinder Sport machen lassen sollte, um sie, z.B. vor Drogen und so zu schützen. Also das ist ihr Hauptding. Daß man nicht *abrutscht*; wenn man Sport macht, dann wird schon alles gut werden.
- Ja, das Musizieren gehörte auch zum *Programm* meiner Eltern. Das kam auch noch. Und da war es genauso: Meine beiden Schwestern haben auch angefangen, dann keinen *Bock* mehr gehabt und aufgehört. Ich habe Klavier spielen angefangen, weiter gemacht. Meine Mutter hat Gitarre gespielt und dann hab ich auch das angefangen, auch weiter gemacht. Darum wurde das auch immer mehr mit der Zeit, weil ich nichts aufgehört hab.

Durch Musik oder Sport, so der pädagogische Hintergrund, könnten ihre Töchter zu charakterstarken Persönlichkeiten heranwachsen. Problematisch wurde es allerdings dann, wenn ihnen bestimmte Verhaltensweisen zu extrem wurden.

- Am Schluß haben sie das Schwimmen nicht mehr für gut befunden. Das war denen dann zuviel. Da konnten sie aber nichts mehr machen. Auch mit Triathlon. Triathlon ist schon immer ein *Scheiß* gewesen, viel zu extrem. Ha, sie haben's schon unterstützt, wenn ich ein Rad gebraucht hab, hat mein Vater mir schon Geld gegeben, oder wenn ich ins Trainingslager wollte. Aber, aber so bei jedem Mittagessen, wo ich daheim war, war es halt auch ein Thema, daß das doch ein Schei ... ist und ein bißchen viel und extrem und das kann doch nicht gut sein...
- ... dann war ich in dieser Leistungsgruppe (Schwimmen), in der besten, und wir haben dann fünf mal die Woche trainiert. Und dann wurde das meinen Eltern irgendwann zuviel. Da war ich dann nur noch im Schwimmbad. Und dann hab ich auch selber angefangen morgens zu trainieren, dann Schule, nachmittags Hausaufgaben oder irgendwas, Klavierstunde, Gitarrenstunde, - es war eigentlich immer irgendwas und abends noch schwimmen, zwei bis drei Stunden, hatten wir dann immer.

Diese intensive Beschäftigung mit ihrem Hobby und dem zeitlichen Aufwand war den Eltern wiederum auch nicht ganz recht. Mit einem derart intensiven Engagement, schon in diesem Alter, konnten sie nicht umgehen. Auf der einen Seite fühlte sich die Pb bevormundet, auf der anderen Seite aber brauchte sie eine Art Reibungswiderstand, gegen den sie sich auflehnen konnte. Entscheidungen traf sie dann spontan und relativ unüberlegt. So läßt sich ihr nur scheinbares Rebellentum erklären. Denn die Pb war nicht dazu fähig abzuwägen, sondern es gab für sie nur ein *entweder oder*. Entweder sie investierte alle Energie in ein leistungsmotiviertes Engagement (als Schwimmerin oder als beste Schülerin), oder aber sie wandte sich ganz davon ab und verlebte eine Sturm-und-Drang-Zeit. Die Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, bzw. die Art und Weise wie sie getroffen werden, ist typisch für Menschen mit Eßstörungen (Stahr et al. 1995, S. 84).

- In der Grundschule habe ich angefangen mit dem Schwimmen, es war aber noch kein Leistungsschwimmen. Leistungsschwimmen mit etwa 13/14. Dann habe ich mit dem Schwimmen aufgehört mit 16/17 und bin dann ziemlich ausgeflippt, weil ich während des Schwimmens *nix* gemacht hab. Es gab nur Schule und Schwimmen. Und dann bin ich fortgegangen, Disco, getrunken, geraucht, enterbt worden, Hausarrest bekommen ... trotzdem abgehauen, immer Ärger gehabt, alles ausprobiert. Dann, mit 17,5 wieder in das Schwimmen eingestiegen, weil das alles nichts war, nur Trinken und so, weil das nichts war. Das war nicht mein Ding. Bin nicht der Weggeher und Trinker. Bin schon eher sportlerisch. Das war auch genug. Ich hab das so exzessiv gelebt, das war nach einem Jahr echt genug.

Auch gegen ihre Geschlechtsrolle lehnte sich die Pb auf. Sie wollte schon immer lieber ein Junge sein; weigerte sich Röcke zu tragen, spielte vornehmlich mit Jungen und übernahm auch innerhalb der Familie einen maskulinen Part.

- Ich wollte schon immer lieber ein Junge sein. Ich hatte noch nie richtige Freundinnen. Alle meine Freunde waren männlich. Schon seit dem Kindergarten.
- ... ich hab z.B. innerhalb meiner Kindheit nie Puppen gehabt, sondern immer Autos oder Bären oder so. Kann aber auch daran liegen, daß wir drei Mädchen waren, und da muß ja eine irgendwie etwas männlich sein (lachend). Ha, ich fand das bloß logisch.

Hier taucht ein Aspekt auf, auf den auch in Kategorie 3 des Identitätstheoretischen Ansatzes hingewiesen wird (Stahr et al. 1995, S. 81). Denn die Rollenvorstellungen für Frauen oder Männer haben sich im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse gewandelt. Die Identitätsproblematik der Pb bestand in der Ablehnung gesellschaftlich-normativer Rollenvorstellungen, deren Freiheitsgrade für Männer und Frauen unterschiedlich ausfallen. Die Pb rebellierte durch eine Art Selbstverpanzerung, was sie unter anderem durch ihre Kleidung auszudrücken versuchte.

- Ich bin die Extreme. Alles, was ich mache, ist extrem. Ich find' keinen Mittelweg. Auch jetzt, wenn ich nach Neuseeland ziehen will. Das ist auch wieder extrem.
- Also richtig erwachsen werden, wollte ich noch nie. Das ist mir alles ein bißchen zu spießig und so. Also man kann auch ein Leben führen, wenn man erwachsen ist, das anders ist im Vergleich zu den typischen Erwachsenen.
- ... Haare, Kleidung, das Übliche. Ich hab schon immer was anderes gemacht. Ich hab meistens das Gegenteil von dem gemacht, was sie wollten.
- Also ich hab mich schon immer gegen dieses typisch Mädchen gewehrt. Ich hab nie gerne Röcke getragen. Und ab dem Zeitpunkt, wo ich dann auch selber bestimmen konnte, hab ich auch keine mehr getragen. Hab nie schöne Schühchen getragen und so. Immer Hosen und dann so feste Jeans, dann Lederklamotten.

Auch die Art und Weise, wie die Pb ihre Studienfächer auswählte, zeugte von einer noch relativ unreifen jungen Frau, die sich über ihre Ziele keineswegs im Klaren war. Dabei spielte auch der Widerstand gegen den Vater eine nicht unbedeutende Rolle. Dieser hatte für seine ersten beiden Töchter das Studienfach ausgewählt. Sie sollten Juristinnen werden. Einer solchen Bevormundung wollte sich die Pb in jedem Fall widersetzen.

- ... ich bin die einzige von allen Schwestern, die selber entschieden hat, was sie studieren möchte. Die anderen haben alle nicht gewußt, was es gibt und was sie wollen, und dann hat eigentlich mein Vater entschieden.
- ... ich glaube nicht, daß ich da über Lebensziele so viel nachgedacht habe, nein.
- ... dann hab ich dieses grüne Büchlein genommen, diesen Studienführer und hab alles ausgestrichen, was mich nicht interessiert hat. Und dann blieb übrig Medizin, Pharmazie, Sport und Englisch.
- ... ja und da blieb Sport und Englisch übrig. Und deshalb hab ich das eigentlich nur gemacht.
- Also es war noch nie so, daß es das 100% war. Ich war mir noch nie ganz sicher. Aber ich wußte nie was besseres, und so lange man nichts besseres weiß, macht man das, was gerade da ist.

Familiäre Bedingungen des extremen Verhaltens. Die Atmosphäre innerhalb der Familie empfand die Pb als eher nicht intim. In materieller Hinsicht mangelte es an nichts; Geld war genug vorhanden. Aber die Verständigung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern funktionierte eher schlecht. Man war außerstande, auf den anderen zu- bzw. einzugehen. So aufgewachsen war es für sie schwierig, eine Kompetenz für die soziale Realität zu entwickeln. Oftmals schätzte sie Situationen falsch ein oder interpretierte sie fehl. Das gleiche gilt für das Verhalten anderer. Inkompetenz in bezug auf soziale Interaktionen und Beziehungen sind

charakteristisch für eßverhaltensgestörte Menschen. Die Pb fühlte sich von ihrer Familie mißverstanden und in einer Außenseiterrolle.

- Meine Geschwister, ja, die T. hat z.B. gesagt, du bildest dir alles bloß ein. Die haben's auch nicht ernst genommen. Also bei uns in der Familie ist es eigentlich so, da sind vier gegen C. (Pb). Ich hab früher immer gesagt, wir spielen wieder vier gewinnt.
- Meine Gewichtsschwankungen haben meine Eltern schon mitgekriegt. Sieht man ja. Aber, daß ich damit ein Problem hab, haben sie nicht gewußt. Auch über Probleme im Studium hab ich nie mit ihnen geredet. Die haben halt gedacht, ich laß mich in manchen Zeiten ein bißchen mehr gehen und dann arbeite ich wieder an mir, und dann hab ich wieder keinen Bock und eß wieder mehr. Aber ernst genommen haben sie es nie.
- Also die anderen machen alles so richtig schön ausgeglichen. Und ich, ich muß wieder einen Triathlon rennen. Und am Tag zweimal trainieren.
- Also ganz lange Zeit wußte keiner was davon (von den Eßstörungen). Hab's keinem gesagt. Der M. (langjähriger Freund) hat sich schon immer gewundert, warum ich nicht abnehme, wenn ich jeden Tag drei, vier Stunden trainiere. Das ist alles ein bißchen merkwürdig ... und ich hab nie, nie, nie irgendwas gesagt. Und meine Eltern haben sowieso nichts mitgekriegt. Ich war der beste Schauspieler.

Das Hin-und-her-pendeln zwischen extremen Varianten zieht sich wie ein roter Faden durch den Lebenslauf der Pb. Sie war in diesen exzessiven Schwankungsphasen außerstande, über sich und ihr Verhalten zu reflektieren. Ihre Entscheidungen waren abhängig von äußeren Faktoren, wie z.B. von ihrer Erziehung, vom Trainerwechsel beim Schwimmen oder gar von Zufallereignissen. Auch hier fehlt wieder die Eigeninitiative, zu der ein gesunder Mensch greifen kann. Da sie ihre Umwelt nicht richtig beurteilen konnte, kam es zu Schwierigkeiten in ihren Handlungskompetenzen. Stahr spricht im identitätstheoretischen Ansatz davon, daß Frauen mit diesen Problemen leicht zu "Objekten ihrer Verhältnisse" werden (Stahr et al. 1995, S. 81-82). Auf der Suche nach persönlichen Lebensstrategien werden sie mit ihren Unsicherheiten und Ängsten allein gelassen. Identitätsprobleme sind somit vorprogrammiert. Die Frauen greifen zu aufgesetzten Ideologien wie Schlankheits- und Fitneß-Idealen, oder sie klammern sich an Leistungsideologien.

- Ins meiste bin ich reingeschlittert.
- Dann bin ich in die Leistungsgruppe gekommen (Schwimmen) ... ich hab einfach gefragt, das war halt die bessere Gruppe. Also das war gar nicht so meine ganz eigene Idee, daß ich jetzt besser werden muß, oder so, die anderen haben das halt auch gemacht. Und dann hab ich das einfach auch gemacht. Da hab ich gar nicht groß drüber nachgedacht.

- Ich hab nicht viel gemacht neben Schule, Schwimmen und diese Hobbys. Hab' dann nachmittags immer irgendwas gehabt und nach dem Schwimmen, das ging meistens von sechs bis neun, zwei bis drei Stunden, ... und dann kam ich heim, so um viertel vor zehn, und dann hab ich immer noch gelernt, bis zwölf.
- Ich hab aufgehört, weil der Trainer aufgehört hat. Ja den mochte ich sehr, sehr gerne. Der war ziemlich streng. ... aber er war erfolgreich. Also die Methode war o.k. für mich (lachend). ... und der hat dann aufgehört, und ich hab dann irgendwie auch aufgehört. Und dann kam alles zusammen, daß ich dann diesen Nachholbedarf hatte. Ich weiß nicht, ob ich aufgehört hätte, wenn er nicht aufgehört hätte. Es hing aber auch mit den Leuten zusammen. Die meisten haben aufgehört.

Die Pb kann vor sich selbst nicht zugeben, daß sie eigentlich froh ist, wenn sie geführt wird, wenn sie sich anlehnen kann. Auch dieses Anlehnungsbedürfnis paßt nicht in den Anspruch, den sie an sich stellt. Sie will nicht einer konservativen Geschlechtsrolle entsprechen, ist aber mit dem modernen Rollen-Umgang überfordert (Stahr et al. 1995, S. 81). Die Pb verwechselte Freiheit und Unabhängigkeit mit Widerstand und Auflehnung gegen traditionelle Werte und Normen. Denn sie konnte sich mit den Leistungsidealen eigentlich sehr gut identifizieren.

- Ich wollte immer die Beste sein, natürlich! Ich war auch meistens die Beste. ... ja, schon ehrgeizig. In der Schule auch. Ich war die beste von uns drei Geschwistern, und dann auch von der Stufe eine von den besten. Also ich war schon immer erfolgreich. Hab' natürlich auch viel gemacht dafür. Also hab ich jede Nacht gelernt, wie ein Schwein. Und der Druck, der Druck kam nicht nur von der Uni, weil so wild ist die Uni nicht gewesen. Der kam mehr von mir selber. Weil ich immer die Beste sein mußte, oder eine der Besten.

An dieser Stelle finden sich wiederum Parallelen zum identitätstheoretischen Ansatz. Die moderne Gesellschaft stellt neue Anforderungen an das Individuum. Zu seinen Aufgaben und Möglichkeiten gehören ein Mehr an Selbstverantwortung und Selbstkontrolle. Doch es fehlt an Erfahrungswerten und Selbsteinschätzungsmöglichkeiten (Stahr et al. 1995, S. 77). Die Suche nach dem richtigen Weg, nach Entscheidungskriterien, stellte sich für die Pb als äußerst problematisch heraus. Und sie war nicht imstande, darüber zu reden.

- Es ist nicht so mein Ding, Gedanken haben und die in Worte fassen. Das kann ich nicht so gut, das ist wie Deutsch in der Schule, das hab ich immer gehaßt.

Auch innerlich schwankte die Pb stets zwischen dem Wunsch nach Freiheit, den engen Konventionen zu entkommen und der Angst davor, wirklich frei zu werden, sich von zu Hause abzunabeln, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und dafür die volle Verantwortung zu tragen. Auch dieser Aspekt belegt die Kernaussage der Hypothese 1, daß es sich hier um eine Realitätsflucht handelt, die zur Fixierung auf einen, für die Pb

kontrollierbaren Lebensbereich führte, nämlich zur Beschäftigung mit Essen, ihrem Körper und dessen Formung.

- Der Studienort T., das ergab sich eigentlich. Ich wollte nicht zu weit weg und wollte aber weg. Also ich wollte ausziehen, aber nicht so weit weg ...
- Ja, ich bin trotzdem immer jedes Wochenende nach Hause gefahren. Merkwürdigerweise. Hab' auch nie schlecht über meine Eltern geredet, obwohl wir immer tierischen Streit hatten.

In diesem Fallbeispiel läßt sich eine immer wiederkehrende Konstante beobachten: Es handelt sich um das ständige Schwanken zwischen zwei Extremen, um einen permanenten Kampf, den die Pb in sich austrug und der zwischen sich *disziplinieren* und *loslassen* pendelte. Davon betroffen ist sowohl die Eßverhaltensstörung als auch das übertriebene Training.

- Mit dem Training war das so: Das Problem war, sobald ich mehr als 65 gewogen hatte, hat die Knochenhautentzündung wieder angefangen. Und dann konnte ich nicht laufen. Dann konnte ich nur radfahren, was nicht immer geht, im Finsternen nicht und wenn das Wetter nichts ist; und Schwimmen natürlich auch nicht, weil ich zieh keinen Badeanzug an, wenn ich *so* aussehe. Schwimmen geht dann auch nicht. Ich hab mich geschämt. Und das war so ein Teufelskreis natürlich. Weil ich zu schwer bin, konnte ich nicht trainieren; wenn man nicht trainieren kann, nimmt man nicht ab, - und dann ging dann gar nichts mehr. Und dann war's natürlich meistens so: Weniger essen geht nicht, also gar nichts essen. Immer noch leichter, wie wenig essen! Dann wieder gefastet, nach dem Fasten ging ich wieder trainieren. Dann war es meistens wieder so eine Zeit, wo das Training gut war, und dann ging's wieder los. Eine solche Phase dauerte so drei bis vier Wochen.
- Am Anfang gab es bestimmt irgendeinen Auslöser. Vielleicht, daß der Druck wieder größer wurde. Vielleicht auch, das ganz natürliche, daß wenn man eine Zeitlang wenig isst, daß man halt Hunger hat. Kam auch dazu. Das ist ja normal. Aber irgendwann, irgendwann hat sich das dann schon eingespielt gehabt. Also irgendwann brauchte ich keine Ursache, keinen Grund mehr.

Die sich wechselnden Phasen von Essen und Nicht-Essen wurden immer länger. Die Flucht in die eigene Gedankenwelt, das *Nicht-zurecht-kommen* mit diesem Wechsel führten die Pb in eine selbstgewählte Isolation. Ausdruck dieser Flucht waren die Fasten- oder Eßanfälle, verbunden mit Extrem-Sport bzw. Lethargie. Mit Essen und Trainieren assoziierte die Pb ein gewisses Wohlbefinden. Dabei war ihr nicht bewußt, daß es sich hier um einen Entfremdungsprozeß handelte, den sie mit sich und ihrem Körper austrug (Stahr et al. 1995, S. 87). Sie hatte nicht gelernt, sich intensiv der eigentlichen Problematik zu stellen, sich mit Lebenszielen und mit Lebensstrategien auseinander zu setzen. Sie hatte Angst vor sich selber, vor Kontrollverlust über Leib und Seele. Sie reagierte inadäquat mit einem periodisch

auftretenden Rückzug, indem sie aß und sich wenig bewegte, bis sie wieder Kraft hatte, sowohl mentale als auch physische, und dazu bereit war für eine nächste Episode voller Disziplin ohne viel Nahrung und mit sehr umfangreichen und intensiven physischen Aktivitäten.

- Ich Schauspieler, ich war der beste Schauspieler. Ja, da würd' auch *nie* jemand drauf kommen, also selbst jetzt, wo es ziemlich viele wissen, gibt es immer noch solche Leute, wenn sie es erfahren, die sagen, oh Gott, bei dir, das hätte ich ja *nie* gedacht ...! Du bist ja ein so fröhliches Kind und ... das gibt's ja gar nicht, Aber ich war oft todtraurig.
- Eigentlich immer, wenn ich die Türe hinter mir zugemacht hab, hab ich angefangen zu flennen. So kann man sich's vorstellen. Sobald ich alleine war.
- Und wo das dann so richtig heftig wurde, dann kamen Phasen, wo ich dann wirklich eine Woche gar nicht aus dem Haus gegangen bin. Das gab's davor *so* noch nicht.

Im Nachhinein versucht die Pb ihre damalige Lebenssituation zu rekonstruieren und kommt zu folgender Selbsterkenntnis:

- Also eigentlich haben mich die Eßstörungen darauf aufmerksam gemacht, daß irgendwas nicht stimmt. Also ich war ja schon, ja, ich muß ja schon immer unzufrieden gewesen sein, sonst wär's ja nicht gekommen. Aber das hab ich erst geblickt, nachdem es gekommen ist, nämlich nachdem es so richtig heftig gekommen ist. Ja, wo die Phasen so richtig extrem wurden und die Gewichtsschwankungen auch immer extremer.
- ... weil ich glaube, daß Triathlon viel mit meinem Eßstörungen zusammenhängt, zuviel Druck, immer trainieren müssen, Wettkampfgewicht haben müssen. Und ich wollte irgendwie andere Sachen entdecken, andere Sachen finden. ... daß ich wahrscheinlich einfach nur irgendwas finden muß, was mich zufrieden macht. Und wenn ich das gefunden hab, muß der Körper sich nicht mehr die Zufriedenheit im Essen suchen und wird dann satt. So hab ich gedacht, so funktioniert's.

Begründung der Hypothese 2: Entsprechung und Ablehnung gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen. Entsprechend ihrer Persönlichkeitsdispositionen haderte die Pb mit sich in bezug auf ihr Aussehen und ihre soziale Stellung. Einerseits wollte sie herausragen und zu den Besten gehören, andererseits aber lehnte sie sich gegen starre Gesellschaftsformen und Normierungen auf. Unter diesen Bedingungen fiel es ihr schwer, zu sich und anderen Vertrauen zu finden. Die Folge waren Einsamkeitsgefühle und Verunsicherungen bezüglich ihres Lebensstils. Von solchen Ängsten berichtet auch Stahr in ihrem identitätstheoretischen Ansatz (Stahr et al. 1995, S. 87). Viele Magersüchtigen haben Angst vor dem Alleinsein, Angst davor, Schwächen zu zeigen und nicht perfekt zu sein. In diesem Fallbeispiel ging es

der Pb darum, den Schein, ein Lebenskünstler zu sein und den Ruf einer lebenslustigen Person zu wahren. Dem Imperativ *des Fit-und-in-Form-sein-müssens* wollte die Pb eigentlich entsagen. Und trotzdem tat sie alles, um ihm zu genügen. Auch hier haben wir wieder zwei gegeneinander kämpfende Verhaltenstendenzen, die zu Verhaltens-, bzw. Eßstörungen führten.

- Ich wollte gut aussehen und optimales Gewicht haben, um gut laufen zu können.
- Und genauso, klack, wer dünn ist, läuft schnell! Sieht man ja auch. Alle Läufer sind dünn. Und deshalb wollte ich auch dünn sein. Nicht nur, um gut auszusehen, sondern um im Laufen besser zu werden.
- Ja, ich hab trainiert, nicht unbedingt, um abzunehmen, aber auch um Gewicht zu halten. Einfach um essen zu können.

Die Pb hatte als Kind die Möglichkeit, viele Arten von Freizeitbeschäftigungen auszuprobieren. Den Schwimmsport betrieb sie jahrelang aktiv und leistungsorientiert. Es war ihr eigener Wunsch, viel und hart zu trainieren. Nach einer sportlichen Auszeit wurde der Pb bewußt, daß sie sich doch sehr gerne bewegt und große Freude am Trainieren hat. Als sie dann wieder regelmäßig Sport machen wollte erweiterte sie ihr Sportartenrepertoire. Zum Schwimmtraining hinzu kamen die Ausdauersportarten Radfahren, Laufen und Triathlon. Ein regelmäßiges Training sollte zu ihrem Leben dazu gehören. Die Pb hatte jedoch Schwierigkeiten, mit dem damit verbundenen Erwartungs- und Leistungsdruck fertig zu werden.

Auch was ihre berufliche Karriere betrifft, ist die Pb ehrgeizig. Sie wollte einen guten akademischen Abschluß machen, obwohl ihr die Studienarbeiten nicht viel Freude bereiteten. Auch während der Examensvorbereitung wollte sie in ihren sportlichen Aktivitäten keine Abstriche machen. Beides mußte verwirklicht werden, Training und Studium. Sie wollte immer alles – essen und trotzdem schlank sein. Sie wollte nicht aufpassen müssen auf ihre Figur, aber trotzdem genießen können. Diese Ziele lassen sich nicht leicht zusammenbringen, sondern sind oft gegenläufig.

- Und dann also, das Essen in Neuseeland war eine Katastrophe, weil ich da Druck hatte vor dem Ironman; da mußte ich ja Wettkampfgewicht haben, sonst hätte ich ja den Marathon nicht laufen können. Und davor hab ich die Zulassungsarbeit ein halbes Jahr lang gemacht, was ein Höllenstreß war. Also ich hab' trainiert und die Zulassungsarbeit gemacht, und das wurde immer mehr. Und dann bin ich zum Schluß sechs Stunden am Tag im Labor gestanden und hab dann noch trainiert, drei, vier Stunden. Und da hab ich dann natürlich kein Wettkampfgewicht gekriegt, weil das alles wirklich streißig war. Da bin ich, glaube ich, mit 68

Kilo oder so nach Neuseeland und hatte am Wettkampftag 58. Mußt' ich ja, weil ich mir ja keine Peinlichkeit geben wollte; es wußten so viele, daß ich da unten bin.

Die Anerkennung und Aufmerksamkeit anderer waren ihr auch sehr wichtig. Sie wollte sich vor anderen keine Blöße geben. Sie wollte beim Ironman in Neuseeland einen guten Wettkampf absolvieren und eine gute Figur machen. Ihre äußerliche Unabhängigkeit war also nur scheinbar.

Das besonders Typische und Interessante an diesem Fallbeispiel sind die periodischen Wechsel (circa vier Wochen) von *Essen und Nicht-Sport-treiben* und *Nicht-Essen und intensiven sportlichen Aktivitäten*. In vielen anderen Fällen des Krankheitsbildes einer Anorexie geht die Magersuchtphase und ebenso die meist darauf folgende Eß-Phase über einen längeren Zeitraum (ein bis drei Jahre). In diesem Sinne können diese periodischen Schwankungen als ein ständiger Kampf zwischen Leistungs- und Schönheitsidealen - und Ansprüchen interpretiert werden. Dieser Kampf kostete die Pb viel Kraft. Sie mußte sich jedes Mal sehr anstrengen, bis sie es wieder schaffte, nichts zu essen, was trotzdem immer noch leichter war, als wenig zu essen. Nach einer Phase rigoroser Askese folgte konsequenterweise wieder eine Periode des Nachlassens dieser Disziplin-Episode.

