

# **International Psychoanalytic University**

Prof. Dr. phil. Gerisch

Bachelorarbeit

## **Attraktiv und Effektiv- Zur Kulturalität und Psychodynamik der Bulimia nervosa in der Spätmoderne**

Bearbeitet von: Julie Piesbergen

Immatrikulationsnummer: 1341

Studiengang: Psychologie (B.A.)

Semester: Sommersemester 2013

Erstgutachterin: Prof. Dr. phil. Benigna Gerisch

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

Abgabedatum: 26. September 2013

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit möglichen kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen auf das Krankheitsbild der Bulimie. Ziel ist es zu klären, ob die Gesellschaft einen Einfluss auf die Entstehung der Bulimie hat. Außerdem wird der Versuch unternommen, den in der Literatur und in den Medien suggerierten Anstieg der Krankheitsfälle an Bulimie zu bewerten. Diese Fragestellungen werden auf Grundlage der dafür relevanten Fachliteratur diskutiert und analysiert. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf das Buch von Habermas ‚Heißhunger – Historische Bedingungen der Bulimia nervosa‘ gelegt. Das Ergebnis verdeutlicht, dass insbesondere westliche kulturelle und gesellschaftliche Gegebenheiten einen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Bulimie haben. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse die Entwicklung einer Bulimie-Symptomatik allerdings nur begünstigen. Für die Manifestation des Krankheitsbildes der Bulimie sind außerdem biogenetische, familiäre und prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale von Bedeutung. Einen allgemeinen Anstieg zu bewerten erweist sich als schwierig. Dennoch kann in den letzten Zeit ein Anstieg der Krankheit in westlichen Kulturen beobachtet werden.

## **Thema:**

Attraktiv und Effektiv -

Zur Kulturalität und Psychodynamik der Bulimia nervosa in der Spätmoderne

## **Inhaltsverzeichnis**

Abkürzungsverzeichnis .....	S. I
Abbildungsverzeichnis .....	S. II
1. Einleitung .....	S. 1
1.1 Problemstellung .....	S. 1
1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit .....	S. 2
2. Das Krankheitsbild der Bulimie .....	S. 3
2.1 Geschichte der Bulimie .....	S. 3
2.2 Definition der Bulimie gemäß ICD10 .....	S. 4
2.3 Epidemiologie und Geschlechterverteilung .....	S. 5
2.4 Symptomatologie und Psychodynamik der Bulimie .....	S. 9
2.4.1 Symptomverhalten .....	S. 9
2.4.2 Persönlichkeitsmerkmale und Gefühlserleben der Betroffenen .....	S. 11
2.4.3 Familiärer Hintergrund .....	S. 13
2.5 Abgrenzung der Bulimie zur Magersucht .....	S. 14

3. Kulturelle Aspekte der Bulimie .....	S. 14
3.1 Relevanz der Bulimie in westlichen Kulturen .....	S. 15
3.2 Kulturabhängigkeit der Bulimie .....	S. 15
3.3 Die Bulimie als ethnische Störung .....	S. 16
3.4 Kulturell bedingte Schönheitsideale .....	S. 18
3.4.1 Der Wandel des Schönheitsideals .....	S. 18
3.4.2 Schönheitsideale und ihre Präsenz in den Medien .....	S. 25
4. Gesellschaftlicher Wandel und Bulimie .....	S. 26
4.1 Allgemeiner gesellschaftlicher Wandel .....	S. 26
4.2 Wandel der weiblichen Geschlechterrolle .....	S. 28
4.3 Wandel der Ernährungsgewohnheiten .....	S. 31
5. Zusammenfassung und persönliches Fazit .....	S. 34
Literaturverzeichnis .....	S. III

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Diagnostische Leitlinien nach Dilling und Freyberger für das Krankheitsbild der Bulimie (ICD-10); (Dilling & Freyberger, 2012) .....	S. 5
Abb. 2: Inzidenzraten der Bulimia nervosa im Zeitraum von 1980 bis 1991; (Keel & Klump, 2003) .....	S. 8
Abb. 3: Einflussfaktoren auf die Charakterstruktur bulimischer Persönlichkeiten; (Eigene Darstellung in Anlehnung an Johnson & Connors, 1987) .....	S. 24

## **Abkürzungsverzeichnis**

APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAT	Eating Attitudes Test
ICD	International Classification of Diseases
IPU	International Psychoanalytic University

# **1. Einleitung**

## **1.1 Problemstellung**

In der heutigen Zeit sind Schönheitsideale allgegenwärtig. Durch die Medien - insbesondere das Fernsehen und das Internet - werden wir ständig mit aktuellen Schönheitsidealen und Trends konfrontiert. Auch die Zahl der Menschen, die an Essstörungen leiden, scheint zuzunehmen. In dieser Arbeit ist insbesondere das relativ „neue“ Krankheitsbild der Bulimie von Bedeutung, da es bei diesem Krankheitsbild einen Zusammenhang mit der westlichen Kultur zu geben scheint.

Das öffentliche Interesse am Krankheitsbild der Bulimie bei Patienten mit normalem Körpergewicht ist seit Ende der achtziger Jahre stetig gewachsen. Erst 1980 wurde die Bulimie als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Seitdem hat man - den Medien zufolge - den Eindruck, dass es einen „massiven“ Anstieg an Essstörungen, insbesondere der Bulimie, gibt. Doch ist dieser Anstieg wirklich so hoch? Woran liegt es, dass die Bulimie immer häufiger auftritt? Was für einen Einfluss hat die Gesellschaft auf die Entstehung von Essstörungen, insbesondere auf die Entwicklung der Symptomatik einer Bulimie? Dies soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

Die Idee für diese Arbeit entstammt dem aktuellen Forschungsprojekt ‚Aporien der Perfektionierung in der beschleunigten Moderne‘ von Prof. Dr. Benigna Gerisch, Prof. Dr. Vera King und Prof. Dr. Hartmut Rosa. In dem Teilprojekt der IPU von Benigna Gerisch geht es um den gegenwärtigen kulturellen Wandel von Selbstentwürfen, Beziehungsgestaltungen und Körperpraktiken.

Es wird die These vertreten, dass die permanente Beschleunigung sozialer Prozesse in westlichen Gesellschaften eine Optimierung sozialer Praktiken in unterschiedlichen Lebensbereichen erfordert. Dabei wird ein Zusammenhang von Beschleunigung und Optimierung bzw. Perfektionierung angenommen.

Angesichts dieser Annahmen ist das Krankheitsbild der Bulimie ein Teilaspekt des Projekts, denn gerade bei der Bulimie streben die betroffenen Patienten nach einer körperlichen Perfektion. Davon erhoffen sie sich, ihre private und berufliche Lebenssituation zu optimieren.

## 1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit stellt das Buch ‚Heißhunger – Historische Bedingungen der Bulimia nervosa<sup>1</sup>‘ (1990) von Tilmann Habermas dar. In diesem Buch werden insbesondere die kulturellen und gesellschaftlichen Faktoren für die Entstehung der Bulimie analysiert. Anhand der Vermutungen von Habermas soll in der vorliegenden Arbeit dargestellt und geprüft werden, inwieweit die von ihm angeführten Gründe heute noch gelten bzw. sich eventuell sogar verstärkt haben.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Der Problemstellung und der Zielsetzung dieser Arbeit folgt das zweite Kapitel, in dem - ausgehend vom historischen Hintergrund - das Krankheitsbild der Bulimie definiert und beschrieben wird. In diesem Kapitel wird neben der Definition des Krankheitsbildes deren Psychodynamik erläutert, da diese dem Verständnis der möglichen kulturellen Einflüsse dient. Außerdem wird gezeigt, welche Persönlichkeitsmerkmale einer Person die Entwicklung einer Bulimie begünstigen.

Das dritte Kapitel widmet sich den möglichen kulturellen Einflüssen auf die Entstehung und Entwicklung der Bulimie. Dabei wird zunächst die These von Habermas vorgestellt und diskutiert, ob die Bulimie der Ausdruck einer ethnischen Störung ist. Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die ausführliche Darstellung des Wandels des Schönheitsideals von Frauen in den westlichen Kulturen. Diese Veränderung hin zu einem besonders schlanken Frauenbild gilt in der Literatur als zentraler kultureller Einflussfaktor auf die Entstehung und Entwicklung der Bulimie.

Im 4. Kapitel folgt die Darstellung weiterer grundlegender gesellschaftlicher Veränderungen, wie etwa die allgemein zunehmende Beschleunigung in der Gesellschaft, die veränderten Rollenerwartungen an das weibliche Geschlecht oder der Wandel der Ernährungsgewohnheiten, von denen ebenfalls Einflüsse auf die Entwicklung der Bulimie vermutet werden.

Das Fazit bildet in Kapitel 5 den Abschluss dieser Arbeit.

---

<sup>1</sup> Die genaue Bezeichnung des Krankheitsbildes ist ‚Bulimia nervosa‘. Im Folgenden wird darauf verzichtet und nur die Rede von ‚Bulimie‘ sein.



## **2. Das Krankheitsbild der Bulimie**

### **2.1 Geschichte der Bulimie**

Der Begriff ‚Bulimia‘ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt ‚Ochsenhunger‘. Der Ochsenhunger bzw. Heißhunger ist ein typisches Symptom der Bulimie. Schon in der Antike haben griechische Autoren Anfälle von Heißhunger beschrieben. Allerdings war die Ursache der Anfälle damals nicht bekannt, und man führte das Symptom auf eine Vielzahl von Krankheiten zurück (Habermas, 1990). Im 19. Jahrhundert vermuteten Ärzte, die Bulimie sei eine Form der Angstneurose. Den Heißhungeranfall verstanden sie „als lavierten Angstanfall“ (Habermas, 1990, S. 73).

Der erste Fallbericht, der ansatzweise in die Richtung des heutigen Krankheitsbildes der Bulimie geht, stammt aus dem Jahre 1932 von Wulff. Er beschreibt vier weibliche und einen männlichen Patienten, die zwanghaft gierig essen, depressiv sind und sich vor ihrem eigenen Körper ekelten. Diese Symptome fasst er unter dem Begriff ‚oraler Symptomkomplex‘ zusammen (Wulff, 1932, zitiert nach Habermas, 1990).

Absichtliches Erbrechen wird in der Literatur erst ab Anfang der 40er Jahre beschrieben. Die Symptome der Bulimie werden zu dieser Zeit allerdings fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Anorexie (Magersucht) berichtet (Garner & Garfinkel, 1987). „Ende der 40er Jahre galt Sich-Übergeben bereits als Geheimtip in einigen Colleges“ (Habermas, 1990, S. 82).

Das heutige Krankheitsbild der Bulimie wird erstmals von Russell 1979 erwähnt und empirisch untersucht. Er beschreibt Patienten, die in kurzer Zeit eine große Menge an Nahrung zu sich nehmen und anschließend versuchen, die Gewichtszunahme durch selbstinduziertes Erbrechen oder Laxantienabusus<sup>2</sup> zu mildern. Diese Patienten haben außerdem eine krankhafte Furcht vor dem Dickwerden (Russell, 1979).

Im Jahr 1980 wird die Bulimie als eigenständiges Krankheitsbild anhand von diagnostischen Kriterien in der dritten Version des „diagnostischen und statistischen Manuals zur Klassifikation psychischer Störungen“ (DSM-III) aufgenommen.

---

<sup>2</sup> Abführmittelmissbrauch

Das Symptombild der Bulimie erfährt seit Ende der achtziger Jahre ein hohes Ausmaß an Interesse, wobei die Bulimie bei normalem Körpergewicht ein eher neues Symptombild darstellt (Habermas, 1990).

Die Veröffentlichung des wissenschaftlichen Berichtes von Russell und die Aufnahme des Krankheitsbildes in das DSM-III haben viele Forscher zu weiteren Untersuchungen des ‚neuen‘ Krankheitsbildes motiviert. Im damaligen DSM-III wurde die Bulimie klar von der Anorexie abgegrenzt (Russell, 2004). Mit der Zeit erkannte man, dass die beiden Krankheitsbilder allerdings nicht eindeutig voneinander zu trennen sind. Im aktuellen DSM-V werden deshalb auch die Ähnlichkeiten der beiden Krankheitsbilder aufgeführt.<sup>3</sup>

In der Literatur wird häufig diskutiert, ob die Bulimie nun eine neue Erkrankung ist oder ob sie bereits vorher existierte. Russell (2004) zufolge handelt es sich bei der Bulimie in der heutigen Form um ein neues Krankheitsbild. Als Grund dafür nennt er, dass die für die Bulimie typischen Symptome in der Literatur vor 1960 nur vereinzelt beschrieben werden.

