

Esstörungen - Verhungern im Meer der Objekte

Horst Kächele & Ana Catina

Obwohl Untergewicht und Adipositas als Formen von Eßstörungen seit Jahrhunderten bekannt sind und Nahrungsaufnahme in abnormer Menge zu der mißbräuchlichen Funktion der Problembewältigung schon lange beschrieben ist (Hilde Bruch 1979) stieg in den westlichen Industrienationen, so auch in Deutschland, "mit der Veränderung des Lebensmittelangebotes auch das durchschnittliche Körpergewicht der Bevölkerung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1992)". Hand in Hand damit wurde bei beiden Geschlechtern der Bauch sozial diskreditiert (Pudel 1997). Allerdings betraf die Veränderung der Perspektive bezüglich körperlicher Ansehnlichkeit die beiden Geschlechter in sehr unterschiedlicher Weise. Das Männermagazin PLAYBOY präsentierte zwischen 1960 und 1978 immer schlankere Models relativ zum ansteigenden Gewichtsverlauf der Bevölkerung (Garner et al. 1980), aber der rapide Anstieg von Eßstörungen betraf vorwiegend die weiblichen Adoleszenten. In der ost-europäischen Welt hinter dem eisernen Vorhang, der nun aufgegangen ist, war das Thema Esstörungen als massenhaftes Phänomen praktisch unbekannt. In Japan, wo traditionellerweise dünnsein als unschicklich galt, indiziert die rasch steigende Bulimierate Hand in Hand mit der Modebewusstseins der jungen Frauen. (siehe ZEIT Magazin vom September 97) eine ähnliche Entwicklung. Unzähligen Bücher über die Bulimie in der Laienpresse, thematisieren den unerhörten Widerspruch zwischen gesellschaftlichem Reichtum und persönlicher innerer Verarmung. In einer Gesellschaft, die mehr denn jemals zuvor in einer Welt der Verschwendung lebt, signalisierten eine Reihe von Untersuchungen für die Abfassung des DSM III bereits in 1980, dass neben der bekannten restriktiven Anorexie ein neues Krankheitsbild zu berücksichtigen wäre, was unter eine

Reihe verschiedener Bezeichnungen aufgetaucht war. Durchgesetzt hat sich für das Vollbild die von Russell (1979) vorgeschlagene Bezeichnung *Bulimia nervosa*.

Sehr konservative Schätzungen ergeben bei jungen Frauen in westlichen Gesellschaften eine Punktprävalenz (Bevölkerung) bzw. Einjahres-Inzidenz (Inanspruchnahme in der Prämarversorgung) für strikt definierte Anorexie von 0,3% bzw. 8/100000 und für Bulimie von 1% bzw. 12/1000 000. Epidemiologische Studien belegen, dass meist der Beginn der Anorexia zwischen 13 und 23 Jahren liegt; die Bulimie, die erst 1979 als eigenständiges Krankheitsbild von Russell beschrieben wurde, weist einen deutlich späteren Beginn auf, auch wenn Übergangsformen zunehmend beschrieben werden.

Alle übergreifenden Analysen kommen zu der Schlußfolgerung, daß eindimensionale Modelle der *Anorexia nervosa* und der *Bulimia nervosa* wenig Grundlage in den empirischen Befunden haben und beide Erkrankungen nur mit komplexen, multidimensionalen biopsychosozialen Modellen zu beschreiben sind (Garner et al., 1986; Garfinkel und Garner, 1982; Fichter, 1989; Halmi, 1985). Als grundlegend wichtig konnten folgende gemeinsame Faktoren ermittelt werden:

1. Beide Erkrankungen sind nur als klinische Syndrome auf der Basis der z.B. im DSM IV festgelegten diagnostischen Kriterien beschreib- und abgrenzbar.
2. Die Pathologie der Persönlichkeit beeinflusst beide Erkrankungen
3. Familiäre und soziale Umgebungsfaktoren sind entscheidend an der Entwicklung, dem Verlauf und der Chronifizierung beider Erkrankung beteiligt.
4. Biologische Faktoren und physiologische Veränderungen bestimmen Genese und Verlauf der Eßstörung mit.

Die diagnostischen Kriterien für beide Erkrankungsformen werden von ICD 10 und DSM IV etwas verschiedenen festgelegt. Für die Anorexie steht die Körperschema-Störung, die Angst dick zu werden, zunehmend im Mittelpunkt der Pathogenese, während bei der Bulimie die Eßanfälle mit Kontrollverlust das Kernsyndrom bilden.

Für beide Störungsbilder gilt, dass über die symptomatischen Faktoren hinaus Persönlichkeitsmerkmale eine große Rolle spielen, wie übermäßiges

Beschäftigtsein mit dem Körperschema, Depressivität, Zwänge und Ängste, Störung der Selbst-Objekt-Grenzziehung.