- Ich hatte im Prinzip zwei Kleiderschränke: einen für 58 Kilo, einen für 68 Kilo. Das sind ja zwei Kleidergrößen auseinander. Und dann wurde das immer schlimmer! Die Uni wurde auch immer stressiger. Chemie wurde auch immer mehr, den ganzen Tag Labor. Training wurde auch immer mehr. Dann habe ich die T. (beste Freundin) kennengelernt. Die T. hat ja noch mehr trainiert (auch Triathlon) wie ich.
- ... weil die Tage, an denen ich was gegessen hatte, das waren ja immer schlechte Tage. Das waren dann die Tage, wo ich depressiv und frustriert war; ich hatte mich nicht unter Kontrolle und habe mich schlecht gefühlt.

Als die Pb sah, daß ihre Freundin mehr trainierte als sie selbst, mußte sie auch ihr Training steigern. Sie konnte es nicht ertragen, nicht die fleißigste und nicht die dünnste zu sein.

Mit einer Diät fing nach Beendigung ihrer Schwimmkarriere alles an. Dabei wollte die Pb nicht einfach nur etwas weniger essen, sondern sie wollte richtig fasten, ihren Körper entschlacken. Nachdem sie mit dem Leistungsschwimmen aufgehört hatte, begann sie auch über Figur und Gewicht nachzudenken. Erst jetzt erfuhr sie, was andere Mädchen ihres Alters interessierte, über was sie sich unterhielten. Vorher hatte sie eigentlich nie über ihr Eßverhalten nachgedacht.

- Ich glaub, als ich aufgehört hab mit Schwimmen, hab ich halt eine Zeitlang keinen Sport mehr gemacht. Und da halt dann wahrscheinlich angefangen zu denken, wie es eigentlich ist mit Kalorien und Essen, wieviel isst man eigentlich normalerweise.
- Also mit dem Essen, es ging eigentlich immer gut, so lange ich noch geschwommen bin.
- Und dann habe ich aufgehört mit Schwimmen und dann kam's so langsam. Dann hab ich so langsam angefangen wegzugehen, hab auch angefangen, mehr mit anderen Mädchen mich zu treffen, einfach zu reden. Davor gab's das alles noch gar nicht.
- ... und dann bin ich mit den Leuten von der Schule ein bißchen weggegangen. Und dann halt so, hab ich auch mal gemerkt, an was die anderen Leute überhaupt interessiert sind, was sie so jeden Tag machen. Ja und dann haben wir natürlich geredet über Figur und Weggehen und schönes Aussehen und Diät machen. Und dann habe ich Diät gemacht, klar und bin da halt reingeschlittert...
- Es kann sein, aber ich bin mir nicht sicher, aber es kann sein, daß ich dann zugenommen hatte, weil ich aufgehört hatte mit Trainieren. Ja und seitdem bin ich eigentlich von einer Diät in die andere reingerutscht.
- Und dann weiß ich noch, wo es ganz schlimm war, aber das sind ja noch keine Eßstörungen, das war nur so Diäten ausprobieren und sich ein bißchen dick finden. Es gab dann schon Phasen, wo ich auch wieder normal gegessen hab. Damals war es noch nicht so, daß das *Hunger-satt-Gefühl* weg war.

An diesem Fallbeispiel ist deutlich zu erkennen, daß nicht der Leistungssport primär und die damit verbundenen Gedanken der Leistungssteigerung die Pb in ihre Eßstörungen trieben. Ihre eigentlichen Probleme tauchten auf, als sie ihre Pubertät hinter sich gelassen und einen bestimmten Lebensweg eingeschlagen hatte. In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll, zwischen primärer und sekundärer Magersucht bzw. Anorexie zu differenzieren. Denn zur Ursachenklärung spielt der Lebensabschnitt und die Lebenssituation eine große Rolle.

Begründung der Hypothese 3. Im Kern der Hypothese 3 geht es um Anerkennung und Bestätigung durch andere. Dies erfüllt u.a. die Funktion der Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls. Die Pb besitzt mehr Ehrgeiz in allem, was sie anpackt, um gut zu sein, als sie selbst wahrhaben will bzw. als sie zeigt. Nach außen hin bewahrte sie den Schein einer unabhängigen jungen Frau. In Wirklichkeit suchte sie Beachtung, Anerkennung und Bestätigung. Sie brauchte Leistungsnachweise, um über Fremdbestätigung sich selbst bestätigen zu können. Durch Leistung und auffällige Äußerlichkeiten konstruierte sich die Pb ihr Image (Sport, Haare, Kleidung, Benehmen). Das Zusammensein mit anderen wurde von ihr zwar gewünscht, bedeutete aber gleichzeitig Streß, da es anstrengend war eine

lebensfrohe, dynamische und erfolgreiche Frau darzustellen. Daß sie sich mehr Zuneigung von den Eltern und von ihrem langjährigen Lebenspartner wünschte, konnte sie zunächst nicht erkennen und sich somit auch nicht eingestehen.

Wie im Identitätstheoretischen Ansatz beschrieben, wollte sich die Pb als *permanent leistungsfähiges Einzelindividuum* darstellen (Stahr et al. 1995, S. 77-79).

- ... also Ehrgeiz hab ich. Und der Druck kam nicht nur von der Uni, weil so wild ist die Uni nicht gewesen. Der kam mehr von mir selber, weil ich immer die beste sein mußte, oder eine der Besten.

Die Auseinandersetzung mit ihren Problemen fand bei der Pb auf einer nicht adäquaten Ebene statt. Sie baute eine Mauer der scheinbaren Unverletzbarkeit um sich herum auf. Ausdauertraining, insbesondere der Triathlonsport, gilt als extrem anstrengend und trainingsintensiv. Wegen dieses Engagements und ihrem Fleiß wurde sie von anderen bewundert. Gleiches gilt für die Doppelbelastung exzessives Training plus Studium. Doch wirkliche Zufriedenheit stellte sich nicht ein. Die Pb fühlte sich überfordert, wagte aber nicht, sich diese Überbelastung einzugestehen.

- Ich bin nie ganz zufrieden (auch nicht nach dem Ironman-Neuseeland), aber war o.k.. ... aber da sah ich auch ganz gut aus, war dann im Prinzip schon zufrieden, also erstmal, daß ich aufgefallen bin, weil ich hatte das T-Shirt vom Ironman an. Und da hat halt jeder gleich nachgefragt. Und dann hat man es mir auch angesehen; da war es sehr heiß, kurze Hose, den Strich vom Radfahren, dann sieht man ja Muskeln an den Beinen ... so sehen andere ja nicht aus.
- Ich Schauspieler, ich war der beste Schauspieler. ... Leute, wenn sie es jetzt erfahren, die sagen, oh Gott, bei dir hätte ich ja nie gedacht, du bist ja so ein fröhliches Kind ... das gibt's ja nicht! Aber ich war oft todtraurig.

Handlungsspielräume. Eigentlich hatte die Pb große Angst davor, allein gelassen zu sein, allein für sich zu sorgen und Verantwortung zu tragen (Stahr et al. 1995, S. 80). Daß sie leistungsfähig ist, das wußte sie. Auf dem Terrain ihres Körpers kannte sie sich bestens aus. Dieses Feld verteidigte die Pb, bis sie es fast nicht mehr mit sich aushalten konnte. Mit ihren demonstrativen Unabhängigkeitsbeweisen spielte sie sich selbst und anderen etwas vor. Denn im Grunde wünschte sie sich, daß man sich um sie kümmert. Hierzu gehört auch der Wunsch nach mehr Zuneigung durch ihren Lebenspartner. Sie fühlte sich nicht so emanzipiert, wie sie immer vorgab. Und sie wollte auch gar nicht so viele Freiheiten in ihrer Beziehung.

- ... und ich, immer stolz gewesen, daß wir beide so eine freie Beziehung hatten und kein so'n Pärchen sind. Dann habe ich natürlich immer gesagt, ha, mit dem M. ist alles in Ordnung ... aber vielleicht, ... daß ich mehr, viel, viel mehr Zuneigung gebraucht hätte ...
- Meine Eltern nehmen die Auswanderung nach Neuseeland ziemlich *cool*, muß ich sagen. Also, ich hab angerufen, da waren die noch im Urlaub ... hab gleich mal meinen Vater aus dem Bett geholt, morgens um sieben, ha, ist ein ungünstiger Zeitpunkt, hab ich gedacht. Aber ich hab ihm das so erzählt; ... und das einzige, was er dann gesagt hat, ist, ja, wie machen wir denn das mit dem Arbeitsvisum. Und das kann doch kein Problem sein ... das war das einzige, wo er sich Sorgen gemacht hat.

Auch diese Aussagen lassen den Schluß zu, daß die Pb das Bedürfnis hatte, daß sich die Menschen um sie herum um sie sorgen und sich um sie kümmern. Denn eigentlich fühlte sie sich mit den ihr gegebenen Handlungsspielräumen und Freiheiten überlastet, wie dies auch in Kategorie 1 des Identitätstheoretischen Ansatzes beschrieben wird (Stahr et al. 1995, S. 77).

Ein Kernpunkt in der Verantwortlichkeit für die Eßstörungen ist ihr ambivalentes Verhältnis zu Training und Wettkampf. Der Sport, (Schwimmen, dann Triathlon) gehörte von klein auf zu ihrem täglichen Leben. Auf dieses Bestreben, ihre physische Leistungsfähigkeit regelmäßig unter Beweis zu stellen, wollte und konnte sie keinesfalls verzichten. Doch im Grunde genügte ihr das Training. Die Teilnahme an Wettkämpfen entwickelte sich zum Streßfaktor. Trotzdem entsprach es ihrer Lebensphilosophie, daß sie ihre Leistungsfähigkeit auch auf dieser Ebene zeigen und unter Beweis stellen konnte.

- ... ich glaube, daß Triathlon viel mit meinen Eßstörungen zusammenhängt: zuviel Druck, immer trainieren müssen, Wettkampfgewicht haben müssen ...
- Eigentlich wollte ich nur irgendwas machen. Ich wollte gar keine Wettkämpfe machen. Ich bin mehr der Trainingstyp ... ich wollte immer nur trainieren, das hat zum Tag dazu gehört, zu trainieren. Also natürlich auch, um essen zu können.
- Ich hab auch wenig schnelle Sachen gemacht, was ein bißchen gegen dieses Trainingsprinzip spricht. Aber für mich war das besser, wenn ich was mache, dann lange Sachen zu machen. ... hab nur noch zwei, drei Stunden Läufe gemacht. Und wenn ich Rad fahren gegangen bin, dann halt 100ter oder 150iger Fahrten gemacht. Aber so drei, vier Stunden am Tag, kann man sagen, Training. Wenn ich Radfahren gehe, sind es oft gleich mal sechs Stunden am Tag Training.

Der innerlich aufgebaute Streß durch intensive sportliche Aktivitäten und das Arbeiten und Lernen für das Studium wurden immer größer. Zwischen ihrem Selbstanspruch und dem, was sie tatsächlich zu leisten imstande war, gab es eine Diskrepanz. Folglich reifte der Entschluß, nach dem Ironman in Neuseeland mit dem Triathlon-Wettkampfsport aufzuhören.

- ... ist ja logisch, weil ich aufhören will mit dem Ironman und dem Druck und dem Trainieren-müssen. Ich will nur so fahren ... und seit ich auch nicht mehr trainieren will *auf* irgendwas, mache ich fast noch mehr, wie vorher. Aber es macht Spaß ... also ich wollte nur aufhören, auf bestimmte Ziele mit Druck zu trainieren. Aber ich werde mein Leben lang radfahren, weil Radfahren einfach das Größte ist. Ja, ich werde auch mein Leben lang schwimmen und laufen.

Persönlichkeits- und Körper-Image. Leistungsmotiv auf der einen Seite und Spaß-Motivation auf der anderen Seite führten bei der Pb zu einem inneren Konflikt. Dabei ging es um die Entscheidung zwischen disziplinierter, asketischer Lebensweise mit allen Konsequenzen und darum, ihren Emotionen freien Lauf zu lassen, mehr zu genießen, Gewichtszunahme zu akzeptieren und sich dabei einzugestehen, daß sie doch nicht so *cool* ist, wie sie es vorgibt. Dabei dienten ihre bisherigen Verhaltensstrategie unter anderem dazu, nicht so leicht verletzt werden zu können. Die Zuspitzung dieses inneren Konflikts manifestierte sich in den wechselnden Phasen von Magersucht und Eßsucht bzw. von extremem Sporttreiben und sich zurückziehen, sowohl physisch (in die eigenen vier Wände) als auch psychisch.

- Ich bin der Extreme. Alles, was ich mache, ist extrem. Ich find' keinen Mittelweg!
- ... seit ich angefangen hab' zu studieren, seitdem ist Durststrecke. Seitdem war ich nicht mehr richtig zufrieden. Aber es gibt mehr. Ich wußte nicht, daß es mehr gibt. Ich war nur immer traurig und dachte, das gehört dazu.
- ... ich war immer im Streß und immer in Panik, daß ich es nicht schaffe. Nein, zufrieden war ich nicht. Ich war nie zufrieden. Mein ganzes Studium war eine Durststrecke.

Die Pb schien nach außen hin selbstbewußt zu sein. Ihr äußeres Erscheinungsbild, sowohl ihr Körperbild als auch ihr Persönlichkeits-Image, waren für die junge Frau von großer Wichtigkeit. Mehr als sie zugeben wollte, lag ihr daran, eine gute Figur zu machen und immer eine der Besten zu sein.

- ... und dann sah ich danach (nach Fastenzeiten) spitze aus! Beim Laufen bin ich vorwärts gekommen, also es war optimal. Und ich hab mich wohl gefühlt. Und dann kam natürlich der Heißhunger ... und dann wollte ich wieder fasten, hat aber dann auch nicht geklappt, weil ich dann nicht mehr so willensstark war, weil dann der Drang nach Essen ja immer da war. Und dann hatte ich Tage, wo ich nichts gegessen hab und dann wieder Tage, wo ich was gegessen hab. Und das wurden dann auch wieder Phasen, also nicht Tage, sondern längere Phasen, vielleicht Wochen ...

- Ich hatte auch schon immer im Hinterkopf: Jede Stunde kann man 500 Kalorien verbrennen. So ist das ja, ungefähr. Und das ist immer im Kopf. Ja irgendwie zwei Stunden Radfahren sind tausend Kalorien.
- Ich wollte gut aussehen und auch optimales Gewicht haben, um laufen zu können.

In unserer heutigen *Fitneß-Gesellschaft* werden die verschiedensten Identitätsbereiche mit dem Körper-Image in Verbindung gebracht. Dadurch kann das wirkliche *Ich* aus dem Blickfeld geraten. Auch über diese Problematik referiert der identitätstheoretische Ansatz (Kat. 4; Stahr et al. 1995, S. 86). Im Innersten jedoch formulierte die Pb ein anderes Ziel für sich. Zwar war ihr das tägliche Training eine lieb gewordene Gewohnheit, etwas, das sie nicht missen mochte. Aber früher zählten beim Radfahren Kilometerleistung und Durchschnittsgeschwindigkeit. Diesen Maßstäben wollte sie nun entsagen. Ohne Druck und mit Spaß an der Bewegung trainieren, sollte die Zielperspektive sein. Und auf ein allgemeines, ausdauerspezifisches Training will die Pb auch in Zukunft nicht verzichten.

7.6.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 6

Skala	Summen- score	Selbstkonzept			
		negativ	neutral	positiv	
FSAL (Leistungsfähigkeit)	26	10	30	40	60
FSAP (Problembewältigung)	27	10	30	40	60
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	11	6	18	24	36
FSSW (Selbstwertschätzung)	17	10	30	40	60
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	15	6	18	24	36
FSST (Standfestigkeit)	32	12	36	48	72
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	21	6	18	24	36
FSWA (Wertschätzung durch andere)	15	6	18	24	36
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	16	6	18	24	36
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	16	6	18	24	36

Abb. 8: FSKN-Profil von Pb 6

Das Selbstbildnis der Pb 6 weicht erheblich von dem der anderen Pbn ab. Nur ein einziger Parameter, für Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU; 21) liegt im Normbereich. Alle anderen Skalen des Selbstkonzeptfragebogens befinden sich unterhalb der Normgrenzen. Da die Pb Leistungssport betreibt sollte hervorgehoben werden, daß ihr Summenscore für Leistungsfähigkeit relativ niedrig ausfällt (FSAL; 26). Damit einher gehen ihre Selbsteinschätzungen für Problembewältigung (FSAP; 27), Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE; 11) und Selbstwertschätzung (FSSW; 17). Diese Ergebnisse können mit Aussagen aus dem Interview erklärt werden. Die Pb möchte ein bestimmtes Image von sich nach außen hin abgeben (Hypothese 2). Sie versucht sich durch außergewöhnliche, oftmals extreme Methoden Beachtung zu verschaffen. Und weil sie glaubt, nicht unbedingt talentiert zu sein, muß sie viel trainieren, viel für diese Anerkennung arbeiten. Aufgrund ihrer Unsicherheiten entscheidet sich die Pb oftmals für Extreme. Es fällt

ihr leichter, nichts zu essen, als wenig zu essen. Um sich und anderen etwas zu beweisen ist sie permanent damit beschäftigt, besonderes oder außergewöhnliches zu tun. Ohne harte Arbeit traut sich die Pb nicht unter Menschen. Nur mit großer Anstrengung kann sie sich, in bestimmten Phasen, stark disziplinieren, nichts essen und viel trainieren. In der anderen Periode flieht sie vor der Realität (Hypothese 1) und schließt sich zu Hause, bzw. in sich selbst ein. Unter der Mauer ihrer Eßstörungen verbirgt sich die wahre Identität einer sensiblen, leicht verletzbaren jungen Frau (Hypothese 3). Hinter der Fassade einer hart arbeitenden, hart trainierenden Athletin, steckt ein ängstlicher, sich vor Verantwortung und den Anforderungen des Erwachsenen-Lebens fürchtenden Person. Ihre Kontaktfreudigkeit ist nur oberflächlich. In Wirklichkeit fühlt sich die Pb einsam und allein gelassen. Diese Empfindungen versucht sie durch exzessive und vor allem durch umfangreiche Trainingseinheiten zu verdrängen. Ihr ging es vor allem darum, ständig in Bewegung zu sein, um nicht mit sich selbst und mit gewissen Lebenssituationen, konfrontiert zu werden. Weil die Pb, wie die Ergebnisse der Selbstkonzeptskalen zeigen, keine hohe Meinung von sich hatte, benutzte sie ihre Eßstörungen dazu, nicht vollkommen die Kontrolle über sich zu verlieren. Sie hatte Angst davor sich fallen zu lassen, aus Angst davor, nicht mehr aufstehen zu können. Dieser Aspekt wird in Hypothese 2 eingehend beleuchtet. In diesem Fallbeispiel befindet sich die Pb in einem ständigen Kampf zwischen ihren Ansprüchen, und einem Bedürfnis nach Freiheit im Denken Fühlen und Handeln.

7.7 Fallbeispiel 7

7.7.1 Zur Biographie der Pb 7

Die Pb wurde 1969, in einem kleinen Ort in der Nähe von Winterberg, geboren. Der Vater, von Beruf Schreiner, ist Abteilungsleiter einer Einrichtungsfirma. Die Mutter der Pb ist Hausfrau und Landwirtin. Sie bewirtschaftet den eigenen landwirtschaftlichen Betrieb, wozu u.a. 30 Stück Vieh gehören. Alle Familienmitglieder helfen von klein auf bei der Versorgung des Hofes mit. Die Mutter war erst 17 Jahre alt, als sie geheiratet hat. Zur Familie gehören zwei ältere Brüder, (Jahrgang 1965 und 1968). Der älteste ist ebenfalls Schreiner. Er machte sich selbständig und lebt mit seiner Familie zu Hause auf dem Hof. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder. Seine Firma besitzt fünf bis sechs Angestellte. Der jüngere Bruder ist Versicherungskaufmann. Auch er bewohnt eine Etage im Elternhaus. Die Familie der Pb lebt wie eine traditionelle Großfamilie zusammen, alle unter einem Dach. Nur die Pb selbst war früher, aufgrund ihrer sportlichen Aktivitäten, sehr viel unterwegs. (Zum Zeitpunkt des Interviews war sie die einzige, die nicht auf dem heimatlichen Grundstück ansässig ist.)

Von klein auf gehörte es zum Leben der Kinder dazu, im landwirtschaftlichen Betrieb mitzuhelfen.

Die Schulzeit dauerte bei der Pb von 1975 bis 1988. Zunächst ging sie in die Grundschule des Dorfes, eine sogenannte *Zwergenschule*, in der mehrere Jahrgänge in einer Klasse unterrichtet werden. Danach besuchte die Pb das Gymnasium, das sie mit dem Abitur abschloß. Ein Jahr lang, mit 18 Jahren, betrieb die Pb fast ausschließlich Sport, speziell Skilanglauf. In dieser Zeit absolvierte sie ein Praktikum in einer Großküche. Dieses Praktikum war die Voraussetzung zur Zulassung zum Studium der Ökotrophologie. Die Firma der Großküche ermöglichte ihr optimale Trainings- und Wettkampfbedingungen und protegierte die Pb bei ihrem sportlichen Engagement. 1989 begann sie mit dem Studium der Ökotrophologie in Gießen. Nach bestandem Vordiplom widmete sie sich weniger ihrem Studium als wiederum dem Skilanglauf. Bis zum Jahr 1994 investierte sie die meiste Zeit in sportliche Aktivitäten.

Bei einer Freizeitveranstaltung der Universität lernte die Pb ihren jetzigen Ehemann kennen. Die Hochzeit fand im Dezember 1994 statt. Er studierte Betriebswirtschaft. Nach einer sehr erfolgreichen Karriere als Angestellter machte er sich, zusammen mit der Pb, selbständig. Um bei ihrem Mann mitzuarbeiten, brach die Pb ihr Studium endgültig ab. Sie arbeitet nun als *Office-Managerin* im Betrieb ihres Mannes. Nach einer gewissen Anlaufzeit waren sie mit der gemeinsam aufgebauten Firma sehr erfolgreich. Mittlerweile sind sie weltweit im Geschäft,

und im Februar 1999 erfolgte die Umsiedlung in die USA. (Danach ist ein längerer Aufenthalt in Australien geplant.)

Die Pb betonte, daß sie hauptsächlich zu Hause lebte, im ländlichen Umfeld und im familiären Kreis. Sie besuchte keinen Kindergarten. Ab der fünften Klasse mußte sie mit einem Bus zur Schule fahren und hatte eine gute Stunde Fahrtstrecke zurückzulegen. Sie engagierte sich in Räte- und Schülervertretungen.

Der Skiclub war der einzige Sportverein des Dorfes. Zum Skilanglauf wurde die Pb hauptsächlich durch ihren Vater ambitioniert. Der Vater spielt, neben ihrem jetzigen Ehepartner, die wichtigste Rolle im Leben der Pb. Er nimmt eine Schlüsselposition ein. Der Vater und die beiden Brüder waren schon länger Mitglieder im Skiclub. Seit ihrer frühesten Kindheit machte die Pb Ski-Langlauf. Schon als kleines Kind wollte sie mit dem Vater und den Geschwistern zum Training gehen, durfte aber noch nicht mit. Erst im Alter von sechs/sieben Jahren durfte sie am offiziellen Training teilnehmen. Das Training fand 3-4 mal in der Woche statt und dauerte 1-1,5 Stunden. Danach fand das Training für die Erwachsenen statt, ebenfalls 1,5-2 Stunden. Schon in diesem kleinen Umfeld erkannte man das große Talent der Pb. Das Training bestand aus spielerischen Formen, aus Waldläufen, Trockentraining, Imitation mit Skirollern, Koordinations- und Krafttraining. Nach dem eigenen Training drängelte die Pb so lange, bis sie auch noch bei den Erwachsenen mittrainieren durfte. Dies geschah sehr häufig. So hatte die Pb schon als Kind nicht selten einen Trainingsumfang von 3 Stunden pro Einheit. Die ersten Wettkämpfe kamen mit sieben/acht Jahren (1977). In einer Saison, von Dezember bis März, absolvierte die Pb etwa 15 Wettkämpfe. Zu den Wettkämpfen fuhr man mit der ganzen Gruppe in einem gemeinsamen Bus. Mit zehn Jahren hatte sie ein kleines *Leistungs-Tief*. Die Ursache ließ sich nicht aufklären. Diese Phase war jedoch nur von kurzer Dauer. Ab der 5ten/6ten Klasse erhöhte die Pb ihre Trainingsleistungen. Der Jugendtrainer des Vereins stellte ihr persönliche Trainingspläne zusammen. Zunächst wurden mehrere Jugendliche des Vereins gefördert, später aber nur noch die Pb, da die anderen nicht mehr regelmäßig am Training teilnehmen wollten. Mit 12/13 Jahren hatte die Pb den Ehrgeiz, in die Verbandsmannschaft zu kommen, um auch national starten zu können. Sie wollte in einen Kader aufgenommen werden, denn dort gab es auch materielle Unterstützung für die Mitglieder. Mit 12/13 Jahren trainierte die Pb schon 5-6 mal pro Woche. Die für sie persönlich erstellten Trainingspläne waren für die Pb sehr wichtig und motivierten sie gleichzeitig. Sie trainierte sehr viel alleine oder mit dem jüngeren der beiden Brüder. Mit diesem ist sie auch zusammen eingeschult worden. Die

beiden haben ein sehr gutes und inniges Verhältnis zueinander. Die Pb bewunderte ihren Bruder, da dieser offensichtlich mit relativ wenig Training sehr gut Leistungen aus sich heraus holen konnte. Doch sie hat nie mit ihm darüber gesprochen oder ihn danach befragt. Bei der Pb stellte sich der durchbrechende Erfolg mit 14/15 Jahren ein. Ein Fürsprecher (Trainer, Trainingspartner und Freund in einer Person) holte sie jeden Tag von Hause ab. Die beiden trainierten zusammen, und er brachte sie auch wieder zurück. Zu jener Zeit waren die Trainingsbedingungen optimal. Sie konnten direkt vom Haus aus in den Schnee zum Langlaufen. Der Freund wurde zum persönlichen Trainer der Pb. In den kommenden Saison-Wettkämpfen erbrachte die Pb absolute Höchstleistungen. Sie wurde Verbandsmitglied der Kader-Gruppe und durfte nun am Stützpunkttraining teilnehmen. Da ihr Heim-Trainer als Biathlet bei der Bundeswehr am Leistungs-Stützpunkt verpflichtet war, bestanden weiterhin sehr gute Betreuungsmöglichkeiten.

