

Anorexie bei Frauen

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Anorexie und Familiensystemen

Marion Schättle

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) für Sozialwissenschaften
an der Fachhochschule St. Pölten
am 02.05.2008

Erstbegutachterin:
DSA Mag. (FH) Irene Schogger

Zweitbegutachter:
DSA Mag. (FH) Sonja Kirchweger

Abstract

Anorexie bei Frauen

Stellt Anorexie einen Zusammenhang mit Familiensystemen dar

Die gegenständliche Diplomarbeit stellt eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Anorexie bei Frauen“ dar. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Zusammenhänge der Familiensysteme mit der Erkrankung Anorexie dargelegt.

Erwartungen, Leistungsgedanken und gesellschaftliche Vorstellungen geben den Menschen vor, wie sie zu sein haben bzw. sein müssen, um von anderen akzeptiert zu werden und um etwas zu erreichen. Hauptsächlich sind Frauen von dieser Krankheit betroffen, da sie dazu tendieren, den gesellschaftlichen Normen zu entsprechen und diese Form der Sucht zu leben.

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Familiensystem und Anorexie? Gehören die meisten an Anorexie erkrankten der Mittelschicht bzw. Oberschicht an? Stehen Anorektikerinnen häufig unter großem Erfolgsdruck und lassen ihre Emotionen meist vorweg? Ist damit zu rechnen, dass Erwartungen, Leistungsgedanken und gesellschaftliche Vorstellungen ein Grund für den Ausbruch der Krankheit sein könnten?

Um diese Fragestellungen zu beantworten, wählte ich die Methode der Fragebögen. Die Klientinnen wurden in Internetforen und Organisationen ausgewählt, welche die für die Arbeit benötigten Kriterien erfüllten

Es ist wichtig zu diesem Thema Informationen zu erlangen, da diese Krankheit in unserer Gesellschaft weit verbreitet ist und somit ein essentielles Wissensgebiet für die Sozialarbeit darstellt.

Abstract

Anorexia in Women

Is there a link between anorexia and family systems

This diploma thesis analyses of the topic “Anorexia in Women”. The focus of this thesis is the connection between family systems and the disorder Anorexia.

Expectations, performance thinking and social norms determine how people should, in order to be accepted, and to achieve a status in society. It is mainly women, who are affected by this disorder, because they tend more to try to meet those norms and expectations, and to live this kind of addiction.

Is there a link between family systems and anorexia? Do most of the affected women belong to the middle or upper class? Do they feel extraordinary pressure to succeed and therefore suppress their emotions and needs? Could expectations, performance thinking and social norms be reasons for the outbreak of this disorder?

To answer those questions I chose the method of using a questionnaire. The participants were chosen from internet platforms and organisations, which met the criteria for this diploma thesis.

It is important to gather information on this topic, because this disease is widespread in our society, and therefore represents an essential field for social work.

Vorwort

Vorerst möchte ich mich bei allen bedanken, die mir die Möglichkeit geboten haben, meine Diplomarbeit in diesem Rahmen zu gestalten. Ich bedanke mich bei allen Betreibern der Internetforen, die mir die Möglichkeit geboten haben, auf ihren Seiten nach Frauen mit einer Essstörung zu suchen, und natürlich bei allen Probanden, ohne die meine empirische Untersuchung erst gar nicht möglich gewesen wäre. Herzlichen Dank an Euer Vertrauen, Euren Mut und Eure Ehrlichkeit, mir zu diesem doch sehr intimen und fast nicht erforschten Thema Aufschluss gewährt zu haben. Ich bedanke mich bei der Einrichtung „So What“, die mir auf sehr liebevolle und eindrucksvolle Art die Essstörung Anorexia Nervosa in diversen Gesprächen während meines Praktikums näher gebracht hat und mich bei etlichen Erstgesprächen im Zuge meines Praktikums teilnehmen ließ. Auch möchte ich in diesem Zusammenhang betonen, dass mir dieses tolle Team, insbesondere Frau Mag. Marianne Flury, die mir die ganze Zeit über Mut gemacht hat, bei diesem doch erheblich großem Tabuthema dran zu bleiben und nicht aus den Augen zu verlieren, was ich eisern versucht war anzustreben und doch öfters auf Ablehnung stieß. Zusätzlich bedanke ich mich, insbesondere bei Fr. Mag. Irene Schogger, die es mir ermöglicht hat, mit ihrer wundervollen menschlichen Art, an meine Arbeit zu glauben und nicht die Entschlossenheit diese abzuschließen, aus dem Focus zu verlieren. Weiters bedanke ich mich bei den Erstellern der Internetseite „www.magersucht-online.at“ die es mir ermöglichten, meinen Fragebogen online zu stellen, um auch dort zu Probandinnen zu gelangen. Zusätzlich bedanke ich mich bei Frau Prof. Dr. Ursula Brailer, der Leiterin der Essstörungsambulanz im AKH, die mir mit Rat und Tat zur Verfügung stand. Zu guter Letzt bedanke ich mich insbesondere bei meinem besten Freund Thomas Dworak, der mich in dieser Zeit motiviert, ermutigt und weiter getragen hat. Ich bedanke mich für Deine Freundschaft.

Inhalt

1.	Einleitung	1
1.1.	Forschungsinformation und Forschungsdesign	3
2.	Methode und Verlauf der Untersuchung.....	4
2.1.	Fragebogen.....	4
2.2.	SPSS- Statistikprogramm.....	6
3.	Theorie.....	7
3.1.	Sucht ohne Drogen.....	8
3.2.	Geschichte der Anorexie	9
3.3.	Soziodemographische Merkmale der letzten 50 Jahre.....	11
3.4.	Kulturhistorische Grundlagen der Ernährung	13
3.5.	Krankheitsverlauf.....	13
3.6.	Erklärungsansätze/Ursachen der Anorexie	14
3.7.	Klinische Beschreibung von Essstörungen.....	15
3.8.	Diagnostische Kriterien der Anorexie	15
3.9.	Epidemiologie von Essstörungen.....	17
3.10.	Klinisches Bild.....	18
3.11.	Der Beginn der Symptomatik im Zusammenhang mit der Familie.....	19
3.12.	Analytische, tiefen-, ich- und familienpsychologische Erklärungsmodelle	22
3.13.	Systemisches Modell (Familie), deren Geschichte und mögliche Ursachen für den Auslöser von Anorexie innerhalb der Familie	23
3.14.	Weitere Ursachen für Anorexie in der Familie.....	25
3.15.	Nahrungsaufnahme bei Anorexie	27
3.16.	Essstörungen und Komorbidität.....	28
3.17.	Anorexia nervosa aus der Sicht einer Betroffenen	29
4.	Ergebnisse aus den Fragebögen.....	31
4.1.	Alter?.....	31
4.2.	Familienstandstand?.....	32
4.3.	Geschwisteranzahl?.....	33

4.4.	Geschwisterreihung?.....	33
4.5.	Eltern/Haushalt?.....	34
4.6.	Wie ist das Verhältnis zur Mutter?	36
4.7.	Wie ist das Verhältnis zum Vater?.....	38
4.8.	Wie ist das Verhältnis der Anorektikerinnen zu deren Geschwistern?... 41	
4.9.	Ausbildungsverlauf der Mutter?	42
4.10.	Ausbildungsverlauf des Vaters?	43
4.11.	Netto Verdienst der Mutter?	44
4.12.	Netto Verdienst des Vaters?.....	44
4.13.	Werden Gefühle innerhalb der Familie angesprochen?.....	46
4.14.	Fühlen sich die Befragten bei Meinungsverschiedenheiten schuldig? ... 48	
4.15.	Hören Anorektikerinnen auf ihre eigenen Bedürfnisse?.....	49
4.16.	Herrschte eine Kritik wegen des Körpers?	51
4.17.	Wann war der Beginn der Essstörung?	53
4.18.	Liegen Depressionen vor?.....	54
4.19.	Hat die Thematik mit dem Familiensystem zu tun?	55
5.	Zusammenfassung.....	57
6.	Resümee.....	58
7.	Literatur	62
8.	Abbildungsverzeichnis.....	64
9.	Anhang	65
9.1.	Der für die gegenständliche Diplomarbeit verwendete Fragebogen.....	65
9.2.	Ergebnistabellen.....	75
9.3.	Weitere Graphen	78

1. Einleitung

Die gegenständliche Diplomarbeit stellt eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Anorexie und Familiensysteme bzw. Erziehungsmuster“ dar. Die Idee diese Arbeit zu verfassen, entstand aus dem Interesse an Süchten und an Essstörungen, da diese in den letzten Jahren scheinbar immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Erwartungen, Leistungsgedanken und gesellschaftliche Vorstellungen geben den Menschen vor, wie sie zu sein haben bzw. sein müssen, um von anderen akzeptiert zu werden und um etwas zu erreichen. Welche Rolle spielt Anorexie bei Frauen? Inwieweit ist das Umfeld bzw. Familiensystem Schuld an der Krankheit?

Ich habe in diesem Bereich auch einen sehr persönlichen Zugang, da ein paar meiner Freundinnen an Anorexie erkrankt sind, und habe dabei erkannt, wie schwierig es ist Hilfe anzunehmen bzw. kostenfrei zu erlangen. Warum verhalten sich immer mehr Menschen süchtig? Gibt es Methoden, diesen Erwartungen und Vorstellungen dieser Gesellschaft zu entfliehen? Das Feld, das ich im Rahmen meiner Diplomarbeit untersuche, besteht aus einer begrenzten Anzahl von Frauen, die in verschiedenen Einrichtungen und Internet-Foren, aufgrund von Anorexie therapiert werden bzw. Hilfe bekommen.

Ziel meiner Diplomarbeit ist es, zu untersuchen, welche Erziehungsmuster und Familiensysteme Auslöser der Essstörung Anorexia Nervosa sein könnten und ob ein Zusammenhang zwischen diesen Faktoren möglich wäre? Auf dieser Frage liegt meine Diplomarbeit zu Grunde. In diesem Zusammenhang, war schnell ersichtlich, dass sehr wenige empirische Untersuchungen inklusive der dazupassenden Literatur vorliegen. Deshalb suchte ich Einrichtungen für Essstörungen auf, die meine Befürchtung, zu dieser Thematik wenig Material zur Verfügung zu haben, bestärkten und mich bei meiner Idee, dieser auf den Grund zu gehen, ermutigten. Während dieser Überlegungen informierte ich mich auch darüber, ob genügend Hilfestellungen für betroffene Mütter vorhanden sind, ob diese auch genutzt werden, Verbesserungsvorschläge gegeben sind und Präventivmaßnahmen

an Schulen, Werbungen usw. zielführend wären. Während meiner empirischen Untersuchung beobachtete ich auch ein starkes Interesse in meinem sozialen Umfeld. Ein paar Freunde meinerseits sind von Essstörungen betroffen, und scheinbar hat die Erkrankung sehr viel mit den Erziehungsmustern und Familiensystemen zu tun, da ich ähnliche Verhaltensmuster erkennen konnte. Bei genauerer Durchsichtung der vorhandenen Literatur, wurde ich darauf aufmerksam, dass einige der anorektischen Frauen aus den oberen sozialen Schichten stammen. Diese Beobachtung, fand ich sehr spannend, daher war ich versucht diese auch in meine Arbeit einzubauen. Auch wurde ich sehr bald durch die Essstörungseinrichtung „So What“ darauf gestoßen, dass nur wenige Frauen an Essstörungen erkranken und vielmehr Mädchen in der Pubertät. Daher war es mir ein großes Anliegen auch diese Gegebenheit genauer zu durchleuchten. Meine Haupthypothese „Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Essstörung Anorexie und Familiensystemen und Erziehungsmustern“ wird von weiteren Hypothesen begleitet:

Weitere Hypothesen:

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Familiensystem und Anorexie
- Es wäre vermutlich besser Eltern immer in den Therapieverlauf miteinzubeziehen, um dadurch den Heilungsprozess der Betroffenen schneller bzw. besser zu beschleunigen
- Einige der Betroffenen grenzen bzw. isolieren sich selbst aus ihrem bestehendem System aus.
- Präventive Maßnahmen (z.B. an Schulen, in Medien, etc.) wären eventuell sinnvoll, und möglicherweise teilen auch diese Meinung einige Betroffene

- Die meisten an Anorexie Erkrankten gehören der oberen Mittelschicht bzw. der Oberschicht an.
- Anorexie entsteht eher innerhalb der Pubertät nicht erst im höheren Alter
- Anorektikerinnen stehen häufig sehr unter großem Erfolgsdruck und lassen ihre Emotionen häufig vorweg.
- Die Betroffenen wollen lieber Kind bleiben und haben Angst vor dem Erwachsen werden.
- Der Großteil der Befragten ist allein lebend.
- Die Eltern unterliegen selber einem großen Leistungsdruck.
- Es ist damit zu rechnen, dass Erwartungen, Leistungsgedanken und gesellschaftliche Vorstellungen ein Grund für den Ausbruch der Krankheit sein könnten.
- Vermutlich besteht ein Zusammenhang, zwischen Anorexie und einem gut situiertem Elternhaus.