Obwohl Anorexie und Bulimie überwiegend bei jungen Frauen zwischen 15 und 30 Jahren auftreten, handelt es sich nicht nur um eine Pubertäts- oder Adoleszenzkrise, sondern um eine tiefergehende Identitätsstörung bzw. narzißtische Störung; mit anderen Worten es handelt es sich um eine Störung der Selbst-/Objektbeziehung, deren Art und Ausmaß allerdings individuell beträchtlich variiert und von gravierenden Störungen des Ichs, der Selbst- Objektdifferenzierung, bis zu leichteren Störungen geschlechtsbezogener Selbstwertproblematik reichen kann. Im subjektiven Erleben der Patientinnen kann das seinen Niederschlag finden als Gefühl von Ohnmacht, Kontrollverlust, Identitätsdiffusion und dem Gefühl des Manipuliertwerdens durch wichtige Bezugspersonen und Umwelteinflüsse.

Im psychodynamischen Verständnis ergänzen sich triebdynamische und objektbeziehungspsychologische Konzeptualisierungen. Anorexie wird als regressives Ausweichen angesichts ödipaler Wünsche und Ängste auf die Oralität aufgefaßt, die wiederum abgewehrt wird. Folge dieser Abwehr ist die Ablehnung (Abspaltung) von Sexualität und dem Körper insgesamt. Objektbeziehungspsychologisch handelt es sich u. a. um eine regressive Reaktivierung des Größenselbst mit Phantasien wahnhafter Unabhängigkeit vom Objekt und vom Körper. Auf diese Weise können gefährliche angstbesetzte Symbiosewünsche abgewehrt werden, die aufgrund ungelöster Individuation/Separationskonflikte persistieren.

Während die anorektische Patientin mit der Lösung der "wahnhaften Autarkie" eine gewisse Stabilität des Selbst erreicht, was die häufig fehlende Krankheitseinsicht erklärt, fühlt sich die bulimische Patientin häufig in einem Teufelskreis von Depressivität und Selbstentwertung gefangen, der in vielen Fällen die Basis für Krankheitsgefühl und Behandlungswunsch abgibt. Krankheitsgewinn und Stabilisierung des Selbst scheinen also bei der Bulimie geringer zu sein als bei der Anorexie, wobei wir hier von idealtypischen Konzeptualisierungen ausgehen. Triebdynamisch wird auch die Bulimie als Abwehr gegenüber konflikthafte inzestuösen Wünschen verstanden.

Psychoanalytische Sichtweisen der Erkrankung verlassen sich allzugerne auf deduzierbare Interpretationsmuster (s.d. Schwartz, 1988¹), deren Brauchbarkeit

¹z.B. " Food, seen as the semisymbolic equivalent of the oral mother" (Sperling 1949) oder .. "the adult patient is seen as longing for oral mothering yet compelled to expel the introjected

in therapeutischen Prozessen das eine ist; das andere, ihre Brauchbarkeit zum ätiologischen Verständnis des Krankheitsbildes, wird aus der therapeutischen Anwendung geschlußfolgert, aber selten wird auch nur im Ansatz über Kasuistik hinaus, die Reichweite zu belegen versucht. Eine unlängst erschienene Monographie zur Bulimie aus psychoanalytischer Sicht (Schulte & Böhme-Blohm 1991) kritisiert vehement die nur empirisch-phänomenologischen Studien und deren Suche nach sog. externen Faktoren (S. 42). Wir halten diese Kritik für überzogen und finden uns in Übereinstimmung mit einer Position, die kognitive und behaviorale Aspekte zu schätzen weiß (Herzog et al. 1988; Fichter 1985), ohne daß dadurch die Reichweite des psychodynamischen Denkens begrenzt werden müßte. Dies wird hervorragend durch die Arbeiten von Johnson & Connors (1987), einer biopsychosozial orientierten Arbeitsgruppe der Northwestern Universität in Chicago, exemplifiziert ().

Ihre Rezeption der psychoanalytisch orientierten Literatur differenziert die Charakterpathologie nach den Konzepten des Narzißmus und der Borderline-Pathologie; hierbei lassen sich ein eher anorektisch-restriktiver Typus vom bulimischen unterscheiden, die von der frühen Interaktionserfahrungen bestimmt werden. "overinvolvement" und "underinvolvement" sind die beiden Schlagwörter, mit denen sich eine vier-Felder Typologie aufstellen läßt, die klinisch einleuchtend, aber in einem strikten Sinn noch nicht getestet ist.

	Borderline Malevolent	False Self /Narzißtisch)
Restrictor Overinvolvement	Bösartige Grenzüberschreitung Bindung: feindselig, kontrollierend, verwickelnd Trennung: Vergeltung durch Andere, Selbstschädigung Abwehr: paranoid zur Grenzenregulation	Nicht-böswillige Grenzüberschreitungen Bindung: Kontrollierend aber weniger feindselig und bestrafende Verwicklung Trennung: Verarmung von Selbst und Objekt Abwehr: mehr phobisch. zwanghaft

mother as it becomes poisoned by the rage of frustration" (Jessner & Abse 1960) oder "the need to eat is the dissociated search for the oral maternal object and the need to vomit the urge to rid oneself of the monstrous creature who demands so much frantically" (Rizzuto 1982).