Anfang der 70er Jahre ist die Bulimie dann vermehrt diagnostiziert worden. Damit stieg das wissenschaftliche Interesse, und in der Folge gab es um 1980 einen großen Anstieg an Publikationen über die Bulimie. Zur gleichen Zeit wurden Bulimie-Patienten zunehmend in Kliniken behandelt. Die Beschreibung der Bulimie anhand von klinischen Kriterien erleichterte außerdem die Diagnose der Krankheit.

## **2.2 Definition der Bulimie gemäß ICD10**

Das ICD-10<sup>4</sup> ist ein Handbuch zur Klassifikation psychischer Störungen. Unter Punkt F50.2 ist die Bulimia nervosa „durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert“ (Dilling & Freyberger, 2012, S. 207). Die diagnostischen Leitlinien sind nach Dilling und Freyberger in der folgenden Abbildung 1 zusammengefasst.

---

<sup>3</sup> In Kapitel 2.4 werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Bulimie und Anorexie erläutert.

<sup>4</sup> Es gibt zwei Klassifikationssysteme: das bereits erwähnte DSM-III, aktuell: DSM-V und das ICD-10. Das ICD-10 ist für die Krankenversorgung in Deutschland bindend. D.h. auch in Psychotherapieanträgen müssen die Diagnosen dieses Systems angegeben werden.

- A. Häufige Episoden von Fressattacken/Esstaumel (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- B. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen (craving).
- C. Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern:
1. selbstinduziertes Erbrechen
  2. Missbrauch von Arzneimitteln
  3. zeitweilige Hungerperioden
  4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
- Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
- D. Selbstwahrnehmung als zu „zu fett“, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt)

**Abbildung 1:** Diagnostische Leitlinien nach Dilling und Freyberger für das Krankheitsbild der Bulimie (ICD-10);  
Quelle: Dilling & Freyberger, 2012, S. 207

Darüber hinaus erwähnen die Autoren, dass es bei den Betroffenen häufig eine frühere Episode einer Anorexia nervosa gibt (Dilling & Freyberger, 2012, S. 207).

### 2.3 Epidemiologie und Geschlechterverteilung

Die Bulimie tritt überwiegend bei Frauen auf (Russell, 1989). Habermas (1990) beschreibt, dass sie einen Anteil von 95% der Patienten ausmachen. Im DSM-V heißt es, dass mindestens 90% der Betroffenen weiblich sind (American Psychiatric Association [APA], 2013). Bei männlichen bulimischen Patienten kommt häufig noch eine Störung der Geschlechtsidentität dazu. Ein großer Teil der betroffenen Männer ist homosexuell oder bisexuell orientiert. Die Symptomatik beginnt bei Männern später als bei Frauen. Die Mehrzahl der betroffenen Männer ist leicht übergewichtig. Im

Vergleich zu den Frauen streben sie ein wenig niedrigeres Gewicht an. Zudem haben Männer häufiger zusätzlich Probleme mit Alkohol und Drogen. Die besondere Prävalenz dieser Krankheit bei Frauen deutet darauf hin, dass die Bulimie eng mit der weiblichen Geschlechtsrollenidentität zusammenhängt (Habermas, 1990).<sup>5</sup>

Habermas weist darauf hin, dass es in der Literatur zahlreiche Belege dafür gibt, dass das Auftreten der Bulimie schichtabhängig ist. Demnach tritt sie häufiger in der Mittelschicht als in der Unterschicht auf (Habermas, 1990). In den 80er Jahren, als die Bulimie auch zunehmend in der Öffentlichkeit thematisiert wurde, waren 1-5% der jungen Frauen aus den mittleren und oberen Schichten betroffen (Garner & Garfinkel, 1987).

Auch heute ist die Bulimie zwar immer noch am häufigsten in der Mittelschicht vertreten. Allerdings ist zu vermuten, dass dieses Krankheitsbild zukünftig unabhängig von der Schichtzugehörigkeit auftreten wird, da die Konfrontation mit gängigen Schönheitsidealen - insbesondere durch die Flut an Casting-Shows - alle Schichten erreicht.<sup>6</sup>

Um die Verbreitung bzw. das Auftreten von Krankheiten oder psychischen Störungen darzustellen, wird zum einen deren Inzidenzrate und zum anderen deren Prävalenzrate angegeben. Die Prävalenzrate gibt die Anzahl der Erkrankungen in einer Population an, d.h. die Gesamtzahl der an einer bestimmten Krankheit erkrankten Personen.<sup>7</sup> Die Inzidenzrate hingegen gibt an, wie viele Neuerkrankungen in einer Population in einer gewissen Zeiteinheit - meist innerhalb eines Jahres - auftreten.

Für die Bulimie gemäß der Kriterien nach DSM-V gibt es bei Frauen aktuell eine Prävalenzrate von 1-5%, wobei hauptsächlich junge Frauen betroffen sind (APA, 2013). In der vorigen Version des DSM-IV aus dem Jahre 2003 wurde eine Prävalenzrate von 1-3% angegeben (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Demzufolge hat es

---

<sup>5</sup> Es gibt zwar Hinweise darauf, dass die Zahl der an Bulimie erkrankten Männer zunimmt. Dennoch sollen in dieser Arbeit vor allem betroffene Frauen betrachtet werden, da ihr Anteil weiterhin am größten ist. (vgl. dazu Grabhorn, Köpp, Gitzinger, von Wietersheim & Kaufhold, 2003; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999).

<sup>6</sup> Vergleiche dazu auch die Ausführungen im Kapitel 3.4.1.

<sup>7</sup> Es gibt verschiedene Arten von Prävalenzraten: Punkt-Prävalenz (Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt), Perioden-Prävalenz (Prävalenz für einen bestimmten Zeitraum) und Lebenszeit-Prävalenz (Häufigkeit der Personen, die einmal in ihrem Leben an einer bestimmten Krankheit leiden). Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die in dieser Arbeit dargestellten Prävalenzwerte auf die Punkt-Prävalenz.

nur einen geringen Anstieg der Krankheitsfälle gegeben. Eine frühere Studie von Pyle, Halvorson, Neumann und Mitchell (1986) mit weiblichen Studentinnen kommt zu einer Prävalenzrate von 8%. Ein Grund für die damals höhere Prävalenzrate könnten die unterschiedlichen Kriterien des DSM-III im Vergleich zum DSM-V sein. Die Kriterien des DSM-III waren noch nicht so spezifisch, so dass u.U. damals mehr Frauen die Kriterien erfüllten (Keel & Klump, 2003).

Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Prävalenzwerte ist laut Keel und Klump (2003) die unterschiedliche Methodik zur Erfassung der Prävalenzrate. In früheren Studien wurden meist Fragebögen verwendet, in denen die Probanden anonym eine Selbstauskunft gaben. In späteren Studien erfolgte die Datenerhebung mittels strukturierter klinischer Interviews, mit denen das Krankheitsbild differenzierter und systematischer erfasst werden kann.

Selbstauskünfte mittels Fragebögen führen zu einer höheren Schätzung der Prävalenzrate der Bulimie, da zu vermuten ist, dass betroffene Frauen aufgrund der Anonymität der Befragung eher bulimisches Symptomverhalten angeben (Keel & Klump, 2003).

Weiterhin ist zu vermuten, dass Studentinnen als Probanden der Untersuchung aufgrund ihrer Schichtzugehörigkeit stärker von Bulimie betroffen sind als der Durchschnitt aller Frauen. Aufgrund der fehlenden Repräsentanz der Stichprobe können die Ergebnisse zu späteren oder früheren Untersuchungen nicht verglichen werden.

Keel und Klump (2003) haben in einer quantitativen Metaanalyse herausgefunden, dass die Inzidenzrate der Bulimie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich zugenommen hat, wohingegen sich die Inzidenzrate der Anorexie kaum verändert hat bzw. nur minimal angestiegen ist.

Abbildung 2 zeigt eine Zunahme der Inzidenzrate in dem betrachteten Zeitraum. Bei der Bewertung dieser Tabelle muss man allerdings beachten, dass die Studien in Ländern mit einer westlichen Kultur durchgeführt wurden. Wie im Folgenden noch gezeigt wird, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Kultur und dem Auftreten der Bulimie.

<i>Bulimia Nervosa Incidence</i>							
Midpoint	Range	Location	Criteria	Reported incidence	<i>r</i>	<i>p</i>	Study
1980	1970–1989	Bornholm County, Denmark	ICD 10	0.7–3.0	.905	.0475	Pagsberg & Wang (1994)
1982	1977–1986	Fyn County, Denmark	<i>DSM-III</i>	5.5 <sup>a</sup>	.618	.0285	Joergensen (1992)
1982	1977–1986	Wellington, New Zealand	<i>DSM-III</i>	6.0–44.0	.869	.0005	Hall & Hay (1991)
1985	1980–1990	Rochester, Minnesota	<i>DSM-III-R</i>	13.5 <sup>b</sup>	.347	.1475	Soundy et al. (1995)
1987	1985–1989	The Netherlands	<i>DSM-III-R</i>	11.5	.828	.042	Hoek et al. (1995)
1989	1978–1992	Yamagata Prefecture, Japan	<i>DSM-III-R</i>	—	.863	.1685	Nadaoka et al. (1996)
1991	1988–1993	England and Wales	<i>DSM-IV</i>	12.2	.968	.001	Turnbull et al. (1996)

*Note.* ICD 10 = *International Classification of Diseases* (10th ed.); *DSM-III* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.); *DSM-III-R* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.); *DSM-IV* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).  
<sup>a</sup> Incidence for females ages 10–24 years. <sup>b</sup> Age- and sex-adjusted incidence rate.

**Abbildung 2:** Inzidenzraten der Bulimia nervosa im Zeitraum von 1980 bis 1991;  
Quelle: Keel & Klump, 2003, S. 758

Stice, Marti und Rohde (2013) untersuchten die Prävalenz und Inzidenz der Diagnosen für Essstörungen in einer prospektiven Studie bei 496 jungen amerikanischen Frauen. Über acht Jahre wurde jährlich ein diagnostisches Interview mit den Probandinnen durchgeführt. Innerhalb dieses Zeitraums stellten die Autoren eine Prävalenzrate von 2,6% und eine Inzidenzrate von 2,2% für Bulimie fest. Allgemein erfüllten über 10% der jungen Frauen die Kriterien gemäß DSM-IV für Essstörungen (dazu gehören: Anorexie, Bulimie oder nicht spezifizierte Essstörungen). Rund 13% der Befragten hatten bereits Erfahrungen mit Essstörungen in ihrem Leben.

Diese Zahlen zeigen, dass Essstörungen ein aktuelles Thema sind und es wichtig ist, sie rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Gerade für die Bulimie ist dies schwierig, weil viele Frauen sich für ihre Symptomatik schämen und sie deshalb verheimlichen. Die Bulimie wird meist erst sehr spät erkannt. Das Krankheitsbild ist nicht so offensichtlich wie z. B. bei der Anorexie, da die Patienten bei der Bulimie meist normalgewichtig sind. In einer Studie von Fairburn und Cooper (1983) zur Epidemiologie der Bulimie in England konnte gezeigt werden, dass nur 2,5% der Probanden wegen Bulimie in Behandlung waren, obwohl 80% der Stichprobeangaben Probleme mit Essenanfällen und anschließendem Erbrechen zu haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es zwar einen Anstieg der Bulimie gibt, allerdings ist dieser nicht so hoch, wie er in der Literatur oder in den Medien suggeriert wird. Wahrscheinlicher ist, dass es eine größere Akzeptanz und auch mehr Wissen über die Bulimie gibt. Demzufolge begeben sich mehr Betroffene in

klinische Behandlung. Auch die wachsende Berichterstattung in den Medien kann für einen subjektiv wahrgenommenen Anstieg der Krankheit verantwortlich sein.

Bei der Bewertung von Prävalenz- und Inzidenzraten sollte man immer die genannten Kritikpunkte (verwendete diagnostische Kriterien, Art der Datenermittlung, Repräsentanz der Stichprobe) beachten.<sup>8</sup> Für die Bewertung ist außerdem immer der Kontext der Studie wichtig (z.B. ob die untersuchte Stichprobe aus einem westlich orientierten Land stammt).

## **2.4 Symptomatologie und Psychodynamik der Bulimie**

### **2.4.1 Symptomverhalten**

Die bulimischen Symptome beginnen meist nach der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter (Russell, 1989). Das durchschnittliche Alter für den Beginn liegt bei 18 Jahren (Habermas, 1990). In der Regel ist dies das Alter, in dem die erste Trennung von der Familie stattfindet. Somit scheint es einen Zusammenhang zwischen der bulimischen Symptomatik und der Ablösung von der Familie zu geben.