1.1. Forschungsinformation und Forschungsdesign

Das Feld, das ich im Rahmen meiner Diplomarbeit untersuche, besteht aus einer begrenzten Anzahl von Frauen, welche von der Erkrankung Anorexia Nervosa betroffen sind. Zu Beginn, war ich versucht meine Probandinnen ausschließlich im Bereich Niederösterreich und Wien anzusprechen, war jedoch später dazu gezwungen die Örtlichkeiten auszuweiten, da es äußerst schwierig war an dieses Klientel heranzukommen. In einigen Internet-Foren, war es mir schließlich möglich einige Probandinnen ausfindig zu machen, um somit Informationen zu meiner empirischen Untersuchung zu erhalten. Das Herantasten an diese, setzte anfangs einige Kraft, Ausdauer und Fingerspitzengefühl voraus, bevor es mir möglich war, mich den

Testpersonen anfangs auf der persönlichen und schließlich auf der befragenden Ebene zu nähern. Weiters befragte ich auch einige Frauen im näheren Umkreis, der Großteil der Befragten ist jedoch aus dem Internet.

2. Methode und Verlauf der Untersuchung

2.1. Fragebogen

Die Zielgruppe, für welche der Fragebogen erstellt wurde, besteht aus 60 anorektischen Probanden, die teilweise aus dem näheren Umfeld (Freunde, Bekannte, Essstörungenzentrum „So What“- Wien) und aus diversen Internet-Foren stammen. Um zu Ergebnissen zu gelangen, erstellte ich mit Hilfe meiner Diplomarbeitbetreuerin, Fr. DSA Mag. (FH) Irene Schogger, einen Fragebogen, um den Betroffenen somit die Möglichkeit zu geben, wirklich anonym bleiben zu können.

Dieser umfasst:

- Fragestellungen zum **Familiensystem** (Geschwisteranzahl, Elternkonstellationen)
- **Ausbildung und Einkommen der Eltern** (Höchster Schulabschluss des Vaters und der Mutter, ungefähres Nettoeinkommen des Vaters und der Mutter)
- **Erziehungsmuster** (Verhältnis zur Mutter und zum Vater, Verhältnis zu den Geschwistern allgemein, wurde innerhalb der Familie über Emotionen oder Gefühle gesprochen, besteht ein großer Leistungsdruck usw.)
- **Behandlung bzw. Behandlungsverlauf/Möglichkeiten/Ursachen** (Beginn Ihrer Essstörung, wurden die Eltern mit der Thematik vertraut gemacht, Reaktionen der Eltern, nahmen Eltern selbst Hilfe in Anspruch,

kamen Beschwerden über zu wenig Hilfsangebote, wurde die Familie in die Therapie miteinbezogen usw.)

Um sicher zu gehen, dass der Fragebogen keine zu intimen, missverständlichen oder für Betroffene zu schwierig zu beantworteten Fragestellungen beinhaltet, händigte ich ihn einigen betroffenen Freunden und diversen Essstörungseinrichtungen wie „Intakt“, „So What“, „FEM“ usw. aus, um vorerst einmal einen Probelauf zu starten. Dieses Vorgehen war mir ein sehr großes Anliegen, da es mir bewusst war, wie schwierig es für die Probanden emotional sein würde, überhaupt an der Befragung teilzunehmen. Wichtig zu beachten ist, dass dieser Bereich auch in der heutigen Zeit noch sehr stark unter den Deckmantel „Tabuthema“ fällt. Der Testlauf war notwendig, um die Fragestellungen zu verbessern bzw. die Gestaltung zu ändern. Nachdem dieser Fragebogen optimiert war, wurden in etwa 100 Fragebögen in Auftrag gegeben, diese dann im näheren Umfeld und in einigen Essstörungseinrichtungen verteilt und teilweise - wenn überhaupt dem Klientel ausgehändigt - ausgefüllt. Da ich, mit dieser Methode nur wenig Rückmeldungen bzw. Erfolg erzielen konnte, startete ich den Versuch über Internet- Foren nach Probanden zu forschen, die mit dieser für mich zu erforschenden Thematik vertraut sind. In diesem Sinne, verfasste ich einen „Online-Fragebogen“, mit dem es mir auch möglich war, mein Fragenmaterial per Mail an eine, wenn gewünscht, anonyme Adresse zu versenden. Durch ständigen Austausch per Mail, über einen Zeitraum von zwei Monaten gelang es mir schließlich auf Grund kontinuierlicher vertraulicher Gespräche, die Probandinnen davon zu überzeugen, mir den von ihnen ausgefüllten Fragebogen zukommen zu lassen. Einige waren von meiner Idee, nähere wissenschaftliche Untersuchungen in diesem Bereich vor zu nehmen, sehr gerührt und ließen mir mehr Information zukommen, als ich versucht war in Erfahrung zu bringen. Im Zuge dessen, war es mir möglich sehr viel Input bzw. Einblick zu dieser Problematik für meine Arbeit zu gewinnen. Natürlich wurde jeder im Vorfeld darüber informiert, dass der Fragebogen absolut anonym und unverbindlich ist. Darüber hinaus, stellte ich meinen Fragebogen online ins Internet auf die äußerst seriöse und

bekannte Adresse www.magersucht-online.at, die mir hierbei behilflich waren, auf mögliche interessierte Anorektikerinnen zu stoßen .

2.2. SPSS- Statistikprogramm

„Statistical Package for the Social Sciences“ lautet die genaue Bezeichnung dieses Programmes. Es wird für Manipulation und statistische Analyse aller Art von Daten verwendet. Es setzt einige mathematische Grundkenntnisse voraus und findet größtenteils an Universitäten der Geisteswissenschaften Verwendung.

In dieser Diplomarbeit wurde es eingesetzt, um die gesammelten Daten der Fragebögen in graphische Formen zu setzen.

Analyse der Daten dieser Diplomarbeit:

Im Zuge der empirischen Fragebogenauswertung fand zur genauen Erhebung des Datenmaterials das Programm SPSS in dieser gegenständlichen Diplomarbeit Verwendung. Um zu einer möglichst genauen Auswertung zu gelangen, war es erforderlich, sämtliche Antworten aus dem Fragebogen in das Programm codiert einzufügen. Um zu präzisieren was hierbei gemeint ist, werden nun folgende Beispiele darüber Aufschluss gewähren:

Jeder Fragebogen wurde in Hauptkategorien eingeteilt, denen jeweilige Unterpunkte angefügt wurden. Dies ist in diesem Zusammenhang von großer Wichtigkeit um einer bestimmten Reihenfolge somit Folge leisten zu können. An diese Nummerierung wurden kurze prägnante Stichwörter der Unterüberschriften angefügt, die in weiterer Folge mit einem Code versehen wurden, wie zum Beispiel:

- Bei der Fragestellung nach dem Alter, wurde dem Bereich 18- 21 Jahre der Code 1 zugewiesen, dem Bereich 22- 25 Jahre der Code 2, in weiterer Folge in der Lebensspanne von 26- 29 der Code 3 zugeschrieben, usw.
- Bei sämtlichen „JA“ bzw. „NEIN“ – Antworten, wurde für „JA“ der Code 1 und für „NEIN“ der Code 2 zugewiesen.

Aus den codierten Daten wurden Graphiken erstellt, die meine Resultate veranschaulichen. Alle Ergebnisse sind im Anhang ersichtlich.

3. Theorie

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa (griech./lat.: etwa „nervlich bedingte Appetitlosigkeit“) wurde erstmals 1873 von Ernest-Charles Lasègue und William Gull beschrieben, und ist somit die am längsten bekannte Essstörung. Die meist jungen weiblichen Patienten leiden an einer Körperschemastörung, d. h. sie nehmen sich trotz eines bestehenden Untergewichts als „zu fett“ wahr. Anders als andere Menschen erlangen sie ihr Selbstwertgefühl nicht aus allgemeinen Leistungen in Beruf, Hobby oder Privatleben, sondern ausschließlich aus ihrem Gewicht bzw. der Fähigkeit, dieses zu kontrollieren.

Symptome

Die Magersucht ist eine schwere, unter Umständen tödliche, körperliche Erkrankung. Die körperlichen Folgen werden hauptsächlich durch das extreme Untergewicht verursacht.

Herz: verlangsamter Herzschlag, niedriger Blutdruck, EKG-Veränderungen (besonders: verlängertes QT-Intervall) und Herzrhythmusstörungen.

Blut: Störungen der Elektrolyte (besonders gefährlich: Hypokaliämie), Hypoglykämie, verminderte Anzahl an Leukozyten und Thrombozyten

Hormone: niedrige Konzentrationen von Geschlechtshormonen (LH, FSH, Östrogen), dadurch: Amenorrhoe, Unfruchtbarkeit, verringerte Libido, evtl. fehlendes Wachstum der Brust. Niedrige Konzentration von Schilddrüsenhormonen. Leicht erhöhte Konzentration von Glukokortikoiden.

Knochen: Osteoporose mit erhöhtem Risiko einer Fraktur

(falls häufiges Erbrechen) Zähne: Erosionen durch Magensäure, Karies

Die Patienten sind erhöht gegen Kälte empfindlich, auch ihre Körpertemperatur kann erniedrigt sein. Weitere Symptome sind Schwindelgefühle und Ohnmachtsanfälle. Des Weiteren kann es zu trockener Haut und zur Lanugobehaarung an Rücken, Armen und Gesicht kommen.

Bei einem Krankheitsbeginn vor der Pubertät kann es zu einem Stopp des Größenwachstums und zu einer fehlenden Entwicklung der weiblichen Brust kommen. Zu einer Amenorrhoe kommt es nur, wenn die Patientinnen keine Anti-Baby-Pille nehmen.

Ein Teil der überlebenden Patienten leidet zeitlebens an chronischen Zuständen wie Osteoporose oder Niereninsuffizienz. Die Patienten sind erhöht gegen Kälte empfindlich, auch ihre Körpertemperatur kann erniedrigt sein. Weitere Symptome sind Schwindelgefühle und Ohnmachtsanfälle. Des Weiteren kann es zu trockener Haut und zur Lanugobehaarung an Rücken, Armen und Gesicht kommen. (vgl. Wikipedia – Die freie Enzyklopädie)

Hier erfolgt nun eine kurze Erklärung für den Begriff „Sucht ohne Drogen“. Einer Beeinträchtigung der Empfangsstation im Gehirn ohne jegliche Einwirkung von psychoaktiven Substanzen, Alkohol oder Medikamente.