Die Trainingsformen wurden nun durch Gymnastik, Intervalltraining, spezifischem Schnelligkeitstraining und gezieltem Krafttraining erweitert. Schon mit 14 Jahren war der Trainingsumfang sehr hoch. Zum *normalen* Training hinzu kamen Lehrgänge des Verbandes. Hier wurden schon zwei Einheiten am Tag gefordert, auch über 14 Tage hinweg. Im Verband trainierte die Pb erstmals nur mit Mädchen zusammen. Früher waren die Trainingsgruppen gemischt gewesen. Diese Mädchengruppe hatte ihren eigenen Verbandstrainer. Am Stützpunkt wurde außer den Lehrgängen regelmäßig 1 mal wöchentlich trainiert. Mit 15/16 Jahren wog die Pb 58 kg. Mit 16 Jahren (1985) wurde sie in den C-Kader berufen. Sie war viel unterwegs: ab Mai eines jeden Jahres in jedem Monat ein bis zwei Wochen von zu Hause weg, ab September drei bis vier Wochen. Mit 17/18 Jahren trainierte die Pb komplett beim Stützpunkt-Trainer. Ihre Trainingseinheiten absolvierte sie meist alleine. Da sie sich auch mit dem Stützpunkt-Trainer sehr gut verstand, wechselte sie Verband und Verein, um weiterhin mit ihm arbeiten zu können. (Dieser Trainer betreute sie außerdem, bis sie ihre sportliche Laufbahn offiziell beendete.) Schon als Jugendliche (16 Jahre) absolvierte die Pb ein Grundlagen-Training, das sich durch einen hohen Trainingsumfang auszeichnete. 3-Stunden Läufe waren keine Seltenheit.

Zur der Zeit, als die Pb Mitglied des B-Kaders war (17 Jahre), trainierte sie härter und umfangreicher als je zuvor. Ihr Gewicht betrug jetzt 48/49 kg bei einer Größe von 165 cm. Sie stellte Überlegungen an, welche weiteren Faktoren, außer der körperlichen Leistungsfähigkeit, zur Leistungssteigerung beitragen könnten. Entsprechend stellte sie ihre Ernährung um. Sie fixierte sich extrem auf ganz bestimmte Nahrungsmittel, wie Äpfel, Buttermilch und Vollkornbrot.

Nach dem Abitur bewarb sich die Pb zunächst zum Studium für Forstwissenschaften. Aufgrund ihrer sportlichen Stellung hätte sie einen *Härteantrag* zur Zulassung stellen können, da sie den offiziellen Numerus Clausus nicht vorweisen konnte. Über Beziehungen wäre ihr ein Studienplatz sicher gewesen. Im letzten Augenblick lehnte sie jedoch den Platz ab, da ihr der Studienort zu weit von zu Hause entfernt war. In dieser Lebensphase wurden die Eßstörungen der Pb auffällig und immer extremer. Sie entschied sich zum Studium für Ernährungswissenschaften (Ökotrophologie), wozu sie ein entsprechendes Praktikum benötigte. 1987 absolvierte sie dies in einer nahegelegenen Großküche.

Mit 19/20 Jahren wurde die Pb Mitglied in der Ski-Langlauf-Nationalmannschaft (1989). Sie nahm an internationalen Wettkämpfen teil. Ihre Eßstörungen traten immer deutlicher zutage. Die Pb mußte sich auch des öfteren übergeben. Zu den Trainingslagern und Wettkämpfen nahm sie ihre eigenen Nahrungsmittel mit, oder sie sorgte dafür, daß diese vorhanden waren. Bei einer internationalen Veranstaltung wurde sie vom Nationaltrainer auf ihr Eßverhalten angesprochen. Er vermutete, sie sei bulimisch und riet ihr zu einer Therapie. Unter der Bedingung, daß sie sich gründlich untersuchen und testen läßt, ermöglichte ihr der Verband für ein Jahr den sogenannten *Krankheitsstatus*. Eine weitere Auflage dieser Vereinbarung war die Teilnahme an einer Therapie. Sobald sie sich erholt hatte sollte sie wieder in die Nationalmannschaft aufgenommen werden.

Die Pb willigte ein. Am Olympia-Stützpunkt wurde sie nun von Pädagogen befragt. Die Pb wog bereits nur noch 46 kg.

Kurz bevor die eigentliche Therapie beginnen sollte, hatte die Pb einen sehr schweren Unfall (1989/90). Beim Melken auf dem heimischen Hof wurde sie derart von einer Kuh getreten, daß ihr Ischio-Sacral-Gelenk brach. Wochenlang mußte sie im Krankenhaus still liegen. Die Pb berichtete von ungeheuren Schmerzen. Schmerzen und Bewegungsunfähigkeit führten zu weiterer Gewichtsabnahme. Sie ernährte sich fast ausschließlich durch Rohkost. Dem Krankenhausaufenthalt folgte eine langwierige Physiotherapie in einer Rehabilitationsklinik.

Im Jahr 1990 erfolgte die Grenzöffnung zur DDR (Deutschen Demokratischen Republik) und damit der Ost-West-Zusammenschluß. Im Sommer des folgenden Jahres, als sich die neue Nationalmannschaft konstituierte und zum ersten Mal zusammentraf, waren auch die Mädchen aus der ehemaligen DDR dabei. Der Verband selektierte und bestimmte Rennen des vorangegangenen Winters als Qualifikations-Nachweise. Da die Pb in diesem Winter den *Krankenstatus* innehatte und außerdem (durch den Unfall) an keinen Wettkämpfen teilgenommen hatte, konnte sie keine Erfolge vorweisen. Folglich wurde sie nicht mehr in das

Team der Nationalmannschaft aufgenommen. Obwohl sie sehr dünn und schwach war, hörte sie nie auf zu trainieren. Ihre Eßstörungen dauerten jetzt bereits etwa eineinhalb Jahre.

In der Zeit, in der die Pb an einer Gesprächstherapie teilnahm, wog sie 48/49 kg. Zum Therapieprogramm gehörte die Auflage eines Sollgewichts von 55 kg. Die Pb mußte regelmäßig zu Wiegeterminen erscheinen. Anschließend hätte sie immer *Freßanfälle* gehabt, berichtete die Pb. Als Zyklus-Regler nahm die Pb regelmäßig Hormonpräparate ein. Mit 18 Jahren suchte die Pb erstmals einen Gynäkologen auf. Es war ihre eigene Entscheidung gewesen. Der Frauenarzt diagnostizierte, daß ihr körperlicher Entwicklungszustand dem einer 12-jährigen entspräche. Also nahm sie den Rat zu einer Hormontherapie an. Später hatte sie dann jahrelang keinen Zyklus mehr.

Die Pb selbst sagte von sich, daß sie im Alter zwischen 17-19 Jahren magersüchtig gewesen wäre. Später dann hätte sie eher bulimische Verhaltensweisen gezeigt.

Nach der offiziellen Absage, wonach sie nicht mehr zum Team der Nationalmannschaft gehören sollte, entschied sich die Pb ihre sportliche Laufbahn fortzusetzen. Sie trainierte weiter, trotz aller Rückschläge. Sie wollte unbedingt bei den Olympischen Spielen in Finnland dabei sein. Dafür mußten bestimmte Qualifikationsbedingungen erfüllt werden. Betreut durch ihren langjährigen Trainer trainierte sie nun härter und mehr denn je. Schon nach zwei Jahren entsprach ihr Leistungsstand wieder ihrem früheren Niveau. 1993 konnte die Pb mit ihren Leistungen an die Kader-Leistungen anknüpfen. Gemeinsam mit ihrem persönlichen Trainer und Freund reiste sie zu den jeweiligen Qualifikationswettkämpfen. Sie versuchte, das zu essen, was ihr angeboten wurde, konnte aber nicht immer alles bei sich behalten. Trotz sehr guter Leistungen und Erfüllung der Qualifikationsbedingungen, wurde sie jedoch nicht für die Olympischen Spiele nominiert. Zu jener Zeit, die Pb war nun 24 Jahre alt, betrug ihr Körpergewicht 50 kg. Kurz vor den Olympischen Spielen brachte sie allerdings wieder nur noch 46/47 kg auf die Waage.

1990, auf einer Studienfahrt, lernte sie ihren jetzigen Ehemann kennen. Zunächst trafen sich die beiden nur an den Wochenenden. Die Pb war noch immer sportlich sehr engagiert. Nach etwa eineinhalb Jahren entschlossen sie sich zusammen zu ziehen, in das Nachbarhaus der Eltern des Freundes. Dort fühlte sie sich jedoch überhaupt nicht wohl. Sie fuhr vier bis fünf mal in der Woche morgens um 5:30 Uhr in die ihr vertraute heimatliche Umgebung, da es dort bessere Trainingsmöglichkeiten gab. Die Fahrtzeit dauerte eineinhalb Stunden für den einfachen Weg. Ihr Trainingsumfang lag bei mindestens 2-3 Stunden pro Tag. Nach der Enttäuschung über die Nicht-Nominierung in die Nationalmannschaft, als auch über die

verpaßte Olympia-Chance, gingen die Pb und ihr Freund für einen gemeinsamen Urlaub nach Norwegen, abgeschieden von allen äußeren Einflüssen. Hier reifte der Entschluß, den Leistungssport aufzugeben, abzutrainieren und ihr Studium zu beenden. Besprochen und beschlossen wurde auch, daß sie wieder in eine andere Umgebung ziehen wollten.

1994 kam es zu beruflichen Veränderungen des Freundes. Im Spätsommer machte er der Pb einen Heiratsantrag, und im darauffolgenden Dezember fand die Hochzeit statt. Die Pb brach ihr Studium ab, und das junge Paar machte sich selbständig. Sie bauten sich eine gemeinsame Existenz auf, mit einem, wie sich später herausstellte, sehr erfolgreichen Konzept. Die Pb arbeitet nun als *Office-Managerin* in der eigenen Firma.

Nachtrag. Zur Zeit sind die Pb und ihr Ehemann in den USA. Danach soll es nach Australien gehen. Mit dem Essen hat sie kaum mehr Probleme. Oft fehlt ihr die Zeit, darüber nachzudenken. Noch immer aber ißt die Pb nicht sehr viel, ihre Vorliebe für Salate und andere leichte Speisen sind geblieben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt betreibt die Pb keinen Leistungssport mehr. Soweit es ihre Zeit zuläßt, besucht sie ein Fitneß-Studio. Sie interessiert sich für Architektur und Kunst. Ihr Ehemann ist musikalisch ambitioniert; er spielt Klavier und Trompete. Ihre Hobbys führen zum gemeinsamen Interesse an Musik- und Kunstgeschichte. Trotz Auslandsaufenthalt sind sie dabei, sich gemeinsam ein Haus zu bauen.

7.7.2 Zur Erklärung der Eßstörungen der Pb 7

Hypothese 1. Autoritätshörigkeit, ein bedingungsloser Leistungswille und die hohe Wertschätzung sportlicher Erfolge gehörten zu den mitverursachenden Faktoren der Entwicklung und Manifestation der Eßstörungen von Pb 7. Diese Autoritätshörigkeit, jeweils einem bestimmten Trainer gegenüber und auch die Kontrolle über den Körper, gaben ihr eine gewisse Sicherheit. Als dieses Vertrauen in sich und in den Trainer in ihrem Absolutheitsanspruch nicht mehr gegeben war, flüchtete sich die Pb in eine neue Art von vorgegebenen Maßstäben: wenig Essen und einen dünnen Körper. Der Leistungsgedanke und die damit verbundenen Konsequenzen dominierten die Lebensgestaltung der Pb. Plötzliche Zweifel an den eigenen Wertmaßstäben und abfallende Leistungen führten letztlich in die Abhängigkeit eines eßgestörten, magersüchtigen Verhaltens.

Hypothese 2. Durch Überbelastung und völlige Ausschöpfung ihrer Kraftreserven über Jahre hinweg kam es zu gravierenden mentalen und physischen Schwächeerscheinungen. Die Pb wollte die großen Strapazen und Entbehrungen des Leistungssports nicht mehr länger auf sich

nehmen. Diese Erkenntnis aber wurde zunächst verdrängt. Weil sie aber ihr Selbstbewußtsein hauptsächlich auf ihre sportliche Leistungsfähigkeit aufgebaut hatte, entfloh sie der Konsequenz, mit dem Leistungssport aufzuhören, über den Umweg einer Magersucht. Ihre Eßstörungen waren somit eine nonverbale Art des *Nein-Sagens* zu den permanenten Anstrengungs – und Optimierungsforderungen, die sie an sich stellte.

Begründung der Hypothese 1: Bedingungsloser Leistungs- und Arbeitswille. Schon früh in ihrem Leben wurde der Sport, speziell der Skilanglauf, zum zentralen Lebensthema der Pb. Sie zeigte schon in Kinderjahren eine hohe Leistungsbereitschaft und ein großes Leistungspotential. Alle männlichen Familienmitglieder waren aktive Skiläufer. Allerdings gab es in der näheren Umgebung des heimatlichen Hofes auch nur wenige Alternativen (Feuerwehr, Schießverein). Das große Talent der Pb, zusammen mit ihrem unbändigen Ehrgeiz, ergänzten sich zu einer prädestinierten Basis für den Ausdauersport auf sehr hohem Leistungsniveau. Die Orientierung an eigens für sie vom Trainer aufgestellten Trainingsplänen war für die Pb von großer Bedeutung. Sie fühlte sich betreut und als etwas Besonderes. Die Pb selbst war unerbittlich in ihren Forderungen nach harten Trainingsmaßnahmen, ob in der Halle oder in der Natur, im Schnee. Sie war erbarmungslos gegen sich selbst, und es machte ihr Spaß, sich vollkommen auszulasten.

- ... ich hatte auch den nötigen Biß, also so ein Durchhaltevermögen, kämpferische Eigenschaften ... ich konnte halt gut kämpfen; und dann war ich stinksauer, wenn was nicht funktioniert hat. Und ich hab geplärrt, wie am Spieß. Ja und ich konnte schlecht verlieren, aber das hab ich mir dann schon selbst angekreidet, wenn das nicht so gepaßt hat.

Doch für ihren Einsatz forderte sie auch die ungeteilte Aufmerksamkeit ihres jeweiligen Trainers. Für die Pb war dies eine Frage von Loyalität und Kampfbereitschaft für ein gemeinsames Ziel, den sportlichen Erfolg. (Am Ende ging es dabei um die Teilnahme bzw. Qualifikation für die Olympischen Spiele in Lillehammer. Es sollte der Höhepunkt ihrer Karriere werden.)

- ... also ich hab sehr schnell gemerkt, daß bei den anderen die Bereitschaft nicht so da war. Da kamen schon mal diese doofen Sprüche, ja komm, laß' uns da mal abkürzen, oder wir machen hier mal nur ein halbe Stunde draus. Und da war ich der absolute *Funk*. Ich mußte das durchziehen, das, was ich mir vorgenommen hatte, das wollte ich dann auch machen. Und dann hab ich zwangsläufig viel alleine trainiert. Das hab ich aber gerne gemacht.
- ... und hab gedacht, das ist nie zuviel, das sind ja alles *Kinkerlitzchen*.

Die Erfüllung ausgearbeiteter Trainingspläne hatte oberste Zielpriorität. Die Pb lechzte förmlich nach solchen Orientierungsschablonen. Sie war bereit, alle Arten von Entbehrungen auf sich zu nehmen, um einen Sieg in einem Wettkampf zu erringen. Sie arbeitete unvergleichlich hart an sich, aber immer unter der Aufsicht und Obhut eines jeweiligen, favorisierten Trainers.

- ... da hab ich meine ersten Trainingspläne bekommen, und das war für mich das Absolute. Ich wollte das machen. Also auch so abgehakt zu haben, was ich gemacht habe: Vorgabe-Realisierung-Fertig. Und dann hinterher zu sehen, was kommt dabei heraus.
- Ich hab die Trainingspläne gebraucht. Aber ich hab viel alleine trainiert.

Ihre Heimtrainer wurden meist auch zu guten Freunden. Die Ebene der sportlichen Zusammenarbeit wurde ergänzt durch eine Beziehungsebene.

- Und auch der neue Trainer, das ist mehr der Freund gewesen. Der hat mich jeden Tag zum Training abgeholt und wieder nach Hause gebracht.
- Er hat gesehen, auf was für einem Niveau ich bin. Und da hab ich bei Wettkämpfen abgeräumt, was man so kriegen kann, klar, und dann ist man natürlich auf dem Trip.

Schon als Kind kämpfte die Pb darum, daß man sie fördert und fordert. Als pubertierende Jugendliche war sie bereit für jegliche Sondermaßnahmen und spezielle Trainingsformen. Sie kannte nur ein Ziel: Sie wollte Leistungen bringen und geachtet werden. Dafür verlangte sie dann aber auch die ungeteilte Aufmerksamkeit ihrer Umwelt. Ihr Ehrgeiz wurde mit Erfolg gekrönt. Es bestand zunächst kein Anlaß, die unerbittlichen Disziplinarmaßnahmen in Frage zu stellen. Im Gegenteil, so langsam tauchten Fragen auf, wie sie ihre Leistungsfähigkeit noch steigern könnte, denn die trainingsphysiologischen Maßnahmen waren oft schon bis zur Erschöpfung ausgereizt.

- Im C-Kader, mit 17/18, da bin ich komplett an diesen Stützpunkttrainer abgegeben worden. Der hat mir einen Trainingsplan gemacht, wo ich wieder diesen Trainingsplan erfüllen wollte. Der hat auch andere trainiert, die waren sogar viel besser, weil sie auch älter waren. Die waren Nationalmannschaft, A-Kader, sind zur Olympiade gefahren; und *mein Ziel* war, da soll keiner neben mir sein. Die müssen weg. Aber das war unbewußt. Ich wollte den nur für mich allein haben. Also, der hätte sogar Kreide unter den Ski machen können, der wäre auch gelaufen, oder Schuhcreme, oder irgendwas. Und das wär' auch gegangen, und ich hätte auch gewonnen. Ich hab das für den Trainer gemacht. Und der hat gelobt und getadelt. Und der hat auch so Sachen aus mir heraus geholt, von denen ich nicht wußte, daß ich sie kann, z.B. ein hartes Intervall-Training. Danach hätte ich mich immer fast erbrechen können. Und ich konnte mich aber auch so ausmergeln bis nichts mehr ging, also wirklich nichts mehr.

Die Denkstrukturen der Pb sind nachvollziehbar. Für sich selbst hatte sie ihre Ziele gesteckt. Im Kernpunkt betrafen sie immer die sportliche Karriere. Alle anderen Ziele und Lebensbereiche wurden ihr untergeordnet. Von diesem zentralen Punkt ausgehend, prüfte sie weitere beeinflussende Faktoren im Blick auf eine mögliche Leistungsverbesserung. Hierzu gehörten Trainer, Trainingsmöglichkeiten, das soziale Umfeld, Ernährung und Material. Die Konsequenzen solcher Überlegungen wurden lange Zeit mit guten Leistungsresultaten belohnt.

- Das war so dieser Dreh- und Angelpunkt für meine Leistungsbereitschaft. Und das hat sich über drei bis vier Jahre bestätigt, diese konsequente Arbeit. Und auch die Konsequenz, nur auf einen zu hören und nicht auf zwanzig Stimmen um einen herum, sich nicht durch so viele Stimmen irritieren zu lassen. Das ist eine ganz tolle Erfahrung. Diesen *einen Weg* und *ein Ziel*, und da geht's lang, und das stimmt. Das hat mich da bestätigt.
- Mit 17 hab ich angefangen, zweimal am Tag zu trainieren. Da hab ich in einer Einheit tausend Sprünge gemacht. Normalerweise macht man so ca. 800. Und dann ist man schon völlig ausgereizt, von der Muskulatur her. Und das hat dieser Stützpunkttrainer mit mir gemacht. Das sind Sachen, die sich an der Weltspitze orientieren. Und die hab ich aber als Jugendliche schon gestemmt, die hab ich gemacht. Und ich bin auch gut geworden, dadurch.

Leistungssport und familiäre Situation. Später dann, als die Pb schon zur Verbandsmannschaft gehörte, folgte sie auch dem Stützpunkttrainer aufs Wort. Zur Verbandsmannschaft zu gehören, bedeutete für die Familie Unterstützung, auch in materieller Hinsicht. Die soziale Situation der Pb ließ den Anreiz, auch finanziell gefördert zu werden, zu einem nicht zu unterschätzenden Motivationsfaktor werden.

- Ja, mein Vater war natürlich sehr stolz auf mich. Die einzige Tochter und ich war nicht problematisch, und ich war sehr leistungsfähig.
- ... wir hatten nun mal nur begrenzte finanzielle Mittel, wir konnten nicht einfach sagen, jetzt machen wir mal. Aber das war eben so ein Ziel, ich *muß* in diese Mannschaft reinkommen, dann werde ich nämlich ausgerüstet. Auch ein materieller Anreiz also.
- ... das ist auch so ein Punkt. Ich hab da erlebt, daß meine Mutter so geheult hat, weil sie kein Kleid kriegen konnte aber wir haben Material gekauft. Der Papa ist mit dem Weihnachtsgeld mit uns Kindern zu einem Großhändler gefahren und hat die passenden Skier ausgesucht. Und die Mama hat *nichts* gekriegt. Da hab ich natürlich mitgeheult, klar. Also das war so ein Ziel zu sagen, ich muß in diese Mannschaft reinkommen, dann werd ich nämlich ausgerüstet.

Das Leben der Familie, der Alltag und dessen Organisation, wurde durch den Skilanglauf geprägt. Damit ergaben sich für die junge Sportlerin Schwierigkeiten in bezug auf die

Sonderstellung innerhalb der Familie. Der stolze Vater erlaubte seiner Tochter Trainingseinheiten, während ihre Geschwister auf dem Feld mithelfen mußten. Die Mutter mußte sogar des öfteren auf verschiedenes verzichten, da dem Skilanglauf immer Vorrang eingeräumt wurde.

- ... mein Vater hat mich auch ganz stark protegiert in meinen Meinungen über Training und war natürlich super-stolz. Der hat das absolut unterstützt, der hat gesagt, geh' lieber zum Training, als daß du Kartoffeln ausmachen hilfst. Da ist meine Mutter fast wahnsinnig geworden. Ich hatte schon eine Sonderstellung in der Familie. Klar hatte ich Gewissensbisse. Da hat meine Mutter einmal zu mir gesagt, du brauchst überhaupt nicht mehr zu helfen. Also so ein Liebesentzug und sie hat mich völlig links liegen gelassen.

Die Sonderbehandlung führte zu einer Zwiespältigkeit der Gefühle der Pb. Einerseits war sie froh, ihren Sport ausüben zu können, andererseits aber sah sie auch, wie ihre Mutter unter der Situation litt und was es für die anderen Familienmitglieder bedeutete.

Weitere leistungsbeeinflussende Faktoren. Neben harten Trainingseinheiten machte sich die Pb Gedanken darüber, welche weiteren Faktoren sich ebenfalls leistungssteigernd auswirken könnten. Hierzu gehörte unter anderem das Ernährungsverhalten. Obwohl es ihr gar nicht so recht zusagte, begann sie mit dem Studium der Ökötrophologie. Sie erwartete sich davon, Informationen darüber zu erhalten, wie sie noch mehr aus sich heraus holen könnte. Zu diesem Zeitpunkt, nach dem Abitur, war Skilanglauf das zentrale Thema ihres Lebens. Die Informationen, die sie sich durch dieses Studium erhoffte, wollte sie wieder in ihren Körper reinvestieren.

- ... und sich dann einfach Gedanken zu machen, wie werde ich leistungsfähiger und welche Möglichkeiten hab ich überhaupt? Was sind denn so die Eckpunkte, was braucht man? Ernährung, Schlaf, Umfeld, keinen Sex – Sex war für mich tabu.
- Diese Ernährungsweise, orientiert an den Skandinaviern, habe ich für mich umgesetzt. Ich habe dann nämlich nicht mehr zu Hause mit den anderen gegessen, sondern ich habe nur noch meinen eigenen Krempel gemacht. Dann bin ich natürlich immer dünner geworden.
- Ich habe nichts mehr zum Schulfrühstück mitgenommen, war morgens um viertel vor sechs aufgestanden und bin nachmittags um drei Uhr nach Hause gekommen.
- Das Gewicht ist mit dem größeren Trainingsumfang abgefallen. Aber ich habe mich jetzt nicht weniger leistungsfähig gefühlt. Und ich habe das ja auch immer bestätigt, weil die Leistung immer besser wurde. Ich hatte zwar Hunger, aber ich war der absolute *King* im Hunger übergehen. Ich dachte, ich will und kann jetzt nichts essen, weil ich mindestens noch zwei Stunden warten muß, bis ich etwas esse.