Bulimic Under- involvement	Böswillige Vernachlässigung Bindung: feindseliges Di- stanzieren und anklammernde Abhängigkeit Trennung: Verlassenheit, Leere, Fragmentierung Abwehr: hysterisch/impulsiv, projektive Identifikation	Nicht-böswillige Ver- nachlässigung Bindung: gleichgültiges Di- stanzieren, Wunsch nach Intimität vs Angst vor Enttäuschung Trennung: Pseudoautonomie als Selbstschutz Abwehr: schizoid, verleugnend, isolierend
----------------------------------	---	---

Diese Felder können leicht klinisch-kasuistisch aufgefüllt werden; hier finden vielfältige biographisch ausformulierte Skizzen ihren Platz, bei denen die frühen dyadischer Erfahrungen in ihrer Vielfältigkeit ausbuchstabiert werden. Aber auch hier gilt, daß es vorschnell sein dürfte, in jedem Fall eine frühe Pathologie zu hypostasieren (Beattie 1988).

Gesichert scheint zu sein, daß Bulimikerinnen besonders Schwierigkeiten haben, ihren inneren Gefühlszustand wahrzunehmen. Ihre Stimmungsschwankungen sind eher extrem von depressiven bis hypomanischen Zuständen, die mit impulsiven Verhaltensweisen einhergehen. Ein geringes Selbstwertgefühl scheint früh angelegt zu sein und ist mit einem ausgeprägten Gefühl der Machtlosigkeit verbunden.

Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsvariablen für die Binnen-Differenzierung der Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist in zahlreichen Untersuchungen mit dem MMPI nachgewiesen worden (Norman und Herzog, 1983). Allerdings muß betont werden, daß das ganze Spektrum der Persönlichkeitsstörungen vertreten ist, wobei oft begauopt wird, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen besonders bei Bulimie in nicht kleiner Zahl vorkommen (Hudson et al. 1983; Johnson und Connors 1987). Allerdings ergab eine neue Freiburger Studie mit dem "Diagnostischen Interview für Borderline-Patienten" bei einer anfallenden Stichprobe von 172 Patienten nur für 8,8% der Patientinnen die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeits-Störungen; bei Patientinnen mit dem Vollbild einer Anorexie bzw Bulimie waren es 10,0%. Hier scheint auch Überschätzungen vorzukommen, die durch die Symptomatik entstehen, bzw scheinen hier behandlungstechnische Schwierigkeit im Umgang mit den Patientinnen zu diagnostischen Befunden umgedeutet zu werden (Herzog et al. 1996).

Familiäre Umwelt

Für die Anorexie wurde schon sehr früh der Einfluss der familiären Umwelt auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung diskutiert. Populär wurden die Beschreibungen der Magersuchtsfamilie durch Sperling (1965) oder Selvini-Palazzoli (1978), obwohl die empirische Basis für solche Verallgemeinerungen meist schmal bleibt. Deshalb ist es empfehlenswert, nicht generell die Anorexia nervosa als "Symptom einer Familienneurose" zu deklarieren. Die Annahme, daß es familienpathologische Konstellationen gibt, deren Unterschiede für die "Entstehung" der Anorexia nervosa, anderer psychosomatischer Erkrankungen, der Schizophrenie oder der Zykllothymie spezifisch sein könnten, dürfte sich als ähnlich trügerisch herausstellen wie die Spezifitätsannahme bei den psychosomatischen Erkrankungen². Deshalb ist die Ansicht eines langjährig erfahrenen Therapeuten, "eine Anorexie könne in jeder anständigen Familie vorkommen", eher geeignet den Blick offen zuhalten (H. Thomä, mündliche Mitteilung). Deshalb wird die Auffassung einer linearen Kausalität von Familienkonstellationen und Eßstörungen von ernsthaften Forschern auch nicht mehr vertreten; dysfunktionale oder pathologische Familiendynamik kann aber muß nicht ausschlaggebend sein (Cierpka 1989). Die Beschreibungen von "typischen Magersuchtsfamilien" (Sperling u. Massing 1972) beruhen auf im Querschnitt erhobene strukturelle Besonderheiten in den Familienbeziehungen. Gemeint sind damit Interaktionsmuster, die nach dem Auftreten der Erkrankung festgestellt werden. Die Familiendiagnostik steht noch ganz am Anfang. Untersuchungen zur Typologie psychosomatischer, schizopräsender und manisch-depressiver Familien (Wirsching u. Stierlin 1982; Stierlin 1975; Stierlin et al. 1986) weisen so viele methodische Mängel auf, daß die Behauptung ursächlicher Zusammenhänge fragwürdig ist. Exemplarisch hat Anderson (1986) die methodischen Probleme am Modell "psychotischer Familienspiele", wie es von Selvini-Palazzoli (1987) entworfen wurde, diskutiert. Auch aus Gründen der theoretischen Plausibilität ist ein bescheidenes Ziel anzustreben, nämlich die durch jede chronische Erkrankung - hier ist eine Verallgemeinerung am Platz - ausgelöste familiäre Krise zu erfassen und in den Therapieplan einzubeziehen.