Wie sich im Folgenden zeigen wird, haben Bulimikerinnen ein geringes Selbstbewusstsein und empfinden eine große Unsicherheit. Diese Aspekte könnten für den Symptombeginn nach dem ersten Loslösungsversuch vom Elternhaus verantwortlich sein.

Ein weiterer Auslöser für die Symptomatik der Bulimie ist der Versuch abzunehmen (Johnson & Connors, 1987). Als Reaktion darauf kommt es häufig zu Essanfällen, die wiederum dazu führen, dass die betroffenen Frauen beginnen sich zu übergeben (Abraham & Beaumont, 1982).

Bei Symptombeginn liegt das Körpergewicht meist im Normalbereich, mit einer leichten Tendenz zu Übergewicht (Habermas, 1990).

Heißhungeranfälle und darauf folgendes Erbrechen sind typisch für das Symptomverhalten der Bulimie. Habermas definiert einen Heißhungeranfall als „impulsives

---

<sup>8</sup> Hierbei ist auf das verwendete Prävalenzmaß zu achten, da die unterschiedlichen Arten der Prävalenz zu verschiedenen Ergebnissen führen. (Vergleiche dazu Fußnote 7 in dieser Arbeit).

Essen (...), bei dem das Verlangen zu essen im Moment als lustvoll und gewollt, außerhalb der Episoden aber als ichfremd erlebt wird“ (Habermas, 1990, S. 17).

Während eines Heißhungeranfalls werden große Mengen kalorienreicher Nahrung verzehrt. Die dabei aufgenommenen Kalorien schwanken zwischen 3.000 und – im Einzelfall - bis zu 10.000 Kalorien (Paul, Meyer & Pudiel, 1987; zitiert nach Habermas, 1990, S. 17).

Die Heißhungerattacken werden oft im Voraus geplant. Die Betroffenen wissen dann genau, dass sie die verzehrte Nahrung wieder erbrechen werden (Ettl, 2013). Nach Ettl sind Bulimikerinnen ständig diffusen Spannungszuständen ausgesetzt. Durch das Erbrechen versuchen sie, diese Spannungsgefühle zu kompensieren. Das Essen und Erbrechen wird also als „Spannungslöser“ benutzt (Ettl, 2013, S. 36).

Die innere Anspannung wird meist durch intra- und interpsychische Spannungen ausgelöst. Dabei wird das Selbst mit Gefühlen von Enttäuschung, Aggression und Beschämung überschwemmt. Eine solche Kränkung oder Enttäuschung wird dann „mit Hunger beantwortet“ (Ettl, 2013, S. 32). Anstatt mit einer heftigen emotionalen Reaktion zu reagieren, „verstummt die Bulimikerin, wendet sich ab, zieht sich zurück und ergeht sich in einem Fressanfall“ (Ettl, 2013, S. 32).

Es gibt eine Reihe weiterer Auslöser, die zu einem impulsiven Essanfall führen können. Wenn Betroffene sich von anderen im Stich gelassen fühlen und dadurch die „Sicherung des Selbst- und Selbstwertgefühls“ versagt, kann dies einen Essanfall auslösen (Habermas, 1990, S. 99).

Typische Auslöser sind außerdem Situationen, in denen die Frauen eigentlich mit Wut reagieren müssten (z.B. nach einer Enttäuschung). Stattdessen nehmen sie eine „unspezifische Erregung“ oder „innere Leere“ wahr, auf die sie dann mit einem Fressanfall reagieren (Habermas, 1990, S. 99).

Das Gefühl von Einsamkeit, aber auch Stress und Unterdrückung durch andere können weitere Gründe sein, die einen Essanfall verursachen. Zudem versuchen Bulimikerinnen mit den Essanfällen Verlustängste zu kompensieren (Habermas, 1990). Auch die Trennung von der Familie verursacht Angst. Die Angst wird dann auf das Essen verschoben. Es ist meist eine Angst vor Kontrollverlust sowie Orientierungs- und Strukturlosigkeit (Köpp, Kiesewetter und Deter, 2007).



Der bulimische Anfall stellt somit eine Art Kompensation von hauptsächlich negativen Emotionen dar. Die Betroffenen fühlen sich überfordert, und der Essanfall ist ein Mittel, die empfundene innere Spannung zu kompensieren. Dabei ist häufig eine Dynamik zu beobachten, die durch folgenden „Teufelskreis“ zum Ausdruck kommt: Wenn die Essanfälle häufiger werden, versuchen die Betroffenen sie umso mehr „wiedergutzumachen“, indem sie sich anschließend erbrechen. Außerdem versuchen die betroffenen Frauen, weniger als ohnehin schon zu essen, was allerdings zu erneuten Essanfällen führt (Habermas, 1990). Das Erbrechen soll den Kontrollverlust ungeschehen machen (Ettl, 1988). Dieser Prozess, der sich mit der Zeit verselbstständigt, wird von den Betroffenen als sehr belastend empfunden.

Häufig erleben sich die betroffenen Frauen als seien sie in zwei Hälften gespalten. Nach außen wirken sie z.B. kontrolliert, unabhängig und attraktiv und im Inneren fühlen sie sich unkontrolliert, abhängig und abstoßend. Demzufolge empfinden sie den bulimischen Akt „als vom Normalzustand abgespalten“ (Habermas, 1990, S. 99). Viele Bulimikerinnen fühlen sich während des Anfalls als seien sie in einem ‚Rausch‘ und nicht Herr ihrer selbst.

#### **2.4.2 Persönlichkeitsmerkmale und Gefühlserleben der Betroffenen**

Betrachtet man die Persönlichkeitsstruktur von Bulimikerinnen, so lassen sich folgende typische Persönlichkeitsmerkmale erkennen: Ein geringes Selbstbewusstsein, Selbstregulations-Defizite, Trennungs-/Individuationsängste, Probleme sich abzugrenzen und eine Tendenz zur Perfektion (Johnson & Connors, 1987).

Betroffene zeichnen sich durch mangelnde Impulskontrolle aus und sind affektiv instabil (Johnson & Connors, 1987; Schwartz, 1988). Das unaufhaltsame Verschlingen von Nahrungsmitteln kann als Verlust der Impulskontrolle gesehen werden (Mintz, 1988).<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> An dieser Stelle wird auf eine differenzierte Darstellung der Persönlichkeitsmerkmale von betroffenen Frauen verzichtet. Im Kapitel 3.4.1, in dem es um die Bedeutung von Schönheitsidealen im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Bulimie-Symptomatik geht, wird ausführlich auf persönlichkeitsrelevante Aspekte der Bulimie eingegangen, und zwar dann im Kontext anderer Einflussfaktoren. Damit wird der multifaktoriellen Verursachung einer Bulimie Rechnung getragen.

Im Folgenden wird die Betrachtung vor allem auf die Selbstwahrnehmung, das subjektive Gefühlserleben der Bulimie-Symptomatik sowie die damit verbundenen Verhaltensweisen bei den betroffenen Frauen gelegt.

Eine Selbstwahrnehmung der betroffenen Frauen ist ein verzerrtes Körperbild, was typisch für Essgestörte ist (Schwartz, 1988). Allerdings schätzen Bulimikerinnen - im Gegensatz zu Anorektikerinnen - ihr Gewicht realistisch ein. Frauen, die an Bulimie erkranken, finden sich „weniger hübsch“ und „anziehend“, „sie schämen sich ihres Körpers“ und sind von der permanenten Sorge belastet zu viel zu wiegen (Habermas, 1990, S. 17).

Scham- und Schuldgefühle sind ein zentrales Merkmal in der Psychodynamik von Bulimikerinnen. Sie erleben ihren eigenen Körper als „zu groß, schwer, ungeschlacht, *unattraktiv*, mit einem Wort als defizient“ (Habermas, 1990, S. 94). Ihr Ideal ist das einer körperlich attraktiven, schlanken und leistungsfähigen Frau.

Um sich den eigenen Idealvorstellungen anzunähern, beginnen die betroffenen Frauen häufig eine Diät, was meistens den Beginn der Bulimie-Symptomatik kennzeichnet. Durch restriktives Essverhalten findet eine bewusste Manipulation des Körpers statt (Habermas, 1990).

Es gibt ein weiteres Schamgefühl, das sich auf die spontane Äußerung körperlicher Bedürfnisse wie etwa Hunger und „orale Gier“ bezieht (Habermas, 1990, S. 94). Bulimikerinnen schämen sich für ihre unkontrollierten Reaktionen und versuchen diese mit Hungern zu kontrollieren. Im Heißhungeranfall verlieren sie die Selbstkontrolle und somit wird die Heißhungerattacke immer schambesetzter erlebt. Die Schamgefühle beziehen sich demnach auf ihre mangelnde Selbstkontrollfähigkeit. Scham- und Minderwertigkeitsgefühle werden durch eine empfundene „Diskrepanz zwischen Selbstideal und Selbstwahrnehmung“ ausgelöst (Habermas, 1990, S. 95).

Um die Scham- und Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren, legen die Betroffenen großen Wert auf ihr Aussehen und bemühen sich um eine Kontrolle ihres Gewichts.

Ettl (1988) beschreibt die Bulimie in seinem Artikel ‚Bulimia Nervosa – die heimliche unheimliche Aggression‘ als eine „Vermeidung einer hochambivalenten Objektbeziehung“ (Ettl, 1988, S. 48). Die Symptomatik wird durch eine als „unerträglich empfun-

dene Enttäuschung durch das Liebesobjekt“ (Ettl, 1988, S. 48) ausgelöst. Allerdings sind sich die Betroffenen dieser Enttäuschung meist nicht bewusst, sondern erleben stattdessen ein „diffuses somatisches Unbehagen“ (Ettl, 1988, S. 48). „Das gierige Essen ist der Versuch, die innere Leere, die Ich-Verarmung aufzufüllen, welche durch den Verlust des Objektes entstanden ist“ (Ettl, 1988, S. 51).

Wie der Untertitel ‚die heimliche unheimliche Aggression‘ bereits verdeutlicht, weist die Bulimie etwas sehr Aggressives auf. Dabei wird die Aggression gegen den eigenen Körper gewendet. Der Körper wird zur Projektionsfläche für Konflikte. Bulimikerinnen benutzen ihren Körper um Konflikte auszudrücken und richten empfundene Aggressionen gegen sich selbst. Im Umgang mit anderen unterdrücken sie hingegen ihre eigenen Aggressionen (Habermas, 1990). „Der Schauplatz der Inszenierung unbewusster Konflikte (...) spielt sich im Umgang mit dem Essen ab“ (Willenberg, 2011, S. 199). Auch den Essanfall erleben Betroffene als „aggressiv-zerstörerisch“ (Willenberg, 2011, S. 204).

### **2.4.3 Familiärer Hintergrund**

Den familiären Hintergrund beschreiben Betroffene oft als sehr konfliktreich. In der Familie herrscht ein loser innerer Zusammenhalt. Als Folge werden die Betroffenen oft schon in der Pubertät in die Erwachsenenrolle gedrängt, weil sie sich für die anderen Familienmitglieder verantwortlich fühlen. Den Familienmitgliedern fällt es oft schwer ihre Gefühle zu artikulieren. Es gibt zwar ein hohes Konfliktpotential, allerdings ist es nicht erwünscht, dass die Konflikte offen ausgetragen werden. Den Eltern mangelt es an intrapsychischen Fähigkeiten um mit Konflikten umzugehen (Johnson & Connors, 1987). Gewisse Erziehungsziele wie zum Beispiel Ehrgeiz und Perfektionismus können die Entstehung einer Essstörung ebenfalls begünstigen (Herzog, Munz & Kächele, 1996).

Somit könnte das Familienumfeld die mangelnde Impulskontrolle und die affektive Instabilität von Bulimikerinnen erklären. Sie haben nie gelernt, wie man mit Konflikten angemessen umgeht oder eigene Gefühle ausdrückt. So kommt es bei negativen Emotionen zu einem Gefühl der Überwältigung.

## **2.5 Abgrenzung der Bulimie zur Magersucht**

In diesem Kapitel sollen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Bulimia nervosa und Anorexia nervosa aufgeführt werden.

Eine Gemeinsamkeit der Bulimia nervosa und der Anorexia nervosa ist die übertriebene Sorge um das eigene Gewicht und eine übersteigerte Angst zuzunehmen. Allerdings unterscheiden sich Patientinnen mit Bulimia nervosa und Patientinnen mit Anorexia nervosa hinsichtlich ihres Gewichtes: „Patientinnen mit Anorexia nervosa sind definitionsgemäß stark untergewichtig, Patientinnen mit Bulimia nervosa sind meist normalgewichtig, leicht untergewichtig oder leicht übergewichtig“ (Herzog et al., 1996, S. 19).