3.1. Sucht ohne Drogen

Gross (1990:12) drückt aus, dass Endorphine von der menschlichen Nervenzelle produzierte körpereigene Substanzen sind, die dem Morphin biochemisch sehr ähnlich sind. Diese Substanzen filtern Angst und Schmerzen. Die Aktivität der Milliarden Nervenzellen wird durch ungefähr 50 Milliarden Neurotransmitter gesteuert, wobei eine Gruppe davon Endorphine sind. Sie beeinflussen die Empfangsstationen im Gehirn, die Rezeptoren die Nervenzelle- und somit Wahrnehmung, aber auch die Gedanken und die Gefühle, indem sie blockierend oder stimulierend wirken. Die Gemeinsamkeit von außen zugeführter Opiate und Endorphinen besteht

darin, dass sie auf die gleiche Weise im limbischen System, wo sich unser Wohlbefinden einpendelt, aufgenommen und verarbeitet werden. Dieses naturwissenschaftliche Menschenbild besagt, dass es keinen noch so komplexen seelischen Vorgang ohne ein biochemisches Substrat gibt. Biochemische Prozesse sind durch Stimulation von außen, ohne Zuführung eines chemischen Stoffes, ebenso wie durch bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen beeinflussbar. (vgl. Gross 1990:12-13)

Im nächsten Aspekt erfolgt ein Rückblick in die Geschichte, um festzumachen, dass diese Erkrankung keine Neuartigkeit darstellt.

3.2. Geschichte der Anorexie

Cuntz & Hillert (1998:53) geben an, dass es seit biblischer Zeit Berichte über Personen, die ohne äußere Notwendigkeit oder erkennbare körperliche Erkrankungen die Nahrungsaufnahme einschränken oder einstellen, gibt. Weber & Stierlin (2003:26) gehen sogar soweit zu behaupten, dass Magersucht schon am längsten von allen anderen Essstörungen als Krankheit erfasst wurde.

Im 17. Jahrhundert finden sich im medizinischen Schrifttum erstmals Fälle, bei denen nach Ausschluss organischer Faktoren „nervöse“ bzw. seelische Gründe als Ursache der Nahrungsverweigerung angenommen wurden (vgl. Cuntz/Hillert 1998:53). Auch Lasègue (1997:492-497) berichtet von psychischen Belastungssituationen als Auslöser der Erkrankung und die Auswirkungen auf die Familien, die mit Verlockungen und Drohungen versuchen, die Patientinnen zum Essen zu bewegen. Weiters verweist er auch auf die kognitive Einengung der Patientinnen auf nahrungsbezogene Themen und die fehlende Besorgnis wegen ihres körperlichen Zustands. In der Bildgeschichte „*Der Suppenkasper*“, versucht der Frankfurter Psychiater Heinrich Hoffmann (1845), aufzuzeigen, dass das selbstverursachte Hungern und Verhungern als Ausdruck einer Verweigerung gegenüber seiner Erwachsenenwelt steht. Er ist der Meinung, dass Menschen, welche an Anorexie erkrankt sind, nicht erwachsen werden wollen. Sie haben sozusagen Angst vor der Verantwortung im Leben.

Der Beginn der systematischen Einordnung (Nosologie) bzw. der ersten wissenschaftlichen Untersuchung, findet im 19. Jahrhundert Gehör, laut Brumberg (2000:611-623).

Anorexia nervosa bedeutet frei übersetzt „Seelisch bedingte Appetitlosigkeit“. Obgleich Appetitlosigkeit gerade nicht für die treffender als „Magersucht“ (wobei „Sucht“ in seiner allgemeinen Bedeutung gemeint ist) bezeichnete Erkrankung charakteristisch ist, konnte sich dieser Begriff ausgehend von den bahnbrechenden Publikationen des französischen Internisten und Psychiaters Ernest-Charles Laségue (*De l'Anorexie Hysterique*, Paris 1873) und des englischen Nervenarztes William W. Gull (*Anorexia nervosa*, London 1873) im

medizinischen und später im allgemeinen Sprachgebrauch etablieren. 1914 beschrieb der Pathologe Morris Simmonds ein der Anorexie ähnliches Krankheitsbild, dass er auf eine Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens (Hirnanhangdrüse) zurückführen konnte. Hiervon ausgehend wurde die Diskussion um eine mögliche organische bzw. hormonelle Ursache des Krankheitsbildes vorübergehend neu belebt. Letztendlich wurde deutlich, dass nur ein Bruchteil der Betroffenen entsprechende Befunde aufweist. Bis in die 70iger Jahre des 20. Jahrhunderts dominierten dann vor allem psychoanalytische Erklärungsmodelle der Diskussion und Therapie der Anorexia nervosa

In den vergangenen Jahrzehnten wurden Essstörungen über Fachkreise hinaus bekannt und u.a. ausgiebig in den Medien thematisiert. Es liegt nahe, dass diese Entwicklung nicht ohne Auswirkungen auch auf das Krankheitsbild selber geblieben ist. Musste früher jede Betroffene die Symptomatik individuell „erfinden“, hatte sie nun, zumindest im Rahmen von Medienberichten, zahlreiche Vorbilder. Dieses musste zwar das Gefühl der Betroffenen, einmalig zu sein, relativieren, legte aber andererseits die Essstörungen auch für solche Frauen, die ansonsten diesen Weg vielleicht nicht gegangen wären, als Möglichkeit der Konfliktbewältigung nahe (in diesem Zusammenhang wurde Anorexie mit der Hysterie, der „Modeerkrankung“ junger Frauen der Jahrhundertwende verglichen). (vgl. Bruch 1991: 53-54)

3.3. Soziodemographische Merkmale der letzten 50 Jahre

In den letzten 50 Jahren wurde eine Zunahme von Essstörungen festgestellt. Essstörungen setzten die Befriedigung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse und einen materiellen Überfluss voraus, deshalb sind sie häufig in der westlichen Welt zu finden. (vgl. Rathner 2003:2-3)

Weber & Stierlin (2003:29) sind auch der Meinung, dass sich das Problem von Kontrolle und Autonomie im Hinblick auf das Essen sich nur dort stellt, wo Nahrung reichlich vorhanden ist. Folglich gibt es bei den Armen der Dritten Welt keine Hinweise auf Anorexie. Und in den Ländern der Dritten Welt (wie auch noch in vielen Ostblockstaaten) gilt Fettleibigkeit häufig nicht als Krankheit, sondern als Statussymbol. Nur in Überfluggesellschaften sind Bürger herausgefordert, angesichts eines Nahrungsüberangebotes Kontrolle zu üben und Autonomie zu bezeugen.

Auch Bruch (1991:27) hat festgestellt, dass aus unterentwickelten Ländern, in denen noch immer große Hungersnöte drohen, keine Berichte über Anorexia nervosa vorliegen. Weiters erwähnt sie auch, dass in den Vereinigten Staaten keine Fälle von Magersucht bei Farbigen und Mitgliedern anderer unterprivilegierter Gruppen bekannt wurden. Jedoch ein unverhältnismäßig großer Prozentsatz anorektischer Patientinnen stammt aus der Oberschicht, einige aus den Reihen der Superreichen. Mit anderen Worten: Selbst auferlegtes Hungern ist ausschließlich unter Bedingungen ausreichender oder sogar überreichlicher Nahrungsversorgung zu beobachten. (vgl. Bruch 1991:27)

Westliche Gesellschaften sind aber nicht nur konsum-, sie sind auch leistungsorientiert, pluralistisch und einem sich beschleunigendem Wandel unterworfen. Damit verschärfen sich für ihre Bürger die Probleme der Selbstkontrolle, Autonomie und Abgrenzung. (Weber/Stierlin 2003:29). Mit diesem Thema haben sich auch Autoren wie, z.B. Boskind- Lodahl 1976:120-146; Vandereycken & Pierloot 1983:543-549 auseinandergesetzt. Somit ist es kein Wunder, dass Frauen sich von solchen Widersprüchen am stärksten betroffen zeigen, sind Weber & Stierlin (2003:29-30) der Ansicht: Einerseits verschafft ihnen die moderne Industriegesellschaft mehr Möglichkeiten, sich eigenständig in vielen, bisher überwiegend Männern vorbehaltenen Berufen zu verwirklichen: Sie sind damit gefordert, sich

vermehrt zu entscheiden, sich von den Zielen und Erwartungen ihrer (überwiegend männlich geprägten) Umwelt abzugrenzen und sich im Konkurrenzkampf durchzusetzen. Andererseits sind sie vielschichtigen – offenen und verdeckten – Erwartungen ausgesetzt, sich sowohl fraulich und mütterlich einfühlend und gebend als auch erotisch anziehend und begehrenswert zu zeigen. Sie geraten somit in Dilemmata, wo sie sowohl gegen sich selbst, wie auch gegen die Gesellschaft gerichtet in einen Hungerstreik treten.

Allerdings: Viele Frauen ringen heute mit diesen Dilemmata, aber nur ein kleiner (wenn auch wachsender) Prozentsatz zeigt das Bild einer ausgeprägten Anorexie.

Daher stellt sich die Frage: Welche Faktoren müssen hinzukommen, damit die genannten Gesellschaftlichen Gegebenheiten im konkreten Fall zu einer Anorexie führen?

Die Frage lenkt den Blick zunächst auf den betroffene einzelnen, auf seine Erlebniswelt, seine Motivationsdynamik, seine inneren Konflikte, und das heißt auch, auf seine spezielle Weise, gesellschaftliche Angebote, Modelle, Zwänge, Erwartungen und die sich darin offenbarenden Widersprüche wahrzunehmen, zu verinnerlichen und damit umzugehen.

Die obige Frage nach den hinzutretenden Auslösefaktoren für Anorexie lenkt den Blick weiter auf die Familie. Der/die einzelne wird durch die Familie entscheidend geprägt und sozialisiert. Was immer die Gesellschaft an Werten, Erwartungen, Modellen Widersprüchen, Erziehungsmuster anbietet, wird durch die Familie vermittelt, aber auch gefiltert und abgewandelt. Jede einzelne Familie zeigt sich als ein Szenarium, worin das Selbstwertgefühl, die Verhaltensmaximen, die Erwartungen, Rechte und Pflichten der Mitglieder auf vielfältige Weise verinnerlicht, festgeschrieben oder abgewandelt werden. Um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten ist es am effektivsten, den ganzen Kontext einzubeziehen. (vgl. Weber/Stierlin 2003:29-30)

3.4. Kulturhistorische Grundlagen der Ernährung

Das Bedürfnis den Hunger zu stillen und eine ausreichende Versorgung mit Nahrungsmitteln auch über Mangelzeiten hinweg sicherzustellen, ist ein zentrales Motiv menschlicher Zivilisations- und Kulturgeschichte. Im Stadium der Jäger- und Sammlerkulturen bestimmte das natürliche Vorkommen essbarer Pflanzen und Tiere den Lebensrhythmus des Menschen. Solange Orte mit ausreichendem Nahrungsangebot aufgesucht werden konnten, war eine Vorratshaltung im größeren Umfang überflüssig und, angesichts der nichtsesshaften Lebewesen, unmöglich. Mit Hilfe technisch verbesserter Jagdgeräte (z.B. Pfeil und Bogen) konnten auch bei weniger reichlichem Angebot ausreichende Nahrungsmengen erjagt werden; unter Umständen ergab sich eine Ernährung mit hohem Eiweiß- und geringem Fettanteil. Die Bedingung dieser Lebensweise setzten sowohl der durchschnittlichen Lebenserwartung als auch dem Bevölkerungswachstum enge Grenzen, Übergewicht blieb zwangsläufig der Ausnahmefall. (vgl. Cuntz/Hillert 1998:39)

Im folgenden Kapitel wird nun der Fokus auf den Krankheitsverlauf gelegt.