²Wie ungünstig sich eine solche Fehleinschätzung auswirken kann, ist bekannt, seitdem die "schizophrenogene Mutter" erfunden wurde. Im Erleben verbindet sich zudem Schuld im Sinne von "Ursache" leicht mit moralischer Schuld oder zumindest mit Verantwortung. Die Einbeziehung der Familie in die Therapie wird dann erschwert oder gar unmöglich, weil die Familienangehörigen sich unverstanden fühlen oder sich erst recht zurückziehen (Thomä & Kächele 1997, S. 541)

Die wenigen, bislang vorliegenden Untersuchungen zu den Familien von bulimischen Patientinnen zeigen, daß das Familienmilieu zum Zeitpunkt der Erkrankung als eher distanziert und zugleich verstrickt beschreibbar ist. Ein hohes Konfliktpotential und eine geringe ausgeprägte Fähigkeit, solche Konflikte auszutragen, werden herausgestellt (Johnson & Flach 1985).

Biologische Hypothesen zur Entstehung der Eßstörungen sind gegenwärtig noch nicht entscheidbar; es ist jedoch zu wünschen, daß diese Fragen nicht im Streit zwischen biologischer und dynamischer Psychiatrie jeweils nur einseitig betrachtet werden. Johnson & Connors (1987) sind sehr zurückhaltend, was den derzeitigen Stand betrifft.

Die oft postulierte Verbindung der Bulimie zu Störungen des affektiven Systems ist im Querschnitt nicht zu übersehen, präsentieren sich doch viele Patientinnen mit erheblichen Störungen der Affektregulation. Diese weisen eine lange Vorlaufzeit auf und es kann vermutet werden, daß affektive Instabilität einen biologischen Risikofaktor darstellt, der bei entsprechenden familiären Konstellationen zur Entwicklung einer psychiatrischen Symptomatologie, und damit auch zur Bulimie, einen Beitrag von ätiologischer Relevanz liefern könnte (Pirke et al. 1988).

Kulturelle Aspekte

Im weiteren Gang dieser Darstellung folgen wir einer auf italienisch erschienen Arbeit³, die besonders den kulturellen Aspekt der Eßstörungenproblematik nachgeht.

Von besonderer Bedeutung für diesen Aspekt ist nämlich der Umstand, dass in den letzten Jahrzehnten eine hohe Inzidenz von Eßstörungen in nicht-klinischen Populationen gefunden wurde. Bekannt wurden diese unter dem Trivialnamen Schlankheits-Diät. Twiggy startete von mehr als dreißig Jahren die neue Schönheitsideologie (mit einem FigurstANDARD von einem BMI unter 20) und heute betrauern Millionen den überraschenden Tod einer jungen Frau, die die "heimlich-un-heimliche Aggression"(Ettl 1988) Bulimie im sprichwörtlichen Sinne hoffähig gemacht hat. Lady Di hat nicht nur für die AIDS und

³Catina A, Kächele H (1995) Sviluppo adolescenziale, contesto sociale e disturbi alimentari: una possibile risposta alla domanda: <Perché le adolescenti?> (Adolescent development in social context). *Adolescentia* 4: 299-310

Minenopfer viel getan, sondern auch zumindest in Großbritannien sehr viel für die gesellschaftliche Anerkennung der Bulimie erreicht.

Woran nun litt die junge Prinzessin, welches kulturell-psychologische Dilemma teilte sie mit den unzähligen jungen Frauen. Es wird übereinstimmend festgestellt, dass die Gewichtskontrolle eine probate, weil gut erreichbare Bewältigungsstrategie für Identitätsprobleme darstellt, die durch die psycho-sozialen und entwicklungsbedingten Faktoren der Adoleszenz in Gang gesetzt werden (in der westlichen Hemisphere) bedingt sind (Bruch 1977; Minuchin et al. 1978; Garfinkel & Garner 1983; Savitt 1980). Empirisch nachgewiesen ist, dass Adoleszente, die ein hohes prognostische Risiko aufweisen Eßstörungen zu entwickeln, vor Beginn der Erkrankung ein verringertes Selbstgefühl, einen instabile Selbstwertregulation aufweisen; sie haben ein wenig entwickeltes Gefühl für die eigene Identität (Casper 1980) und - um es nochmals anderes auszudrücken, eine gering entwickelte Fähigkeit zur Autonomie. Hierfür werden besonders in der psychoanalytischen Literatur ausgiebige Vermutungen angestellt, die eine Genese dieser Identitäts-Autonomie Störungen aus frühen Interaktionserfahrungen ableiten glauben zu können.