Ein weiterer Unterschied ist, dass die Bulimie in der Regel später als die Anorexie beginnt. Im Gegensatz zur Bulimie (Durchschnittsalter 18 Jahre) beginnt die Anorexie im Durchschnitt mit schon 16 Jahren (Thomä, 1961). Auffällig ist, dass Patienten mit einer schweren Bulimia nervosa oft phasenweise im Vorhinein an Anorexia nervosa gelitten haben (Russel, 1989). Eine Untersuchung von Russel (1979) hat ergeben, dass 80% der Patienten zuvor eine offene oder verdeckte Form der Anorexia nervosa hatten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die beiden Krankheitsbilder in gewissen Symptomen sehr ähnlich sind, hier insbesondere die krankhafte Angst vor dem Dickwerden. Der wesentliche Unterschied ist das Gewicht. Patienten mit Bulimia nervosa sind diesbezüglich meist unauffällig.

## **3. Kulturelle Aspekte der Bulimie**

Nachdem die Grundlagen und die Psychodynamik des Krankheitsbildes der Bulimie dargestellt wurden, werden nun die möglichen kulturellen Einflüsse auf die Entstehung und die Entwicklung der Bulimie untersucht.

### **3.1 Relevanz der Bulimie in westlichen Kulturen**

Laut Gerlinghoff, Backmund und Mai ist die Bulimie „ohne Gesellschaft nicht denkbar“ (Gerlinghoff, Backmund & Mai, 1999, S. 20). Somit ist das gesellschaftlich-kulturelle Umfeld eine der notwendigen Bedingungen für die Entwicklung der Symptomatik einer Bulimie.

Die Autoren begründen ein zunehmendes Interesse an Essstörungen in westlichen Kulturen mit dem Anstieg wissenschaftlicher Publikationen zur Bulimie sowie mit der zunehmenden Beachtung dieser Krankheit in den öffentlichen Medien. Die Berichterstattung über die Bulimie im Fernsehen und in Zeitschriften habe dazu beigetragen, dass die Bevölkerung mehr über das Krankheitsbild der Bulimie weiß (Gerlinghoff et al., 1999).

In Kapitel 2.3 wurde bereits anhand von Prävalenz- und Inzidenzraten gezeigt, dass es scheinbar einen Anstieg an Essstörungen in den westlichen Kulturen gibt, der mit gesellschaftlich-kulturellen Veränderungen in Verbindung gebracht wird. Allerdings bezweifeln in der Literatur einige Wissenschaftler die Ergebnisse und weisen darauf hin, dass lediglich die „mediale Verfügbarkeit“ des Themas den Anschein einer Zunahme des Bulimie-Syndroms suggeriert. Als Gegenargument für diese These nennen Schwartz, Thompson und Johnson, dass es gleichzeitig aber auch mehr empirische Studien über Essstörungen gibt und diese tatsächlich einen Anstieg bemerken. (Schwartz, Thompson & Johnson, 1982).

Um hierzu genauere Aussagen treffen zu können, soll im Folgenden zunächst geprüft werden, welche Befunde zur Kulturabhängigkeit der Bulimie in der Literatur vorliegen.

### **3.2 Kulturabhängigkeit der Bulimie**

Essstörungen hängen mit der westlichen Kultur zusammen, sie treten kaum in Ländern auf, in denen „Not und Hunger herrschen“ (Gerlinghoff et al., 1999, S. 21).

Das Auftreten der Bulimie scheint zum einen an die Verfügbarkeit von Lebensmitteln und zum anderen an die Konfrontation mit dem westlichen Körperideal gebunden zu sein (Herpertz, de Zwaan & Zipfel, 2009). In Russland beispielsweise war die Bulimie

lange Zeit unbekannt. Mit dem Fall des Eisernen Vorhangs und des zunehmenden westlichen Einflusses trat nun auch die Bulimie bei jungen Frauen auf, die den westlichen Lebensstil adaptiert hatten. Heute sind bulimische Patientinnen ‚bekannte Gesichter‘ in den Praxen russischer Psychoanalytiker (Kächele & Catina, 1998). Kulturell vermittelte Schlankkeitsideale sind für die Entwicklung der Bulimie von großer Bedeutung.<sup>10</sup>

Wie bereits erwähnt, tritt die Bulimie in Ländern mit einer vergleichsweise geringen Verfügbarkeit an Nahrung kaum auf. Ein weiterer kultureller Einflussfaktor ist der Technisierungsgrad einer Gesellschaft. In weniger technisierten Ländern sind Erkrankungen an Bulimie eher selten. Demgegenüber ist die Prävalenz in hochindustrialisierten Ländern wie den USA, Kanada, Europa, Australien, Japan, Neuseeland und Südafrika vergleichsweise hoch (APA, 2013; Herzog et al., 1996).

Nach Habermas werden sowohl kulturelle Besonderheiten als auch gesellschaftliche Veränderungen mit der Entstehung und Entwicklung der Bulimie in Verbindung gebracht. In den beiden folgenden Kapiteln werden zunächst die kulturellen Besonderheiten beleuchtet. Im nachfolgenden Kapitel 4 werden ausgewählte gesellschaftliche Veränderungen, von denen ein Zusammenhang zur Symptomatik der Bulimie vermutet wird, dargestellt und kritisch bewertet.

### **3.3 Die Bulimie als ethnische Störung**

Habermas definiert die Bulimie als eine „ethnische Störung“ (Habermas, 1990, S. 113). Der Begriff der ethnischen Störung stammt von Devereux (1974). Ethnische Störungen beziehen sich auf eine bestimmte Kultur. Die Bulimie scheint eine kulturgebundene Störung zu sein, denn sie tritt hauptsächlich bei weißen Bewohnern der westlichen Welt auf (Fichter, 1985; Schwartz, 1988). Ein Merkmal von ethnischen Störungen ist, dass das Verhalten der Betroffenen vom kulturellen Normalitätsverständnis abweicht (Habermas, 1990).

Die Bulimie stellt einen Verstoß gegen alltägliche Normen und Regeln dar. Die bulimischen Praktiken „stellen Normen des gesitteten Essens auf den Kopf (...), Bulimi-

---

<sup>10</sup> Der Wandel des Schönheitsideals wird in Kapitel 3.4.1 näher erläutert.

kerinnen verletzen die guten Sitten, indem sie sich absichtlich erbrechen, ihr Innerstes nach außen kehren, Ekel erregen“ (Habermas, 1990, S. 114).

Hauptbestandteile der Bulimie sind nach Habermas ein „süchtiger Umgang mit Nahrung und Fasten aus ästhetischen Gründen“ (Habermas, 1990, S. 122). Damit übertreiben die Betroffenen lediglich die ‚normalen‘ kulturellen Verhaltensweisen (Habermas, 1990, S. 122).

Habermas vermutet, dass die Bulimie einen „Modellcharakter“ bekommen hat und die Symptomatik leicht nachgeahmt werden kann. „So wird heute die Idee, sich zu übergeben, häufiger den Medien entnommen“ (Habermas, 1990, S. 117).

Auch Russell nimmt an, dass die Beschreibung der Bulimie und die Berichterstattung darüber in den Medien junge Frauen zur Übernahme der bulimischen Verhaltensweisen angeregt haben. Er vergleicht die Aneignung der Verhaltensweisen mit der Ansteckung einer Krankheit (Russell, 2004). Diese Vorstellung hat sich heute wahrscheinlich verstärkt, denn die digitalen Medien, allen voran das Internet, geben dem Ganzen eine neue Dimension.

Wissen ist jederzeit abrufbar und die Thematik von Essstörungen ist in den Medien sehr präsent. In Zeiten des Internets haben junge Frauen, die an Bulimie leiden, die Möglichkeit, sich über Foren auszutauschen und sich sogar in ihrer Krankheit zu bestärken und zu unterstützen.

Die größte Plattform hierfür stellt der Blog ‚Pro-Mia‘ dar. Im Internet gibt es zahlreiche Blogs, die unter diesen Namen fallen.<sup>11</sup> Der Name ‚Mia‘ ist von dem Namen ‚Bulimia‘ abgeleitet. Der Titel ‚Pro-Mia‘ bedeutet also ‚Für-Bulimie‘. Durch diesen Namen wird bereits die grundlegende Haltung der Nutzerinnen und Nutzer zu ihrer eigenen Erkrankung deutlich: Sie bekennen sich zu ihrer Krankheit und versuchen, ihr etwas Positives abzugewinnen. Auf solchen Internetseiten schreiben Betroffene über ihre Krankheit und geben anderen Betroffenen Ratschläge, wie sie die Symptomatik z. B. vor anderen verheimlichen oder wie sie leichter erbrechen können.

Meiner Meinung nach geht mit Foren wie diesen eine erhöhte Gefahr für Jugendliche einher, die von dem Krankheitsbild hören und es nachahmen bzw. „ausprobieren“. In

---

<sup>11</sup> Beispielhafte Pro-Mia Homepage: Link: [http://dream-or-love.blogspot.fr/p/blog-page\\_16.html](http://dream-or-love.blogspot.fr/p/blog-page_16.html) (Zugriff am 28.08.13)

den besagten Internetportalen werden die Symptome der Bulimie verharmlost und sogar verherrlicht. Die Bulimie bekommt dadurch den Charakter eines „Lifestyles“.

### **3.4 Kulturell bedingte Schönheitsideale**

#### **3.4.1 Der Wandel des Schönheitsideals**

Eine Ursache für die Entstehung der Bulimie könnte der Wandel des weiblichen Schönheitsideals sein. Seit den 50er Jahren wird der Fokus zunehmend auf eine „schlanke Linie“ gelegt: „Die erwünschte Körperform näherte sich immer mehr der eines Schlauches an“ (Habermas, 1990, S. 85).

Die Entwicklung zum heutigen Ideal eines schlanken Körpers begann aber bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts. Seinen ersten Höhepunkt erreichte diese Entwicklung in den 20er Jahren mit der Figur der ‚Garçonne‘<sup>12</sup>. Einen weiteren Höhepunkt gab es in den 60er Jahren mit der Modellwirkung des Models Twiggy (Habermas, 1990).

Während in den vorigen Jahrhunderten eher üppige Körperformen dem Idealbild der Frauen entsprachen, entwickelte sich in den 20er Jahren ein neuer Frauentyp: „cool und sexy“ (Posch, 1999, S. 39). Das Leitbild war nun „eine knabenhafte Figur ohne Busen und ohne mollige Hüften“ (Posch, 1999, S. 39). Die Frauen strebten eine gertenschlanke Figur an.

In den 30er bis 50er Jahren kamen üppigere Formen wieder in Mode. In der Zeit des Nationalsozialismus wurde das Ideal von ‚gebärfreudigen Frauen mit breiten Hüften‘ konstruiert. Weiblichkeit wurde nun mit Mütterlichkeit gleichgesetzt und vorige Unabhängigkeitsbestrebungen der Frauen wurden unterdrückt (Posch, 1999).

In den 50er Jahren präsentierten die Menschen ihre ‚dicken‘ Körper als Zeichen dafür, dass sie den Krieg überlebt hatten. Ein fülliger Körper war nun ein Symbol für Wohlstand und Gesundheit. Gleichzeitig wurde das Kino modern und Stars wie James Dean und Marilyn Monroe verkörperten „Attraktivität schlechthin“ (Posch, 1999, S. 42). Die Ikonen der Schönheit von damals waren zwar schlank, aber nicht dünn.

In den 60er Jahren wurde das weibliche Schönheitsideal nun endgültig zum öffentlichen Thema: Schönheitsratgeber überschwemmten den Markt in den frühen 60er

---

<sup>12</sup> Synonym für eine knabenhaft wirkende Figur.



Jahren. Mit der Einführung der Pille (1965) kam es zu einer „sexuellen Revolution“: Freiheit, Lust und selbstbestimmende Sexualität wurden nun zu den neuen Idealen (Posch, 1999, S. 45).

Das Körperideal bewegte sich jetzt wieder in Richtung eines sehr schlanken Frauenkörpers als „Zeichen von Emanzipation und (...) Symbol unabhängiger und befreiter Sexualität“ (Deuser, Gläser & Köppe, 1995, S. 26).

1965 wurde das britische Topmodel „Twiggy“, die mit bürgerlichem Name Leslie Hornby heißt, bekannt und löste ein neues, äußerst schlankes Schönheitsideal aus (Posch, 1999).

In der Literatur wird Twiggy oft für den Anstieg von Essstörungen verantwortlich gemacht. Laut Hirsch (2010) reicht allerdings ein gesellschaftliches Ideal nicht aus, um ernstere Störungen zu verursachen. Hirsch betont jedoch, dass „der Kranke es für seine Krankheitszwecke benutzen“ wird (Hirsch, 2010, S. 138).