In dieser Lebensphase war die Pb viel mit dem Kader der Skilangläufer unterwegs. Es mußten Lehrgänge und Wettkämpfe absolviert werden. Nun kam ein weiterer, das Leben erschwerender Faktor hinzu. Es handelt sich um soziale Komponenten, um soziale Zugehörigkeit aber auch um Konkurrenzkämpfe innerhalb der Kadernmannschaft. Diese Konkurrenz wurde nicht nur auf sportlicher Ebene ausgetragen, sondern es ging auch um das Verhältnis zum Trainer, um Attraktivität, insbesondere um Figuraspekte. Die Mädchen und Frauen standen unter ständiger kritischer Beobachtung.

- Mit 16 war ich eigentlich von zu Hause weg, brauchte aber immer wieder dieses private Umfeld. Weil, wenn man mit Frauen zusammen ist, das ist echt Kampf. Entweder man geht seinen Weg und juckt sich nicht an anderen, oder man ist so ein Cliquen-Mensch. Und das war ich nicht. Also, ich war sehr viel alleine und hab so Äußerungen auch sehr schnell angenommen, wenn jetzt ein Trainer gesagt hat, Mensch, wir müssen aufpassen, daß die Mädchen nicht zu dick werden. Das war für mich so ein Satz, der bleibt mir immer in Erinnerung.
- Ich hab es so empfunden, wenn wir unterwegs waren, daß die Mädchen sich beim Essen immer beobachteten.
- ... bei Trainingslehrgängen wurde dann auch verschiedenen Mädchen der Nachtisch gestrichen. Der wurde einfach gestrichen. Aber nicht bei allen. Dann haben natürlich, so in der Gruppe, alle keinen mehr gegessen. Nicht aus Solidarität, nein, sondern ich brauch' keinen Nachtisch. Obwohl man gerne mal ein Eis gegessen hätte. Nein, brauch' ich nicht, weil, da ist ja Zucker drin. Genau das hat man sich dann auch zum Dogma gemacht.

Solange Leistung und Erfolg stimmten, solange gab es für die Pb keinen Grund, ihre Lebenspraktiken und Leistungsverbesserungsstrategien anzuzweifeln. Der Wille zur Leistung spielte dabei eine ganz entscheidende Rolle. Dabei war der Wille zum Training für die Pb unmittelbar mit dem Trainer und dessen Trainingsplänen verknüpft. Allen Intrigen und sozialen Widrigkeiten zum Trotz, sie sei der Liebling des Trainers, war sie entschlossen, für sich und vor allem für ihn in der Loipe zu kämpfen. Auch in Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes spricht Stahr vom Charakteristikum eßgestörter Frauen, daß diese nur wenige, selbstgewählte Beziehungen pflegen (Stahr et al. 1995, S. 80-81). Fällt dieses stabilisierende Element weg, wie in diesem Fallbeispiel der uneingeschränkte Glaube an den Trainer, kann dies leicht zur Ausbildung einer anorektischen Erkrankung beitragen.

- Aber das ging auch alles nur, weil die Leistungsbereitschaft da war. Nur so funktioniert das Ganze. Das geht alles über den Kopf. Dann bin ich halt in so einer Situation gewesen, daß ich mich immer kontrolliert gefühlt hab, beim Essen und auch in der Schule. Natürlich haben

mich meine Freundinnen in der Schule drauf angesprochen, ganz vorsichtig, aber ich war einfach so in meiner Denke drinnen, und da konnte mich keiner von abbringen.

- ... und dann ging das oft so hin und her. Aber da war ich schon relativ dünn. Da hatte ich schon meine 48 kg, und wenn ich eine Wettkampfzeit hinter mir hatte, 46 kg, das gab's schon oft. Wenn ich drei, vier oder fünf Wettkämpfe hintereinander hatte, kurzfristig hintereinander, in einer Woche, dann brauchte ich aber 14 Tage, bis ich wieder auf dem Damm war.
- ... ich war auch ein bißchen naiv dabei, so an der Leine geführt zu werden, das hab ich stark verinnerlicht, wenn einer gesagt hat, das mußt du so machen, dann kriegst du den Erfolg.

Zusammenbruch durch Überforderung und Vertrauensverlust. Die strenge Lebensart der Pb entwickelte sich in einer Weise, die für sie problematisch wurde. Sie fühlte sich nun des öfteren müde, spürte physische Schwächen, stellte eine verringerte Belastbarkeit und reduzierten Anstrengungswillen bei sich fest. Solche Symptome waren ihr bisher fremd gewesen. Doch sie waren aufgrund ihrer Überbelastung vorprogrammiert. Plötzlich funktionierte sie nicht mehr so perfekt, wie sie das sonst von sich gewohnt war. Aus einer Konstanten, ihrem athletischen, talentierten und zu jedem Fleiß bereiten Körper, wurde eine unberechenbare Variable. Die ihr gesamtes Lebenskonzept betreffende Frage war nun: warum?

- ... und dann hab ich zum ersten Mal gemerkt, daß ich entweder falsch trainiert habe, worauf mich auch mein Heimtrainer angesprochen hat. Ich würde es vielen recht machen wollen. Und dann kommt man natürlich etwas in die Bredouille. Also so, daß man sich irgendwie überlegen muß, wie soll das denn weitergehen; man ist ja in einem Verband, ist die meiste Zeit damit unterwegs. Viele Wochen Lehrgänge im Jahr, das war alles super viel gewesen.
- ... und dann kamen halt Abstimmungsprobleme - irgendwie müssen wir das machen, daß du trotzdem die Einheiten einbaust, die sein müssen, und dann machst du das als Grundpensum, was da im Stützpunkt gemacht wird, aber du mußt trotzdem noch intensive Einheiten dazu machen. Irgendwie müssen wir das hinkriegen. Dann mußt du mal ein bißchen mauscheln.

So kam es zu Kontroversen in der Trainingsgestaltung. Mit diesem Konfliktpotential kam die Pb nicht zurecht. Sie wußte nicht mehr, was sie tun und auf wen sie hören sollte. Aber sie war abhängig von ihrer autoritätsbezogenen Grundeinstellung.

- Ich *konnte* aber nicht weniger machen für meine Einheiten, die ich zusätzlich machte, die hab ich nämlich auch noch gemacht. Und ich war völlig verunsichert. Ich wußte gar nicht mehr so richtig, wo ich dran bin. Und meine Leistung stimmte plötzlich nicht mehr.
- Und dann kam auf einmal so ein Punkt, da fühlte ich mich immer irgendwie angemacht. Und ich wußte nicht mehr so genau, was ich glauben sollte. Da war ich verzweifelt. Ich hatte aber

auch niemanden, mit dem ich darüber sprechen konnte. Das war vielleicht das viel Schlimmere.

Die Pb grübelte, Selbstzweifel und Sinnfragen tauchten auf und verunsicherten sie zunehmend. Prinzipien und Prioritäten, die vormals unantastbar gewesen waren, wurden nun in Frage gestellt. Die Pb verlor das Vertrauen in ihre Lebensstrategie, in ihre Leistungsfähigkeit und damit in all das, worauf ihre Identität bisher aufbaute. Es gab nun niemanden mehr, an den sie sich anzulehnen wagte. Alles, worauf sich ihr Leben gestützt hatte, fiel zusammen, und sie fiel mit.

- Und dann paßte eins zum anderen. Ich war nach wie vor dem Trainer gegenüber sehr loyal, hab mich aber trotzdem von den Trainingsplänen auf einmal überfordert gefühlt. Ich wußte nicht mehr, was ist denn jetzt hinten und was vorne. Da kürzt du ein bißchen und da machst du mehr, und das paßte hinten und vorne nicht mehr. Alles sehr konfus. Ich wußte jetzt nicht mehr damit umzugehen.
- ... dann fand noch ein Trainerwechsel in der Mannschaft statt; der nächste, der einem da vorgesetzt wurde, und da mußte man wieder loyal sein. Also ich fühlte mich halt irgendwo so alleine gelassen.

In dieser Lebensphase summierten sich bei der Pb eine Reihe von Ereignissen und Erfahrungen, aus denen letztendlich die Eßverhaltensstörungen dieser Athletin resultierten. Da gab es die neue Studiensituation, veränderte Trainingsbedingungen, Wegfall des Trainers als Ansprechpartner und vor allem das Gefühl, erstmals in ihrem Leben alleine zu sein, alleine Entscheidungen treffen und Verantwortung übernehmen zu müssen. Auch die Entscheidung zum Studium der Ökotrophologie war nicht intrinsisch motiviert. Vielmehr waren es äußere Faktoren (Nähe zum Wohnort, Zweckdienlichkeit für das Training u.a.), die sie dazu veranlaßten. Denn auch Unflexibilität und Widerstand gegen Lebensveränderungen sind klare Indizien für eßgestörte Menschen (Stahr et al. 1995, S. 86). Ängste in bezug auf sportliche Mißerfolge wogen schwerer als berufliche Zukunftsperspektiven.

- Also, so aus einem Umfeld gerissen zu werden, ich hab das nie als meine Entscheidung empfunden, wenn sich eine Veränderung ergeben hat, sondern als aufgesetzte Entscheidung oder als aufgesetzte Veränderung.
- Und da fing eigentlich auch so das an, was ich jetzt als *Eßstörung* bezeichne.
- ... dieses Studium, wo ich dann letztlich mich für was ganz anderes entschieden habe, nämlich für Ernährungswissenschaften, Ökotrophologie, war mehr aus Interesse, weil ich das gut für meinen Sport gebrauchen konnte, in dieser Zeit. Das konnte ich in G. studieren, das war nur eine Stunde von zuhause entfernt. Und ich hasse es heute, was ich da studiert habe. Ich hasse

es, weil ich mich nur noch damit beschäftigt habe. In jedem Wort irgendwelche Kohlenhydrate gewälzt und Eiweiße und wie funktioniert das...

An dieser Stelle kann wieder auf Kategorie 1 des Identitätstheoretischen Ansatzes verwiesen werden (Stahr et al. 1995, S. 78). Hier wird angegeben, daß viele eßverhaltensgestörte Frauen (und auch Männer) keine echten Berufsperspektiven haben. Es mangelt ihnen an positiven Lebensorientierungen. Sportler mit ihrer stark ausgeprägten Leistungsideologie und ihrer engen Verbundenheit mit ihren sportlichen Aktivitäten halten an ihrer Leistungsideologie fest, um nicht ins Schleudern zu geraten. Bei Pb 7 kamen die immer dringlicher werdenden Zweifel an ihren Vertrauenspersonen hinzu. Wie auch im Identitätstheoretischen Ansatz angedeutet, hat auch diese Leistungssportlerin Schwierigkeiten mit ihrer Geschlechtsrolle (Stahr et al. 1995, S. 81/S. 84). Die über ihre aktive Zeit hinaus ausbleibende Menstruation war ein willkommener Effekt der intensiven sportlichen Betätigung, da die mit der Menstruation verbundenen Leistungsbeeinträchtigungen wegfielen. Ihre Identifikation als Frau wurde im Laufe der Jahre verdrängt und verschüttet. Für den sportlichen Erfolg nahm sie diese physische Abnormität gerne in Kauf. Sie sah darin mehr Vor- als Nachteile zur Verwirklichung ihrer Prinzipien.

- Aber das war so eine völlige Gradwanderung, dieses Leistungsprinzip, wo man nicht so dieses Feminine zeigt, das hat man einfach nicht. Und das war ja auch eigentlich ganz praktisch, daß man nicht seine Periode hatte. Es war einfach praktisch. Die hatte ich schon nicht mehr, seit ich 16 war. Und dann nie wieder, bis letztes Jahr Weihnachten.

Begründung der Hypothese 2: Subtile Leistungsverweigerung. Nach vielen Jahren körperlicher Anstrengungen und Entbehrungen verspürte die Pb ein noch wenig bewußtes Bedürfnis, sich vom Leistungssport zurückzuziehen. Doch ihre Psyche wehrte sich gegen solche Gedanken in Form einer Magersuchtserkrankung. Denn die Pb konnte sich nicht offen eingestehen, daß sie keine große Motivation mehr hatte, sich weiterhin körperlich so auszulaugen wie bisher. Genauso wie es eines starken Charakters bedarf, den Leistungssport mit allen Konsequenzen auszuüben, bedarf es einer gefestigten Persönlichkeit, sich von diesem zurückzuziehen. Kinder, die schon früh zum Leistungssport kommen und gefördert werden, bedürfen der Unterstützung und Betreuung von Eltern und Trainern. Über die Konsequenzen einer Entscheidung *für* den Sport könnte genauso so offen miteinander geredet werden wie über eine Entscheidung *gegen* den Sport. Die Pb wuchs in einer ländlichen Gegend auf. Der landwirtschaftliche Betrieb wird vornehmlich von der Mutter versorgt. Der

Vater besitzt eine Schreinerei. Es war selbstverständlich, daß alle Familienmitglieder zu Hause mithalfen.

- ... und wir mußten auch sehr viel zu Hause helfen. Allein so eine Landwirtschaft, die ist einfach viel Arbeit. Und wir Kinder haben schon früh gelernt mitzuhelfen. Das war selbstverständlich, weil sonst hätte das nicht funktioniert.

Die Freizeitbeschäftigungen der Kinder waren selten Gegenstand von Diskussionen oder kritischen Hinterfragungen. Als sich schon früh herausstellte, daß die Tochter ein großes Talent zum Skilanglauf besaß und außerdem die nötige, hochmotivierte Einstellung zu diesem Sport hatte, wurde sie, besonders vom Vater, unterstützt. Die entsprechende Arbeitsmoral und Lebensphilosophie hatte sie von klein auf mitbekommen.

- Ja, mein Vater ist sehr leistungsorientiert. Und der hat auch sehr viel geleistet, in seinem Leben. Aber meine Mutter auch.
- Das wurde nicht wörtlich ausgesprochen. Das ist halt so. Man muß viel leisten. Das war sowieso schon immer so. Aber ich glaube nicht, daß das der Auslöser war. Ich denke ja viel drüber nach, ich könnte es auch nicht an einer bestimmten Situation fest machen ... ich glaube, daß ich – vielleicht auch einfach sehr begeisterungsfähig bin und in dieser Begeisterungsfähigkeit auch leicht zum Exzeß neige.

Ihre Leistungsphilosophie war so stark verankert, daß sie offensichtlich nicht in der Lage war, die Anzeichen körperlicher Schwächen konsequent wahrzunehmen, ebensowenig das sich in subtiler Form aufdrängende Bedürfnis, den Leistungssport zu reduzieren oder gar zu beenden.

Aus der nun gegebenen Distanz zu ihrer eßgestörten Entwicklungsphase meinte die Pb, ihr habe damals die Fähigkeit zur kritischen Reflexion ihrer Situation gefehlt.

- ... also der A. hatte das Talent, und der hat, das bewundere ich, aus relativ wenig Training, also vielleicht ein Drittel von dem, was ich trainiert habe, viel aus sich rausgeholt ...
- Und der A. hat auch einfach schon mal gesagt, ihr könnt mich mal alle, ich geh jetzt da hin und mach das und das. Und das war sehr gut, daß er das gemacht hat, weil, das zu lernen, auch mal *nein* zu sagen, das hab ich verdammt spät. Also das muß ich echt sagen, das lern' ich jetzt gerade. Das ist mir irgendwie abhanden gekommen.

Die Pb gesteht sich ein, daß sie ein Mensch ist, der Anlehnung und Führung von außen benötigt. Aber sie macht es anderen nicht leicht, ihr Vertrauen zu gewinnen. In ihrer Harmoniebedürftigkeit entzog sie sich jeglichem Streitpotential, stellte eigene Bedürfnisse in den Hintergrund oder wurde sich ihrer erst gar nicht bewußt. Hierin beneidete sie ihren Bruder, der strikt für seine Interessen einstand.

- Mein Bruder, der A. war immer so ein kleiner Chaot. Aber der wußte schon, was er wollte. Der wollte sich nur nicht dauernd bevormunden lassen. Und der hat noch lange nicht alles geglaubt, was man ihm sagte. Heute merk' ich, daß ihn das ein ganzes Stück weiter gebracht hat. Ich war auch ein bißchen naiv dabei; also so an der Leine geführt zu werden und alles zu glauben, wenn einer gesagt hat, das mußt du so machen, dann kriegst du den Erfolg.

Die in Kategorie 4 des Identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, S. 86-87) aufgezeigte Schwierigkeit anorektischer Frauen im Umgang mit Konflikten trifft auch in diesem Fallbeispiel zu. Der Körper, insbesondere der zu sportlichen Spitzenleistungen eingesetzte, wird zum Instrument der Psyche. Er wird zum "Austragungsort der Auseinandersetzung im Ringen um einen eigenen Lebensentwurf und soziale Zugehörigkeit". Auch im vorliegenden Fall haderte die Pb mit ihrer Lebensweise, mit ihrem ständigen Kampf um Anerkennung und Bewunderung. Auf der einen Seite hatte sie das Verlangen nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe, auf der anderen Seite aber schmeichelte ihr die Besonderheit ihres Könnens und die damit verbundenen Annehmlichkeiten.

- Ja, natürlich hatte ich noch immer diesen Sonderstatus. Und das wollte ich gar nicht mehr. Ich wollte nicht diese Sonderwürste immer machen, sondern ich wollte dazu gehören, zu den anderen. Und mich aber gleichzeitig wieder heraus selektieren, weil ich ja was besonderes bin.
- Und im Studium dann, da hatte ich am Anfang schon nette Leute, aber ich mußte ja auch wiederum trainieren, ich war noch in der Nationalmannschaft. Ja und das war für mich eine ganz schlimme Zeit, weil ich dann auch plötzlich immer wieder so punktuell gemerkt hab, Mensch, es gibt ja noch was anderes. Aber du hast ja dein Ding. Du weißt ja schon, was du machen willst. Sport und Studium fertig machen.

Die Konfrontation mit anderen Lebenseinstellungen und die daraus resultierenden Irritationen. Auf gemeinsamen Fahrten mit der Uni-Mannschaft tauchten bei der Pb immer wieder Zweifel an der Richtigkeit ihres rigorosen Bekenntnisses zum Leistungssport auf. Auf der Suche nach ihrem Ich, das mehr forderte, als nur die Auslebung einer unbändigen Bewegungsenergie, wurde sich die Pb auch ihrer Geschlechtsrolle, ihrer Weiblichkeit bewußter.

- Und auf den Universaden hab ich auch mal so die andere Seite kennengelernt. Da waren auch sehr gute Leute, aber auch genauso normale, die einen so zurückholen. Weil die halt auch einen Intellekt haben. Es gab Gespräche, die in die Tiefe gehen, das saugt man auf, wie so einen Schwamm. Ich hab diese Zeit sehr genossen. Da hab ich z.B. auch zum ersten Mal wieder festgestellt, du bist ja echt Frau. Du bist eine Frau, und da gibt es Leute, die dich

mögen, und die dich nicht nur irgendwie als eine Trainingsmaschine mögen, sondern du bist wirklich eine Frau.

Trotz aller Bedenken hielt die Pb jedoch an ihren gewohnten Verhaltensstrukturen fest. Sie war nicht flexibel genug, sich auf Neues einzulassen. Sie tat das, womit sie sich am besten auskannte: unbedingtes Leistungsverhalten. Mit Veränderungen, ihre Lebenssituation betreffend, hatte sie große Schwierigkeiten.

- Da kommt dann der Alltag, und du denkst, das müßte so sein, wie sonst auch; und du hast so viel automatisiert in deinen Verhaltensweisen, daß du dich plötzlich nicht mehr umstellen kannst. Also nicht so einfach. Und dann fing das bei mir an, daß ich mich dann auch erbrochen hab. Und das, was ich gegessen habe, da wußte ich nicht mehr, ist das jetzt richtig oder falsch?
- Und ich hab mich dann vor mir selbst geekelt. Und das war natürlich eine sehr kritische Sache. Aber das hat nie jemand gemerkt, bis zu dem Zeitpunkt, wo wir mit der Mannschaft unterwegs waren ... da fuhr ich jetzt zweigleisig, und das haben auch wohl die anderen Sportlerinnen gemerkt. Das Spucken war auch nur ab und zu, nicht regelmäßig, das war immer so aus Frust heraus, aber ich kriegte schon öfters Frust. Weil die Frauen waren mir vom Intellekt her irgendwie zu banal, zu einfach gestrickt. Ich hab manchmal gedacht, du bist für die eine Nummer zu intelligent. Auf der anderen Seite aber war ich auch nicht clever genug, um so was durchzuziehen, mit dem Sport endlich aufzuhören (die Pb meint hier die Beendigung ihrer sportlichen Laufbahn).

Im Nachhinein wäre das wahrscheinlich die beste Lösung gewesen, wie sie selbst meint. Und damit wird die Kernaussage der zweiten Hypothese bestätigt: Eigentlich wollte die Pb ihre Karriere als Leistungssportlerin beenden. Sie hatte von neuen Lebensweisen und Einstellungen erfahren und war physisch und psychisch nicht mehr bereit, für den Skilanglauf auf Lebensalternativen zu verzichten. Sie verspürte eine gewisse Müdigkeit in sich und konnte sich auch vom Kopf her nicht mehr so quälen, weder im Training noch bei Wettkämpfen.

- Es kam vor, daß ich mich da mitten auf den Boden geschmissen - und geheult hab. Geheult hab, *Rotz und Wasser*. Ich kann nicht mehr, ich weiß nicht mehr, wie und ...
- Das mit den Entbehrungen habe ich in der Zeit so empfunden, daß ich manchmal mich selber schonen wollte. Ich war nicht mehr bereit mich so zu schinden, in der Form. Und ich hab mich auch wiederum davor erschreckt. Und mich hinterfragt und mich selbst gefragt, ja, das muß doch drin sein. Ich war nicht mehr in der Lage die 3000 oder 3600 Schrittsprünge zu machen. Das konnte ich nicht mehr. Das war nur eine Sache vom Kopf.

- Und es ging auch nicht mehr so ohne weiteres dreieinhalb Stunden zu laufen. Nein, ich mußte manchmal nach 02:45h, mußte ich *in den Sack hauen*. Weil es nicht mehr ging. Ja also der Kopf war maßgeblich.

Nachdem die Magersucht bei der Pb zu einem akuten Leistungsabfall geführt hatte, genehmigte der Verband ihr einen sogenannten Krankenstatus. Im Gegenzug dafür mußte sie sich mit einer Therapie einverstanden erklären. Voraussichtlich nach einem Jahr sollte sie dann wieder in die Nationalmannschaft zurückkehren können, insofern sie genesen wäre. In diesem Jahr kam es jedoch zu einschneidenden politischen Veränderungen. Die ehemalige Deutsche Demokratische Republik (DDR) wurde nach 41 Jahren aufgelöst, und es kam zur deutsch-deutschen Vereinigung. Dies betraf die Sportler beider Seiten und führte u.a. zur Konsequenz, daß plötzlich nicht mehr genug Plätze und Fördermittel für alle zur Verfügung standen. Aus diesem Dilemma entwickelte sich für die Pb eine persönliche Katastrophe. Es ging um die Nominierung und den Ausblick auf die kommenden Olympischen Spiele. Man nahm die Leistungen der Wettkämpfe des zurückliegenden Jahres als Auswahlkriterium zur Mannschaftszusammenstellung. Und da sie aufgrund ihres Krankheitsstatus' keine Wettkämpfe absolviert hatte und dementsprechend keine Erfolge vorweisen konnte, wurde sie aus dem Nationalkader ausgeschlossen.

- ... das hätte ja so einfach sein können, das wäre nämlich die Lösung da gewesen. Ich war also raus aus der Mannschaft, und ich hätte ja sagen können, also wirklich, sagen können, o.k., das war's dann. Heute würde ich das so sehen, daß ich schon für mich den Weg in *immer dünner werden und nicht mehr leistungsfähig sein*, gesehen habe. Nicht bewußt, sondern unbewußt. Ich wollte im Prinzip aussteigen, ich hab nicht die Traute gehabt, das anzusprechen. Ich hab vor mir selber Marotten gehabt.
- Tja, und als ich dann praktisch so aus der Mannschaft raus war, da brach' für mich eine echte Welt zusammen. Da hab ich auch überlegt, was machst du jetzt. Also entweder, jetzt erst recht, oder ..., aber da hatte ich eigentlich keinen Berater, um hinterher zu sagen, ach, wißt ihr, ich hab's doch gar nicht nötig. Nein, ich hab mich wieder dafür entschieden, Ich hab gesagt, jetzt erst recht. Das hängt aber auch mit meinem Heimtrainer zusammen. Der Kontakt bestand ja weiterhin.

Mit diesen Aussagen wird die zweite Hypothese untermauert. Die äußeren politischen Umstände boten eine gute Gelegenheit, mit dem Leistungssport aufzuhören. Die vielen Widrigkeiten hätten es der Pb leicht gemacht, ihre sportliche Karriere zu beenden. Doch selbst in dieser schwierigen Situation entschied sie sich weiterhin *für* den Sport, *für* die Arbeit am Körper, mit dem großen Ziel der Olympia-Qualifikation. Vor allem auch wollte sie beweisen, daß sie noch immer sehr leistungsfähig ist und man sie nicht einfach ignorieren und

abschreiben durfte. Sie hatte nie gelernt, sich in anderen Lebenssituationen, außer in Loipen, zurecht zu finden. Bildlich gesprochen konnte sie sich sicher nur in den zwei schmalen, vorgegebenen Loipen-Bahnen bewegen. Dies gab ihr Sicherheit und eine eigene, wenn auch sehr begrenzte Identität.

Ein Beweis dafür, daß es sich bei der Entscheidung, auch außerhalb des Nationalkaders mit dem Leistungssport weiter zu machen, um bei Olympia in Lillehammer dabei sein zu können, um eine Fehlentscheidung gehandelt hat, kann wiederum mit Interviewaussagen unterlegt werden.