Was immer die psychologischen Vorbedingungen, es bleibt zu verstehen, warum diese Vorbedingungen in der westlichen Kultur sich so auswirken können.

Studiert man die Inzidenzraten der adoleszenten Eßstörungen sorgfältig, so erkennt man zwei Gipfel der Häufigkeit, der eine findet zwischen dem Alter von 11-17 Jahren, der andere zwischen dem Jahren 18-21 (Fleck 1965). Dies konnte als Hinweis auf zwei unterschiedlichen Ätiologien gelesen werden. So interpretierte Mester (1981) dass die Eßstörungen am Beginn der Adoleszenz mehr auf die Beschäftigung mit der Körperform als biologischen Gegebenheit fokussiert sind, während später in der Adoleszenz die Persönlichkeitsentwicklung mehr im Vordergrund steht

Am Beginn der Adoleszenz gerät die körperliche Entwicklung unvermeidbar in das Zentrum des Interesses beider Geschlechter, da er sowohl die Quelle so vieler neuer Erfahrungen und Veränderungen ist als auch ein Instrument der Selbst-Bewertung wird. Der Vergleich des eigenen Körpers mit dem der anderen repräsentiert in einem bestimmten Alter ein wichtiges Element der Selbst-Definition (Cusinatto & Framba 1988). Männliche und weibliche Jugendliche vollziehen diesen Prozess auf unterschiedliche Weise. Weibliche

Jugendliche sind tendenziell kritischer und wenig zufrieden mit ihren Körper (Bescheid et al. 1973) als ihre männlichen Altergenossen. In dem Masse nun, indem weibliche sexuelle Attraktivität verengt durch die Brille der Körperform gesehen wird, vergrößert sich die Bedeutung der Körperform für das weibliche adoleszente Selbstgefühl (Garner & Garfinkel 1981). Erinnern wir uns an die obige PLAYBOY Untersuchung, die Prof. Pudel in der BRD bekannt gemacht hat, so steckt darin folgender Sachverhalt: Weibliche sexuelle Attraktivität wird mehr und mehr nur in einer Währung buchstabiert, das Gewicht, genau genommen, das Dünnsein, der Body Mass Index, ist zur konvertiblen Währung der westlichen Industrienationen geworden..Da das Dünnsein das soziale Modell des attraktiven weiblichen Wesens geworden ist,.wird in der Peergroup die entscheidende Quelle der Bestätigung gesucht und gefunden. Worsley (1981) hat beobachtet,dass Mädchen eine direkte Beziehung zwischen körperlicher Erscheinung (Körperform), der Wahrnehmung sozialer Rollen und der Zuschreibung von Persönlichkeits-Merkmalen herstellen. Auf diese Weise kontrolliert der Wahrnehmung des Körpers die Definition der weiblichen Selbstbildes. Der erste Häufigkeitsgipfel der weiblichen adoleszenten Eßstörungen wird so verständlich. Vielfältige Untersuchen der Entwicklungspsychologie der Adoleszenz zeigen nun, dass gegen Ende der Adoleszenz der Körper und seine Wahrnehmung nicht mehr die zentrale Rolle wie am Beginn der Adoleszenz spielt. Viele Adoleszente beenden spontan ihre Diätversuche.

Fast trivial zu nennen ist die Feststellung von Carol Gilligan (1988), dass der Prozess der Identitätsbildung für die beiden Geschlechter verschieden ist. Auch Susie Orbach (1986) - eine engagierte feministische Therapeutin für Eßstörungen - unterstreicht, dass Frauen ihre Selbstdefinition durch Verbundenheit und Unterstützung für andere finden. In ähnliche Weise betont Roger (19??) dass sich Frauen verantwortlicher für die Einleitung und Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen fühlen, auch wenn dies zu Lasten der eigenen Selbstverwirklichung gehen sollte. Gilligan's Untersuchung an College Studentinnen (1990) bestätigt diese Sicht: junge Frauen definieren ihr Selbst vorwiegend durch psychologische Unterstützung, Sorge und Pflege für andere. Diese Fähigkeiten sind diametral entgegengesetzt und verhindern geradezu die Entwicklung eines autonomen, emotional kontrollierten und selbst-bestätigenden Selbstbildes wie es für das männliche Selbstbild charakteristisch ist. Die männliche Entwicklung ist auf Trennung von der Primärfamilie ausgerichtet.