Die 70er und 80er Jahre zeichneten sich durch ein verstärktes Interesse an Fitness aus. „Fitnesswelle und Aerobic-Boom der 80er schufen das Ideal ‚schlank und muskulös‘“ (Posch, 1999, S. 46). Das neue Schönheitsideal der Frau war somit gekennzeichnet durch eine schlanke und sportliche Figur.

Gegen Ende der 80er Jahre entwickelte sich dann ein weibliches Schönheitsideal, das bis heute anhält. Unser gegenwärtiges Ideal zeichnet sich durch einen extrem schlanken Körper und lang währende Jugendlichkeit aus (Posch, 1999). „Außer dem kurzen Intermezzo mit Twiggy war das Schönheitsideal noch nie in der Geschichte so abgemagert wie heute.“ (Posch, 1999, S. 48)

Das weibliche Schönheitsideal enthält keine typischen weiblichen Rundungen mehr, sondern es erinnert eher an einen Knabenkörper. „Der ‚tubular body‘, der schlauchförmige Körper, ist angesagt.“ (Posch, 1999, S. 69). Der neue, schöne Frauenkörper soll möglichst gerade, kantig und fettfrei sein. Posch spricht in diesem Zusammenhang von einem „Trend zum Unisex-Körper“ (Posch, 1999, S. 69).

Interessant ist, dass das Streben nach einem sehr schlanken Körper wie in den 20er und 60er Jahren stets mit wichtigen Emanzipationsbewegungen einherging (Posch, 1999).

Einen empirischen Beweis für den Wandel des Schönheitsideals liefern Garner, Garfinkel, Schwartz und Thompson (1980) mit ihrer Studie ‚Cultural expectations of thinness in women‘. In dieser Studie haben sie versucht, Veränderungen des Schönheitsideals in Amerika für den Zeitraum von 1959 bis 1978 nachzuweisen. Dafür untersuchten sie die „Centerfolds“<sup>13</sup> in Playboymagazinen und die Gewinnerinnen der Miss America Wahl in diesem Zeitraum.

Außerdem wollten sie herausfinden, ob es in dieser Zeit Unterschiede zwischen dem kulturellen Schönheitsideal und den durchschnittlichen Normen in der Bevölkerung gab. Es konnte gezeigt werden, dass die dargestellten Frauen im Playboy und bei der Misswahl grundsätzlich dünner waren als die aktuellen Normen für Frauen in der Bevölkerung. Die idealen Körperformen sind in diesen 20 Jahren also fortlaufend „dünner“ geworden.

Parallel zu dieser Studie haben Garner et al. das vermehrte Interesse an Diäten untersucht. Dazu haben sie sechs große Frauenmagazine in den USA in Bezug auf die Veröffentlichung von Artikeln über Diäten in einem Zeitraum von 20 Jahren untersucht. Sie stellten fest, dass in den ersten zehn Jahren die Anzahl der Artikel bei 17,1 lag. In den nächsten zehn Jahren hatte sich die Anzahl fast verdoppelt. Sie lag nun bei 29,6. Die Ergebnisse zeigen, dass das Interesse der Bevölkerung an den Themen ‚Gewicht und Diäten‘ enorm gestiegen ist (Garner et al., 1980).

Eine Marktforschungsumfrage in den USA Anfang der 80er Jahre hat ergeben, dass in 45% der amerikanischen Haushalte mindestens eine Person jedes Jahr eine Diät macht. Dabei machen Frauen öfter Diäten als Männer, und zwar eher aus ästhetischen als aus gesundheitlichen Gründen (Johnson & Connors, 1987).

Dieser regelrechte „Trieb schlank zu sein“ (Kächele & Catina, 1998, S. 12) entwickelte sich interessanterweise in einer Zeit, in der sich das Durchschnittsgewicht der Bevölkerung als Folge eines besseren Ernährungsangebots fortlaufend erhöht hat. (Johnson & Connors, 1987).

Das Idealbild ‚perfekter‘ weiblicher Formen scheint für die meisten Frauen aus biologischen Gründen unmöglich erreichbar zu sein (Johnson & Connors, 1987). Daraus resultiert „eine chronische Spannung“ (Kächele & Catina, 1998, S. 12).

---

<sup>13</sup> Aktfotografie einer Person, die auf dem Ausfaller in der Mitte einer Zeitschrift erscheint (Übersetzung von dict.leo.org/Zugriff am 6.08.13)

„Was heute als Körperideal für Frauen propagiert wird, hat nichts mehr mit den biologischen Gegebenheiten des weiblichen Körpers zu tun, denn nur ca. fünf Prozent der Frauen können den modernen Werten und Zielen von Natur aus entsprechen“ (Deuser, Gläser & Köppe, 1995, S. 38).

Schlankheit wird oft gleichgesetzt mit Schönheit, Attraktivität, Dynamik und Erfolg (Gerlinghoff et al., 1999). Frauen sollen gut aussehen und möglichst noch intelligent und erfolgreich im Beruf sein. Dieses Ideal der attraktiven und effektiven Frau ist vor allem in westlichen Kulturen sehr verbreitet und übt auf junge Frauen einen enormen Erwartungsdruck aus. Das Resultat sind Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und hohe Selbstansprüche (Gerlinghoff et al., 1999).

In westlichen leistungsorientierten Gesellschaften könnte das Streben nach Schlankheit für junge Frauen eine Möglichkeit sein, Selbstkontrolle zu demonstrieren. ‚Dünnsein‘ verschafft Frauen Respekt in der Gesellschaft. (Johnson & Connors, 1987).

Auch wenn das Schönheitsideal nicht mehr ganz eindeutig schichtabhängig ist, wird dennoch ein Zusammenhang mit dem Drang nach Schlankheit und dem sozialen Status angenommen. Besonders junge Frauen der oberen sozioökonomischen Gruppierungen scheinen dem schlanken Schönheitsideal nachzueifern (Gerlinghoff et al., 1999).

Silverstein, Peterson und Perdue (1986) haben herausgefunden, dass hauptsächlich Frauen mit einem hohen Bildungsgrad, die nach beruflichem Erfolg streben, um einen schlanken Körper bemüht sind. Außerdem wurde in dieser Studie festgestellt, dass Frauen mit einer sehr üppigen Figur oft mangelnde Intelligenz und fachliche Inkompetenz unterstellt werden.

Allerdings drängt sich an dieser Stelle die Frage auf, warum nicht alle Frauen an einer Essstörung erkranken, da sie alle dem ‚Druck der Gesellschaft‘ gleichermaßen ausgesetzt sind. Die Gesellschaft hat sicherlich einen Einfluss auf die Entwicklung der Bulimie, doch sie ist nicht der einzige Faktor. Frauen, die erkranken, haben bestimmte Charaktereigenschaften, welche die Entstehung der Krankheit verstärken.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Vergleiche dazu auch die Ausführungen im Kapitel 2.4.2 und die folgenden Absätze in diesem Kapitel.

Nach Johnson & Connors (1987) haben junge Frauen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Bulimie haben, eine biologische Vulnerabilität für eine affektive Instabilität. Diese Instabilität wird durch das konflikthafte und chaotische familiäre Umfeld sowie durch die widersprüchlichen Rollenerwartungen verschärft.<sup>15</sup> Diese verschiedenen Faktoren führen zu einer Persönlichkeit mit einem geringen Selbstbewusstsein und Schwierigkeiten der Selbstregulation. „The sociocultural milieu suggests to young women that the achievement of thinness would help remedy their self-esteem and self-regulatory problems“ (Johnson & Connors, 1987, S. 149).

Die Gesellschaft ist also nicht die einzige Ursache für die Entwicklung einer Bulimie, sondern sie fungiert als ‚Trigger‘. Unter ungünstigen gesellschaftlichen Umweltbedingungen wird die Entstehung der Bulimie begünstigt. Wenn nun junge Frauen, die gemäß ihrer Persönlichkeitsstruktur besonders unsicher, impulsiv und instabil sind, diesen Umweltbedingungen ausgesetzt sind, ist das Risiko eine Essstörung zu bekommen, besonders hoch.

Das Schlankheitsideal hat demnach einen besonders großen Einfluss auf junge Menschen, die „nach ihrer eigenen Identität ringen“ und die ein geringes Selbstwertgefühl haben (Fichter, 1989, S. 5). Diese Menschen sind stets darauf bedacht, sich an soziale Normen und an ihr soziales Umfeld anzupassen. Sie können sich gut auf andere und auf deren Erwartungen einstellen. Sie nehmen ihre eigenen Bedürfnisse nicht ausreichend wahr und versuchen, es ihrem Umfeld immer recht zu machen (Fichter, 1989). Für sie ist die Zuwendung und Anerkennung anderer Menschen von zentraler Bedeutung.

Krueger beschreibt eine seiner Patientinnen wie folgt: „She has struggled for her entire life to be perfect in the eyes of others, to please others, or to reconstitute herself to gain some sense of recognition, identity, effectiveness, and control“ (Krueger, 1988, S. 56).

Dieses Zitat zeigt noch eine weitere Eigenschaft von Bulimikerinnen: Sie haben oft Gefühle von Unwirksamkeit und Hilflosigkeit (Johnson & Connors, 1987). Die resultierende Selbstunsicherheit und Abhängigkeit von der Bestätigung durch das Umfeld kann bei den betroffenen Frauen schwere Krisen auslösen und zur Symptomatik der

---

<sup>15</sup> Diese Aspekte werden in Kapitel 4.2 näher beleuchtet.

Bulimie führen, wenn sie vom gegenwärtigen Schlankheitsideal abweichen (Fichter, 1989).

Fichter berichtet von einer Befragung von Fichter, Brunner, Wellhoener und Eiberger, die ergeben hat, dass von 764 bulimischen Frauen 80% lieber die Krankheit in Kauf nehmen, als sich weiter von den Schlankheitsidealen in der Gesellschaft zu entfernen (Fichter et al., 1986, zitiert nach Fichter, 1989). ‚Dünnsein‘ stellt für diese Frauen eine Möglichkeit dar, ihr Selbstwertgefühl zu steigern (Johnson & Connors, 1987). Es ist ihre Art, die widersprüchlichen kulturellen Erwartungen und Leistungsanforderungen zu bewältigen. Sie definieren sich über ihren schlanken Körper, der für sie der ‚Schlüssel zum Erfolg‘ zu sein scheint.

Abbildung 3 zeigt die Faktoren und deren interdependentes Beziehungsgefüge, die zur Charakterbildung einer bulimischen Persönlichkeit beitragen.

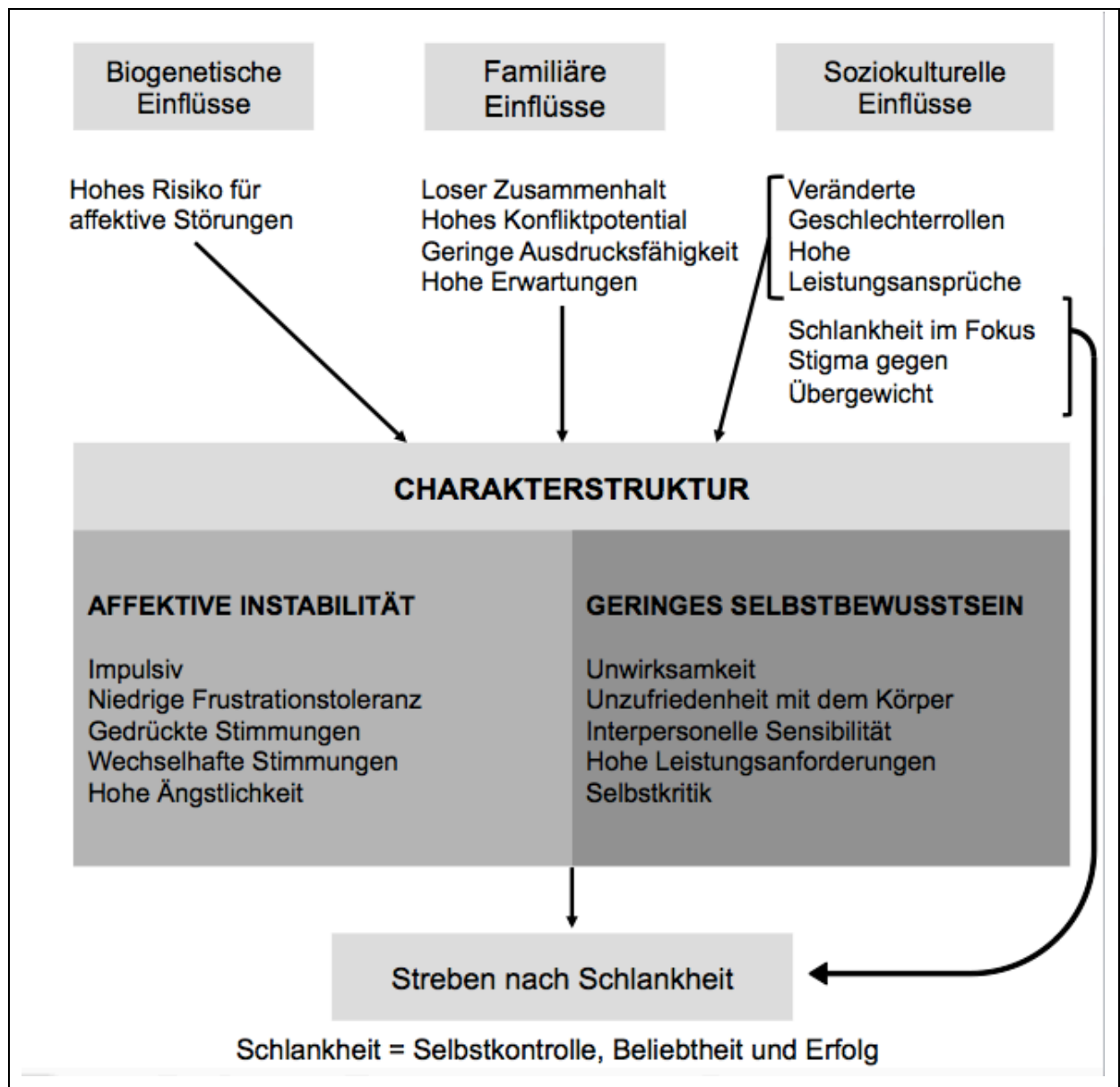
Unterschiedliche biogenetische, familiäre und soziokulturelle Bedingungen beeinflussen die Charakterstruktur von Menschen, die für die Entwicklung einer Bulimie besonders prädisponiert sind. Das bereits erwähnte konflikthafte Familienumfeld mit einer gleichzeitig geringen Fähigkeit Konflikte und Gefühle auszudrücken, führen zu einer affektiven Instabilität und zu einem geringen Selbstbewusstsein.