- Und dann haben wir von da an wieder sehr gut zusammen gearbeitet (der Heimtrainer). Ich hab zwei Jahre gebraucht und war wieder genau da, wo ich vorher war. Plötzlich war ich wieder am Kader dran. Jedenfalls war ich dann wieder kurz davor auf dem Sprung in die Nationalmannschaft; aber eigentlich wollten die mich gar nicht mehr, weil ich ja so problembehaftet bin.
- Kurz vor der Olympiade, was eigentlich so ein Ziel war, da wog ich so 50 kg. Das war so wichtig, wo ich gesagt hab. Mensch, U. wenn ich mit dir das mache, dann ... das waren also schon Riesen-Entbehrungen auch, auch einfach vom Zeitaufwand. Und dann hatte ich schon so ein Ziel zu den Olympischen Spielen zu kommen. Aber kurz bevor ich da war, das war vielleicht auch unterschwellig, hatte ich wieder nur noch 46/47 Kilo. Und es ist dann letztlich nicht zustande gekommen, - es fuhr nämlich überhaupt keine deutsche Frau.

Die Entscheidung gegen den Leistungssport. Nach einem gemeinsamen Urlaub in Norwegen mit ihrem Freund und Lebenspartner, in dem sie versuchten, sich über eine gemeinsame Zukunft klar zu werden, gab die Pb zum ersten Mal in ihrem Leben offen zu, daß nun nicht der Sport, sondern die Beziehung zu einem anderen Menschen ihr das Wichtigste in ihrem Leben bedeutet. Ganz langsam wurde sie sich ihrer Gefühle und Gedanken bewußt. Nun erst war es ihr auch möglich, diese zu artikulieren.

- Und da ist mir auch zum ersten Mal bewußt geworden, daß der mir so wichtig ist. Und daß er mir eigentlich auch schon immer so wichtig war.
- Vier Jahre später versteh' ich erstmal, was ich eigentlich will und was ich nicht will. Dauerte ganz schön lange. Aber da fehlt ein ganz schönes Stück in der Entwicklung.
- Auch so, im gemeinsamen miteinander umgehen, verstehen, akzeptieren. Was für mich ganz viel bedeutet, weil ich hab nie gemerkt, daß mich jemand so versteht und so akzeptiert. ... daß ich trotzdem eine Persönlichkeit entfalten kann. ... und auch so eine Vorstellung durchsetzen kann und sagen kann, ich will das jetzt machen, weil ich das machen will. Nicht, weil ich das machen muß. Und hab dadurch ganz viel gelernt.

Nun hat sie es nicht mehr nötig, sich an ihrer Konstanten, dem Leistungssport, festzuhalten. Eine athletische Figur und körperliche Fitneß braucht sie immer weniger. Sie entwickelt zunehmend ein gesundes Selbstvertrauen im Umgang mit sich und anderen. Dafür spricht auch das bis heute sehr erfolgreiche berufliche Konzept, mit dem sich das junge Paar selbständig machte.

Der entscheidende Punkt aber für die Beziehung zu ihrem späteren Ehemann, trotz dieser Anfangsschwierigkeiten, waren gegenseitige Vertrauensinvestitionen, unabhängig von ihren sportlichen Leistungen.

- Weil der mich ernst genommen hat, einfach schlicht und ergreifend ernst genommen und also mir auch treu geblieben ist. Also jetzt nicht in sexueller Hinsicht, sondern so als Person. Mir als Person treu geblieben, genau. Und einfach auch viel wissen wollte. Und interessiert war an der Person und nicht an irgendwelchen Leistungen. Sondern *nur* an der Person.
- Hinzu kam, daß er sich bei uns, also im privaten Umfeld, zu Hause sehr wohl gefühlt hat. Also der fand das ganz toll. Weil da ist auch nicht immer alles Zuckerschlecken, wenn man mit vielen Leuten unter einem Dach wohnt.

Dieses Vertrauen, in sich und in einen anderen Menschen, verhilft ihr zu einem *Zu-hause-Gefühl*, ganz gleich, wo sie sich letztlich aufhält und obwohl beide beruflich sehr viel unterwegs sind. Heute kann die Pb für sich folgendes Lebenskonzept formulieren:

- Heute ist es so, daß ich - genug *Zeit* brauche, - das ist ein absolutes Leitmotiv, in dem ich mich wohl fühle, wo ich auch eine Rückzugsmöglichkeit habe, um in dem Bereich, wo ich mich engagiere, also sprich Beruf oder sei es auch irgendwas anderes, wo ich eine Möglichkeit habe, gedanklich auf den Nullpunkt zu fahren und Dingen nachzugehen, die mir richtig Spaß machen. Also dieses *Zu-hause* Gefühl. ... ja, bestimmt auch hab ich mich durch den Sport zurückziehen können und bin Konflikten aus dem Weg gegangen.

Der Entschluß, am Ende ihrer sportlichen Laufbahn mit innerer Überzeugung zum Leistungssport *nein* zu sagen, ihrem bedingungslosen Leistungswillen (Hypothese 1) nicht mehr zu folgen, und die dadurch bedingte positive persönliche Entwicklung sind ein Beleg für die Hypothese 2. Sie besagt, daß die lange Zeit gegebene Unfähigkeit, trotz innerer Konflikte *nein* zum Leistungssport sagen zu können, wesentlich zu ihrer Erkrankung beitrug.

7.7.3 Zur Auswertung des Selbstkonzept-Fragebogens der Pb 7

Skala	Summen- score	Selbstkonzept			
		negativ	neutral	positiv	
FSAL (Leistungsfähigkeit)	51	10	30	40	60
FSAP (Problembewältigung)	49	10	30	40	60
FSVE (Verhaltens- und Entscheidungssicherheit)	29	6	18	24	36
FSSW (Selbstwertschätzung)	51	10	30	40	60
FSEG (Empfindlichkeit und Gestimmtheit)	27	6	18	24	36
FSST (Standfestigkeit)	63	12	36	48	72
FSKU (Soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit)	30	6	18	24	36
FSWA (Wertschätzung durch andere)	29	6	18	24	36
FSIA (Irritierbarkeit durch andere)	26	6	18	24	36
FSGA (Gefühle und Beziehungen zu anderen)	31	6	18	24	36

Abb. 9: FSKN-Profil von Pb 7

In diesem Fallbeispiel muß folgendes angemerkt werden: Die Beantwortung des Selbstkonzept-Fragebogens erfolgte zu einem relativ späten Zeitpunkt der Untersuchung. Die Pb war gerade dabei, zusammen mit ihrem Ehemann einen Umzug in die USA zu organisieren. Die gemeinsam gegründete Firma wurde immer erfolgreicher und nun expandierten sie ins Ausland. Dementsprechend positiv gestaltet sich das Persönlichkeitsbild der Pb. Das Interview aber gibt in vielen Punkten ein differenzierteres Bild der ehemaligen Hochleistungssportlerin wider. Insofern muß angenommen werden, daß sich die Pb in ihrer Persönlichkeit weiter entwickelt hat. Die Ursachen der Eßstörungserkrankung müssen im Zusammenhang mit ihrer vergangenen Leistungssportkarriere gesehen werden.

Im Falle von Pb 7 ergibt sich ein harmonischen Gesamtbild der Selbsteinschätzung. Alle Skalenteile liegen oberhalb der Normbereiche. Sie war vor allem leistungsorientiert, was auch in Hypothese 1 diskutiert und erläutert wird. Der Summenscore für allgemeine

Leistungsfähigkeit (FSAL) liegt bei 51. Allerdings kommt in bezug auf ihre sportliche Vergangenheit das Problem der Autoritätshörigkeit hinzu. Damals hatte die Pb noch große Schwierigkeiten, Eigenverantwortung zu übernehmen. Sie benötigte klare Vorgaben für ihr Training. Wie auch im Fallbeispiel der Pb 5 führte diese Leistungsbesessenheit zur Unfähigkeit für Passivität. Auch Pb 7 war außerstande sich auszuruhen, Müdigkeit zuzulassen. Je höher der Anspruch an die eigene Leistungsfähigkeit, je größer das perfektionistische Denkschema, desto eher kommt es zur Entwicklung einer Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität, zwischen Erwartungshaltung und Anspruchsdenken und der Verneinung bzw., der Verweigerung dieser Strebfaktoren.

Der relativ hohe Summenscore für die Skala Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA; 31) sollte noch erwähnt werden. Wie auch in anderen Fallbeispielen spielen auch hier Beziehungen zu Menschen ihres Vertrauens eine bedeutende Rolle. Dieses Bedürfnis nach Liebe und Harmonie gab den Pbn Kraft, sich ihren Lebens-Problemen, ihren Eßstörungen zu stellen.

8 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einzelfälle

Im folgenden Kapitel werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einzelfallanalysen der sieben Pbn herausgearbeitet. Als Grundlage dienen die Interview-Interpretationen und die Ergebnisse zu den FSKN-Selbstkonzeptskalen nach Deusinger sowie abschließend der Bezug zum identitätstheoretischen Ansatz. Es soll vor allem geprüft werden, ob sich zentrale Ursachen der Eßstörungen der Pbn auf der Grundlage der erarbeiteten Hypothesen herauskristallisieren. Dabei wird auch eine quantitative Auswertung herangezogen, d.h., es wird geprüft, bei welchen Pbn die gleichen bzw. sehr ähnliche Faktoren als Auslöser für ihre Anorexie anzusehen sind. Obwohl sich die Erklärungsansätze auf sieben Kernaspekte konzentrieren, scheint es trotzdem notwendig zu sein, auf die jeweils sehr individuellen Ausprägungen und Erscheinungsformen anorektischen Verhaltens hinzuweisen.

8.1 Gemeinsamkeiten

Der erste Teil dieses Kapitels enthält eine nochmalige, kurze Vorstellung der einzelnen Hypothesen, die bereits in Kapitel 7 formuliert wurden. Dieser Teil wird durch eine Tabelle anschaulich dargestellt. Es folgt eine zweite Tabelle, in der die sich ergebenden sieben Erklärungsansätze in ihrer Häufigkeit des Auftretens bei den Pbn vermerkt werden. Hieraus läßt sich auf die Bedeutung des jeweiligen Ansatzes schließen. Auch Unterschiede oder kleinere Differenzen konnten näher betrachtet und verarbeitet werden. Im weiteren Verlauf des Kapitels werden diese Ergebnisse kommentiert.

Kurzform der Hypothesen zur Erklärung der Eßstörungen der Pbn 1-7

Hypothese 1: Aufmerksamkeit auf sich lenken. Diese Hypothese besagt, daß die Suche nach Aufmerksamkeit, Anerkennung und Beachtung ein Grund dafür war, warum es bei einigen Pbn zu einer Eßstörung gekommen ist.

Hypothese 2: Ambivalenz zwischen Anpassung und Emanzipation. Hier handelt es sich um die Problematik des Zwiespalts zwischen der Anpassung an traditionelle Wertesysteme und dem Emanzipationsbestreben, eigene Vorstellungen zu verwirklichen. Die Diskrepanz gesellschaftlicher Rollenvorstellungen trug ebenfalls dazu bei, daß es zu Eßstörungen kam.

Hypothese 3: Streben nach Perfektion und Leistung. Diese Hypothese stellt die hohen Leistungsansprüche, insbesondere hohe sportliche Leistungsanforderungen, als zentrales Motiv für die Ausbildung einer Eßverhaltensstörung in der Vordergrund.

Hypothese 4: Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Im Fokus dieser Hypothese werden Störungen im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen der Entwicklung von Eßstörungen zugrunde gelegt.

Hypothese 5: Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität. Einige Pbn schwankten zwischen dem Wunsch nach permanenter Bewegung einerseits und der Sehnsucht nach *sich ausruhen wollen*, nach Passivität andererseits. Verschiedene Angstbarrieren hinderten sie daran, diesem Bedürfnis nach Passivität nachzugeben.

Hypothese 6: Identitätsproblematik – Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen. In dieser Hypothese wird die Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen (die Frau in ihrer Geschlechtsrolle und als Athletin) thematisiert, insbesondere der Zwiespalt zwischen der Erfüllung der Anforderungen im Sport und denen gesellschaftlicher Verpflichtungen.

Hypothese 7. Hier geht es um den Aspekt einer extremen *Realitätsflucht* als eine Ursache von Eß- und Bewegungsstörungen.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über das Auftreten der genannten Hypothesen bei den Pbn 1 bis 7.

Tab. 1: Auftreten der Hypothesen 1 bis 7 bei den sieben Pbn

Pbn	Hypothesen						
	1	2	3	4	5	6	7
1	Aufmerksamkeit auf sich lenken	Ambivalenz zwischen Anpassung und Emanzipation					
2	Bedürfnis nach sozialer Anerkennung			Beziehungsschwierigkeiten (Partner)		Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen	
3			Leistungsmotiv, Streben nach Perfektion	Beziehungsschwierigkeiten; Trennungsängste (vertraute Personen)		Identitätsprobleme	
4	Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und Bewunderung	Ambivalenz zwischen Eigenverantwortung und Betreuung	Leistungsmotiv				
5			Leistungsmotiv; Perfektionismus			Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität	
6	Bedürfnis nach sozialer Anerkennung		Leistungsmotiv				Realitätsflucht
7			Leistungsmotiv			nicht Nein-Sagen können; Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität	

Tab. 2: Häufigkeit der Hypothesen bei den untersuchten Pbn

Hypothesen	Pb 1	Pb 2	Pb 3	Pb 4	Pb 5	Pb 6	Pb 7
1 Aufmerksamkeit auf sich lenken	X	X		X		X	
2 Ambivalenz zwischen Anpassung und Emanzipation	X			X			
3 Streben nach Perfektion, Leistungsmotiv			X	X	X	X	X
4 Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen		X	X				
5 Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität					X		X
6 Identitätsproblematik/ Ambivalenz verschiedener Rollenerwartungen		X	X				
7 Realitätsflucht						X	

Erläuterungen zur Tabelle 2. Die am häufigsten zutreffende Hypothese für die Entwicklung einer Eßstörungserkrankung bei den sieben Pbn ist die Hypothese 3, d.h., das Leistungsmotiv steht im Vordergrund. Ein besonders ausgeprägtes Leistungsmotiv ist bei fünf Pbn als einer der zentralen Gründe für die Entwicklung ihrer Eßstörung anzusehen, d.h. auch, die sportliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, war eines der Hauptmotive, welches die Ausdauersport treibenden Frauen antrieb und zu Eßstörungen führte (Pb 3,4,5,6,7).

Der Wunsch nach Aufmerksamkeit, Anerkennung und Bewunderung steht mit viermaligem Auftreten an zweiter Stelle (Pb 1,2,4,6).

Je zweimal konnten die Hypothesen 2 (Pb 1,4), 4 (Pb 2,3), 5 (Pb 5,7), und 6 (Pb 2, 3) als Faktoren für eine Eßverhaltensstörung bestätigt werden.

Die in Hypothese 7 beschriebene Realitätsflucht, die mit der Ausbildung einer Eßstörung in Zusammenhang zu bringen ist, steht bei einer Pbn (Pbn 6) im Vordergrund.

Im Prinzip sind die Hypothesen 1 bis 7 und die entsprechenden Erklärungsansätze miteinander verzahnt und sollten deshalb nicht isoliert voneinander gesehen und beurteilt werden. Denn eine Anpassung an vorhandene Wertmaßstäbe beinhaltet z.B. auch den Wunsch nach Anerkennung.

Die sieben zentralen Hypothesen und Erklärungsansätze

Streben nach Perfektion und Leistung. Der hohe Stellenwert des Leistungsgedankens ist allen hier untersuchten sieben Pbn gemein. Sie haben einen hohen Anspruch an die eigene Leistungsfähigkeit, eine große Leistungsbereitschaft, den Hang zum Perfektionismus bezogen auf ihre Handlungen, ihre Lebensführung und ihre Beziehungen zu anderen Menschen. Insbesondere kommt den sportlichen Leistungen, dem Streben nach sportlichen Erfolgen, eine sehr große Bedeutung zu. In den jeweiligen Sportarten hervorragend zu sein, gehörte bei allen Pbn zum obersten Ziel. Mit der Erfüllung dieses Ziels konnten gleichzeitig auch andere Wünsche befriedigt werden, wie z.B. der Wunsch nach Anerkennung, Beachtung und Bewunderung durch andere. Erstrebenswert war auch, eine herausragende Stellung in der Gesellschaft einzunehmen oder durch erbrachte Leistungen selbstbewußter zu werden und sich mit diesen identifizieren zu können. Mit ihrem athletischen, androgynen Körperbau demonstrierten diese Frauen ihre Fähigkeit, zielstrebig, diszipliniert und unbeirrbar auf Ziele hin zu arbeiten.

Ambivalenz zwischen Anpassung und Emanzipation. Bei einigen Pbn erkennt man im Vordergrund ihrer Bemühungen den Kampf zwischen der Ausrichtung an traditionellen Wertmaßstäben und Emanzipationsbestrebungen. Auf der einen Seite können sie erwarten, daß man ihnen Respekt und Achtung entgegenbringt, wenn sie erfolgreich sind, andererseits aber ist ihnen dieser Zusammenhang zu einfach. Sie möchten nicht nur aufgrund ihrer Leistungen geachtet und geliebt werden, sondern auch aufgrund ihrer Persönlichkeit. Wenn sie tun, was allgemein als wünschenswert bezeichnet wird, wird ihnen Anerkennung zuteil, man schenkt ihnen soziale Aufmerksamkeit; aber eigentlich möchten Magersüchtige aus diesem Wertesystem ausbrechen und in Eigenverantwortung persönliche Wertmaßstäbe setzen. Andererseits haben sie gerade vor dieser Eigenverantwortlichkeit Angst.

Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Im Falle von zwei Pbn (Pbn 2 u. 4) stehen Beziehungsprobleme im Vordergrund eines Verarbeitungsprozesses, der mit Hilfe von

Eßstörungen unterstützt werden sollte. Besonders im Fallbeispiel 2 war das anorektische Verhalten auch ein Ausdruck dafür, daß die Pb mit ihren Rollen als Ehefrau, Mutter und Leistungssportlerin nicht mehr zurecht kam. Sie flüchtete sich in einen immer dünner werdenden Körper, in der Hoffnung, daß man, insbesondere ihr Ehemann, ihre Unzufriedenheit bemerken würde. Denn sie war unfähig, offen über ihre Probleme zu reden. Auch Pb 3 schaffte sich durch ihre Magersucht und ein immer umfangreicher werdendes Trainingspensum ein Ventil für ihren unglücklichen Gemütszustand. Auch sie war außerstande, ihre Situation objektiv und mit einer kritischen Distanz zu beurteilen und dementsprechend zu handeln. Es mußte erst zum "Eklat" einer Eßstörungserkrankung kommen, damit sie ihre Unzufriedenheit analysierte und selbstbestimmt handelte.

Bei der Betrachtung der Lebensläufe und der Lebensphilosophien der anorektischen Sportlerinnen läßt sich feststellen, daß alle sehr harmoniebedürftig sind. Dabei ordnen sie sich oftmals anderen unter, sind opportun, weil sie nicht streiten können oder wollen. Interaktionistische Auseinandersetzungen können nur schwer ausgelebt werden, da die Pbn Angst haben, alleine gelassen oder nicht mehr geliebt zu werden. Ein Grund hierfür könnte ein Vertrauensdefizit gegenüber ihren Mitmenschen sein. Beachtung durch andere, ob im Mittelpunkt einer Clique (Pb 4), durch den Partner oder durch Freunde, war ihnen sehr wichtig. Die jungen Athletinnen zweifelten allerdings daran, daß sie dies auch ohne erbrachte sportliche Leistungen erreichen könnten.

Ambivalenz zwischen Aktivität und Passivität. Die Hypothese 5 thematisiert einen wichtigen Aspekt im Zusammenhang mit der Problematik Sport und Eßstörungen. Wer Leistungssport betreibt weiß, daß auch die Regeneration ein wichtiger Teil des Trainings ist. Magersüchtige Sportlerinnen allerdings haben mit der Regeneration ein großes Problem. Sie können nicht ausruhen, haben Angst vor einer Gewichtszunahme, wenn sie weniger trainieren. Trotzdem möchten sie gut sein, ja immer besser werden. Dies ist aus trainingsphysiologischer Sicht nicht miteinander vereinbar. Die Folge sind Überlastungs- und Übermüdigungserscheinungen, sowohl auf körperlicher als auch auf mentaler Ebene. Diese ambivalenten Gedanken hoher Selbstansprüche einerseits und das Bedürfnis sich auszuruhen andererseits tauchen besonders bei Pb 5 und Pb 7 auf. Diese beiden Athletinnen sind außerdem sehr auf ihre sportliche Leistungen fixiert. Ihre Lebensbedingungen werden auf dieses Ziel ausgerichtet. Dementsprechend große Schwierigkeiten haben sie mit dem Ausruhen, mit einer für Körper und Geist notwendigen Passivität. In diesem Zusammenhang kann ihr magersüchtiges Verhalten auch als Aktion einer nonverbalen Leistungsverweigerung gedeutet werden.

Identitätsproblematik. Bei der Hypothese 6 zur Eßstörungsproblematik geht es im Kernpunkt um die Suche nach der eigenen Persönlichkeit. Im Falle von Pb 2 steht diese Identitätsproblematik auch in Verbindung mit ihren verschiedenen Rollenkonfrontationen (Leistungssportlerin, Ehefrau, Mutter u.a.). Auch Pb 3 kann sich nicht entscheiden, welche Sozialisation für sie die beste ist. Will sie weiterhin die Vorzeigefrau eines beruflich erfolgreichen Arztes sein oder möchte sie eher als Sozialpädagogin arbeiten, ihren Sport ausüben und auf vielerlei luxuriöse Annehmlichkeiten verzichten. Erfolgreich in ihren zgedachten Rollen zu fungieren, war besonders in diesen beiden Fällen ein zentraler Grund für den Krankheitsverlauf. Der Erfolg im Sport erfüllte zweierlei Funktionen: Zum Einen gab er ihnen Sicherheit und ein gewisses Maß an Selbstbewußtsein; zum Anderen diente er als Ventil, eigene Wünsche und Bedürfnisse auszuleben oder auch zu kompensieren.

Realitätsflucht. Im Fallbeispiel 6 war das anorektische Verhalten der Pb auch eine Flucht vor der Realität, vor Erwartungen und Ansprüche, die aber vor allem sie selbst an sich stellte. Dieses Weglaufen vor Problemen, anstatt sich mit ihnen auseinander zu setzen, wird insbesondere durch die zeitweilige Abkapselung der Pb in die eigenen vier Wände deutlich. Sie schließt sich selbst ein, wagt sich nicht mehr nach draußen und vermeidet jegliche Konfrontation mit der Außenwelt.

Weitere gemeinsame Aspekte

Geschlechtsrolle. Ein zentraler Punkt in der Diskussion um die Eßstörungsproblematik im Sport soll an dieser Stelle noch kurz angesprochen werden. Bei keiner der sieben Pbn war ihre Geschlechtsrolle die Ursache für die Anorexie. Zwar äußerte sich Pb 6, sie wäre lieber als Junge geboren, aber eigentlich nur deshalb, weil sie dann mehr normative Freiheiten wahrnehmen könnte. Alle sieben Pbn aber können sich mit ihrer Rolle als Frau identifizieren. Im Gegenteil, durch ihr sportliches Training, den Muskelaufbau und die dadurch definierten athletischen Körperstrukturen wollten sie ihre Attraktivität unterstreichen. Pb 6 beschrieb sich z.B. als schön und braungebrannt, mit definierten Beinmuskeln; und auch Pb 3 war es sehr wichtig, daß sie attraktiv und begehrenswert aussah. Attraktivität wird allerdings strikt getrennt von physiologischen Gegebenheiten des weiblichen Körpers. Denn über das Thema Menstruation im Zusammenhang mit Bewegung und Sport sind sich alle befragten Pbn einig. Sie wurde als körperliches Handicap empfunden, und die Frauen waren froh und fanden es äußerst praktisch, daß sie aufgrund des hohen Trainingspensums ausblieb.

Krankheitsverlauf. Bleibt noch zu bemerken, daß in bezug auf das Eß- und Ernährungsverhalten bei allen Pbn das eigene Maß für Menge und Geschmack verloren ging. Nach der Magersuchtphase hatten alle Frauen große Schwierigkeiten, wieder *normal* zu essen. In diesem Zusammenhang kann eine weitere Gemeinsamkeit genannt werden: Bei allen Pbn folgte nach der akuten Magersuchtphase eine Eßphase. Diese manifestierte sich in unterschiedlichen Ausprägungen. Zum Teil kam es zu bulimischen Anfällen, teilweise kam es zu Heißhungerattacken oder zu anderen eßgestörten Verhaltensweisen. Allen gemeinsam aber war der Verlust des Sättigungsgefühls.

Positive Erfahrungswerte. Bei allen negativen Erfahrungen gibt es aber auch über Erfahrungen zu berichten, die von den Pbn positiv bewertet werden. Alle sieben ehemals anorektischen Sportlerinnen sprechen von der Sehnsucht nach individuellen Grenzerfahrungen. Sie sind neugierig, bekunden alle eine Freude an der täglichen Bewegung, vor allem in der freien Natur. Sich selbst zu erfahren, physisch und mental, die persönlichen Grenzen auszutesten, sind Motive für ihr hartes, oftmals unbarmherziges Training. Der eigentlich positive Ursprung dieses Motivs kann aber ins andere Extrem umschlagen, was in dieser Arbeit aufgezeigt werden konnte. Die anorektischen Athletinnen waren bereit, bis zur völligen Erschöpfung, bis an den äußersten Rand ihrer Kräfte zu gehen, um ihren Hang zum Extremen auszuleben. Und das nicht nur im Bereich Sport und Ernährung, sondern auch in anderen Lebensbereichen (Schule, Beruf, andere Hobbys, wie Musik oder politisches Engagement). Dies geschah aber meist zeitlich vor der Anorexie, da sich in der akuten Phase die Gedanken hauptsächlich auf das Gewicht, die Waage, das Training und die Vermeidung von zuviel Essen konzentrierten.