Fast unnötig in Deutschland hier Schiller's Glocke zu zitieren, "der Jüngling muß hinaus in das feindlichen Leben" etc. Diese beiden Entwicklungsrichtungen können bereits in der Kindheit aufgezeigt werden, wo die Mädchen im Spiel schon ermutigt werden, als Mütterchen der Familie die Beziehungspflege zu übernehmen, dieweil die Buben etwas kaputt machen dürfen. Mädchen werden nicht ermutigt sich zu separieren oder gar zu individuieren, sondern werden für die die bindungfördernden Aufgaben gewonnen (Chodorow 1978; Gilligan 1977; Marcia 1980). Selbst Entwicklungs-Psychologie-Handbücher differenzieren zu wenig zwischen diesen beiden geschlechts-differenten Entwicklungslinien; allerdings hat die psychoanalytische Sexualitätsforschung der siebziger Jahren hier große Beiträge geleistet (Chasseguet-Smirgel 1974). Der Knack-Punkt dieser Kritik liegt in der ungerechtfertigten Verallgemeinerung, dass ein Entwicklungsprozess, wie er charakteristisch für männliche Jugendliche ist, für die weiblichen Jugendliche auch veranschlagt wird. Das hat Folgen.

Bovermann (1972) zeigt auf, dass junge Frauen heute mit der Tatsache konfrontiert sind, dass in der modernen (westlichen) Gesellschaft es nur ein Bild gibt, was ein wertvolles Individuum ausmacht, nämlich das männliche. Emotionalität, Sympathie für andere, Abhängigkeit, Verbundenheit und sich Verpflichtet fühlen für andere - alles wichtigste Grundeinstellungen des menschlichen Mit-einanders, und die für die traditionelle weibliche Rolle kennzeichnend waren - sind nur schwer vereinbar mit dem vorherrschenden gesellschaftlichen Leitbild. Gegen Ende der modernen Adoleszenz werden jungen Frauen gleichzeitig geprägt von der Anforderung die Bedeutung von Beziehungen herab zu spielen und die Werte der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit zu schätzen für die Männer sozialisiert werden (Steiner Adair 1986). Die moderne westliche Gesellschaft vernachlässigt nicht die traditionelle weiblichen Identitätsbildung, sondern verlangt, wenn Not am Mann ist (!) auch deren Entwertung.

Fichter's exemplarische Untersuchung über die ansteigende Häufigkeit der Bulimie in jungen griechischen Frauen, die Mazedonien, in Athen und in München untersuchen konnte, verdeutlicht gemeint ist, wenn wir die Rolle kultureller Faktoren sind für das rapide Anwachsen der Eßstörungen sehr hoch veranschlagen (1985).

Wir haben eingangs fern.östliche Kulturen erwähnt, die ein anderes Modell der weiblichen sozialen Rolle fortgeschrieben haben als es in der westlichen Gesellschaft sich entwickelt hat. In diesen ist die Inzidenz der Eßstörung sehr gering. Nun gibt es vielfältige Gründe für diese Unterschiede, und der direkte Vergleich dürfte deshalb schwierig sein. Aber es gibt ein anderes Modell der weiblichen

Identität in einem anderen Typ von Gesellschaft, der aber durchaus europäisch genannt werden muß. Obwohl der östliche Teil von Europa aus politischen Gründen sehr lange von uns getrennt war, ist die kulturelle Verschiedenheit so groß nicht als dass man diese Länder nicht mehr als europäisch bezeichnen würde. Ost-europäische Länder schufen an anderes Bild der Frau entsprechend der Leitvorstellungen der kommunistischen Gesellschaft. Es gründete in einem Familienmodell, welches ein normatives Bild der Frau als Mutter, Ehefrau und berufstätige Frau zur Verfügung stellte. Die Bereiche Mutter/Ehefrau und Berufstätige wurden als ergänzend und nicht als entgegengesetzte Alternativen gesehen. Das Erziehungssystem bereitete die Mädchen von der frühen Kindheit für diese doppelte Aufgabe vor (Staikova & Gadeleva 1992). Untersuchungen im Rahmen eines europäischen multi-zentrischen Projektes in Ungarn belegen für die Zeit vor der Wende eine sehr geringe Inzidenz von Eßstörungen (Tury & Szablo 1990, 1992). Heute, nach dem massiven Import des western way of life und seiner Ideale geraten die jungen Frauen zunehmend unter den Druck des "neuen Mythos" Attraktivität unter dem Leistungsaspekt zu sehen. Schon in 1992 fand eine polnische Untersuchung, dass bei 757 polnischen Adoleszenten bereits 13% hohe Werte auf dem Eating Attitudes Test-26 aufweisen (Wlodarczek-Bisaga 1992).

Eigene klinische Beobachtungen aus Moskau illustrieren dies. Bei einem ersten Besuch 1992 diskutierten wir mit Psychologie-Studentinnen der Lomonossov-Universität. Ihnen waren - selten genug - anorektische Bilder durchaus bekannt; das Krankheitsbild der Bulimie war aber noch nicht gesichtet worden. Zwei Jahre später, an einer neu gegründeten Frauen-Universität, die wegen des hohen Schulgeldes nur von Töchtern inzwischen zu Geld gekommenen Neu-Russen Familien besucht werden kann, trafen wir junge schicke Frauen, die in Aussehen und Umgangsform westlichen Lebensstil erfolgreich importiert hatten- und inzwischen wussten sie, was Bulimie ist. In den Praxen der russischen Psychoanalytiker sind bulimische Patientinnen schon heute anzutreffen.