3.5. Krankheitsverlauf

Seit den 50er Jahren wurden Krankheitsverläufe von Anorexiepatientinnen dokumentiert. Diese Daten sind jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung aller methodisch einigermaßen plausiblen Verlaufsuntersuchungen ergeben sich folgende Zahlen: Langfristig erreichen etwa 59% der (ehemaligen) Patientinnen wieder ein im Normalbereich liegendes Körpergewicht, bei 49% ist das Essverhalten unauffällig, 43% sind gesund, 36% sind hinsichtlich des Essverhaltens gebessert, 20% unverändert schlecht bzw. chronisch krank, und etwa 5% sind in Folge der Erkrankung gestorben. Das Vorliegen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung bzw. einer Persönlichkeitsstörung wirkte sich ungünstig aus (vgl. Cuntz/Hillert 1998:61). Laut Schweiger, Peters & Sipos (2003:15-16) zeigen auf, dass in einem Zeitraum von 15 – 20 Jahren bei stationär behandelten Patientinnen eine Mortalität von 20% aufzuweisen ist.

Häufige Todesursachen sind infektiöse Erkrankungen, plötzlicher Herztod, Nierenversagen und Tod durch Suizid. Andererseits nimmt die Zahl völlig oder weitgehend remittierter Patientinnen über den Langzeitverlauf zu und erreicht nach 12 – 20 Jahren 60 – 70%. Sie sind auch der Meinung, dass negativ prognostische Faktoren das Ausmaß des Untergewichts, sowie Schweregrad und Anzahl der komorbiden psychiatrischen Störungen, die Genesung verhindern bzw. verlangsamen.

Nach Uexküll et al. (1990:618) vergehen bei nahezu der Hälfte aller Anorektikerinnen fünf bis sechs Jahre, bevor sie sich dazu entschließen, ihre Krankheit zu offenbaren und eine Therapie zu beginnen.

Angesichts dieser Darstellung stellt der Verlauf der Krankheit einen langwierigen Prozess für die Erkrankten dar und es scheint Überwindung zu kosten, die Krankheit zu offenbaren und sich in professionelle Behandlung zu begeben. Der folgende Aspekt behandelt die Frage nach der Entstehung dieser Erkrankung, um zu verstehen, welche Ursachen dafür verantwortlich sein könnten.

3.6. Erklärungsansätze/Ursachen der Anorexie

Dass Essstörungen Ausdruck seelischer Störungen sein können, gilt heute als allgemein akzeptiert. Welcher Art diese Störungen jedoch sind bzw. welche Konstellationen von Traumata zur Manifestation einer Essstörung führen, ist bis heute Gegenstand kontroverser Diskussionen. Einigkeit besteht dahingehend, dass es sich bei Essstörungen, wie bei der Mehrzahl psychischer Störungen, um komplexe Phänomene handelt, die nicht monokausal auf eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden können. Als wichtiger, das Auftreten anorektischer Symptome begünstigender Faktor wurde schon früh die Möglichkeit einer genetisch- familiären Disposition vermutet (vgl. Cuntz/Hillert 1998:54-55). Laut Stahr/Barb-Priebe/Schulz 1995:58-69) gestalten sich die Interaktionsbeziehungen von enormer Wichtigkeit in der früheren Kindheit. Weitere Ansätze behandeln soziokulturelle und gesellschaftliche Ursachen. Dabei gibt es zwei Modelle, die davon abweichen, das sind der feministische Ansatz und der

kulturtheoretische Ansatz. Beiden Ansätzen gemein ist die Feststellung, dass Essstörungen mit der Entwicklung moderner Industriegesellschaften entstanden sind und hauptsächlich Frauen unter dieser Erkrankung leiden. Die Symptome werden als Ausdruck individueller Verunsicherung gesehen, die mit den gesellschaftlichen Umbruchsituationen einhergehen.

Schmidbauer (1987:87) vertritt die Meinung, dass Anorexia nervosa als Ablehnung der Weiblichkeit durch Wahrung einer knabenhaften Gestalt zu verstehen sei.

Die Entstehungsursachen, können nicht auf die monokausalen Ursachen zurückgeführt werden, jedoch wird eine genetisch- familiäre Disposition vermutet. Im folgenden wird nun auf Klinische Beschreibungen und Diagnostische Kriterien von Anorexie eingegangen.

3.7. Klinische Beschreibung von Essstörungen

In ICD-10 und DSM-IV werden zwei Formen von Essstörungen unterschieden: Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN). Beide sind schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, in denen die Störung des Essverhaltens die zentrale Rolle spielt.

Die AN kann einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen und hat mit einer 10-Jahresletalität von 5,6% eine in dieser Altersgruppe 12-fach erhöhte Letalität.

Die Prävalenz der AN bei Frauen zwischen 15 und 25 Jahren liegt bei 1%, die der BN bei 3%, wobei einzelne Symptome dieser Störungen bei einem deutlich größeren Teil (>20%) dieser Risikogruppe zu finden sind (vgl. Bailer et al. 2000:44).

3.8. Diagnostische Kriterien der Anorexie

Laut Schweiger, Peters & Sipos (2003:18) verwenden die meisten wissenschaftlichen Arbeiten die DSM- IV- Kriterien der American Psychiatric Association (APA). Für die Dokumentation von Essstörungen in der stationären und ambulanten Praxis sind die internationalen diagnostischen

Kriterien nach ICD-10 erforderlich. Einige der Erklärungen bedürfen der Erläuterung. Folgende diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa sind im ICD- 10 und DSM- IV tabellarisch dargestellt. (Tab. 1.1 und 2.2)

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10

Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body- Maß- Index von 17.5 kg/m² oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:

- selbst induziertes Erbrechen
- selbst induziertes Abführen
- übertriebene körperliche Aktivität
- Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika

Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee. Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtschwelle für sich selbst fest.

Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus- Hypophysen- Gonaden- Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Verbesserung dar.

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt. Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen. (vgl. Schweiger, Peters & Sipos 2003:19)

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa nach DSM- IV

- A** Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
- B** Ausgeprägte Ängste von einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C** Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D** Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d.h. das Ausbleiben von mindestens 3 aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhö wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt). (vgl. Schweiger, Peters & Sipos 2003:20)

Angesichts des folgenden Kapitels wird deutlich, dass vielmehr Frauen als Männer von der Problematik betroffen sind. Der Erkrankungsbeginn liegt bei ca. 14 Jahren, also innerhalb der Pubertät.

3.9. Epidemiologie von Essstörungen

Die Mehrheit der epidemiologischen Studien berichten eine Zunahme der Behandlungsinzidenz von Anorexia nervosa während der letzten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts. Beispielsweise nahm die Inzidenz in Rochester (Minnesota, USA) bei Frauen von 16,6 pro 100 000 Personenjahren

zwischen 1935 und 1939 auf 26,3 in den Jahren 1980 bis 1984 zu (Lucas et al. 1991). Dabei hat weniger die Inzidenz bei adolescenten Frauen, als vielmehr die Inzidenz bei Frauen zwischen 20 und 40 Jahren zugenommen (Pawluck u. Gorey 1998). Es wird angenommen, dass auch die tatsächliche Prävalenz von Anorexia nervosa in der Bevölkerung zugenommen hat. Bei jungen Frauen ist Anorexia nervosa erheblich weiter verbreitet als bei jungen Männern; die Relation ist etwa 12:1. Das Alter bei Erkrankungsbeginn liegt im Mittel bei ca. 14 Jahren. Bei Frauen zwischen 18 und 29 Jahren liegt die Lebenszeitprävalenz bei etwa 0,9% (Göttestam u. Agras 1995). (vgl. Schweiger, Peters & Sipos 2003:14)

3.10. Klinisches Bild

Cuntz & Hillert (1998:51) sprechen davon, dass überwiegend junge Frauen, am Übergang zur Adoleszenz und frühem Erwachsenenalters betroffen sind. Als Kind oft „problemlos“, hilfsbereit, freundlich, strebsam und verständig, werden die ersten Anzeichen der Erkrankung von den Angehörigen oft nicht als solche wahrgenommen. Wenn die Anorexie schließlich unübersehbar wird, steht hinter der Sorge um die Tochter oder Partnerin vielfach die mit dem Gedanken an eigene „Schuld“ verbundene Frage, warum „ausgerechnet sie“ betroffen ist.

Die Persönlichkeit der Patientinnen gilt – was Untersuchungen an zahlreichen Betroffenen bestätigen – typischerweise als perfektionistisch, introvertiert und selbstunsicher. (vgl. Cuntz/Hillert 1998:51)

Weiters sind sie der Meinung, dass der Erkrankungsbeginn oft nicht genau erfassbar ist. Angesichts der unter jungen Mädchen und Frauen weit verbreiteten Sorge um Körpergewicht, Schlankheit und Diäten überrascht dies nicht. Für die Betroffenen gewinnen diese Themen zunehmend existentielle Bedeutung. Unter Vernachlässigung von immer mehr Lebensbereichen beschäftigen sie sich ausschließlich mit Essen, Kalorienzählen und Strategien zur Vermeidung einer Gewichtszunahme. Trotz abgemagertem, ausgehungertem Erscheinungsbild betonen sie, sich gut und leistungsfähig zu fühlen. Bis zuletzt wird versucht, in Schule, Studium oder beruf überdurchschnittliche Leistungen zu erbringen. Die

sozialen Kontakte reduzieren sich. Oft bleiben nur die Familie, eine „beste Freundin“ oder – soweit vorhanden – der Partner als Kontaktpersonen. Zur Vermeidung einer Gewichtszunahme wendet ein Teil der Patientinnen zusätzlich Strategien an: Eine große Menge an Abführmitteln und Appetitzüglern werden regelmäßig eingenommen. Neben allgemeiner Ruhelosigkeit („Sitze nie, wenn du stehen, stehe nie, wenn du gehen, gehe nie, wenn du laufen könntest.“) wird nicht selten exzessiv Sport getrieben mit dem Ziel, den Kalorienverbrauch zu erhöhen. Der hohe soziale Stellenwert von Sport und Fitness dürfte hier zusätzlich motivationsfördernd wirken. Joggen, Radfahren oder Fitnessprogramme werden üblicherweise allein und bis zur völligen Erschöpfung durchgeführt. Dabei gönnen sich die Betroffenen erst dann Ruhe, wenn die oft minutiös errechnete Energiebilanz zumindest ausgeglichen ist. (vgl. Cuntz/Hillert 1998:51)

Aus den vorangegangenen Darstellungen lässt sich erkennen, dass zwar mehr Frauen von der Problematik betroffen sind, doch trotzdem auch immer wieder Männer an Anorexie erkranken. Das nächste Kapitel, geht nun näher auf den Zusammenhang zwischen Anorexie und Familiensysteme ein.

3.11. Der Beginn der Symptomatik im Zusammenhang mit der Familie

Der Beginn der Magersucht fällt meist in die Zeit der Pubertät. Warum gerade in dieser Entwicklungsphase? Eine erste Antwort darauf lautet: Weil gerade diese Phase einschneidende Änderungen bringt und verlangt, und weil es gerade diesen Mädchen und ihren Familien schwer fällt, solche Veränderungen in einer Weise zu bewältigen, die bezogene Individuation ermöglicht.

Was sich am sichtbarsten verändert, ist der Körper der Pubertierenden: Er scheint unaufhaltsam zu wachsen, weibliche Rundungen bilden sich aus, die Monatsblutung stellt sich ein.