Auch soziokulturelle Bedingungen, wie eine Verunsicherung und Verwirrung über die weibliche Rollenerwartung<sup>16</sup>, Schönheits- bzw. Schlankheitsideale und hohe Leistungsanforderungen tragen zur Charakterbildung bei. Die daraus resultierende affektive Instabilität und das geringe Selbstbewusstsein führen zu einem Streben nach einem schlanken Körper.

Schlankheit wird mit Selbstkontrolle, Beliebtheit und persönlichem Erfolg gleichgesetzt. Aus diesem Streben nach Schlankheit ergibt sich dann die Bulimie-Symptomatik als Folge der Wechselwirkungen der biogenetischen, familiären und soziokulturellen Bedingungen mit der entsprechenden Charakterstruktur (affektive Instabilität und geringes Selbstbewusstsein).

---

<sup>16</sup> Siehe dazu auch Kapitel 4.2



**Abbildung 3:** Einflussfaktoren auf die Charakterstruktur bulimischer Persönlichkeiten;  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Johnson & Connors, 1987, S. 145

### 3.4.2 Schönheitsideale und ihre Präsenz in den Medien

Fakt ist, dass wir tagtäglich mit Models und vermeintlichen Schönheitsidealen in den Medien konfrontiert werden.

„Medien und die mediale Inszenierung von Idealen sind als Bestandteil gesellschaftlicher Wirklichkeit nicht mehr wegzudenken“ (Ettl, 2006, S. 23). In früheren Epochen wurde das Schönheitsideal ausschließlich von den oberen sozialen Schichten geprägt. In der heutigen Zeit werden die Schönheitsideale über die Massenmedien, die Werbung und besonders über Mode verbreitet (Ettl, 2006).

Die in der Gesellschaft anerkannten Ideale werden von Models repräsentiert, „die ein kollektives kanonisiertes Körperbild zur Darstellung bringen“ (Ettl, 2006, S. 24). Es wird ein einheitliches Bild von Schönheit konstruiert. Die Models sehen allesamt fast identisch aus, wodurch die Individualität der Schönheit verloren geht.

Die Präsenz medialer und zunehmend auch mit Hilfe von Computerprogrammen digital optimierter Schönheiten führt dazu, dass der eigene Körper nicht mehr als ästhetisch erlebt wird. Dies bewirkt eine Verunsicherung in Bezug auf das eigene Körperbild, und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper nimmt ab (Haubl, 2008).<sup>17</sup>

Eine Umfrage im Spiegel hat gezeigt, dass der westliche Durchschnittsbürger rund zwölf Mal am Tag mit dem Anblick eines Models konfrontiert wird. Diese Medienpräsenz führt dazu, dass Models in unserem Alltag allgegenwärtig sind (Deuser et al., 1995).

Was heißt das nun für Frauen, die an Bulimie leiden? Wie bereits dargestellt, ist eine wesentliche Eigenschaft der Betroffenen ihre enorme Unsicherheit bezüglich ihres Äußeren und ein daraus resultierendes geringes Selbstwertgefühl. Wenn die betroffenen Frauen nun permanent ‚unter Beschuss‘ der medialen Front stehen, die ihnen ein falsches und so gut wie unerreichbares Ideal vermittelt, wird ihre Unsicherheit sowie die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper wahrscheinlich verstärkt. Die

---

<sup>17</sup> Diese von vielen Frauen erlebte Unzufriedenheit hat die Unternehmung Unilever genutzt, um ihre Körperpflegemarke Dove im deutschen Markt zu positionieren. Mit der Kampagne „Für wahre Schönheit“ werden nur Models mit „normalen Maßen“ gezeigt, die nicht dem aktuellen Schönheitsideal entsprechen. Der Erfolg dieser Strategie gibt Unilever Recht. Viele Frauen fühlten sich dadurch angesprochen und von dem Zwang einem unrealistischen Schönheitsideal zu entsprechen entlastet (Scharf, Schubert & Hehn, 2012).

Omnipräsenz der ‚perfekten Körper‘ wird sie immer mehr an ihren ‚imperfekten Körper‘ erinnern, und das könnte zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führen.

Allerdings beinhaltet die Bulimie weit mehr als die Auseinandersetzung mit dem Körper. Bereits in Kapitel 2.4.2 wurde gezeigt, dass der Körper als Projektionsfläche dient und zum Austragungsort von - meist unbewussten - Konflikten wird. Der Körper hat bei Essstörungen meist eine „kommunikative Funktion“ (Hirsch, 1998, S. 170). Er wird gewissermaßen zum „Schauplatz gesellschaftlicher und intrapsychischer Inszenierungen“ (Gerisch, 2009, S. 125).

Den Medien die alleinige Schuld an der Entstehung von Essstörungen - insbesondere der Bulimie - zu geben, wäre zu einfach. Meines Erachtens fungieren die Medien aber als ‚Trigger‘ und intensivieren so die Beschäftigung mit aktuellen Schönheitsidealen, da diese rund um die Uhr in den Medien präsent sind.

## **4. Gesellschaftliche Wandel und Bulimie**

Im folgenden Kapitel sollen nun grundlegende gesellschaftliche Veränderungen aufgeführt und im Hinblick auf ihren Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Bulimie bewertet werden. Dabei ist zunächst die Beschleunigung als Ausdruck des allgemeinen gesellschaftlichen Wandels hervorzuheben. Weiterhin werden in den folgenden Unterkapiteln der Wandel der weiblichen Geschlechterrolle sowie die großen Veränderungen bezüglich der Ernährungsgewohnheiten im Kontext ihrer Bedeutung für das Krankheitsbild der Bulimie analysiert.<sup>18</sup>

### **4.1 Allgemeiner gesellschaftlicher Wandel**

In diesem Abschnitt sollen ausgewählte Aspekte des gesellschaftlichen Wandels dargestellt werden, von denen angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf die Entwicklung der Bulimie haben.

---

<sup>18</sup> An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die von der Verfasserin gewählte Trennung von kulturellen und gesellschaftlichen Aspekten der Bulimie nicht immer trennscharf ist. Aufgrund einer angestrebten übersichtlichen Darstellung der zahlreichen Einflussgrößen wurde dennoch diese Unterscheidung vorgenommen.



Die letzten 100 Jahre zeichnen sich durch eine enorme Beschleunigung gesellschaftlicher Entwicklungen aus. Als deren Ergebnis ist eine „Verflüssigung sozialer Strukturen durch eine rasante ökonomische und technische Entwicklung“ zu verzeichnen, was wiederum eine „Auflösung bisheriger identitätsleitender Orientierungsschemata“ zur Folge hat (Bohleber, 2009, S. 202).

Auch die Geschlechterrollen haben einen großen Wandel erlebt und sind flexibler geworden (Bohleber, 2009).<sup>19</sup> Es gibt mehr Raum für individuelle Freiheit und Selbstverwirklichung. Kulturelle Rahmen und „verlässliche Traditionen“ haben sich stark verändert. Sie sind nicht mehr so stabil, wie sie früher einmal waren (Bohleber, 2009, S. 202).

Heutzutage wird viel Wert auf Autonomie, Flexibilität und Individualität gelegt. Das erfordert die Loslösung aus stabilen kulturellen Verhältnissen. Dies führt zu einem „Verlust an Sicherheit und zu unübersichtlichen Situationen“ (Bohleber, 2009, S. 207).

„Durch den gesellschaftlichen Strukturwandel hat sich die Vorstellung einer einmal in der Spätadoleszenz erworbenen und dann stabil bleibenden und lebenslang fest gefügten Identität verflüssigt oder aufgelöst. Lebensformen haben sich in den westlichen Gesellschaften enorm pluralisiert und Geschlechtsrollen flexibilisiert. Identitätsbildung endet nicht mehr in der Zeit der Spätadoleszenz, sondern bleibt offen und wird oft zu einem lebenslangen Projekt.“ (Bohleber, 2009, S. 216)

Wie im vorigen Abschnitt bereits erwähnt, wird in der Spätmoderne ein hohes Maß an Flexibilität gefordert, was bei vielen Menschen Zukunftsängste und Orientierungslosigkeit auslöst (Gerisch, 2006). Auf der einen Seite führt die neue individuelle Freiheit zu mehr Möglichkeiten, allerdings herrscht durch die Fülle der Möglichkeiten und Freiheiten ein „globale[s] Gefühl der Entwurzelung“ (Gerisch, 2006, S. 137). Dieses Gefühl hat auch Auswirkungen auf das Erleben des eigenen Körpers. Gerisch führt in diesem Zusammenhang aus:

„Körpermanipulationen gleich welcher Art (...) tragen dann dazu bei, sich selbst wieder konturiert, begrenzt und lebendig zu fühlen, und nähren die Illusion, angesichts von außen oder innen kommender identitätsauflösender Bedrohungen wieder Herr im eigenen Körper zu sein“ (Gerisch, 2006, S. 138).

---

<sup>19</sup> Was dies nun für das weibliche Geschlecht bedeutet, wird im folgenden Kapitel aufgeführt.

Bei jungen Frauen können diese gesellschaftlichen Umbrüche Unsicherheiten und Überforderung auslösen, da sie sich den Ansprüchen nicht gewachsen fühlen. Sie spüren den Druck der Gesellschaft unabhängig und individuell zu sein.

Um ein ausgeprägtes Ich zu entwickeln erfordert es Selbstbewusstsein. Deshalb liegt es auf der Hand, dass sich junge Frauen mit geringem Selbstbewusstsein - als Risikogruppe für die Bulimie - durch solche Anforderungen noch mehr verunsichern lassen und aufgeben. Die Flucht in die Bulimie könnte demnach eine Kompensation der nicht erfüllbaren Aufgaben sein, ein sich Widersetzen gegen die Gesellschaft oder sogar noch mehr: ein Mittel, um den Druck abzuleiten.

Die Bulimie stellt eine bewusste Manipulation des Körpers dar, und die Betroffenen benutzen ihren Körper, um Konflikte und Überforderungen zu kompensieren.

## **4.2 Wandel der weiblichen Geschlechterrolle**

Frauen entwickeln eher Essstörungen als Männer, das weibliche Geschlecht<sup>20</sup> und die mit ihm verbundenen Erwartungen werden als ein erhöhtes Risiko für Essstörungen angesehen (Hepp, Spindler & Milos, 2005).

Frauen, die an Bulimie erkranken, sind den typischen Konflikten der mittleren und späten Adoleszenz ausgesetzt. Eine Hypothese für die Entstehung der Essstörungen ist der Rollenkonflikt, in dem sich Frauen in der heutigen Zeit befinden. Der Rollenkonflikt besteht zwischen traditionellen und modernen Rollenerwartungen, meist gekoppelt mit einer kritischen Haltung gegenüber der traditionellen Frauenrolle (Bruch, 1980).