Die enormen Veränderungen der Rollenerwartungen mit ihrer für junge Frauen doppelten Norm: einerseits vermehrten weiblichen Attraktivitätsidealen Folge leisten zu müssen, andererseits den grassierenden Leistungsansprüchen entsprechen zu wollen. Garner et al. (1983) formulieren dies etwa so:

"while the wider range of choices available to contemporary women may have provided personal freedom for those who were psychologically robust, it may have been overwhelming for the field-dependent adolescent who lacked internal structure"(S.183).

Wir haben es mit den Folgen der Transformation der weiblichen Rolle zu tun, die besonders dort durchschlägt, wo soziale Schicht und Bildung neue Freiheitsräume eröffnet haben (Schwartz, Thompson & Johnson, 1982). Weshalb es einleuchtend ist, dass der Anstieg der Essstörungen zunächst mit dem Bildungsgrad deutlich korreliert war; in dem Maße wie die neuen kulturellen Muster durchschlagen verliert sich dieser Zusammenhang. In anderen Worten ausgedrückt, wir haben Gewinner und Verlierer der Rollendestabilisierung, die das weibliche Geschlecht im Gefolge der westlichen kulturellen Revolution - wie man die feministische Entwicklung ruhig nennen sollte - verändert hat.

Ein zweiter Faktor, der damit nicht zwangsläufig verbunden ist, aber zeitgleich mit der feministischen Bewegung in Gang kam, ist die Essen-Körper-Diät Welle. Mitte der sechziger Jahre entwickelte sich die Bevorzugung des zunehmend dünneren Körpers. Aufgrund von Markt Analysen Anfang der achtziger Jahre in den USA stellte man fest, dass in 45% der US-amerikanischen Haushalte Diät Programme ein Bestandteil des alltäglichen Lebens waren. Frauen sind weitaus mehr involviert, und das nicht aus gesundheitlichen Erwägungen, sondern um der lieben Kosmetik willen - vielleicht weil die Männer dies so wollten. Dieser 'drive for thinness' - dieser Trieb schlank zu sein, entwickelte sich statistischen Zusammenhang mit dem kontinuierlich ansteigenden Gewicht der Bevölkerung, einer Folge der immer besser werdenden Versorgung der westlichen Gesellschaft mit immer qualitativ besseren Nahrungsmitteln. Da die gegenwärtig idealisierte weibliche Form von immer weniger Frauen aus biologischen Gründen eingelöst werden kann, resultierte eine chronische Spannung.

Im Milieu der westlichen Leistungsgesellschaft könnte sich der gesellschaftliche Druck - wie erreiche ich mein Ideal - den Weg gesucht haben, der am ehesten gangbar erscheint, nämlich am eigenen Körper zu vollziehen, was das Gesetz verlangt. Die Demonstration von Selbst-Kontrolle durch Kontrolle des Körpergewichts könnte den Zusammenhang verstehbar machen, autoplastisch statt alloplastisch, wie ein gesellschaftliches Ideal rückwärts gewendet, exekutiert wird.

Lady Diana hat genau dies beschrieben: aus dem netten pummeligen Teenager wurde unter dem Druck der Erwartung die Kundin nicht nicht der fitness stu-

dios, sondern auch die Klistierkonsumentin, um sich nicht nur von oben durch Erbrechen, sondern von unten reinigen zu lassen.

Das Zusammenwirken der verschiedenen genannten Faktoren kann man sich so vorstellen, daß die initialen Bedingungen - biogenetisch, familiär und soziokulturell - zur Charakterbildung beitragen, deren Kennzeichnung schwerpunktmäßig von der affektiven Instabilität und von dem geringen Selbstwertgefühl geprägt wird. Spezielle nur individualpsychologische Beschreibungen, wie sie dem Kliniker vertraut sind, vermögen diese allgemein erscheinenden Rahmenkonzepte gewiß anzureichern, aber es scheint hilfreich, die das Verständnis über biographische Einzelfallrekonstruktionen hinaus auf eine solche verallgemeinerbare Ebene zu heben.

Therapeutische Empfehlungen:

Therapeutische Empfehlungen für den Praktiker aufgrund der bisherigen Forschungslage zu geben ist schwierig und zugleich einfach.