Diese Mädchen sind darauf (zumindest emotional) nur selten vorbereitet. Aber mit dem Körperwachstum, mit dem veränderten Körperbild, mit der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale und mit der

Umgestaltung von Hormonhaushalt und Stoffwechsel erwachen neue Gefühle. Auch intellektuell kommt es zu enormen Entwicklungsschritten. Das Mädchen gewinnt neue Reflexionsmöglichkeiten, gewinnt das, was Piaget (1950) die Fähigkeit zu reversiblen Operationen genannt hat. Allerdings: Die solcherart ermöglichte und im Verlauf der Pubertät noch aktivierte Reflektivität führt nicht notwendigerweise zu größerer Klarheit über das, was man will, was man tun darf oder sollte. Trotz und wegen ihrer intensiven Beschäftigung mit sich selbst bietet die Pubertierende nur allzu häufig ein Bild extremer Ambivalenz, Orientierungslosigkeit und Widersprüchlichkeit. Dazu gibt es inzwischen eine kaum mehr übersehbare Literatur (z. B. Blos 1962, Lorand & Schneer 1962, Caplan & Lebovici 1969).

Aber der Körper und die emotionale und geistige Innenwelt bilden nur die eine Front, an der die Jugendlichen mit Veränderungen zu kämpfen hat. Die andere Front, die natürlich eng mit der ersten verbunden ist, sind ihre Beziehungen: die zu den Eltern und der eigenen Familie wie auch die zu den Gleichaltrigen, den „Peers“.

Ich möchte zu den Beziehungen mit den Gleichaltrigen beginnen, um mich von dorthin wieder der Eltern- und Familienbeziehung zuzuwenden. Gerade im Hinblick auf die fällige Individuation lässt sich die Bedeutung dieser Beziehung zu Gleichaltrigen kaum abschätzen. Die Gleichaltrigen bilden ein zwischenmenschliches Lern- und Experimentierfeld: Man lernt (im günstigen Falle), sich zu streiten und sich wieder zu vertragen, Solidarität zu erfahren und sich doch abzugrenzen. Man lernt in den Beziehungen zu Gleichaltrigen, sich mit den Augen der anderen zu sehen, sich ihrer Kritik zu stellen und dabei doch ein Gefühl der eigenen Identität, des eigenen Wertes auszubilden und zu bewahren. Man lernt auch, besonders wenn es um sexuelle Erfahrungen geht, Nähe und Distanz zu regulieren, den Forderungen der Situation und den eigenen Wünschen entsprechend ja oder nein zu sagen die Spannung der Ambivalenz zu ertragen.

In solchen Prozessen bahnt sich dann auch die Ablösung vom Elternhaus an. Die Loyalitäten zur eigenen Familie lockern sich, solche zu Freunden und Partnern außerhalb der Familie bilden sich neu, verstärken sich. Man wird für neue Werte, neue Zielsetzungen, neue Informationen empfänglich,

die nunmehr eine Auseinandersetzung mit dem Familien- Credo zur Folge hat. In der Begegnung mit den Gleichaltrigen erlebt der Jugendliche den stärksten Anreiz zu ihrer Individuation.

Solche sich während der Pubertät anbahnenden Veränderungen müssen nun gerade in den Familien Magersüchtiger massivste Ängste sowie angestrengteste Stabilisierungsversuche hervorrufen. Je mehr die Mitglieder einer solchen Familie deren Credo verinnerlicht haben, je stärker sie dadurch aneinander gebunden sind, umso mehr werden sie eine Krise erleben. Viele der Jugendlichen verwenden nun das Hungern, um dadurch ihren festen Willen unter Beweis zu stellen. Sie versuchen hiermit den anhänglichen Eltern zu zeigen, dass sie autonom und versucht sind, so ihren eigenen Weg zu finden und trotzdem geliebt zu werden.

Die Motive für solche Konsequenz und Radikalität sind komplex: das vielleicht wichtigste ist, dass sie, die bisher als das angepasste Musterkind dastand, plötzlich eine Möglichkeit entdeckt hat, Autonomie zu erleben und diese sich und anderen zu beweisen. Magersüchtige tun dies, indem sie sich quer zu den Familienwerten stellen, die körperliches Umsorgen und reichliches Geben von Nahrung als die Währung der Liebe ausweisen.

Je länger nun dieser Machtkampf andauert, je mehr das Opferspiel eskaliert, um so mehr wächst die Macht der Tochter, umso mehr gewöhnt sie sich an die Macht und umso weniger scheint sie bereit, sie aufzugeben – trotz und wegen all der Leiden, denen sie sich selbst und ihrer Familie aussetzt.

Die Tochter thematisiert nun durch ihr Verhalten: „Ich hungere, ich brauche Nahrung“. Gleichzeitig teilt sie durch ihren Hungerstreik mit: „Das was ihr mir gebt, nämlich Nahrung, ist nicht das, was ich brauche, wonach ich mich sehne. Ich brauche vielmehr Anerkennung, Liebe um meiner selbst willen, eine nicht an Leistung und Vorleistung gekoppelte Zuwendung und Bestätigung.“ Die Eltern sehen jedoch keinen Weg, diese indirekt und widersprüchlich gesendete Botschaft zu entschlüsseln. So reagieren sie auf die Abmagerung, indem sie sich noch intensiver als bisher um die Ernährung und das körperliche Wohl ihres Kindes kümmern. Und darauf reagiert wiederum die Tochter indem sie sich vermehrt weigert, diese Fürsorge anzunehmen.

Im vorangegangenen Kapitel wird ein Kontext zwischen der Erkrankung und dem Familiensystem deutlich. Im folgenden Abschnitt wird ermittelt, welche biographischen Konstellationen in eine Anorexie führen können.

3.12. Analytische, tiefen-, ich- und familienpsychologische Erklärungsmodelle

Die Frage, welche biographische Konstellation in eine Anorexie führen kann, wird von den verschiedenen Therapieschulen unterschiedlich beantwortet. Es wurden hierzu teils sehr komplexe theoretische Konzepte entwickelt.

Die von Sigmund Freud begründete Psychoanalyse geht von einem differenzierten Konzept der menschlichen Entwicklung aus. Anorexie kann hierbei als „Regression“ auf eine frühere Entwicklungsstufe bzw. als Stillstand in der Entwicklung verstanden werden. Mechanismen wie Spaltung, Verleugnung, Projektion oder auch, im Hinblick auf das Schlankheitsideal, Sublimierung bieten sich als Lösung der in der Pubertät einhergehenden Konflikte – in Form einer Essstörung – an: Die Nahrungsverweigerung kann als triebbeherrschende Leistung des „Ich“ verstanden werden. Die Patientin erlebt sich ihrem Körper gegenüber als beherrschend, allmächtig (im Sinne eines „sekundären Narzissmus“ auf der Stufe des „Größen- Selbst“). Andererseits regradiert sie in die Phase der Oralität, d.h. wird wieder Kind und von der Versorgung der Familie bzw. der Mutter abhängig.

Systemtheoretische Überlegungen hingegen gehen von Störungen der familiären Interaktion aus. Die Erkrankung des Kindes wird dabei zum stabilisierenden Faktor der „Magersuchtsfamilie“, die von einer gestörten Beziehung der Eltern untereinander geprägt ist (Überbeschützende Mutter und emotional distanzierter Vater). Das Geheimnis um die Krankheit und die Pflicht zur Fürsorge zwingt die Familienmitglieder zu engem Zusammenhalt („Festungsfamilie“).

Ich-psychologische Konzepte gehen von Entwicklungsdefiziten der Patientin, etwa einer Störung der Selbstentwicklung, der Individuation und/oder Separation/Ablösung aus. Ausgehend von einer weitgehend sozialen bzw. emotionalen Isolation des Kindes, mit der Folge von

Selbstunsicherheit und einem Mangel an gesunder Körperakzeptanz kann im Rahmen pubertärer Ablösungskonflikte die Ausbildung der Erkrankung als einzig gangbarer Weg erscheinen. Dieser bleibt jedoch zwischen dem Wunsch nach Autonomie und krankheitsbedingter Abhängigkeit eine ambivalent besetzte Scheinlösung.

Schon aus methodischen Gründen bleibt die Frage, ob diese Konzepte richtig oder falsch sind, unbeantwortet. Es gibt keine Instrumente (Fragebögen etc.), die derart komplexe Hypothesen adäquat abbilden können. Am ehesten war dies noch bei familiendynamischen Ansätzen möglich. Untersuchungen ergaben zumindest in Grundzügen übereinstimmende Ergebnisse: Anorektische Patientinnen beschrieben ihre Familien als symbiontisch, konfliktvermeidend und mit geringen individuellen Freiräumen. Die Eltern bestätigen dies tendenziell, werteten die Ausprägung dieser Aspekte jedoch als deutlich weniger schwer. (vgl. Cuntz/Hillert 1998:58)

Hier wird nun deutlich, dass viele Aussagen nur auf Vermutungen aufgebaut sind. Die nächsten zwei Kapitel stellen eine Auseinandersetzung zwischen dem systemischen Modell (Familie), deren Geschichte und mögliche Ursachen für den Auslöser Anorexie innerhalb der Familie dar.

3.13. Systemisches Modell (Familie), deren Geschichte und mögliche Ursachen für den Auslöser von Anorexie innerhalb der Familie

Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu einem rapiden Anwachsen von Familienuntersuchungen. Man gewann den Eindruck, als ob etwas wie das geheimnisvolle Wirken eines „Zeitgeistes“ zum Vorschein kam. Mit wachsender Erfahrung wurde deutlicher, dass es nicht das eine oder andere Verhaltensmerkmal oder eine einzelne Facette der Familienkonstellation war, die für eine gesunde oder abnorme Entwicklung verantwortlich war, sondern die dynamische Interaktion zwischen allen Familienmitgliedern und die Rolle, die sie in der Beziehung zueinander spielten (vgl. Bruch 1991:96-97)

Minuchin und Selvini-Palazzoli entwickelten die Hypothese, dass es sich bei Essstörungen nicht um Erkrankungen der Person, sondern um Erkrankungen des Familiensystems handelt (Minuchin et al. 1978).

Laut Schweiger, Peters & Sipos (2003:50) können Essstörungen im Kontext interpersoneller Beziehungen betrachtet werden, da Essverhalten und damit in Beziehung stehende Verhaltensweisen durch Familienmitglieder (Geschwister/Geschwisterkonstellationen) stimuliert, verstärkt oder bestraft werden. Die Kommunikation, Kohäsion, die interpersonellen Beziehungen und systemische Struktur der Familien essgestörter Patientinnen sind verändert.