Bei allen Pbn ist außerdem der Wunsch, etwas Besonderes sein zu wollen, aus der Masse des Durchschnitts herausragen zu wollen, sehr ausgeprägt.

8.2 Individuelle Unterschiede

Pb 1. Was die Motivation ihrer Eßstörung betrifft, so fällt bei Pb 1 auf, daß sie ihre Nahrungsverweigerung in noch stärkerem Maße dazu benutzte, um auf sich aufmerksam zu machen, als dies auf die anderen Pbn zutrifft. Sie wollte erreichen, daß man sich mehr um sie kümmert und sorgt. Es ging ihr bei ihren Ausdaueraktivitäten weniger um eine Leistungssteigerung, denn um eine zweckgebundene Zielfixierung. Sie wollte dünn sein und beachtet werden. Pb 1 benutzte Lauf- und Stepp-Einheiten zum Kalorienverbrauch und zur

Gewichtskontrolle. Beim Tanzen versuchte sie aufzufallen und anderen zu gefallen. Beim Aikido eiferte sie ihrem Freund nach und verwendete die Trainingseinheiten dazu, sich auszuzeichnen und bis an ihre körperlichen Grenzen zu gelangen. Auch in bezug auf ihre konkreten Zielvorstellungen und deren Verwirklichung unterscheidet sich Pb 1 von den anderen sechs Fallbeispielen. Im Gegensatz zur Unentschlossenheit und zu den Entscheidungsblockaden der Pbn 2-7 scheint Pb 1 entschlossener und extrovertierter. Die Pbn 2-7 verschlossen sich in ihrer Krankheit, sind eher als introvertiert zu bezeichnen und waren unfähig, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und darüber zu reden. Mit ihrer Magersucht, dem immer dünner werdenden Körper, demonstrierten sie auf diese Weise ihre Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit.

Pb 2. Sie hatte große Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem ersten Ehemann. Hinzu kam die Auseinandersetzung mit traditionellen, provinziellen Normen und Denkstrukturen.

Pb 3. Ihr bereitete die Trennung von ihren Freunden, die in gewissem Sinne eine Art Heimat für sie darstellten, große Probleme. Bei ständig wechselnden Wohnorten war es schwierig, tiefer gehende Beziehungen aufzubauen. Damit verbunden waren Trennungsängste, d.h., sie versuchte zu vermeiden, daß ihr Trennungen weh tun könnten. Hier spielt zwischenmenschliches Vertrauen eine große Rolle.

Pb 4. Auch für sie war die Beziehung zu ihrem langjährigen Lebenspartner ein Auslöser für ihre Eßstörung. Daß sie dazu neigte, mit Eßstörungen zu reagieren, hatte sich allerdings schon vorher in einem längeren Urlaub herauskristallisiert. Die Pb war außerdem unglücklich mit ihrer Situation, denn sie fühlte sich gefangen in einem "goldenen Käfig".

Pb 5. Bei ihr war das Leistungsmotiv von besonderer Bedeutung. Diese Athletin war in ihren Überlegungen zur Leistungssteigerung in den jeweils ausgeübten Sportarten sehr zweckorientiert. Sie hungerte und trainierte in gleichem Maße.

Pb 6. Bei dieser Pb kann die Eßstörungserkrankung als Verdrängung ihrer eigentlichen Lebensprobleme gedeutet werden. Sie lief vor sich selbst davon. Sie reagierte spontan, weil sie keine Vorstellungen, keine Klarheit in ihren Gefühlen und Gedanken hatte. Es gab immer nur ein Alles oder Nichts und die Wahl zwischen Extremen. Daran klammerte sie sich krampfhaft fest.

Pb 7. Auch diese Extrem-Leistungssportlerin kam nur durch ihren Sport und ihr strenges Eßverhalten über Unsicherheiten in ihrem Leben hinweg. Sie brauchte die Gewißheit, sich anderen überlassen zu können, damit sie der Verantwortung eigener Entscheidungen enthoben war.

8.3 Bezüge zum identitätstheoretischen Ansatz

Das Leistungsprinzip. In Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes geht es um Leitbilder der heutigen Gesellschaft. Dies wird in Hypothese 3 thematisiert. Im Zuge des Individualisierungsprozesses eröffnen sich neue Handlungsspielräume. Damit sind aber auch neue Verantwortungsbereiche verknüpft. Zu diesem Bild gehört insbesondere das Leistungsprinzip. Sowohl auf beruflicher als auch auf privater Ebene ist Erfolg das, was zählt. Das Leitbild des "vollmobilen, permanent leistungsfähigen Einzelindividuums" (Stahr et al. 1995, S. 77) bestimmt die Lebensstrategien. Allerdings ist diese Leistungsideologie nicht einfach auf die Verhaltensweisen anorektischer Sportlerinnen übertragbar. Denn die Bemühungen um Leistungsverbesserungen durch Training und ernährungstechnische Faktoren dienen bei ihnen als Flucht vor den realen Lebensaufgaben. Durch die Beschäftigung mit dem Körper, durch die demonstrativen Beweise von Disziplin und Stärke in sportlicher Hinsicht wollen die Athletinnen davon ablenken, daß sie mit ihrem Alltag bzw. mit den Problemen in ihrem alltäglichen Leben nicht zurecht kommen.

Der Umgang mit Normen und Werten. Ebenfalls im Zusammenhang mit Kategorie 1 des identitätstheoretischen Ansatzes muß auch die Anpassung an bzw. die Verneinung von traditionellen Normen und Werten genannt werden. Dieser Ansatz entspricht der Hypothese 2 zur Ursachenklärung von Eßstörungen. Hier geht es einerseits um die Loslösung der magerstüchtig gewordenen Sportlerinnen von den herrschenden Wertvorstellungen; andererseits aber liegt ihnen daran, diesen Erwartungen zu entsprechen. Sie versuchen mit allen Mitteln bis an die Grenze ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit zu gelangen und nehmen dadurch große physische und psychische Belastungen auf sich. Zu einer Anorexie kann es dann kommen, wenn dieser Identitätsprozeß, der sich an den genannten Leitbildern zu orientieren versucht, aus der Balance gerät (Stahr et al. 1995, S. 79).

Beziehungsmuster. Beziehungen zu anderen Menschen spielten bei allen Pbn eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung ihrer Eßstörungen. Bei allen gab es Personen, die ihnen

sehr wichtig waren. Und bei allen kam es zu Störungen der Interaktionen mit diesen Personen. Daß Eßstörungen ein Ausdruck einer Identitätskrise sind, die auf tiefen Beziehungsstörungen beruhen, besagt Kategorie 2 des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, S. 80). Verschiedene Problemkonstellationen wie z.B. Vater-Tochter Beziehungen (Pb 1; Pb 5, Pb 7) oder Partnerschaftsprobleme (Pb 2, Pb 4, Pb 6) oder auch Freundschaftsbeziehungen (Pb 3) führten zu der extremen Reaktion einer Eßstörungserkrankung. Eine Verarbeitung ihrer Probleme versuchten die Pbn durch intensive Bewegungsaktivitäten zu erreichen. Auch hier tauchen Parallelen zur übergeordneten Identitätsproblematik auf. Denn das Bedürfnis nach Zweisamkeit, Geborgenheit oder nach sozialer Zugehörigkeit widerspricht Ansprüchen der Emanzipation und Selbstverantwortlichkeit und nicht zuletzt den Ansprüchen an eine starke Persönlichkeit.

Identitätsproblematik. Die in Hypothese 6 erläuterten Schwierigkeiten der untersuchten Pbn, sich eine eigene Identität mit eigenen Wertmaßstäben und selbstbestimmten Motiven aufzubauen, kommen in Kategorie 3 und 4 des identitätstheoretischen Ansatzes (Stahr et al. 1995, 81 ff.) zum Ausdruck. Dabei geht es zum Einen um Rollenvorstellungen (z.B. Geschlechtsrolle, Rolle als Leistungsträgerin im Sport) und zum Anderen um die Erfüllung des Ideals des perfekten Menschen. Dieser kümmert sich sowohl um seine leibliche, als auch um seine geistige *Schönheit*. Denn mit dem idealen Körper werden auch innere Werte verbunden. Daraus resultiert ein positives Image, das für sich selbst spricht. Äußerliche Fitneß zeugt von innerer Stärke. Jedes Individuum kämpft mit ganz persönlichen Methoden im Rahmen dieser Werteideologie. Die sieben Sportlerinnen waren sich diesbezüglich selbst die größten "Feinde". Beinahe hätten sie sich selbst zerstört. Aber sie fanden, jede auf ihre eigene Weise, doch noch einen Weg aus diesem Dilemma. Sie versuchten, ihre Ziele klar zu formulieren, ihre Bedürfnisse zu erkennen und deren Realisierungschancen richtig einzuschätzen. Nicht mehr die vielen Ängste, die ehemals eine starke treibende Kraft bei der Ausübung ihrer sportlichen Aktivitäten und Grundlage ihres Hungerns darstellten, sollten weiterhin der Antrieb für ihr Handeln sein. Vielmehr stand nun der Selbstfindungsprozeß, bei dem die Zufriedenheit mit sich und eigenen Lebensvorstellungen wichtig ist, im Vordergrund.

9 Zusammenfassung, Ausblick und Konsequenzen

Zusammenfassung. Wie aus dem theoretischen Teil der Arbeit zu erkennen ist, lassen sich die vielfältigen Erscheinungsformen von eßgestörtem Verhalten und speziellen krankhaften Folgeverhaltensweisen (z.B. exzessives sportliches Training) nicht auf nur einen ursächlichen Punkt zurückführen. Es handelt sich vielmehr um ein multikomplexes Krankheitsbild. Diese Erkenntnis wird durch die Ergebnisse des empirischen Teils der Arbeit untermauert. Bei den hier untersuchten, mit Hilfe eines problemzentrierten Interviews befragten Pbn wird deutlich, daß es sich um jeweils sehr individuelle Ausprägungen von Anorexie-Erkrankungen handelt. Als Grundlage für das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit einer solchen psychischen Erkrankung diene der biographische Werdegang der Frauen, deren Position und Situation im Leben und der Einfluß verschiedener Ereigniskonstellationen auf ihre Entscheidungen und Lebenswege.

Im Rückblick soll hier noch einmal kurz auf die unterschiedlichen theoretischen Ansätze zur Erklärung von Eßstörungen eingegangen werden (Kapitel 3).

Biologische Erklärungsansätze sind vor allem aus methodischer Sicht als zu oberflächlich zu bewerten. In der jüngeren Forschung aber, insbesondere in der hocheffizienten Biotechnologie seit der vollständigen Aufklärung des menschlichen Genoms, könnten sich neue Wege der Erforschung von Eßstörungserkrankungen ergeben. Hierin liegt ein enormes Forschungspotential zur Aufklärung der Hintergründe von Eßstörungen. Dies gilt ebenfalls für neue Therapieformen.

Die ausgeprägten und vielfältigen *psychologischen Erklärungen* von Eßstörungen bilden ein breites Feld innerhalb der wissenschaftlichen Forschung auf diesem Gebiet. Schon relativ früh waren sich die Mediziner darüber einig, daß die Psyche des Menschen bei der Entwicklung einer Eßverhaltensstörung von hoher Relevanz ist. Die Erforschung der Psyche und die Entschleierung des Krankheitsbildes der Magersucht und anderer Eßstörungen, gingen Hand in Hand. Daß eßverhaltensgestörte Menschen unter vielen Arten von Ängsten leiden, daß sie unter einem starken Leidensdruck stehen, Abwehrmechanismen in selbstzerstörerische Maßnahmen ausarten (Selbstaushungerung, körperliches Training bis zur Erschöpfung, u.U. über die eigenen physischen Grenzen hinausgehend) und Identifikationsprobleme erkennbar sind, darüber ist man sich im Rahmen der psychologischen Erklärungsansätze einig.

Auch die Ergebnisse der empirischen Untersuchung unterstreichen, daß der eigentliche Kampf, den die Krankheit provoziert, intrapersonal stattfindet. Ein eßgestörtes Individuum ist dem eigenen Ich gegenüber der größte Feind und steht sich am meisten selbst im Weg. Die

hier zu Wort kommenden Frauen gehen unbarmherzig und erbarmungslos mit sich, also mit ihrem Körper und ihrer Psyche, um. Sie kämpfen für die Ziele Anerkennung, Aufmerksamkeit, Bewunderung und Liebe. Sie suchen Gemeinschaften, wollen dazu gehören, haben aber gleichzeitig Angst vor anderen Menschen und deren Urteile. Dennoch wollen sie herausragend und etwas Besonderes sein. Die Ambivalenzen von Anspruch und Wirklichkeit erfordern ein eher gefestigtes Persönlichkeitsprofil. Aber Menschen, die ihre Probleme nur in sich selbst austragen und sie über existenzielle Lebensformen zu bewältigen versuchen, dabei mit Essen bzw. Nicht-Essen oder mit Hyperaktivität reagieren, bringen zum Ausdruck, daß sie nicht in der Lage sind, ihre Probleme mit adäquateren Mitteln zu lösen. Ihre Reaktionen zeugen daher von Unsicherheit und Verletzbarkeit.

Wie vielfach erwähnt, spielen Familienverhältnisse und -Strukturen für die Ursachenklärung einer Eßverhaltensstörung eines Familienmitgliedes eine große Rolle. Gleichgültig, ob die Hauptprobleme in interaktionistischen Problembewältigungsmustern liegen oder aber konkrete, personenbezogene oder -abhängige Beziehungsmuster im Vordergrund stehen, das Aufwachsen in einer bestimmten Familie mit ihren spezifischen Mustern des Zusammenlebens trägt zweifelsfrei zur Persönlichkeitsbildung und damit auch zu deren Fehlentwicklungen bei.

Soziale Beziehungen und Rollenzuweisungen sind immanent miteinander verwoben. *Gesellschaftliche und soziokulturelle Rollenverständnisse* tragen ihren Teil dazu bei, daß sich Eßstörungen manifestieren, potenzieren oder auch wieder zurückbilden. Gesellschaftliche Ideale und Wertesysteme fließen in die kognitiven und emotionalen Beziehungs- und Verarbeitungsmuster von Heranwachsenden ein. Dabei werden alle Bereiche menschlichen Denkens und Handelns tangiert. Physische Ideale von Fitneß, Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind heutzutage immer auch verknüpft mit einer schlanken Figur. Außerdem hat im Übergang vom 20. in das 21. Jahrhundert das Ideal der *erfolgreichen Frau* die Vorherrschaft bei der Bestimmung der Geschlechterrolle übernommen. Nicht nur im Beruf, sondern in allen Lebensbereichen sollen Frauen karrierebewußtes Handeln zeigen. Hierzu gehört z.B. auch der Sport, der in hohem Maße leistungsmäßig betrieben werden kann. Und auch als Ehefrau und/oder Mutter entkommt man nicht einer Bewertungszuweisung in *gut* oder *schlecht*. Ein solcher Verantwortungs- und Rechtfertigungsstreß übersteigt nicht selten die Kräfte vieler Mädchen und Frauen, (zunehmend auch die von Männern). Der Erwartungsdruck, sowohl von innen als auch von außen kommend, suchte sich bei den sieben Pbn Ventile und Kontrollmechanismen. Für sie waren es Instanzen eigener

Identitätsmaßstäbe: Leistungsfähigkeit, Disziplin und Strenge im Umgang mit sich selbst, bis hin zum 'Verzichten können' auf Notwendigkeiten.

In diesem Zusammenhang ergaben sich folgende Fragestellungen: Inwiefern spielten Identitätssuche und Identitätskrise in den hier vorliegenden konkreten Fallbeispielen eine Rolle bei der Entwicklung und Ausbildung ihrer Eßstörungen? Wie ist insbesondere die Verbindung mit ihrem hohen sportlichen Leistungsvermögen und den exzessiven Trainingsinvestitionen zu beurteilen? Der identitätstheoretische Ansatz (Stahr et al. 1995) versucht, die bisher beschriebenen theoretischen Ansätze zum Problem *Eßstörungen* zu integrieren. Das Kernproblem scheint in unausgereiften Persönlichkeitsentwicklungen der einzelnen Personen zu liegen. Es handelt sich um einen inneren Konflikt, um einen inneren Streit um Selbstfindung. Für die einzelne Person geht es darum herauszufinden, nach welchen Wertmaßstäben und Bewertungsmaßstäben, Regeln und Normen, Beziehungs- und Umgangsformen sie leben will und ob sie diese Prinzipien auch umzusetzen vermag.

Gemäß dem *identitätstheoretischem Ansatz* haben alle bisher genannten Erklärungsversuche Anteil an der Aufklärung von Eßstörungen. Hierzu zählen gesellschaftliche Normen und Beziehungsmuster, Rollenerwartungen und ganz besonders die Manifestation von Identität an der körperlichen Konstitution und die damit in Verbindung gebrachten und assoziierten Persönlichkeitsattribute.

Das Besondere der hier vorliegenden Arbeit ist die Herausstellung der Rolle des Sports. Der Sport als gesellschaftlich integriertes System ist verbunden mit Idealen wie Leistung, Ehre, Anerkennung, Disziplin und Loyalität. Körperliche Bewegung, physisches Training als Programm für Fitneß und Gesundheit, stehen im Zusammenhang mit einer als gesund postulierten Ernährungsweise. Die hohen Anforderungen von Training und Wettkampf und der Hauch von Abenteuer, der mitschwingt in Anbetracht von extremen Zielerwartungen, sind mitverantwortlich für die Entwicklung extremer Verhaltensmuster. Andererseits kann ein exzessives sportliches Engagement aber auch andere Bedeutungen haben, wie z.B. Streßbewältigung, kognitive Meditation und die Einbeziehung der ganzen Person in den Lebensalltag. Sich diesen Alltag so zu gestalten und selbst zu bestimmen, ohne das Gefühl zu haben, *wegzulaufen* (*wegzujoggen, wegzusteppen, wegzuspinnen ...*), zu fliehen vor sich und der Welt, darum geht es bei der Genesung und Überwindung eß- und bewegungsgestörten Verhaltens. Denn eigentlich sollte das Ziel ein Hinlaufen sein, ein Überqueren einer imaginären *Finisher-Line*, um die verdiente Erholung und Ruhe und um einen Augenblick an Glück genießen zu können.

Wie aus der Zusammenschau der Ergebnisse in Kapitel acht zu entnehmen ist, kann das Streben nach gesellschaftlicher Achtung, Anerkennung und Bewunderung für die Entwicklung einer Eßstörungserkrankung bei den hier untersuchten Sportlerinnen als mitverursachender Faktor angesehen werden. Desweiteren gehören Persönlichkeitsattribute wie Ehrgeiz und der Hang zu Perfektionismus und ein beständiges Streben nach Verbesserungen der Leistungsfähigkeit zu den Ursachen des anorektischen Verhaltens. Als dritten, bedeutungsvollen Grund ist die Suche nach Liebe in verschiedenen Beziehungsstrukturen zu nennen.

Alle aufgezählten Erklärungen und Hypothesen zu Eßstörungserkrankungen bei sporttreibenden Frauen lassen sich auf einen gemeinsamen Nenner bringen: Allen gemeinsam ist die Suche nach sich selbst, nach einer eigenen Identität. Die Frauen wollen sich akzeptieren können, so wie sie sind; wozu auch ihre Schwächen gehören. Trotzdem möchten sie weiter an sich arbeiten, sich in ihrer Persönlichkeit weiter entwickeln. Nichtsdestotrotz aber hatten alle sieben Pbn den Wunsch, Fehler machen zu dürfen und auch mit ihren Eigenarten und Unzulänglichkeiten akzeptiert und geliebt zu werden.

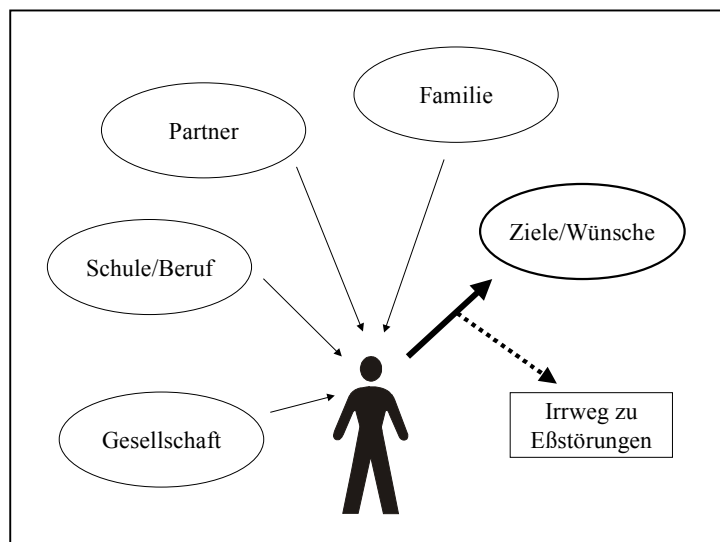


Abb. 10: Determinanten der Persönlichkeit und Umweltvernetzung

Das Thema Eßstörungen im Allgemeinen und auch mit Bezug auf sportliche Leistungen, ist multikausal zu betrachten. Von besonderer Bedeutung ist die Vernetzung der komplexen Persönlichkeits- und Umweltdispositionen. Deshalb ist der hier aufgezeichnete Forschungsgegenstand einer psychischen Störung methodologisch schwer zugänglich. Viele Faktoren müssen betrachtet und in die Diskussion miteinbezogen werden: gesellschaftliche

Normen und Werte, Beziehungsgefüge, Rollenerwartungen, die Identitätsproblematik, sowohl auf der persönlichen als auch auf der sozialen Ebene (vgl. Abb. 10).

In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, daß nicht die sportlichen Aktivitäten, extremes physisches Training, ein Trainer oder Betreuer die zentrale Ursache für eine Eßstörung waren. Auch geht es nicht um Schuldzuweisungen; genauer gesagt handelt es sich um Verantwortlichkeiten. Und diese finden sich sowohl in der Person der erkrankten Frau als auch in deren Umwelt. Traineranweisungen waren in diesem Sinne nicht Anlaß zu eßgestörten Verhaltensreaktion seitens der Athletin, zu dem Zweck, einen Gewichtsverlust für eine bessere sportliche Leistung zu erzielen. Ebenso wenig kann der Familie einer Sportlerin, wobei zur Familie auch der Partner oder Lebensgefährte gehören, die alleinige Schuld für eine Erkrankung zugesprochen werden, aber die familiäre Situation hat zur ihrer Ausbildung beigetragen. Wie aus den Biographien der in der vorliegenden Arbeit befragten sieben Pbn zu erkennen ist, kann von Mitverantwortlichkeit für die Entwicklung einer Magersucht bzw. einer Eßstörung, nicht aber von Schuld gesprochen werden. Die Ignoranz der Umwelt für die Sensibilität ihres Familien- oder Gruppenmitglieds, das fehlende Vermögen, sich in einen anderen Menschen hineinzusetzen, sozusagen ein Defizit an Mitgefühl, ist eine Komponente in dem Puzzle zum Gesamtbild einer sportspezifischen Eßstörungserkrankung. Sportspezifisch bedeutet in diesen sieben Fällen, daß exzessives sportliches Training und auch Wettkämpfe zur Bewältigung einer Identitätsstörung oder Identitätssuche benutzt wurden. Die Leistungsverbesserung war je nach Ausprägung des individuellen Ehrgeizes und der Prioritätenebung (Leistungsfähigkeit oder Figur) mehr Haupt- als Nebeneffekt. Im Rahmen dieser Arbeit ist von besonderem Interesse, daß Ausdauersportarten bevorzugt wurden. Sie erfordern ein umfangreiches Training mit stereotypen Bewegungsmustern, in denen sich die Sportlerinnen ganz auf sich konzentrieren konnten. So entwickelten sie eine ausgeprägte Introvertiertheit und verloren ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz und Realitätssinn.

In diesem abschließenden Kapitel soll noch einmal kurz hervorgehoben werden, welche Faktoren für die Ausbildung einer Eßstörung für die hier untersuchten Pbn, unter Berücksichtigung ihrer sportlichen Aktivitäten und Leistungen, ihren exzessiven physischen Bewegungsmotivationen, entscheidend waren. Es ging sowohl um die Erfassung externer Ursachen, die zur Erkrankung beigetragen haben, als auch um die Bestimmung internaler, den eigenen, subjektiven Vorstellungen der jungen Frauen entsprechenden Wertmaßstäbe, die ihren Handlungen zugrunde lagen. Zu den situativen Ursachen-Variablen gehören Bemerkungen von vertrauten Personen (Partner, Trainer, Freunde, Freunde aus dem

sportlichen Umfeld) bezüglich ihrer Figur (dem Gewicht) oder der Leistungsfähigkeit. Auch können gewisse Norm- und Richtwerte als physikalisch bedingte, physiologische Voraussetzungen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit für eine bestimmte Sportart, die Denkweisen und Überlegungen und die daraus folgenden Handlungsstrategien der sporttreibenden Frauen beeinflussen. Dieses System fand auch in der ehemaligen DDR Anwendung. Hier wurden Kinder in einem bestimmten Alter vermessen und einer Sportart zugeordnet, für die sie aufgrund ihrer körperlichen, potentiell angenommenen Fähigkeiten (Last-Kraft- und Hebelverhältnisse, BMI-Index) prädestiniert erschienen.