1. Die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses ist, wie generell in der Psychotherapie, von großer Bedeutung.
2. Eine initiale Fokussierung auf das Symptom ist unerlässlich; oft sind kognitive-behaviorale Strategien strategisch günstiger für die Initialphase, da sie den Aufbau alternativer Verhaltensmuster im Sinne einer Ressourcenaktivierung fördern.
3. Die Unterbrechung des bulimischen Anfallsgeschehens ist vital: dieses wird durch einen Teufelskreis bestimmt, der an jeder Stelle durch Veränderungen des innerseelischen Gleichgewichtes in Gang gesetzt werden kann und nur labile Gleichgewichtszustände kennt. Therapeutisch ist hier auch anzusetzen, wenn auch die längerfristige Veränderungsperspektive in der Beeinflussung der zugrunde liegenden dispositionellen Momente liegen muß. Die Unterbrechung der symptombezogenen Teufelskreise mit ihren für das Selbstgefühl so verheerenden Folgen ist jedoch für die Herstellung einer tragenden therapeutischen Beziehung von großer Bedeutung. Aus diesem Grunde sind Interventionen, die sich direkt mit der Wiederherstellung von Kontrolle über die Freßanfälle beschäftigen, für eine erfolgreiche Therapie der Bulimie im Beginn unverzichtbar (Kächele & Hettinger 1993). Bei der Anorexie stellen sich andere Aufgaben, da hier die Aufgabe von Kontrolle eine therapeutische Leitlinie darstellt. Die familientherapeutischen Ansätze ergänzen v. a. dann die Einzeltherapie, wenn sie dem erkrankten Individuum den Freiraum für die Ablösung von zu Hause und die notwendige Autonomie verschaffen (Gurman et al. 1986).

Literatur

- Beattie HJ (1988) Eating disorders and the mother-daughter relationship. *Int J. Eating Disorder* 7: 453
- Bruch H (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books; dt. 1991 *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*, New York
- Catina A, Kächele H (1995) Sviluppo adolescenziale, contesto sociale e disturbi alimentari: una possibile risposta alla domanda: <Perché le adolescenti?> . *Adolescentia* 4: 299-310
- Chasseguet-Smirgel J (Hrsg) (1974) *Psychoanalyse der weiblichen Sexualität*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Cierpka M (1989) Das Problem der Spezifität in der Familientheorie. *System Familie* 2:197-216
- Ettl T (1988) Bulimia nervosa - die heimliche unheimliche Aggression. *Zsch psychoanal Theorie & Praxis* 3: 48
- Fichter MM, Keeser W (1980) Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 228:67-89
- Fichter MM (1985) *Magersucht und Bulimie*. Springer, Berlin
- Fichter MM (1989) *Bulimia nervosa*. Enke Verlag, Stuttgart
- Garner DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M (1980) Cultural expectations of thinness in women. *Psychol. Rep* 47:483-491
- Garfinkel PE, Garner DM (1982) *Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective*. Brunner/Mazel, New York
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9:273-279
- Garner D, Garfinkel P, Irvine M (1986) Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders. *Psychother Psychosom* 46:67-75
- Habermas T (1990) *Bulimie*, Frankfurt, Fischer
- Halmi K (1985) Classification of eating disorders. *J Psychiat Res* 19:
- Herzog D, Keller M, Lavori P (1988) Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 176:131-143
- Herzog T., Stiewe M., Sandholz A., Hartmann A. (1996): Borderline-Syndrom und Eßstörungen. Literaturübersicht und Interview-Studie an 172 konsekutiven Inanspruchnahmepatienten der Freiburger Eßstörungenambulanz. *Psychother Psychosom med. Psychol* 45: 97-108

- Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hrsg) (1992) The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa. Springer, Berlin
- Hudson J, Pope H, Jonas J (1983) Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiat Res* 9:345-354
- Johnson C, Connors M (1987) The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa. A Biopsychosocial Perspective. Basic Books, New York
- Johnson C, Flach A (1985) Family characteristics of 105 patients with bulimia. *Am J Psychiat* 142:1321-1324
- Kächele H, Hettinger R (1993) Bulimie - Ein Rückblick auf eine Behandlung. *Prax Psychother Psychosom* 38: 151-160
- Norman D, Herzog D (1983) Bulimia, anorexia nervosa, and anorexia nervosa with bulimia: A comparative analysis of the MMPI profiles. *Int J Eating Disorders* 2:43-52
- Pirke KM, Vandereycken W, Ploog D (1988) The Psychobiology of Bulimia Nervosa. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Reich G, Cierpka M (Hrsg) Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, Selvini-Palazzoli M (1978) Magersucht. Stuttgart ,Klett-Cotta. 1982,
- Selvini-Palazzoli M (1987) Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schulte MJ & Böhme-Blohm C (1991) Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart
- Schwartz HJ (1988) Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory. Madison, Int Univ Press
- Schwartz D, Thompson M, Johnson C (1982) Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural context. *Int J Eating Dis* 1:23-25
- Speidel H (1991) Geleitwort zu M.J. Schulte & C Böhme-Bloem: Bulimie. In: Schulte M & Böhme-Bloem C (Hrsg) : Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart, New York
- Thomä H (1961) Anorexia nervosa, Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Thomä H, Kächele H (1988/1997) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2: Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Paris London Tokyo 2. Auflage