In den westlichen Kulturen scheint die Rolle der Frau komplex, konflikthaft und im ständigen Wandel zu sein. Zudem gilt ‚Schlankheit‘ als erstrebenswert. Vor allem junge Frauen erleben dadurch eine Verwirrung, was ihre Rolle als Frau und ihre Identität angeht (Schwartz, Thompson & Johnson, 1982). Diesen Wandel bezeichnen Johnson und Connors (1987) als Rollendestabilisierung.

---

<sup>20</sup> Mit dem weiblichen Geschlecht ist hier nicht das biologische Geschlecht gemeint, sondern die Geschlechtsrolle als ein soziales Konstrukt der kulturellen Stereotypen (Hepp et al., 2005).

Laut Habermas (1990) verfolgt die große Mehrheit der Bulimikerinnen ein konventionell weibliches Körperideal, und außerdem legen die betroffenen Frauen großen Wert darauf, besonders attraktiv zu sein und gut auszusehen. Sie haben die weibliche Geschlechtsidentität zwar erfolgreich errungen, empfinden allerdings ihren Körper als nicht vollkommen und schämen sich für ihn. Das Gefühl sich und seinen Körper als unattraktiv zu erleben, führt bei ihnen dazu, dass sie sich ihrer Identität als Frau nicht sicher sind. Ihr Wohlbefinden ist von ihrem Körpergewicht abhängig.

Zumindest zu Beginn der Symptomatik haben Bulimikerinnen ‚normale‘ sexuelle Beziehungen. Je nach Schwere der Symptomatik lässt mit der Zeit dann auch die sexuelle Aktivität nach (Habermas, 1990). Die Bulimie könnte demnach eine Bewältigungsstrategie für bestimmte Anforderungen sein, mit denen vor allem junge Frauen heutzutage konfrontiert sind.

Wie bereits erwähnt, haben sich in den letzten 20 Jahren die Vorstellungen der Gesellschaft, was „Frau-Sein“ bedeutet, stark verändert. Die damit verbundenen Anforderungen scheinen widersprüchlich zu sein: „Heutzutage werden Mädchen dazu sozialisiert, die Bedeutung von Beziehungen zu entwerten und Unabhängigkeit und Autonomie, die als Charakteristika männlicher Identität gelten, hochzuschätzen“ (Steiner-Adair, 2003, S. 242).

Nach Wooley und Wooley (1979) stehen Mädchen mehr unter dem Einfluss kultureller Normen als Jungen und sind deshalb anfälliger, sich dem Zwang, der von standardisierten Schönheitsidealen ausgeht, anzupassen. Bei ihnen hat ‚Schönsein‘ einen höheren Stellenwert als bei Jungen (Posch, 1999).

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper ist für die Entwicklung der Geschlechtsidentität sehr wichtig. Die starke Umgestaltung des Körpers in der Pubertät verursacht Scham, Angst und Unsicherheit. Insbesondere bei Mädchen kann das Körpergefühl durch Unbehagen und Unsicherheit bestimmt werden. Diese Gefühle erschweren die Entwicklung eines ausgereiften Selbstbewusstseins (Posch, 1999). Demnach ist das Selbstbewusstsein labil und anfällig für Verunsicherungen und Störungen (Flaake, 1995; zitiert nach Posch, 1999).

Außerdem scheinen Frauen stärker nach ihrem Aussehen bewertet zu werden als Männer. Laut Clausen hat die Figur einer jungen Frau einen direkten Einfluss auf ihre

Erfolgschancen im Beruf und ihre Beziehungen (Clausen, 1975; zitiert nach Steiner-Adair, 2003).

Mit dem Streben nach einer schlanken Figur scheint gleichzeitig eine Verabscheuung der Fettleibigkeit einherzugehen (Wooley & Wooley, 1979). Von daher lernen Mädchen von Anfang an Fettleibigkeit zu „hassen“ und kulturelle Schlankheitsnormen zu akzeptieren bzw. zu verinnerlichen (Steiner-Adair, 2003, S. 244).

Steiner-Adair vertritt die Hypothese, dass Essstörungen in unserer Gesellschaft bevorzugt bei Frauen auftreten, da diese in „unangemessener Weise zu Autonomie gedrängt werden“ (Steiner-Adair, 2003, S. 245). Dadurch fällt es den jungen Frauen schwer, Beziehungen „in ihren Lebensentwurf zu integrieren und sie ernst zu nehmen“ (Steiner-Adair, 2003, S. 245).

Zur Überprüfung dieser Hypothese hat Steiner-Adair eine Studie mit 32 vierzehn bis achtzehnjährigen Schülerinnen durchgeführt, um den Konflikt zwischen den Beziehungsaspekten der weiblichen Identität und dem kulturellen Ideal zu erfassen. Das Ergebnis der Studie war, dass 40% der Schülerinnen dem Ideal einer unabhängigen und erfolgreichen „Superfrau“<sup>21</sup> nacheiferten. Ihnen war es nicht möglich, die kulturellen Erwartungen reflexiv zu beurteilen und sich von ihnen abzugrenzen. Im EAT<sup>22</sup> (Eating Attitudes Test) erzielten diese Schülerinnen hohe Werte auf der Essstörungsskala. Für sie war Schlanksein gleichbedeutend mit Autonomie, Unabhängigkeit, Erfolg und Anerkennung für Leistungen, und sie wendeten sich eher von Beziehungen ab.

Diese Studie verdeutlicht, dass junge Frauen seltener an Essstörungen erkranken, wenn sie die Gefahren der Identifikation mit dem heutigen Frauenideal erkennen und es ablehnen, „indem sie ein eignes Weiblichkeitsideal ausbilden“ (Steiner-Adair, 2003, S. 248). Gelingt dies nicht, ist das Risiko größer an einer Essstörung, in diesem Fall an Bulimie, zu erkranken. Junge Frauen mit Essstörungen „nehmen die gefährlichen Spannungen im System der kulturellen Werte in gesteigerter und gleich-

---

<sup>21</sup> Die Antwortschemata wurden in zwei Kategorien eingeteilt: das Schema der „klugen Frau“ (wise woman) und das Schema der Superfrau (super woman). Die „klugen Frauen“ erkannten die Widersprüchlichkeit der kulturellen Erwartungen, konnten sich aber in einer für sie angemessenen Weise distanzieren. Hierfür scheint ein starkes Selbstbewusstsein nötig zu sein (Steiner-Adair, 2003).

<sup>22</sup> EAT: entwickelt von Garner und Garfinkel zur Messung von Essstörungen (1979)

zeitig wirrer Form wahr“ und „erzählen (...) ihre Geschichte mit dem Körper“ (Steiner-Adair, 2003, S. 250).

„Diese jungen Frauen verkünden (...) [die] Verarmung einer Kultur, die glaubt, auf zwischenmenschliche Beziehungen verzichten zu können“ (Steiner-Adair, 2003, S. 250).

Die Destabilisierung der Normen für junge Frauen führt zu einem Gefühl von Instabilität (Johnson & Connors, 1987). Die Bedeutung der Selbstdefinition bzw. der Individualität hat sich verstärkt. Die Veränderungen der Rollenerwartungen üben einen enormen Druck auf die Risikogruppe der jungen Frauen aus. Sie versuchen den Erwartungen zu entsprechen und kollabieren letztendlich daran.

#### **4.3 Wandel der Ernährungsgewohnheiten**

Eine weitere historische Voraussetzung für die Bulimie ist laut Habermas der „materielle Überfluss“ und die *„beliebige Verfügbarkeit von Nahrung (...)“*, ohne die das unbegrenzte Verschlingen von Nahrung in der Bulimie nicht möglich wäre“ (Habermas, 1990, S. 87).

Habermas weist in seinem Buch darauf hin, dass sich der Umgang mit Nahrung in einigen Aspekten verändert hat (Habermas, 1990). Aus einer Mangelsituation ist nun eine „Situation des potentiellen Überflusses“ geworden (Habermas, 1990, S. 126).

Früher war das Ernährungsverhalten mit Ritualen verbunden, und es wurde besonders auf einen gemeinschaftlichen Umgang im Zusammenhang mit der Ernährung geachtet. Heute sind die Verhaltensweisen beim Essen formloser geworden. Die Rahmenbedingungen der Ernährung haben sich enorm verändert. Sie sind entrhythmitisiert und entritualisiert, teilweise sogar enthäuslicht.

Die Situation des Überflusses hat ihren Ursprung Anfang der 50er Jahre. Seitdem ist das Angebot für eine reichhaltige Ernährung stark gestiegen. Heute steht dem Verbraucher eine fast unendliche Vielfalt an Nahrungsmitteln zur Verfügung (Habermas, 1990). Die allgegenwärtige Verfügbarkeit von Nahrung bildet die materielle Voraussetzung für die Bulimie. Ohne diesen Überfluss wäre es gar nicht möglich - wie es in einem Essanfall geschieht – im Extremfall bis zu 10.000 kcal zu sich zu nehmen.

Habermas beschreibt eine „De-Ritualisierung des Konsums“ (Habermas, 1990, S. 129). Bei der Nahrungsaufnahme gibt es keine festen Normen mehr. Jeder kann frei wählen, was er individuell essen möchte. Diese Freiheit führe zu einer „Desorientierung und Hilflosigkeit“ (Habermas, 1990, S. 129). „Diese Unfähigkeit des individuellen Umgangs mit Nahrung“ wird in der Literatur oft mitverantwortlich für die Entstehung der Essstörungen gemacht (Habermas, 1990, S. 129).

Diese Aussage lässt vermuten, dass sich viele Menschen mit dem Überfluss an Nahrung und der permanenten Verfügung überfordert fühlen und einen angemessenen Umgang mit Nahrung verlernt haben.

Meines Erachtens verstärkt die ständige Verfügbarkeit und die dauerhafte Konfrontation mit Nahrungsmitteln - beispielweise in der Werbung - diese Situation zusätzlich.

Habermas zitiert eine Untersuchung von Bruneton-Governatori (1980) über die Veränderung der Essgewohnheiten von älteren Menschen im Laufe ihres Lebens. Die wichtigste Erkenntnis der Studie ist, dass insbesondere der Respekt gegenüber der Nahrung deutlich geringer geworden ist. Dies wird im Wegwerfen von Essensresten und im freien Zugang zu Nahrung deutlich. Früher wurden Lebensmittel aufgrund ihrer Knappheit hoch geschätzt (Bruneton-Governatori, 1980; zitiert nach Habermas, 1990).

Ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass heute viele Lebensmittel als ‚schlecht‘ gelten, die früher als gut angesehen wurden. Dies gilt vor allem für Zucker, der früher als besonders nahrhaft galt. Zucker wird heute nicht mehr als wertvoller Energielieferant angesehen, sondern eher mit Trägheit und Gewichtszunahme assoziiert (Habermas, 1990). In der Bulimie werden gerade diese schlechten und verbotenen Nahrungsmittel mit Genuss verschlungen.

Außerdem ist die Nahrungsaufnahme zunehmend aus den „zeitlichen Routinen“ gelöst worden. Stattdessen gibt es „improvisierte Imbisse“ (Habermas, 1990, S. 130).

Früher wurden drei Hauptmahlzeiten im Kreis der Familie eingenommen. Heute werden immer häufiger Mahlzeiten ausgelassen und zumindest eine Mahlzeit - meist das Mittagessen - wird außer Haus gegessen. Dies hängt damit zusammen, dass der Wohnort und der Arbeitsplatz heute oft so weit auseinander liegen, dass man nicht zuhause essen kann (Habermas, 1990). Auch hier ist davon auszugehen, dass sich

dieser Zustand auch in Zukunft weiter verstärken wird. Essen und Trinken ‚to go‘ liegen schon heute voll im Trend. In unserem beschleunigten Alltag bleibt wenig Zeit für ein ruhiges und ausgelassenes Mahl.

Welchen Einfluss haben diese Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten auf junge Frauen, die Risikogruppe für Essstörungen? Frauen, die sich ständig damit beschäftigen, was sie essen, scheinen häufiger Mahlzeiten - meist das Frühstück - ausfallen zu lassen. Allerdings wird das Auslassen von Hauptmahlzeiten nicht durch häufigeres Essen zwischen den Mahlzeiten kompensiert (Habermas, 1990).

Die Gesamtenergieaufnahme von Mädchen nimmt mit zunehmendem Alter ab. Habermas stellt fest, dass Frauen zwischen 19 und 21 Jahren am wenigsten essen (Habermas, 1990).