Dare et al. & Eisler et al. (2001:178; 1997:216-221) haben herausgefunden, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa von vermehrten Konflikten in der Familie und einer schlechten Familienorganisation berichten. Auf Beobachtung gestützte Forschung zeigt sehr heterogene Muster familiärer Interaktionen bei Patientinnen mit Essstörungen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Erkrankung und der Schwere von Interaktionsproblemen in der Familie. Eltern von Patientinnen mit Essstörungen leiden häufig unter Schuldgefühlen. Verhaltensweisen wie extrem langsames Essen oder Leeren des Kühlschranks für Essanfälle stören wichtige Bereiche der familiären Interaktion, lenken die Aufmerksamkeit von Familien ab oder bringen finanzielle Belastungen mit sich. Interventionen, die von einem systemischen Modell abgeleitet wurden (Familientherapie) haben sich bei Patientinnen als wirksam erwiesen. (vgl. Dare et al./Eisler et al. 2001:178; 1997:216-221)

Bruch(1999:16,18) verortet den Ursprung von Essstörungen, schon in den sechziger Jahren in einer gestörten Mutter- Kind- Beziehung insbesondere im ersten Lebensjahr. Stefanie Richter (2006:428-429) macht demgegenüber durch ihre selbstdurchgeführte Studie jedoch deutlich, dass über die Mutter- Kind- Beziehung hinausgehend auch weitere signifikante Andere in die Entwicklung der heranwachsenden Frauen hineinwirken, dass das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl und die Selbstentfaltung über lange Jahre hinweg untergraben bzw. beeinträchtigt werden und dass die Mütter selbst in eigene Problemlagen verstrickt sind (vgl. Richter 2006:428-429). Die Familie wird ausdrücklich als eine zentrale Problemdimension im

Zusammenhang mit der Genese der „Essstörung“ thematisiert. Dabei wird herausgearbeitet, dass die Familie bzw. einzelne Familienmitglieder selbst von Problemlagen dominiert sind. Aber nicht nur die Mütter spielen eine große Rolle, sondern auch andere Familienangehörige wie die Väter, Geschwister bzw. Großeltern (vgl. Richter 2006:427). Richter (2006:326) gibt auch an, dass Beobachtungen zusammengefasst, die im Zusammenhang mit lebens- und familienzyklischen Ablaufmustern sowie mit Erwartungen im Hinblick auf Ausbildungs- und Berufskarrieren stehen, wie sie als gesellschaftliche Erwartungen und normativ vorgegebene Muster im Lebenslauf existieren. Aus diesem normativen Ablauf- und Erwartungsmustern entstehen Krisen.

Stefanie Richter (2006:319-327) betont auch noch einige Erziehungsmuster, die den Ausbruch von Anorexie fördern könnten:

- Innere Konflikte werden nicht zu Gegenstand gemacht
- Großer Leistungsdruck in Hinblick auf Ausbildung und Berufskarriere
- Zuwendung und Anerkennung fehlen
- Eltern sind zu leistungsorientiert
- Eltern haben wenig Zeit für die ihre Kinder
- Über Generationen hinweg bestehende und weitertransportierte Familiensysteme.

3.14. Weitere Ursachen für Anorexie in der Familie

Bei der primären Anorexia nervosa ist die gestörte Familieninteraktion laut Bruch (1991:102) weniger ersichtlich. Diese ernsthafte lebensbedrohliche Krankheit entwickelt sich bei Jugendlichen, deren Kindheit den Berichten den Eltern zufolge oft in einem ungewöhnlichen Maß frei von Störungen war. Berichte über den Familienhintergrund waren widersprüchlich. Einige ältere Autoren schreiben, in der Familiengeschichte habe es Neurosen oder Psychosen gegeben, während andere das Fehlen manifester psychiatrischen Krankheiten konstatieren und keine bemerkenswerten psychischen Störungen bei den Eltern feststellen konnten.

Es existieren wenige Berichte über Anorexia nervosa bei den Eltern, noch weniger bei Geschwistern.

Berichte über innerfamiliäre Beziehungen zeigen wenig Übereinstimmung zwischen den Forschern hinsichtlich der Art präorbider Phänomene und Einflüsse (vgl. Bruch 1991:103). Crisp (1970:1-22) stellte einen ähnlichen Mangel an Übereinstimmung bei Aufzeichnungen über den sozialen Hintergrund fest. Crisp (1970:1-22) war beeindruckt, von dem hohen Anteil an Patienten, die aus wohlhabenden und akademisch gebildeten Elternhäusern stammen, fand jedoch auch heraus, dass die Patienten aus allen sozialen Schichten kamen, andere gaben den ärmlichen finanziellen Status der Familien an. (vgl. Bruch 1991:103)

Im Zuge dieser Inkonsistenz führte Hilde Bruch (1991:105) eine eigene Studie mit Anorektikerinnen durch. Zur Darstellung ihrer Beobachtung an 70 Patienten hat sie die Gruppe unterteilt in 51 Patienten mit dem primären Syndrom und einer kleineren Gruppe von 19 Patienten, die das atypische Bild zeigen. Es handelt sich um kleine Familien, und dies ist ausgeprägter in der primären als in der atypischen Gruppe. Unter allen 70 Fällen waren nur sieben (10%) Einzelkinder. Wenn es einen Übergang gibt, dann den der Erstgeborenen; das erste von zwei Mädchen, war die am meiste vorkommende Kombination. Dies stellte für die Forschung eine der wichtigen Hypothesen dar: Entwickeln Erstgeborene Mädchen von ursprünglich Zwei ausgehend später eher Anorexia nervosa? Hat der Ausbruch der Symptomatik mit der Konstellation bzw. Reihung der Geschwister zu tun?

Weiters stellt Bruch (1991: 105) fest, dass in anorektischen Familien relativ wenige Söhne sind. Dies wurde auch von anderen beobachtet, die von anorektischen Familien als „von Frauen beherrscht“ sprechen. Auch spricht sie davon, dass Eltern späterer Anorektikerinnen zum Zeitpunkt deren Geburt relativ alt waren.

Die Ehen waren aber anscheinend stabil, mindestens im formalistischen Sinne. In dieser nun beschriebenen Studie von Bruch (1991:107) gab es nur zwei Beispiele für Trennungen bzw. zerrüttete Familien vor Ausbruch der Krankheit. Die meisten Eltern betonen die Stabilität, wenn nicht sogar das Glück ihrer Familie. Erst intensive Therapeutische Arbeit brachte die Verzerrungen und Spannungen zutage, die unter dieser Fassade von

Normalität lagen. Bruch (1991:107) lehnte ihre Forschungshypothesen auch auf Ushakov, der aus Russland berichtete, dass die meisten der Anorektikerinnen, aus wohlhabenden Familien mit sehr kultiviertem Hintergrund, guten Lebensbedingungen und einer ausgeglichenen familiären Umgebung stammen.

Kommen wir nun zu der Auswertung von der hier angesprochenen Studie: In dieser scheint auch die Verteilung der Familien hinsichtlich des sozioökonomischen Status von einiger Bedeutung zu sein. Unter den 51 Familien der primären Gruppe kamen 29 aus der Oberschicht, davon gehörten sechs oder sieben zur Klasse der „Superreichen“; 18 wurden als der Mittelklasse zugehörig eingestuft, und nur vier gehörten der Unterschicht an. Aus der atypischen Gruppe gehörten mehr der Mittel- und Unterschicht an. Man nimmt daher an, dass die Orientierung an Erfolg, Leistung und am Äußeren bei diesen sozial aufgestiegenen Familien in mancher Hinsicht einen Bezug hat zur Suche dieser jungen Leute nach etwas, das ihnen Respekt verschafft. Sie wollen es ihren Eltern quasi gleich tun und stehen somit unter einem sehr hohen Leistungsdruck, diesem sie dann schwer gewachsen sein können. 51 der Anorektikerinnen waren viele Vorteile z.B. Ausbildung, Kunst, Sport usw. und Privilegien des modernen Lebens geboten worden. Bei näherer Überprüfung ließ sich jedoch feststellen, dass Ermutigung oder Verstärkung des Selbstaudrucks zu kurz gekommen waren. Deshalb war das Vertrauen in die eigenen inneren Kraftquellen, Ideen oder autonomen Entscheidungen unentwickelt geblieben (vgl. Bruch 1991:107-108).

Im nächsten Kapitel wird die Nahrungsaufnahme bei Anorektikerinnen näher durchleuchtet, um ein besseres Verständnis für diese Erkrankung zu erlangen.

3.15. Nahrungsaufnahme bei Anorexie

Cuntz und Hillert (1998:30) weist darauf hin, dass bei Anorexiepatientinnen der geringe Antrieb zu essen in ganz offensichtlichem Widerspruch zum

tatsächlichen Nahrungsbedarf steht. Nehmen sie eine Nahrung zu sich, tritt schon nach wenigen Bissen ein Völlegefühl ein.

Erwartungsgemäß ist der Hunger bei gesunden Personen vor der Nahrungsaufnahme am größten und sinkt im Verlauf der Mahlzeit ab. Anorexiepatientinnen geben bereits bei Beginn der Mahlzeit Sättigung an und können darauf nur mehr eine kleine Menge an Nahrung verkraften. Nach Schweiger, Peters & Sipos (2003:109) essen Patientinnen mit Anorexia nervosa sehr langsam. Sie können ihre Mahlzeiten auf mehrere Stunden ausdehnen. Manche setzen Trinken von kalorienfreien Getränken ein, um ihre Hungergefühle zu besänftigen. Weiters konsumieren die Betroffenen vor den Mahlzeiten eine große Menge an Wasser. Bruch (1991:122) erwähnt in diesem Zusammenhang eine Patientin, die Essen nachahmte – Bissen für Bissen -, sogar die Wahl der Speisen. Sie beobachtet schlanke Frauen und imitierte was sie aßen. Sie erklärte ausdrücklich, dass sie selbst nicht esse. Eine weitere Anorektische Patientin, die seit über elf Jahren krank war und schon mehrmals in Lebensgefahr geschwebt hatte, behauptete sie habe für mehr als sechs Monate nur von Flüssigkeit gelebt, weil feste Nahrung sie schwach mache. Sie hatte auch davor Angst, dass feste Speisen, nachdem sie sie gegessen hatte, in dem Zustand bleiben, wie sie vor dem Essen waren. (vgl. Bruch 1991:122). Schweiger, Peters & Sipos (2003:166) geben auch an, dass bis zu 80% aller Patientinnen nikotinabhängig sind. Nikotin dämpft den Appetit und wird als Appetitzügler missbraucht.

Ein wesentlicher Aspekt des nächsten Abschnittes macht deutlich, dass Anorexie sehr häufig mit Depressionen einhergeht.

3.16. Essstörungen und Komorbidität

Untersuchungen ergaben, dass bis zu 90% der sich in Behandlung befindlichen Anorexiepatientinnen Symptome im Sinne einer Depression zeigten. Nach Normalisierung des Gewichtes hielt die depressive Stimmungslage in 15 – 58% der Fälle an. Zudem besteht für Betroffene ein erhöhtes Risiko, im Laufe des Lebens eine Angststörung (z.B.

Panikattacken) zu entwickeln (vgl. Cuntz/Hillert 1998:57). Schweiger, Peters & Sipos (2003:91) bringen zu Tage, dass anorektisches Verhalten häufig eingesetzt wird um aversive Emotionen, die von komorbiden Störungen ausgehen, abzuschwächen. Weiters unterscheidet sich ihre Ansicht von der o.a. Meinung, da sie einer erheblichen Reduktion der Symptombelastung bei der Genesung der Essstörungen, insbesondere im Bereich Depressivität angeben. Eine besonders Wichtige Relevanz für eine erfolgreiche Behandlung haben Angststörungen, Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch, affektive Störungen und somatoforme Störungen. Krüger u.a. (2001:35) verweisen darauf, dass es zu depressionsähnlichen Symptomen im Zuge von Fasten und Fehlernährung kommen kann. Laut Jacobi, Paul & Thiel (2004:16) liegt die Zahl depressiver Störungen bei Anorexia nervosa zwischen 50 – 75% wobei sie auch hier anmerken, dass diese depressiven Störungen vor, während bzw. nach der Essstörung in Erscheinung treten kann. Herpertz- Dahlmann (1993:166) untersuchte in einer Studie den Zusammenhang zwischen Essstörungen und Depressionen in der Adoleszenz. Dabei kommt sie zu dem Ergebnis, dass einerseits organische und andererseits psychosoziale Faktoren, unter anderem fehlender beruflicher und sozialer Integration, als sich wechselseitig beeinflussend gesehen werden müssen. (vgl. Herpertz-Dahlmann 1993:166)

So ist interessant, dass andere seelische Probleme auch dann auftreten können, wenn die Symptomatik bereits erfolgreich behandelt wurde, dass Essverhalten sich also sozusagen normalisiert hat. Dies verweist auf nicht behandelte Problemlagen, weshalb sich das Symptomgeschehen möglicherweise verlagert.