Wie die Interviewaussagen der Pbn verdeutlichen, ist allen ein ganz bestimmtes Denkmuster gemeinsam. Sie haben den Werte- und Gütemaßstab *Leistung* und das *Streben nach Leistungssteigerungen* verinnerlicht. Diese Motivation befähigte die Athletinnen zu einer enormen Kraftentfaltung und einem überdurchschnittlichen Energieeinsatz im Hinblick auf ihre Zielsetzungen. Mit diesem Prinzip konnten und können sich auch heute noch alle sieben Pbn identifizieren. Ihnen wurde erst später bewußt, daß das Ringen um einen dünnen Körper auch mit anderen Lebensbereichen und sehr persönlichen Lebensproblemen zu tun hatte. Die Erfahrung und Konfrontation mit der psychischen Erkrankung einer Eßverhaltensstörung und einer damit verbundenen Bewegungsverhaltensstörung ließ die Ebenen verwischen. Die Zielprioritäten veränderten sich, die Prinzipien wurden ausgedehnt und in andere Lebensbereiche (berufliche Karriere, Beziehungskarriere, Familie) projiziert.

Von großer Wichtigkeit für die Bewältigung von Lebenserfahrungen ist die Einordnung und Verarbeitung von Niederlagen. Gerade im Bereich sportlicher Wettkämpfe ist dies von besonderer Bedeutung. Aber nicht nur der Umgang mit Niederlagen, sondern auch mit Erfolgen muß berücksichtigt werden. Eine Favoritenrolle kann unter Umständen psychisch belastender sein als sich im Mittelfeld zu bewegen. In den hier beschriebenen Fallanalysen kam es zu Aggressionsentwicklungen für nicht erreichte Ziele. Bekämpft wurde dann das eigene Ego. Es kam zur Entfaltung von Haßgefühlen, die das Selbst bedrohten. Die verwendeten Mittel dieses Kampfes waren unterschiedlich: Eß**verbote**, Bewegungs- und Trainings**gebote**, Rückzug und soziale Isolation oder eine Veräußerung des inneren Zwiespaltes durch die Magersucht. Die hier untersuchten Sportlerinnen suchten Fehler immer zuerst bei sich selbst und dies sehr gründlich. Sie fühlten sich schuldig an kleinsten Unzulänglichkeiten und schämten sich dessen in Unmaßen. Als über die *Normal-Maße* hinaus kann man auch ihre nahezu selbstfolternden Reaktionen bezeichnen. Die Folge waren Selbstanklagen in bezug auf Selbstverantwortlichkeiten und Schuldzuweisungen. Als

Konsequenz daraus resultierten Selbstvertrauensverlust, meist einhergehend mit Unsicherheiten bis hin zu Orientierungslosigkeit bei Entscheidungen.

Ein weiterer Aspekt, der bei der Aufklärung von Eßstörungen zu beachten ist, ist die Ereignisfolge. Es handelt sich um eine schleichende Vereinnahmung von Diätenwelten in den Alltag der Mädchen und Frauen. Diese entschließen sich nicht von einem Augenblick zum anderen, gar nichts mehr zu essen, sondern eine jeweils sehr individuelle Art von Nahrungsreduktion, meist in Verbindung mit einer Fixierung auf ganz bestimmte Nahrungsmittel und Getränke, dominiert immer mehr die Gedankenwelt und die langsam damit einhergehenden Eß- und Bewegungsverhaltensstörungen. Es bleibt die Frage offen: Was war zuerst da, der Gedanke an Gewichtsreduktion oder die Bewegungs- und Aktivitätssteigerung? Ein Erfolg auf der Waage verführt und motiviert zusätzlich, die eingeschlagene Strategie beizubehalten und zu forcieren und nach einer eigenen Façon zu modifizieren. Kommen dann auch noch Erfolge im sportlichen Wettkampf hinzu (schnellere Laufzeiten, weitere Sprünge, bessere Last-Kraft-Verhältnisse usw.), so sind die Lebensumstände für die Entwicklung einer chronischen Eßstörung als äußerst kritisch einzustufen.

Ausblick und Konsequenzen. Es ist nicht verwunderlich, daß in Anbetracht eines solch komplizierten Problemfeldes, wie es die *Eßstörungen* darstellen, viele Fragen noch unbeantwortet bleiben. Dazu gehört ein Überdenken bzw. Überarbeiten der medizinischen Diagnosekriterien von Eßstörungen. Bisher gibt es eine Drei-, in neueren medizinischen Berichten eine Vierteilung: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas und Binge Eating Disorder (Heißhungerstörung, die durch Heißhungeranfälle ohne gewichtsregulierende Maßnahmen gekennzeichnet ist; DSM IV).

Ein Vorschlag wäre, die jeweiligen Hauptattribuierungen, mit denen eine Eßstörung verbunden ist, zu berücksichtigen:

- Essen und Fasten
- Essen und Spucken
- Essen und Bewegung (Ausdauersport, Fitneßsport, ästhetische Sportarten etc.)
- Essen und Isolation/Introvertiertheit
- Essen und Schauspielern/Selbstdarstellungsarten
- Essen und Wertesysteme (Schönheitsideale).

In dieser Arbeit wurden nur Frauen befragt. Mittlerweile aber werden auch Fälle von eßgestörten männlichen Athleten aus den verschiedensten Sportarten (z.B. Radfahren, Rudern, Skilanglauf, Skispringen u.a.) publik. Es bleibt die Frage, ob das Problem Magersucht, Bulimie oder Eßstörungen insgesamt vom männlichen Geschlecht eher verheimlicht wird, aus Scham, weil man glaubt, es handele sich eigentlich um ein typisch weibliches Problem? Oder befindet sich die Rollendifferenzierung aktuell in Auflösung?

Auch der methodische Faktor des Zusammenhangs von Leistungssport und Eßgestörtheit macht die Erforschung schwierig. Im Sport hat man es auch mit physikalischen Gesetzmäßigkeiten zu tun, d.h., in vielen Sportarten ist ein geringes Gewicht eine gute Voraussetzung für große sportliche Leistungen. Die Frage ist allerdings: Um welchen Preis sind wir Menschen bereit, höhere Leistungen zu erbringen? Gerade solche Leistungssportlerinnen und Leistungssportler, die sich streng disziplinieren und bis an ihre Grenzen gehen können, sind geschaffen für sehr hohe Leistungsanforderungen. Sie entwickeln eigene Kontrollsysteme und unbarmherzige Trainingsprogramme, um die für ihren hohen Einsatz notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Ein solches, hochsensibles menschliches System ist aber auch entsprechend störanfällig. In vielen Fällen von eßverhaltensgestörten Athletinnen und Athleten gibt es weder Trainer noch Betreuer. Die Mädchen, Frauen und Männer sind auf sich alleine gestellt. Sie entwerfen ihre Trainingspläne selbst. Ihre Ziele in einer ambivalenten Gedanken- und Gefühlswelt zwischen Gewicht machen und mehr leisten wollen verschwimmen. Darum schießen sie auch oft über das Ziel hinaus. Sie finden kein Maß, keinen eigenen Maßstab und das nicht nur in bezug auf den Sport. Ihr Hang zum Perfektionismus, ihre Ängste, aber auch ihre Wünsche haben Auswirkungen auf das gesamte Leben. Eine Leistungssportlerin kann und darf nicht nur als solche betrachtet und beurteilt werden. Sie ist immer auch Privatperson. Immer sind auch das sportliche Umfeld, wie Trainer, Mitsportler, Konkurrenten, Familie, Freunde und Bekannte in die Lebenssituationen involviert und damit auch in die verschiedenen Verarbeitungs- und Bewältigungssituationen. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang deshalb die Auf- und Erklärungsarbeit, die Verständnisvermittlung seitens der Verbände und die sportmedizinische Betreuung und Hilfestellung. Die Athletinnen bringen ihren Sportärzten und Sportgynäkologen großes Vertrauen entgegen. Diese können deshalb sowohl auf ihre Schützlinge als auch auf deren Umwelt Einfluß nehmen.

Den anorektischen und eßgestörten Sportlerinnen und Sportlern ist nicht dadurch zu helfen, daß man sie bedauert. Oftmals haben sich die magersüchtigen, exzessiv Sporttreibenden in

bezug auf ihre Eßstörung zu einer derart festgefahrenen, harten und unnahbaren Persönlichkeit entwickelt, daß es sehr schwer ist, an diese ängstlichen, vor den eigenen Schwächen sich fürchtenden Menschen heranzukommen. Es gilt, eine Mauer zu durchdringen, Feindseligkeiten, vor allem sich selbst gegenüber, aufzuweichen und die oftmals schon fatale und lebensbedrohende körperlich-seelische Situation bewußt werden zu lassen. Unter Umständen müssen eß- und bewegungsverhaltensgestörte Individuen sogar unter äußeren Druck gesetzt werden, damit eingeübte und fixe Reaktionsmuster aufgebrochen werden können. Die Mauern aus Disziplin und Strenge und absoluter Kontrolle müssen abgerissen werden. Hierzu zählt auch das Anbieten schablonenhafter äußerer Umstände und Bedingungen, an die sich eßgestörte Athletinnen und Athleten erstmal orientieren können (z.B. gemeinsames Einnehmen von Mahlzeiten, Verhaltensregeln bei Tisch, Erlaubnis *und* Verweigerung von Süßigkeiten-Konsum, regelmäßiger, rhythmischer Tagesablauf, Trainingskontrollen, mehr Trainingseinheiten in einer Gruppe, weniger solitär, auch bei Individual- und Ausdauersportarten etc.).

Ein anderer und gleichzeitig schwieriger Aspekt auf dem Gebiet der Erforschung von Eßstörungen ist die Frage der Methodik. Welche Methoden sind angemessen? Wie sind Hauptursachen, aber auch marginale Einflußgrößen dieses Problemfeldes wissenschaftlich besser zu erfassen?

Von großem Interesse könnten zudem Forschungsarbeiten sein, die neue Perspektiven einschlagen. Wie stellt sich das Problem einer eßgestörten Athletin z.B. für ihre Umwelt dar?

Wie wirkt sie und ihr Verhalten aus der Sicht

- des Lebenspartners
- des Trainers
- der Mitsportler
- des Vaters/der Mutter
- des Freundes/der Freundin/der Freunde/der Clique?

Desweiteren gilt es wie bereits angesprochen, die allgemeine psychologische Betreuung von Athletinnen und Athleten voranzutreiben und auf individuelle Bedürfnisse abzustimmen. Dies gilt vor allem dann, wenn von einem Aktiven in Erwägung gezogen wird, sich vom Leistungssport zurückzuziehen.

Interessant zu erfragen wären auch die Umstände und Bedingungen, unter denen eine überwunden geglaubte Eßstörung wieder auftritt. Welche Situationen (Streß, Suche nach Anerkennung, Angstzustände, etc.) können dazu führen, daß eine Person sich wieder dieser Art von Bewältigungsstrategie bedient?

Da Eßstörungen schon in einem sehr frühen Alter auftreten können, besteht eine große Notwendigkeit, auch schon in Schulen die pädagogische Aufmerksamkeit auf dieses Problem zu richten und bei auffälligen Verhaltensweisen, Maßnahmen zu ergreifen. Darunter gehören Gespräche mit Eltern, Lehrerkollegen und dem Schulpsychologen sowie der Pausenaufsicht.

Ein wichtiges Ergebnis der hier vorliegenden Untersuchung betrifft die Nachbetreuung von Leistungssportlerinnen und Leistungssportlern. Zum Einen geht es um die relativ kurzfristige Nachbetreuung im Hinblick auf ein gesundes körperliches Abtrainieren unter medizinischen Aspekten, der Einbeziehung von Umfeld, Tagesablauf, Essenszeiten, Begegnungen und Interaktionen mit anderen. Zum Zweiten sollte eine langfristige Nachbetreuung durch Sportmediziner ein weiteres, kontrolliertes Abtrainieren mit einer Integration der dafür erforderlichen Ernährungsumstellung von einem Leistungs- zu einem Breiten- oder Freizeitsportler stattfinden. Sollte sich im Laufe dieses Prozesses die Athletin für einen Sportartenwechsel entschließen, z.B. von einer Kraft- bzw. Schnellkraftsportart (z.B. Gerätturnen) zu einer altersadäquateren Ausdauersportart (z.B. Triathlon), so sollte auch hier eine Beratung bezüglich Trainingsumstellung, Trainingsumfang und -intensität, Trainingsprogramme, Ernährung etc. ermöglicht werden.

Und nicht zuletzt muß die Ausbildung der Trainer angesprochen werden. Trainer sind keine ausgebildeten Psychologen. Auch für die Aufgabe eines Therapeuten sind sie überfordert. Trotzdem sollten Trainer über Grundkenntnisse verfügen. Denn es geht um das Erkennen möglicher Verhaltensauffälligkeiten und deren Konsequenzen für den Betreuten.

Metaphorisch gesprochen stehen die Hürden der Ängste in der (Lebens-) Bahn der einzelnen Athletin. Niemand weiß, wie viele Hürden vor ihr stehen, um welche Streckenlänge es sich handelt, und welche Überwindungstechnik die richtige ist. Und niemand weiß, ob sie sicher hinter der Hürde landet, ob sie eventuell stürzt, wieder aufstehen kann oder einen glatten Durchlauf schafft. Auf jeden Fall sollte man einer eßgestörten Athletin helfen, ihre eigene Identität zu entwickeln, so daß man sie doch ermutigen kann, den Sprung zu wagen, damit sie sich mit Selbstvertrauen auf ihrer weiteren Lebensbahn bewegen kann.

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Alfermann, D. (1993). Soziale Prozesse im Sport. In H. Gabler, J. R. Nitsch & R. Singer, *Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder* (S. 65 - 109). Schorn-dorf: Hofmann.
- Aliabadi, C. & Lehning, W. (1985). *Wenn Essen zur Sucht wird. Ursachen, Erscheinungsformen und Therapie von Eßstörungen*. München: Kösel.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* (3., überarbeitete Aufl., S. 65 - 69). Washington (DC). Deutsche Bearbeitung von Wittchen et. al. (1991). Weinheim, Basel: Beltz.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4. Aufl.). Washington (DC). Weinheim, Basel: Beltz.
- Aravich, P. F., Rieg, T. S., Lauterio, T. J. & Doerries, L. E. (1993). Beta-endorphin and dynorphin abnormalities in rats subjected to exercise and restricted feeding: Relationship to anorexia nervosa. *Brain Res.*, 622, 1 - 8.
- Aravich, P. F., Stanley, E. Z. & Doerries, L. E. (1995). Exercise in food-restricted rats produces 2DG feeding and metabolic abnormalities similar to anorexia nervosa. *Physiol. Behav.*, 57, 147 - 153.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147 - 152.
- Beck, U. (1983). Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheiten, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. *Soziale Welt*, 2, 35 - 74.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1990). *Das ganz normale Chaos der Liebe*. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Taschenbuch.

- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A. & Herzog, D. B. (1999). Current Concepts. Eating Disorders. *The New England Journal of Medicine*, 340 (14), 1092 - 1098.
- Beck-Gernsheim, E. (1980). *Das halbierte Leben. Männerwelt. Beruf. Frauenwelt Familie*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch.
- Beck-Gernsheim, E. (1986). Von der Liebe zur Beziehung? Veränderungen im Verhältnis von Mann und Frau in der individualisierten Gesellschaft. In J. Berger (Hrsg.), *Die Moderne - Kontinuitäten und Zäsuren* (S. 209 - 234). Göttingen: Schwartz.
- Bemis, K. M. (1978). Current approaches to the etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593 - 617.
- Binswanger, H. (1952). Psychiatrische Aspekte zur Anorexie mentale (Pubertätsmagersucht). *Zeitschrift Kinderpsychiatrie*, 19, 141 und 173.
- Binswanger, L. (1957). Der Fall Ellen West. Neske.
- Black, D. R. & Burckes-Miller, M. E. (1988). Male and female college athletes: Use of anorexia nervosa and bulimia nervosa weight loss methods. *Res. Q. Exerc. Sport*, 59, 252 - 256.
- Blanck, B. (1988). *Magersucht in der Literatur. Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Bleuer, E. *Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Anorexia nervosa* (14. Aufl., S. 529 - 531). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Blumenthal, J. A., o'Toole, L. C. & Chang, J. L. (1984). Is running an analogue of anorexia nervosa? An empirical study of obligatory running and anorexia nervosa. *Journal of the American Medical Association*, 252, 520 - 523.

- Böhme-Bloem, C. (1996). Diagnostische Kriterien und psychodynamische Charakteristika. In W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.), *Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen* (Therapieführer, S. 7 - 19). Stuttgart: Schattauer.
- Bonenberger, R. & Klosinski, G. (1988). Zur Elternpersönlichkeit, Familiensituation und Familiendynamik bei Anorexia-nervosa-Patientinnen unter besonderer Berücksichtigung der Vater-Tochter-Beziehung (Eine Retrospektivstudie). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 16, 186 - 195.
- Boothe, B. (1991). Grenzen psychotherapeutischer Wirksamkeit bei magersüchtigen Patienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 249 - 258.
- Boris, H. N. (1984). The Problem of Anorexia Nervosa. *International Journal of Psycho-Analysis*, 65, 315 - 322.
- Borke, H. (1967). A family over three generations: The transmission of interacting and relating patterns. *Journal M. Fam.*, 29, 638 - 655.
- Borke, H. (1971). Interpersonal perfectionism of young children: Egocentrism or empathy? *Developmental Psychology*, 5, 263 - 269.
- Boss, M. (1954). *Einführung in die psychosomatische Medizin*. Bern, Stuttgart: Huber.
- Boszeremeny-Nagy, I. & Spark, G. (1981). *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta (dt.).
- Brand-Jacobi, J. (1984). Die Klassifikation von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als Syndrome gestörten Eßverhaltens. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 9.
- Braun, Ch. V. (1993). Das Kloster im Kopf. Weibliches Fasten von mittelalterlicher Askese zu moderner Anorexie. In K. Flaake & V. King (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen* (S. 213 - 239). Frankfurt, New York.

- Broocks, A., Schweiger, U. & Pirke, K. M. (1991). The influence of semistarvation-induced hyperactivity on hypothalamic serotonin metabolism. *Physiol. Behav.*, 50, 385 - 388.
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O. & Birley, J. L. T. (1973). Life Events and Psychiatric Disorder. Part I: Some Methodological Issues. *Psychological Medicine*, 3, 74 - 87.
- Brownell, K., Rodin, J. & Wilmore, J. H. (Hrsg.) (1992). *Eating, body weight and performance in athletes*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 24, 187 - 194.
- Bruch, H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 555 - 566.
- Bruch, H. (1970). Instinct and interpersonal experience. *Comprehensive Psychiatry*, 11, 495 - 506.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Book.
- Bruch, H. (1979). Anorexia Nervosa. In I. J. Wurtman & R. J. Wurtman (Hrsg.), *Nutrition and the brain* (S. 101 - 116). New York: Raven Press.
- Bruch, H. (1991). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bruch, H. (1995). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht* (13. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Buchholz, M. B. & Dümpelmann, M. (1993). Väter bei Anorexie. In H. Seidler (Hrsg.), *Magersucht, öffentliches Geheimnis* (S. 53 - 86). Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Bundesinstitut für Sportwissenschaften (1996). *Die eßgestörte Athletin* (Bd. 5). Köln: Sport & Buch Strauß GmbH.
- Burckes-Miller, M. E. & Black, D. R. (1988). Male and female college anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Athletic Training*, 23, 137 - 140.
- Cash, T. F. (1997). *The Body Image Workbook*. Oakland: New Harbinger.
- Casper, R. C. & Davis, J. M. (1977). On the course of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 134, 974 - 978.
- Clauser, G. (1964). Das Anorexia-nervosa-Problem unter besonderer Berücksichtigung der Pubertätsmagersucht und ihrer klinischen Bedeutung. In L. Heilmeyer et al. (Hrsg.), *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: o. V.
- Cooke, R. A. & Chambers, J. B. (1995). Anorexia nervosa and the heart. *Br. J. Hosp. Med.*, 54, 313 - 317.
- Cooper, B. (1980). Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 51, 321 - 331.
- Crisp, A. H. (1967). The possible significance of some behavioural correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117 - 131.
- Crisp, A. H. & Burns, T. (1983). The clinical presentation of anorexia nervosa in males. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 5 - 10.
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B. & Hartshorn, B. (1980). Clinical feature of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179 - 191.
- Crisp, A. H., Palmer, R. L. & Kalucy, R. S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549 - 554.

- Dally, P., Gomez, J. & Isaacs, A. J. (1979). *Anorexia Nervosa*. London: William Heinemann.
- Danforth, G. H. (1927): Hereditary adiposity in mice. *J. Hered.*, 18, 153.
- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high-performance female athletes. *International Journal of Sports Psychology*, 23, 179 - 192.
- Davis, C. (1997, März). Eating Disorders and Hyperactivity: A Psychobiological Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 168 - 175.
- Davis, C. & Cowles, M. P. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparison between physically active men and women. *Sex Roles*, 25, 33 - 44.
- Davis, C. & Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in woman. *Addictive Behaviours*, 18, 201 - 211.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P. & Woodside, D. B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60 (2), 192 - 197.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E. & Dionne, M. (1994). The Role of Physical Activity in the Development and Maintenance of Eating Disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957 - 967.
- Deep, A. L. et al. (1995). Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147 - 152.
- Degen, R. (1983, 25. Mai). Dünn wie ein Strich und rein wie ein Engel. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 119, 29.
- Deusinger, I. M. (1986a). *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN), Handanweisungen*. Göttingen:

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS) (1997). *Eßstörungen; eine Information für Ärztinnen und Ärzte*. Bergisch Gladbach: Media Print.
- Devereux, G. (1967). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. München: Hauser.
- Diebel-Braune, E. (1991). Einige kritische Überlegungen zum Stand der psychoanalytischen Bulimie-Diskussion. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 292 - 304.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (Hrsg.) (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York, London, Sydney, Toronto: Wiley.
- Druss, R. G. & Silvermann, J. A. (1979). Body image and perfectionism of ballerinas. *General Hospital Psychiatry*, 2, 115 - 121.
- Drosdowskij, G. & Grebe, P. (von Konrad Duden). *Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache* (Bd. 7).
- Eichenbaum, L. & Orbach, S. (1985). *Feministische Psychotherapie. Auf der Suche nach einem neuen Selbstverständnis der Frau*. München.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozeß der Zivilisation* (2 Bde.). Bern: Francke.
- Elias, N. (1983). *Die höfische Gesellschaft* (1. Aufl.). Frankfurt am Main.
- Engel, K. & Steinen, M. (1988). Father Types of Anorexia nervosa Patients: The "Bonding", the "Brutal", the "Weak" and the "Absent" Father. *Psychotherapy Psychosomatic*, 49, 145 - 152.
- Epling, W. F. & Pierce, W. D. (1988). Activity-based Anorexia: A Biobehavioural Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (4), 475 - 485.
- Epling, W. F., Pierce, W. D. & Stefan, L. (1983). A theory of activity-based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 27 - 46.

- Erikson, E. H. (1981). *Identität und Lebenszyklus. 3 Aufsätze* (7. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Falk, J. K. (1977). The origin and function of adjunctive behaviour. *Animal Learning and Behaviour*, 5, 325 - 335.
- Feicht, C. B., Johnson, T. S., Martin, B. S., Sparkes, K. W. & Wagner, W. W. (1978). Secondary amenorrhoea in athletes. *Lancet* 2, 1145.
- Feiereis, H. (1989). *Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie*. Mit Beiträgen von Christiane Drews. München/Marseille [Internistische Praxis, Beilage, 14 Tabellen].
- Feiereis, H. (1991). Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. *Mensch, Medizin und Gesellschaft* 4, 16, 250 - 263.
- Feighner, J. P. et al. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry* 26, 57 - 63.
- Felker, K. R. & Stivers, C. (1994, Winter). The Relationship of Gender and Family Environment to Eating Disorder Risk in Adolescent. *Adolescence*, 29 (116), 821 - 833.
- Ferreira, A. (1963). Family myths and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, 9, 457 - 463.
- Fichter, M. M. (1985). *Magersucht und Bulimia*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Fichter, M. M. (1990). Krankhafte Magersucht und Eßlust im Leistungssport (Anorexia und Bulimie). In K. G. Wurster (Hrsg.), *Zu schlank für schnelle Läufe?* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften Köln, S. 11 - 14). Selbstverlag.
- Fichter, M. M. (1993). Das eßgestörte Mädchen. *Newsletter der ANAD e. V.*, 4, 1 - 5.

- Fichter, M. M. & Fouki, Z. (1981). Epidemiologische Aspekte der Anorexia nervosa. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa* (S. 56 - 68). Stuttgart: Enke.
- Fichter, M. M. & Pirke, K. M. (1982). Somatische Befunde bei Anorexia nervosa und ihre differentialdiagnostische Wertigkeit. *Nervenarzt*, 53, 635 - 643.
- Fichter, M. M. & Wünschner-Stockheim, M. (1979/80). Die Pubertätsmagersucht, Symptomatik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. *Pädiatrische Praxis*, 22, 411 - 422.
- Filipp, S. H. (Hrsg.) (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Flatt, J. P. (1978). The biochemistry of energy expenditure. In G. A. Bray (Hrsg.), *Recent advances in obesity research* (Bd. 2, S. 221 - 228). London: Newman.
- Fowler, F. G. (1980). Family environment and early behavioural development: A structural analysis of dependencies, *Psychological Reports*, 47, 611 - 617.
- Frank, H. (1988). Ein Beitrag zur Rolle des Vaters bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, 242 - 248.
- Franke, A. (1993). Frauen: Gestörte Selbstwahrnehmung. *Psychologie heute* 6, 17, 36 - 37.
- Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In S. Freud, *Gesammelte Werke* (Bd. XI). London: Image Publishing, 1940.
- Freud, S. (1986). Entwurf einer Psychologie. In J. M. Masson (Hrsg.), *Sigmund Freud - Briefe an Wilhelm Fliess 1887 - 1904*. Frankfurt: Fischer.
- Frisch, R. E. & McArthur, J. W. (1974). Menstrual cycles: Fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset. *Science*, 185, 949 - 951.
- Frisch, R. E., Whysak, G. & Vincent, L. (1980). Delayed menarche and amenorrhoea in ballet dancers. *New England J. Med.*, 303, 17 - 19.