Der häufigste Grund für die unregelmäßige Nahrungsaufnahme ist die Sorge um das eigene Gewicht. Vor allem junge Frauen nehmen weniger regelmäßige Mahlzeiten zu sich als Männer (Habermas, 1990).

Auch in der Wahl der Nahrungsmittel scheint es Geschlechtsunterschiede zu geben. Dem Mann wird die „kräftige Nahrung“ wie z.B. Fleisch zugeschrieben und der Frau „die Knabberles, der Fisch, der Rohkostteller und der Salat, von denen sie wenig und ohne Appetit mehr naschen denn essen kann“ (Habermas, 1990, S. 138).

Ein Grund für das unregelmäßige Essverhalten junger Frauen könnte laut Habermas die „geringe Einbindung dieser Altersgruppe in soziale Beziehungen sein, zu denen die gemeinsamen Mahlzeiten gehören“ (Habermas, 1990, S. 132).

Die jungen Frauen essen am wenigsten in einem Alter, in dem sie sich von ihrer Familie lösen. Dass die Bulimie mit der Trennung vom Elternhaus zusammenhängt, wurde bereits in Kapitel 2.4.1 erläutert.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich das Bewusstsein gegenüber der Ernährung stark verändert hat. Früher gab es nur wenige Möglichkeiten sein Essen frei zu wählen, heute ist die Auswahl beim Essen fast unbegrenzt. Außerdem wird heutzutage sehr stark darauf geachtet, **was** gegessen wird. Dabei liegt eine gesunde Ernährung voll im Trend. Ein Grund dafür könnte eine stark verbreitete Angst vor Übergewicht sein, die viele Menschen veranlasst eine Diät zu machen.

Diese Erscheinung konnte man bereits Anfang des 19. Jahrhunderts beobachten, damals allerdings aus Angst vor den Folgen von Verdauungsproblemen und Übergewicht (Habermas, 1990, S. 149). „Bereits kurz vor der Französischen Revolution begannen vornehme Pariserinnen, sich beim Essen aus Sorge um ihre schlanke Linie zurückzuhalten; ihre ästhetische Sorge vermischte sich mit den neuen Motiven der Gesundheit und Natürlichkeit, die Gemüse und frische Früchte aufwerteten“ (Habermas, 1990, S. 149).

Schon zum Ende des vergangenen Jahrhunderts begannen junge Frauen ihr Gewicht durch Fasten zu kontrollieren. Allerdings beschränkte sich diese Praktik eher auf die Oberschicht und hatte zu dem Zeitpunkt erst ihren Anfang (Habermas, 1990).

Abschließend lässt sich sagen, dass sich das Ernährungsangebot und Ernährungsgewohnheiten extrem verändert haben. Die ursprüngliche Bedeutung von Nahrung hat sich gewandelt. Sie dient nicht mehr allein der Befriedigung von Hungerbedürfnissen, sondern sie wird auch als Mittel eingesetzt, um den Körper ‚ästhetisch‘ zu modellieren. In der Bulimie dienen die Nahrung und das anschließende Erbrechen der Kompensation negativer Affekte.

## **5. Zusammenfassung und persönliches Fazit**

In dieser Arbeit wurden die möglichen kulturellen Einflüsse auf die Entstehung der Bulimie analysiert. Es konnte festgestellt werden, dass es einige kulturelle Einflüsse und vor allem gesellschaftliche Veränderungen sind, welche die Entstehung einer Bulimie begünstigen. Von besonderer Relevanz sind dabei der Wandel des weiblichen Schönheitsideals in Richtung einer sehr schlanken Körperform und eine Omnipräsenz von „schlanken Vorbildern“ in den Medien. Außerdem hat es grundlegende gesellschaftliche Veränderungen gegeben, die als „Trigger“ fungieren. Die Spätmoderne zeichnet sich vor allem durch eine allgemeine Beschleunigung sozialer Prozesse und Entwicklungen aus. Diese Beschleunigung führt zu Gefühlen der Identitätsauflösung, die bewirkt, dass viele Menschen nach Wegen und Verhaltensweisen suchen, die ihnen wieder mehr Orientierung und Sicherheit geben. Für viele junge Frauen bedeutet das eine Flucht in die Bulimie-Symptomatik.



Ein weiterer Aspekt, der einen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Bulimie hat, ist der Wandel der weiblichen Geschlechterrolle. Die Rollenerwartungen sind vielseitig, unklar und oft widersprüchlich. Für junge Frauen scheint Schlankheit ein Ausdrucksmittel für Selbstkontrolle zu sein. Diäthalten und sich einem Essanfall zu ergeben ist ihre (krankhafte) Art, mit den Spannungen und Erwartungen der Gesellschaft umzugehen bzw. diese zu kompensieren.

Es wurde der Versuch unternommen, zu bewerten, ob es tatsächlich einen Anstieg der Bulimie gibt. Eine allgemeine Aussage zu treffen ist schwierig. Bei Bewertungen von Studien über Inzidenz- und Prävalenzraten muss man immer den Kontext - wie etwa die Kultur, in der die Befragten leben - berücksichtigen. Fakt ist, dass die Bulimie eine kulturgebundene Erkrankung ist, und es in Kulturen, die neuerdings einem westlichen Einfluss ausgesetzt sind, auch einen Anstieg der Bulimie gibt. Als Beispiel dafür wurde Russland erwähnt. In Russland war die Bulimie lange Zeit unbekannt, allerdings tritt sie heute - mit zunehmend westlichem Einfluss - auch dort vermehrt auf.

Abschließend ist es wichtig zu erwähnen, dass es zwar kulturelle Einflüsse für die Entstehung und Entwicklung der Bulimie gibt, diese aber nur die Entstehung dieser Krankheit begünstigen. Für die Entwicklung einer Bulimie-Symptomatik sind noch zahlreiche andere Bedingungen von Bedeutung. Nur aus der Wechselwirkung von biogenetischen, familiären und soziokulturellen Bedingungen und den prädisponierenden Persönlichkeitsmerkmalen kommt es zu einer Entstehung der Bulimie.

## 6. Literaturverzeichnis

- Abraham, S.F. & Beaumont, P.J.V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-V*. Washington, DC: Arlington.
- Bohleber, W. (2009). Das Problem der Identität in der Spätmoderne – Psychoanalytische Perspektiven. In V. King. & B. Gerisch (Hrsg.), *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung* (S. 202-223). Frankfurt am Main: Campus.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., Huang, A. & Halmi, K.A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415-424.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Deuser, K., Gläser, E. & Köppe, D. (1995). *90 – 60 – 90. Zwischen Schönheit und Wahn*. Berlin: Zyankrise.
- Devereux, G. (1974). *Normal und anormal: Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Ettl, T. (2013). *Das bulimische Syndrom. Psychodynamik und Genese*. Tübingen: Psychosozial-Verlag.
- Ettl, T. (2006). *Geschönte Körper – geschmähte Leiber. Psychoanalyse des Schönheitskultes*. Tübingen: Diskord.
- Fairburn, C.G. & Cooper, P.J. (1983). The Epidemiology of Bulimia Nervosa. Two Community Studies. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 61-67.
- Fichter, M.M. (1985). *Magersucht und Bulimie*. Heidelberg: Springer.
- Fichter, M.M. (1989). *Bulimia Nervosa*. Stuttgart: Enke.

- Flaake, K. & King, V. (2003). *Weibliche Adoleszenz: Zur Sozialisation junger Frauen*. Weinheim: Beltz.
- Garner, D.M & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1987). In C. Johnson & M. Connors (Hrsg.), *The etiology and treatment of Bulimia Nervosa. A biopsychological perspective* (Vorwort). New York: Basic Books.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.
- Garner, D.M & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitude Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Gerisch, B. (2006). Keramos Anthropos. Psychoanalytische Betrachtungen zur Genese des Körperselbstbildes und dessen Störungen. In J.S. Ach & A. Pollmann (Hrsg.), *No body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper. Biothetische und ästhetische Aufrisse* (S. 131-163). Bielefeld: Transcript.
- Gerisch, B. (2009). Körper-Zeiten: Zur Hochkonjunktur des Körpers als Folge der Beschleunigung. In V. King & G. Gerisch (Hrsg.), *Zeitgewinn und Selbstverlust: Folgen und Grenzen der Beschleunigung* (S. 123-144). Frankfurt am Main: Campus.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (1999). *Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen*. Weinheim: Beltz.
- Grabhorn, R., Köpp, W., Gitzinger, I., von Wietersheim, J. & Kaufhold, J. (2003). Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung. Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-Ess). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 15-22.
- Habermas, T. (1990). *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Haubl, R. (2008). Neue moderne Leiden. In G. Schlesinger-Kipp und R.-P. Warsitz (Hrsg.) *„Die neuen Leiden der Seele“ Das (Un-)Behagen in der Kultur* (S. 17-31). Frankfurt am Main: Congress-Organisation Geber + Reusch.

- Hepp, U., Spindler, A. & Milos, G. (2005). Eating Disorder Symptomatology and Gender Role Orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 227-233.
- Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer.
- Herzog, W., Munz, D. & Kächele, H. (1996). *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (2010). „Mein Körper gehört mir ... und ich kann mit ihm machen, was ich will!“ *Dissoziation und Inszenierung des Körpers psychoanalytisch betrachtet*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, M. (2011). *Der Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens* (3. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Johnson, C. & Connors, M. (1987). *The etiology and treatment of Bulimia Nervosa. A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Kächele, H. & Catina, A. (1998). Essstörungen – Verhungern im Meer der Objekte. In H. Schneider (Hrsg.), *Pubertät und Adoleszenz* (S. 17-32). Heidelberg: Mattes.
- Keel, P.K. & Klump, K.L. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin*, 129(5), 747-769.
- Köpp, W., Kieseewetter, S. & Deter, H.C. (2007). Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa. *Forum der Psychoanalyse*, 23, 266-277.
- Krueger, D.W. (1988). Body Self, Psychological Self, and Bulimia: Developmental and Clinical Considerations. In H. Schwartz (Hrsg.), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory* (S. 55-73). Madison: International Universities Press.
- Mintz, I. (1988). Self-Destructive Behavior in Anorexia and Bulimia. In H. Schwartz (Hrsg.), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory* (S. 127-171). Madison: International Universities Press.
- Posch, Waltraud (1999). *Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit*. Frankfurt/Main: New York: Campus.

- Pyle, R.L., Halvorson, P.A., Neuman, P.A. & Mitchell, J.E. (1986). The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 5, 631-647.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Russell, G.F.M. (1989). Diagnostik und klinische Messverfahren bei Bulimia nervosa. In M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa* (S. 12-30). Stuttgart: Enke.
- Russell, G.F.M. (2004). Invited Article. Thoughts on the 25th Anniversary of Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 139-152.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scharf, A., Schubert, B. & Hehn, P. (2012). *Marketing. Einführung in Theorie und Praxis* (5. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Schwartz, H.J. (1988). *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*. Madison: International Universities Press.
- Schwartz, D., Thompson M. & Johnson, C. (1982). Anorexia nervosa und bulimia: The socio-cultural context. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 23-25.
- Silverstein, B., Peterson, B. & Perdue, L. (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 895-905.
- Steiner-Adair, C. (2003). Körperstrategien: Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Essstörungen. In K. Flaake & V. King (Hrsg.), *Weibliche Adoleszenz: Zur Sozialisation junger Frauen* (S. 240-254). Weinheim: Beltz.
- Stice, E., Marti, N. & Rohde, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment, and Course oft he Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia Nervosa*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Willenberg, H. (2011). „Mit Leib und Seel' und Mund und Händen“. Der Umgang mit Nahrung, dem Körper und seinen Funktionen bei Patienten mit Anorexia

nervosa und Bulimia nervosa. In M. Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt: Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens* (S. 170-221). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wooley, S. & Wooley, O. (1979). Obesity and women – I. A closer look at the facts. *Women's Studies International Quarterly*, 2, 69-79.

## Internetquellen

LEO Dictionary Team (2013). Übersetzung des Begriffs Centerfold. Verfügbar unter <http://dict.leo.org/#/search=centerfold&searchLoc=0&resultOrder=basic&multiwordShowSingle=on> [6.08.13]

ProMia Blog. Verfügbar unter [http://dream-or-love.blogspot.fr/p/blog-page\\_16.html](http://dream-or-love.blogspot.fr/p/blog-page_16.html) [28-08-13]

# Eidesstattliche Erklärung

Ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

erkläre hiermit, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt zu haben. Dabei habe ich mich keiner anderen Hilfsmittel bedient als derjenigen, die im beigefügten Quellenverzeichnis genannt sind.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind von mir als solche kenntlich gemacht.

....., den .....  
Studienort

.....  
Unterschrift Studierende/r (= Verfasser/in)