3.17. Anorexia nervosa aus der Sicht einer Betroffenen

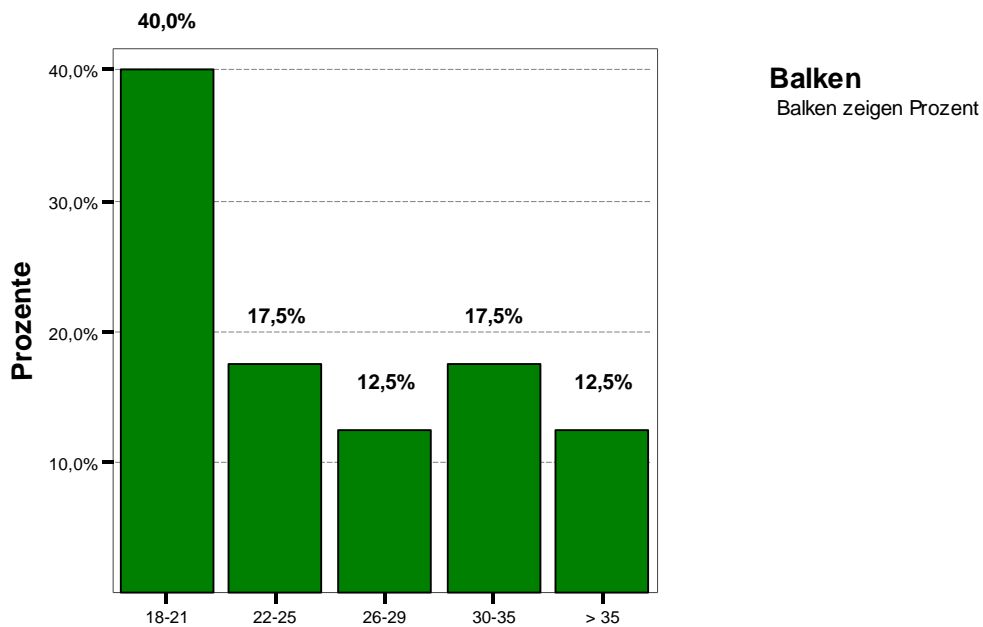
Der Bericht einer 22jährigen anorektischen Patientin (168 cm, 34 kg), die sich zur Behandlung in einer Klinik anmeldet, illustriert exemplarisch die hinter der medizinischen Symptomatik stehende individuelle Problematik:

Mein Vater ist Beamter, meine Mutter Hausfrau. Ich habe einen zwei Jahre jüngeren Bruder. Rückblickend würde ich sagen, dass ich sehr behütet und leistungsorientiert aufgewachsen bin. Ich war immer gut in der Schule, war in Ballett-, Geigen- und Klavierunterricht. Meine Krankheit begann, als ich in der 9. Klasse war. Zu dieser Zeit ist meine Mutter schwer an Diabetes erkrankt, sie hat aber auch zuviel Alkohol getrunken. Sie war ab diesem Zeitpunkt absoluter Mittelpunkt. Mein Vater hat sich nur noch um sie gekümmert. Nach außen hin waren wir die perfekte, superharmonische Familie. Ich habe mich täglich mit der Mutter gestritten, sie für ihre Krankheit, vor allem den Alkohol gehasst. Mit der Zeit wurden die Auseinandersetzungen geringer, ich glaube, ich habe resigniert. Auf jeden Fall hatte ich immer ein schlechtes Gewissen, wenn ich mit meiner Mutter gestritten habe, weil sie so krank war. Ich habe mich in die Schularbeiten gestürzt und nur noch gelernt. Bei uns hat sich in der Familie alles nur um das Essen gedreht. Für mich gab es damals nichts anderes als Schularbeit und die Beschäftigung mit dem Essen. Ich habe weniger gegessen und mich dabei gut gefühlt. Nach dem Abitur wollte ich ausziehen, ein neues Leben beginnen. Doch das war nicht so einfach. (...) Die Beschäftigung mit dem Essen ist mein Lebensinhalt. Ich kann nur noch ans Essen denken, ich komme von meinen Zwangsgedanken nicht los. Ich muss alles auswiegen, von allem die Kalorien wissen, ich kann nur allein und außer Vollkornbrot mit Magerbelag nichts anderes mehr essen. Ich bin dadurch enorm in meinem Leben eingeschränkt: Ich vermeide Verabredungen, weil ich möglicherweise in Versuchung gerate, etwas zu essen. Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren, ich habe das Gefühl, jede Tätigkeit ist mir zuviel. Daneben bin ich körperlich erschöpft, habe Schwindel, Zittern, Bauchkrämpfe und ständig das Gefühl, ich platze vor Wut. Ich kann es kaum in einer Menschenmenge aushalten. Deshalb isoliere ich mich immer mehr. Aber natürlich beherrsche ich mich. Mein Leben ist eine einzige Qual. Ich habe schon soviel Therapie gemacht. (...) Ich fühle mich total abhängig von anderen Menschen. Ich habe furchtbare Angst vor meinem Hunger und davor, dick werden zu können. Ich möchte wieder normal essen, mich satt essen können. Ich möchte lernen, richtige Beziehungen zu Menschen einzugehen.

Esstörungen stellen ein gravierendes Gesundheitsproblem dar und weisen die höchste Sterblichkeitsrate aller psychiatrischen Störungen auf 95% der Betroffenen die an dieser Krankheit leiden sind Frauen. (vgl. Rather 2003:2-3)

4. Ergebnisse aus den Fragebögen

4.1. Alter?



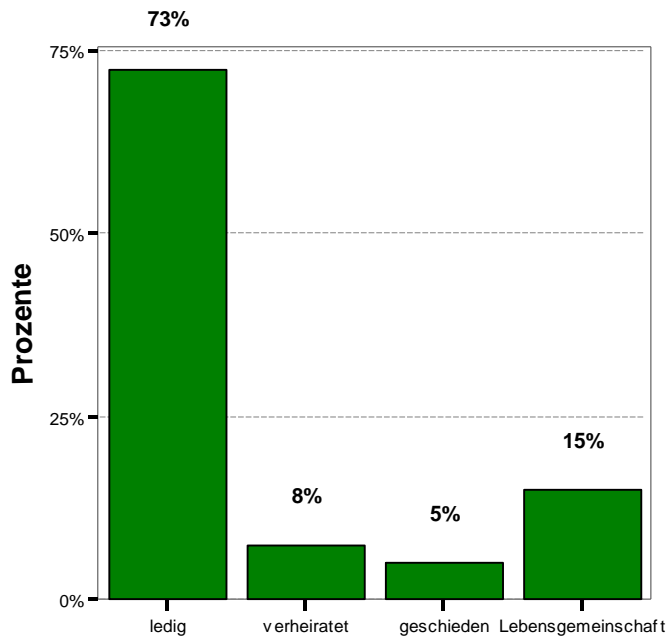
1.1

Abb. 1

Der Graph beschreibt das jeweilige Alter der befragten Probandinnen. Anhand dieses wird deutlich, dass sich mehr als ein Drittel aller Befragten im Alter von 18 – 21 Jahren befinden. Der Rest der Probandinnen verteilt sich gleichmäßig zwischen 22 und größer 35 Jahren. Aufgrund dieser Auswertung kann man erkennen, dass dreiviertel der Frauen erst jetzt oder noch immer anorektisch zu sein scheinen. Hier ist nun interessant zu beachten, ob diese Anorektikerinnen schon in der Pubertät erkrankt sind, oder erst im späteren Alter bzw. bereits sehr früh, jedoch tragen die Folgen

auch im höheren Alter noch immer Früchte. Als nächstes wird der Familienstand näher ergründet.

4.2. Familienstand?



1.4

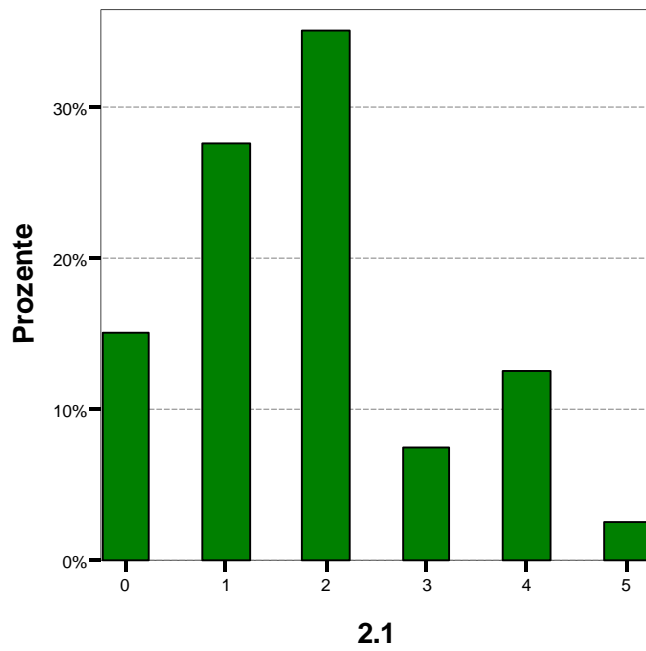
Abb. 2

Anhand dieser Grafik wird stark ersichtlich, knapp Dreiviertel (73%) aller Befragten sind allein lebend. Was drei Aspekte vermuten lässt:

Die Befragten wuchsen in nicht funktionierenden Familien auf und haben deshalb Schwierigkeiten Beziehungen zu führen.

Das Krankheitsbild Anorexie, ist der Auslöser für ein „Singledasein“ oder Das „Singledasein“ ist Auslöser für die Problematik Anorexie. Weitere bzw. genauere Ausführungen folgen etwas später in der Arbeit.

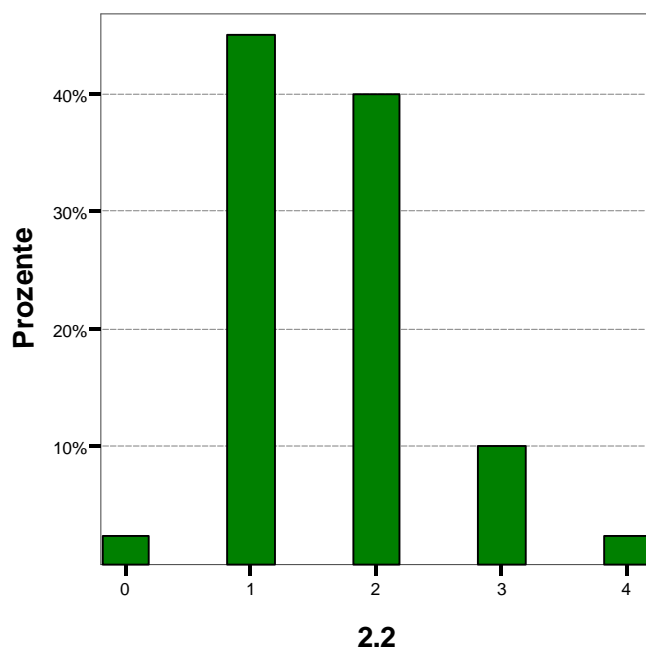
4.3. Geschwisteranzahl?