- Fuchs, W. (1984). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methode*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gabriel, H. (2000). *Sport und Immunsystem*. Dissertation (Schriftreihe des Deutschen Sportbundes, Bd. 30). Schorndorf: Hofmann.
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. In Brunner & Mazel (Hrsg.). New York, Montreal: Book Center.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273 - 279.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647 - 656.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E. & Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 3 - 46.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. *Psychiatric Report*, 47, 483 - 491.
- Garner, D. M. et al. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255 - 266.
- Gast, L. (1985). *Magersucht: Der Gang durch den Spiegel. Zur Dialektik der individuellen Magersuchtentwicklung und patriarchal-gesellschaftlicher Strukturzusammenhänge* (2., überarbeitete Aufl.). Pfaffenweiler: o. V.
- Gerlinghoff, M. (1986). *Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten* (3. Aufl.). München, Zürich: Piper.

- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1989). *Magersucht. Anstöße für eine Krankheitsbewältigung*. Stuttgart: Thieme.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. & May, N. (1988). *Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Goldfarb, L. A. & Plante, T. G. (1984). Fear of fat in runners: An examination of connective between anorexia nervosa and distance running. *Psychological Reports*, 55, 296.
- Gräser, H., Esser, H. & Saile, H. (1981). Einschätzung von Lebensereignissen und ihrer Auswirkungen. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gull, W. W. (1868). The address in medicine delivered before the annual meeting of the British Medical Association. *Lancet* 2, 171 - 176.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa. *Tr. Clin. Soc.*, 7, 22 - 28.
- Gull, W. W. (1888). Anorexia nervosa. *Lancet* 1, 516 - 517.
- Habermas, T. (1990a). *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Habermas, T. (1990b). Die geschlechtstypischen Real- und Idealselbstbilder von bulimischen Patientinnen und Nicht-Patientinnen. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 1, 19.
- Habermas, T. & Müller, M. (1986). Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. *Der Nervenarzt*, 57, 322 - 331.
- Habermas, T., Neureither, U., Müller, M. & Horch, U. (1987). Ist die Bulimie eine Sucht? *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 32, 138 - 146.

- Habermas, T., Vandereycken, W., van Deth, R. & Meermann, R. Die Anorexia nervosa in der deutschsprachigen medizinischen Literatur des 19. Jh. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 466 - 473.
- Hagemann-White, C. (1984). *Sozialisation: Weiblich-männlich*. Opladen: Leske & Budrich.
- Hagemann-White, C. (1988). Wir sind nicht zweigeschlechtlich geboren. In C. Hagemann-White & M. Rerrich (Hrsg.), *FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion* (S. 224 - 235). Bielefeld.
- Halmi, K. (1974). Anorexia nervosa: Demographic and clinical features. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18 - 26.
- Halmi, K., Casper, R., Eckert, E., Goldberg, S. & Davis, J. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 1, 209 - 215.
- Hamm, M. (1996a). *Schlank und gesund ohne Diät*. München: Mosaik.
- Hamm, M. (1996b). Nährstoffmangel und Leistungsfähigkeit - Prävention und Therapie durch optimale Ernährung. In D. Clasing, F. Damm, K. Marx & P. Platen (Hrsg.), *Die eßgestörte Athletin* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Dokumentation eines Expertengesprächs des Deutschen Sportärztesbundes e. V., S. 105 - 108). Köln, Berlin: Hansen.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1984). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hawkins, J. L. & Killorin, E. A. (1979). Family of origin: An experimental workshop. *American Journal of Family Therapy*, 7, 5 - 18.
- Hehlmann, W. (1974). *Wörterbuch der Psychologie*. Stuttgart: Kröner.
- Hellhammer, D. (1981). Psychologische Ansätze bei der Anorexia nervosa. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa* (S. 43 - 55). Stuttgart: Enke.

- Henning, A. & Vogel, K. (1992). Eßstörungen. In H. Bilden (Hrsg.), *Das Frauentherapie-Handbuch* (1. Aufl., S. 144 - 149). München.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1991). Die Bulimie der jungen Mädchen. *Z. Allg. Med.*, 67, 322 - 331.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1993). *Eßstörungen und Depressionen in der Adoleszenz*. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1996). Die klinische Anorexia nervosa. In D. Clasing, F. Damm, K. Marx & P. Platen (Hrsg.), *Die eßgestörte Athletin* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Dokumentation eines Expertengesprächs des Deutschen Sportärztebundes e. V., S. 43 - 46). Köln: Hansen.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (1989). Anorexia nervosa und Depression. Zur Gewichtsabhängigkeit der depressiven Symptomatik. *Der Nervenarzt*, 60, 490 - 495.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Remschmidt, H. (1994). Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 91, 1 - 6.
- Hildebrandt, H. (Hrsg.) (1994). *Psyhyrembel - Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Holmes, T. H. & Rake, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213 - 218.
- Hoppe, B. (1991). *Körper und Geschlecht. Körperbilder in der Psychotherapie*. Berlin: Dietrich Reima.
- Hoppe, R. (1985). *Anorexia nervosa: Eine internationale Bibliographie (1873 - 1984)*. Berlin.
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorder*. New York: Guilford Press.
- Imbert, F. (1840). *Traité théorique et pratique des maladies des femmes*. Paris.

- Imm, P. S. & Pruitt, J. (1991). Body shape satisfaction in female exercisers and nonexercisers. *Women Health, 17*, 87 - 96.
- Jackson, D. N. (1976). *Jackson Personality Inventory Manual*. Port Huron, MI: Research Psychologists Press.
- Janet, P. (1894). *Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux*. Paris: Rueff/Bibliothèque Médicale Charcot-Debove.
- Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa*. New York: Basic Books.
- Johnson, M. D. (1994). Disordered Eating in Active and Athletic Women. *Clinics-in-Sports Medicine, 13* (2), 355 - 369.
- Jones, D. J., Fox, M. M., Babigun, H. M. & Hutton, H. E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe County, New York. *Psychosomatic Medicine, 42*, 551 - 558.
- Jüttemann, G. & Thomae, H. (Hrsg.) (1987). *Biographie und Psychologie*. Berlin: Springer.
- Kagan, D. (1987). Addictive personality factors. *J. Psychol., 121*, 533 - 538.
- Kalucy, R., Crisp, A. H. & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology, 50*, 381 - 395.
- Kaplan, A. S. & Garfinkel, P. E. (Hrsg.) (1993). *Medical issues and the eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Karlson, P. (1984). *Kurzes Lehrbuch der Biochemie für Mediziner und Naturwissenschaftler* (12. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Katschnig, H. (1980). *Sozialer Streß und psychische Erkrankung: Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen*. Wien, München, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

- Katz, D. (1932). *Hunger und Appetit*. Leipzig: Barth.
- Katz, J. L. (1986). Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia: A report of two cases. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 74 - 78.
- Katz, J. L. (1988). Eating disorders. In M. Shangold & G. Mirkin (Hrsg.), *Women and exercise: Physiology and sports medicine* (S. 248 - 263). Philadelphia: FA Davis Company.
- Katz, J. L. (1996). Eating Disorders. *Physiology and Sports Medicine*, 18, 248 - 263.
- Kayser, D. (1992). In P. Röthig (Hrsg.), *Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport* (Sportwissenschaftliches Lexikon, 6., völlig neu bearbeitete Aufl.). Schorndorf: Hofmann.
- Kieselbach, D. (1987). Bulimarexie als zusätzliche Sucht bei alkohol- und /oder medikamentenabhängigen Frauen. In J. Brakhoff (Hrsg.), *Eßstörungen. Ambulante und stationäre Behandlung* (S. 93 - 110). Freiburg.
- Koros-Zipplies, L. (1986). *Einfluß des Hochleistungssports auf den Menstruationszyklus von Leichtathletinnen*. Dissertation, Universität Tübingen.
- Kraus, A. (1980). Bedeutung und Rezeption der Rollentheorie in der Psychiatrie. In U. H. Peters (Hrsg.), *Ergebnisse für die Medizin. Bd. 2: Psychiatrie (Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band X)*. Zürich: o. V.
- Kron, L., Katz, J. L., Gorzynski, G. & Weiner, H. (1978). Hyperactivity in anorexia nervosa: A fundamental clinical feature. *Comprehensive Psychiatry*, 19, 433 - 439.
- Kuhn, R. (1951). Zur Daseinsanalyse der Anorexia mentalis. *Nervenarzt*, 24, 191 - 196.
- Kuusela, T. V. (1984). Incidence of bone lesions in the lower extremities during endurance training. *Ann. Clin. Res.*, 40 (Ergänzung), 17 - 19.

- Laessle, R. G. (1991). Psychobiologische Faktoren bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Medizin, Mensch und Gesellschaft* 4, 16, 237 - 250.
- Lakoff, R. T. & Scherr, R. L. (1984). *Face value: The politics of beauty*. Boston-London: Routledge/Kegan Paul.
- Lamnek, S. (1995a). *Qualitative Sozialforschung* (Bd. 1: Methodologie, 3. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1995b). *Qualitative Sozialforschung* (Bd. 2: Methoden und Techniken, 3. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lasègue, E. Ch. (1873a). On hysterical anorexia. *Medical times and gazette*, 2, 265 - 266 und 367 - 369.
- Lasègue, E. Ch. (1873b). De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, 21, 385 - 403.
- Lawrence, M. (1990). *"Ich stimme nicht". Identitätskrise und Magersucht*. Hamburg: rororo Sachbuch.
- Leon, G. (1984). Anorexia Nervosa and Sports Activities. *The Behaviour Therapist*, 7 (1).
- Linnell, S. L., Steger, J. M., Blue, P. W., Oyster, N. & Robertson, D. (1984). Bone mineral content and menstrual regularity in female runners. *Med. Sci. Sports. Exerc.*, 16, 343 - 348.
- Marcé, L. V. (1860). Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. *Annales médico-psychologiques*, 6 (1), 15 - 28.
- Markland, D. & Hardy, L. (1993). The Exercise Motivation Inventory: Preliminary development and validity of a measure of individuals' reasons for participation in regular physical exercise. *Personality and Individual Differences*, 15, 289 - 296.

- Massing, A. (1970). *Der familiäre Hintergrund der Magersucht-Neurose*. Dissertation. Universität Göttingen.
- Mayring, P. (1996). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- McDonald, K. & Thompson, J. K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 289 - 292.
- Mead, G. H. (1980). *Geist, Identität und Gesellschaft* (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1987). *Therapie der Magersucht und Bulimie. Ein therapeutischer Leitfaden für den Praktiker*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Mendell, D. & Fischer, S. (1956). An approach to neurotic behavior in terms of a three-generation family model. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 123, 171 - 180.
- Mester, H. (1981). *Die Anorexia nervosa*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Metz-Göckel, S. (1993). Jungensozialisation oder zur Geschlechterdifferenz aus der Perspektive einer Jungenforschung. *Zeitschrift für Frauenforschung*, 1/2, 90 - 110.
- Minuchin, S. (1981). *Familie und Familientherapie, Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1983). *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Minuchin, S., Rosman, B. L. & Baker, L. (1981). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Montada, L. (1981). Kritische Lebensereignisse im Brennpunkt: Eine Entwicklungsaufgabe für die Entwicklungspsychologie? In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Moos, R. H. (1974). *Family environment scale (FES)*. Palo Alto: Stanford University.
- Morgan, H. G. & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa. Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355 - 371.
- Morton, R. (1694). *Phthisiologia or atreatise of consumptions. Wherein the difference, nature, causes, signs, and cure of all sorts of consumptions are explained*. London.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J., Pepper & O'Strunder (1972). Life events and mental status. *J. Health Soc. Behav.*, 13, 398 - 406.
- Nuber, U. (1997). *Schöner werden wir morgen. Eine Ermutigung so zu bleiben, wie wir sind*. München, Bern: Scherz.
- O'Conner, P., Lewis, R. D. & Kirchner, E. M. (1995). Eating disorders in female college gymnasts. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 550 - 555.
- Offer, D. & Howard, K. J. (1972). An empirical analysis of the Offer self-image questionnaire for adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 27, 529 - 533.
- Olbricht, I. (1993). *Was Frauen krank macht. Der Einfluß der Seele auf die Gesundheit der Frau*. München: Kösel.
- Orbach, S. (1989). *Anti-Diät-Buch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Eßsucht*. München: Frauenoffensive.

- Orbach, S. (1991). *Anti-Diät-Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht* (15. Aufl.). München: Frauenoffensive.
- Owens, R. G. & Slade, P. D. (1987). Running and anorexia nervosa: An empirical study. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 771 - 775.
- Paul, T. (1987). Bulimia nervosa. Klinische Beschreibung, Erklärungsansätze und therapeutische Möglichkeiten. In P. Mader & B. Ness (Hrsg.), *Bewältigung gestörten Eßverhaltens* (S. 79 - 91). Hamburg.
- Perry, B. D. & Pate, J. E. (1994). Neurodevelopment and the psychobiological roots of post-traumatic stress disorders. In L. F. Kozol & C. E. Stout, (Hrsg.), *The neuropsychology of mental illness: A practical guide* (S. 129 - 146).
- Pirke, K. M. & Platte, P. (1996). Psychophysiologie der Eßstörungen. In D. Clasing, F. Damm, K. Marx & P. Platen (Hrsg.), *Die eßgestörte Athletin* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Bd. 5, S. 95 - 99). Köln, Berlin: Hansen.
- Platen, P. (1996). Die Diagnostik der Knochendichte. In D. Clasing, F. Damm, K. Marx & P. Platen (Hrsg.), *Die eßgestörte Athletin* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Bd. 5, S. 75 - 77). Köln, Berlin: Hansen.
- Potreck-Rose, F. (1986). Anorexia nervosa und Bulimia. Forschungsergebnisse im Überblick. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 11, 85 - 91.
- Powers, P. S. & Fernandez, R. C. (Hrsg.) (1884). *Current treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Basel, New York: Karger.
- Prior, J., Vigna, Y. M. & McKay, D. W. (1992). Reproduction for Athletic Woman. *Sports Medicine*, 14 (3), 190 - 199.
- Pruitt, J. A., Kappius, R. V. & Imm, P. S. (1991). *Sports, Exercise, and Eating Disorders. Psychology of Sports, Exercise and Fitness: Social and Personal Issues*. In L. Diamant (Hrsg.) (S. 139 - 151). New York: Hemisphere Publishing Corp.

Psychology today (1997). *The 1997 Body Image Survey Result*, 2, 20 - 27.

Pudel, V. & Becker, K. (1989). Denkfehler im Schlaraffenland. *Psychologie heute*, 12, 29 - 33.

Reich, G. (1990). Psychoanalytische und systematische Familientherapie - Integrative Aspekte und Differenzen in Theorie und Praxis. In A. Massing (Hrsg.), *Psychanalytische Wege der Familientherapie*. Berlin: Springer.

Reich, G. (1992). Identitätskonflikte bulimischer Patientinnen. Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonellen Dynamik. *Forum Psychoanal.*, 8, 121 - 133.

Rodin, J. (1993a). Die Körperfalle. *Psychologie heute* 7, 20, 20 - 23.

Rodin, J. (1993b). Der Attraktivitätsterror: Die Zurichtung weiblicher und männlicher Körper. *Psychologie heute* 7, 20, 23 - 25.

Rodin, J. & Larsen, L. (1992). Social factors and the ideal body shape. In K. Brownell, J. Rodin & J. H. Wilmore (Hrsg.), *Eating, Body Weight and Performance in Athletes* (S. 146 - 158). Philadelphia: Lea & Febiger.

Rose, L. (1991). *Das Drama des begabten Mädchens. Lebensgeschichten junger Kunstturnerinnen*. München: o. V.

Rosen, L. W., McKeag, D. B., Hough, D. O. & Curley, V. (1986). Pathogenic weight-control behaviour in female athletes. *Phys. Sportsmed.*, 14, 79 - 86.

Russell, G. F., Smukler, G. J., Dave, C. & Eisler, J. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 1047 - 1056.

Ryle, J. A. (1939). Discussion on anorexia nervosa. *Proceedings Royal Soc. Med.*, 32, 735 - 737.

- Scheffler, S. (1987). Frauenspezifische Krankheitsbilder am Beispiel der Eßstörungen. In B. Rommelspacher (Hrsg.), *Weibliche Beziehungsmuster. Psychologie und Therapie von Frauen* (S. 127 - 137). Frankfurt, New York: Campus.
- Schepank, H. (1991). Dem Themenheft zum Geleit: Anmerkungen zum Faszinorum "A.n.". *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 27, 215 - 219.
- Schepank, H. (1992). Genetic determinants in Anorexia nervosa: Results of studies in twins. In W. Herzog, H. C. Deter & W. Vandereycken (Hrsg.), *The course of eating disorders* (S. 241 - 256). Berlin: Springer.
- Schlesier-Stropp, B. (1984). Bulimia: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 95, 247 - 257.
- Schürch, P. M. (1993). Fasten und Dauerleistungsfähigkeit. *Zeitschrift Sportmedizin*, 41, 29 - 33.
- Schweiger, U. & Pirke, K. M. (1988). Eßverhalten, Sport und die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse bei der Frau. In K. G. Wurster & E. Keller (Hrsg.), *Frau im Leistungssport* (S. 50 - 62). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Schweitzer, F. (1985). *Identität und Erziehung. Was kann der Identitätsbegriff für die Pädagogik leisten?* Weinheim, Basel: Beltz.
- Seidler, G. H. (Hrsg.) (1993). *Magersucht - ein öffentliches Geheimnis*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Selvini-Palazzoli, M. (1972). Racialism in the family. *The Human Context*, 3, 624 - 632.
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. New York, Chaucer: Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-Starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. Jason: Aronson.

Selvini-Palazzoli, M. (1986). *Magersucht* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Shorter, E. (1988, Sommer). The First Great Increase in Anorexia Nervosa. *Journal of Social History*, 69 ff.

Siegrist, J. (1980): Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. *Nervenarzt*, 51, 313 - 320.

Silbernagel, S. & Despopoulos, A. (1988). *Taschenatlas der Physiologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Simmonds, M. (1914a). Über embolische Prozesse in der Hypophysis. *Arch. path. anat.*, 217, 226 - 229.

Simmonds, M. (1914b). Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 40, 322 - 323.

Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1986). Development and preliminary validation of SCANS: A screening instrument for identifying individuals at risk for developing anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 517 - 538.

Sollier, P. (1891). Anorexie hystérique: Formes pathogéniques - traitement moral. *Revue de médecine*, 11, 625 - 650.

Sours, J. A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 567 - 579.

Sperling, E. (1983). Die Mehrgenerationenfamilientherapie. In K. Schneider, *Familientherapie* (S. 301 - 313). Paderborn: Junkermann.

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

- Steinem, G. (1993). *Was heißt schon emanzipiert?* Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Steinen, G. (1993). Der Körper in unserer Vorstellung. *Psychologie heute* 7, 20, 26 - 29.
- Steiniger, J. (1996). Energiehaushalt und Sparstoffwechsel. In D. Clasing, F. Damm, K. Marx & P. Platen (Hrsg.), *Die eßgestörte Athletin* (Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Dokumentation eines Expertengesprächs des Deutschen Sportärztesbundes e. V., Bd. 5, S. 101 - 104). Köln, Berlin: Hansen.
- Steiniger, J. & Noack, R. (1988). Bestimmung von Energie- und Substratumsätzen mittels indirekter Kalorimetrie. *Z. med. Lab. Diagn.*, 29, 17 - 27.
- Stunkard, A. (1961). Hunger and satiety. *American Journal Psychiatry*, 118, 212 - 221.
- Sundgot-Borgen, J. & Larsen, S. (1993a). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutr.*, 3, 29 - 40.
- Sundgot-Borgen, J. & Larsen, S. (1993b). Pathogenic weight-control methods and self-reported eating disorders in female athletes and controls. *Scand. J. Med. Sci. Sports*, 3, 150 - 155.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*. Bern/Stuttgart: Huber und Klett.
- Toro, J., Salamero, M. & Martinez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand*, 89, 147 - 151.
- Tralles, A. von & Trallianus (1878-79). *Alexander von Tralles. Original-Text und Übersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung* (6. Jh.) (Übersetzung von T. Puschmann). Wien: Wilhelm Braumüller.
- Utz, T. (1988). *Familiäre Einstellungs- und Interaktionsmuster bei Anorexia Nervosa unter besonderer Berücksichtigung der Mehrgenerationendynamik*. Dissertation, Universität Tübingen.

- Vandereycken, W., Depreitere, L. & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 252 - 259.
- Vandereycken, W., van Deth, R. & Meermann, R. (1990). *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht: Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen*. Zülpich: Biermann.
- Veelken, L. (1978). *Einführung in die Identitätstherapie: Vorschläge für die Praxis identitätsentfaltender Jugendarbeit*. Stuttgart: Enke.
- Virning, A. G. & McLeod, C. R. (1996). Attitudes Toward Eating and Exercise: A Comparison of Runners and Triathletes. *Journal of Sport Behaviour*, 19 (1), 82 - 90.
- Vogelbach-Woerner, V. (1993). Eßstörungen bei Männern. In Frankfurter Zentrum für Eßstörungen e. V. (Hrsg.), *Eßstörungen. Erscheinungsformen-Ursachen-Behandlungsmöglichkeiten* (S. 63 - 73). Niedernhausen.
- Wallace, M., Sanson, A. & Singer, G. (1978). Adjunctive behaviour in humans on a food delivery schedule. *Physiology and Behaviour*, 20, 203 - 204.
- Wallerstein (1892). Deux cas d'anorexie hystérique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 5, 276 - 280.
- Warren, B. J., Stanton, A. L. & Blessing, D. L. (1990). Disordered eating patterns in competitive female athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 565 - 569.
- Weber, G. & Stierlin, H. (1981). Familiendynamik und Familientherapie der Anorexia-nervosa-Familie. In R. Meermann, *Anorexia nervosa* (S. 108 - 122). Stuttgart: Enke.
- Weight, L. M. & Noakes, T. D. (1987). Is running an analogue of anorexia?: A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. *Medicine-and-science-in-sports-and-exercise*, 19 (3), 213 - 217.
- Wells, R. J. (1983). Letter to the editor. *New England Journal of Medicine*, 309, 47.

- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation internationaler Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Wentz, A. C. (1980). Body weight and amenorrhoea. *Obstet. Gyn.*, 56.
- Werner-Eilert, K. (1986). *Die Beziehung von positiven und negativen Lebensereignissen zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Anorexia nervosa und Zwangsneurose*. Dissertation, Universität Tübingen.
- Wheeler, G. D., Wall, S. R., Belcastro, A. N. & Cumming, D. C. (1984). Reduced serum testosterone and prolactin levels in male distance runners. *J. Am. Med. Assoc.*, 252, 514 - 516.
- Wheeler, G. D., Wall, S. R., Belcastro, A. N., Conger, P. & Cumming, D. C. (1986). Are anorexic tendencies prevalent in the habitual runner? *British-journal-of-sports-medicine*, 2, 77 - 81.
- Willenberg, H. (1984). Körpersymbolik - Ein Beitrag zum Verständnis des Selbsterlebens Magersüchtiger. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34 (9/10), 242 - 245.
- Willenberg, H. (1986a). Die Polarität von Selbsterhaltung und Selbstdestruktion. Das Symptom des willkürlichen Erbrechens unter dem Aspekt des Todestriebes. *Forum Psychoanalyse*, 2, 28 - 43.
- Willenberg, H. (1986b). Die Bedeutung des Vaters für die Psychogenese der Magersucht. Eine kasuistische Untersuchung. *Materialien Psychoanalyse*, 12, 237 - 277.
- Willenberg, H. (1987). Ein Konzept zur stationären psychosomatischen Behandlung magersüchtiger Patienten. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 32, 147 - 153.
- Willenberg, H. (1989). "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 M. Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt* (S. 170 - 220). Berlin: Springer.
- Willi, J. et al. (1989). Langzeitstudie zur Inzidenz der Anorexia nervosa. *Der Nervenarzt*, 60, 349 - 354.
- Wittchen, S., Bleser, B. & Fricke, W. (1988). *Bulimie - Gesellschaftliche, familiäre, individuelle Perspektiven*. Wiesbaden: Beltz.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227 - 256). Weinheim: Beltz.
- Woerner, I., Lehmkuhl, G. & Woerner, W. (1989). Zur Beziehung von Körperwahrnehmung, Eßverhalten und Körpergewicht bei anorektischen und normalgewichtigen Jugendlichen. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 4, 18, 319 - 331.
- Wurmser, L. (1987). *Flucht vor dem Gewissen, Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen*. Berlin: Springer.
- Wurster, K. G. (1990). *Zu schlank für schnelle Läufe?* Köln: Bundesinstitut für Sportwissenschaften: Selbstverlag.
- Wurster, K. G. (1998): Zyklusstörungen bei Sportlerinnen. *Therapeutische Umschau*, 55 (4), 256 - 261.
- Wurster, K. G. & Koros, L. (1984). Wechselbeziehungen zwischen Menstruationszyklus und körperlicher Belastung sowie Leistungsfähigkeit bei Leichtathletinnen des A- bis D-Kaders. In D. Jeschke (Hrsg.), *Stellenwert der Sportmedizin in Medizin und Wissenschaft* (S. 182 - 187). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Wurster, K. G. & Weiske, R. F. (Hrsg.) (1991). *Ermüdungsbruch durch Osteoporose. Risiken von Zyklusstörungen und Leistungssport*. Berlin: Springer.

Yates, A. (1991). *Compulsive Exercise and the Eating Disorders. Toward an Integrated Theory of Activity*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Yates, A., Leehey, K. & Shisslak, C. M. (1983). Running - an analogue of anorexia? *New England Journal of Medicine*, 308 (5), 251 - 255.

Zutt, J. (1946). Psychiatrische Betrachtungen zur Pubertätsmagersucht. *Klinische Wochenschrift*, 24/25, 21 - 30.