Balken zeigen Prozent

Abb. 3

4.4. Geschwisterreihung?



Balken zeigen Prozent

Abb. 4

4.5. Eltern/Haushalt?

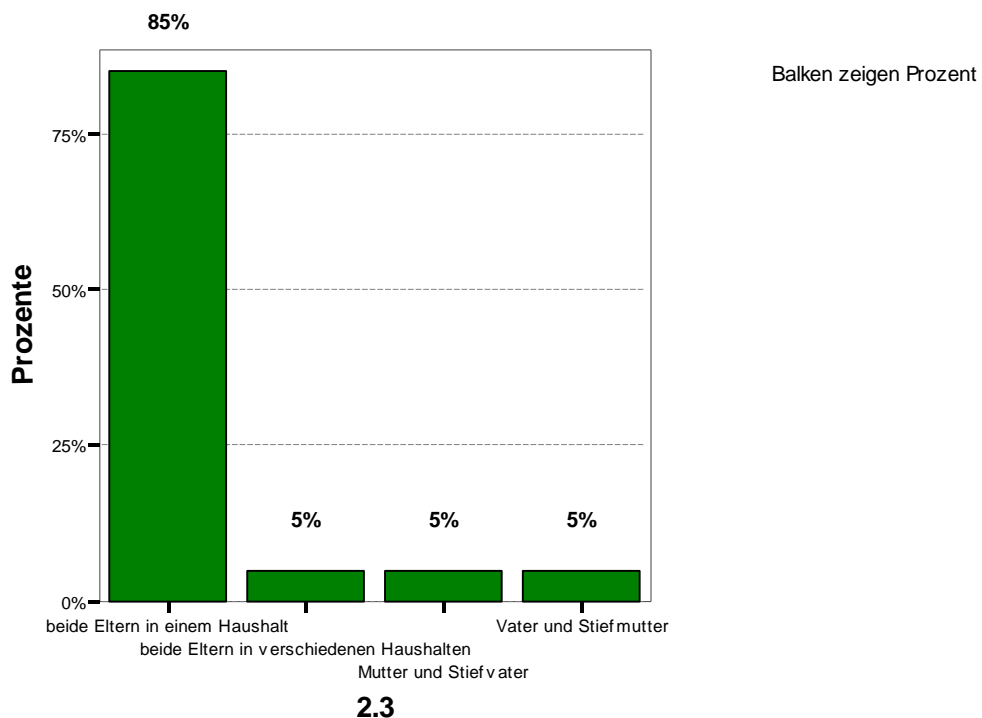


Abb. 5

In dieser Grafik ist sehr signifikant, dass mehr als dreiviertel aller Anorektikerinnen mit beiden Eltern in einem Haushalt aufgewachsen sind. Also scheinbar aus gefestigten Familienverhältnissen stammen, was aber aufgrund der nächsten Skizze näher zu durchleuchten wäre. Möglicherweise resultiert dieser vermeintlich falsche Wert daraus, weil viele Familien eine gewisse Scheinwelt nach Außen zu wahren versuchen, um gesellschaftlichen Normen und Werten zu entsprechen. Diese Problematik könnte dazu führen, dass eine allgemein verzerrte Wahrnehmung zu Beziehungsmustern zu entstehen droht, da die Kinder dadurch einen möglichen gestörten Zugang zu ihren eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen erlangen könnten. Wie z.B.: Was ist eine gut funktionierende Ehe? Warum herrscht Verständnis in der Öffentlichkeit und nicht im vertrauten Umfeld? Welches Bild sollte Frau abgeben und welches Mann? Was ist Liebe und Beziehung allgemein und was stellt es bei meinen Eltern dar? usw.

Auch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie geht die Familie untereinander miteinander um und werden Emotionen, Konflikte, usw. thematisiert bzw. ausgetragen und ist ein Zusammenhalt zwischen den jeweiligen Familienmitgliedern gegeben? Wie ist das Verhältnis der Betroffenen zu Mutter und Vater?

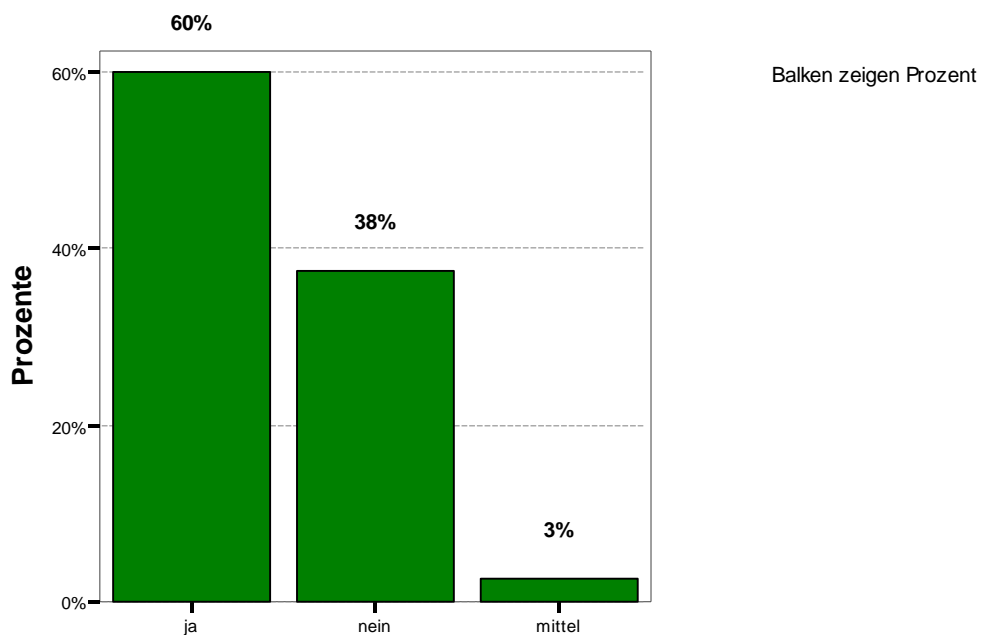
Diese Erlebnisse könnten zu Komplikationen führen, wenn die Betroffenen selbst versuchen, Beziehungen zu führen. Weitere Anlehnungen zu diesen Überlegungen sind auch im Buch „Wege aus dem goldenen Käfig“ von Alexa Franke zu finden, die darüber berichtet, dass viele Patientinnen aus dem Grund eine Ehe eingehen, da der dringende Wunsch besteht, sich hierdurch von der Ursprungsfamilie zu lösen. Doch mit ihrer Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse anzumelden und Konflikte durchzustehen, wählen sie häufig ebenfalls konfliktscheue Männer, die nicht in der Lage sind, eine eigene Beziehung in der Abgrenzung von Eltern oder Schwiegereltern herzustellen. Die Frau, die sich durch ihren Partner Hilfe in der Grenzziehung gegenüber ihrer Familie erhoffte, reagiert auf das Komplizierterwerden der ganzen Situation offenbar mit einer Intensivierung des anorektischen Verhaltens.

Weiters geht sie auch auf die sexuelle Beziehung innerhalb solcher Paarkonstellationen ein, welche sie als sehr heterogen erlebt. Viele Frauen scheinen in der Anorexie keine sexuellen Wünsche zu haben bzw. beschreiben ihre Abmagerung auch als Versuch, Weiblichkeit und damit sexuelle Attraktivität zu verringern. Die Ehemänner finden ihre Frauen meist in der Regel zu dünn, verweigern aber aus diesem Grund nicht den sexuellen Kontakt. Einige der Frauen, finden dies dann ärgerlich, dass ihr Mann sie noch immer schön finde, obwohl sie schon so dünn seien (vgl. Franke 2003:58-63).

Um nun genauer herausfinden zu können, was bereits in diesen Familien die Entstehung der Magersucht begünstigt und welche Verhaltensweisen „krankmachend“ wirken, muss man sich bewusst machen, wie denn eine „gesunde Familie“ beschaffen ist. Der Auffassung von Gastager und Gastager kann ich mich nur anschließen. Eine Familie muss>>.... Als Kleingruppe imstande sein, sowohl den Spielraum jedes einzelnen ihrer Mitglieder (Die personale Eigenheitsphäre) als auch ihren eigenen

Spielraum (die familiäre Intimsphäre) zur Erweiterung und Entfaltung bringen.....<< (Heimo und Susanne Gastager, Die Fassadenfamilie, S. 128). Gerade das gelingt in Magersuchtsfamilien nicht. Die familiären Umgangsformen sind eher ritualisiert als spontan. Positive und negative Emotionen kommen nicht direkt, sondern atmosphärisch zum Ausdruck; man scheut jede direkte Aussprache oder gar Auseinandersetzung. Trotz der äußeren Nähe fehlt es an echter Herzlichkeit und Vertrautheit zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Zu dem Rollenverständnis der Eltern gehört, vor den Kindern möglichst unfehlbar und sicher zu erscheinen und keine eigenen Schwächen zuzugeben. Verbreitet ist das Reden in Gemeinplätzen: „Man tut...“, „Es gehört sich...“, „Alle Eltern....“, „Alle Kinder.....“, „Wir früher.....“ (vgl. Gerlinhoff 1996:66-67)

4.6. Wie ist das Verhältnis zur Mutter?



4.1

Abb. 6

Diese Tabelle bringt stark zum Ausdruck, dass knapp zwei Drittel aller Befragten ein gutes Verhältnis zur Mutter aufweisen. Doch trotzdem ist der Anteil von denjenigen die mit nein geantwortet haben, also mehr als ein Drittel nicht zu vernachlässigen. Nach dieser Untersuchung zu urteilen,

findet eine gefestigte Beziehung zwischen Mutter und Tochter statt. Das dies aber auch ihre Tücken aufzeigen kann, thematisiert Monika Gerlinghoff in ihrem Buch *Magersüchtig* sehr deutlich. Sie ist der Meinung, dass eine enge, fast symbiotische Beziehung zwischen den Müttern und ihren magersüchtigen Töchtern besteht. Die Töchter sind von ihren Müttern existenziell abhängig, sehnen sich aber in übersteigernder Weise nach der Zuwendung und Liebe der Väter und kommen damit nicht selten deren Wünschen entgegen. Das Bündnis zwischen Mutter und Tochter kann sich unterschwellig gegen den Vater, das zwischen Vater und Tochter gegen die Mutter richten. Die Mutter, die die Erziehungsaufgabe in diesen Familien übernimmt, spielt dabei jedoch häufig die Hauptrolle. Vor ihr kann man nichts geheim halten, sie ahnt alles, spürt alles auf, kennt die Bedürfnisse der Kinder; sie weiß was ihnen gut tut und was nicht, sie will immer nur das Beste für die Familie und verlangt als Gegenleistung für ihren totalen Einsatz totale Unterwerfung – freilich nicht bewusst und auch nicht in direkter Weise. Die später magersüchtigen Mädchen kommen aufgrund ihrer Struktur diesen mütterlichen Bestrebungen besonders entgegen, sie machen eine symbiotische Beziehung möglich, in der es keinen Raum für individuelle Entfaltung gibt. Sie verinnerlichen deren Wertvorstellungen, Ansichten, Sympathien und Abneigungen und meinen alles tun zu müssen, um sich die Liebe der Mutter zu verdienen und zu erhalten.

Ohne sich dessen bewusst zu werden, setzen diese Mütter den natürlichen Ablösungsprozess ihrer Töchter alle möglichen Hindernisse entgegen, weil sie damit ihren Lebensinhalt bedroht sehen. Einige dieser Mütter haben auch die Berufslaufbahn abgebrochen, um zu heiraten und versuchen somit den persönlich empfundenen Mangel in der Familie auszugleichen. (vgl. Gerlinghoff 1996:67-68)

Deshalb ist nun davon auszugehen, dass die Befragten zwar offensichtlich das Gefühl haben, sich gut mit ihren Müttern zu verstehen, aber in Wahrheit dieses intensive Miteinander sehr oft Auslöser für die Krankheit sein könnte.

Was ist nun aber mit der Beziehung zu den Vätern? Ist das Verhältnis genauso intensiv und gut? Die anschließende Skizze wird darüber Aufschluss gewähren.

4.7. Wie ist das Verhältnis zum Vater?

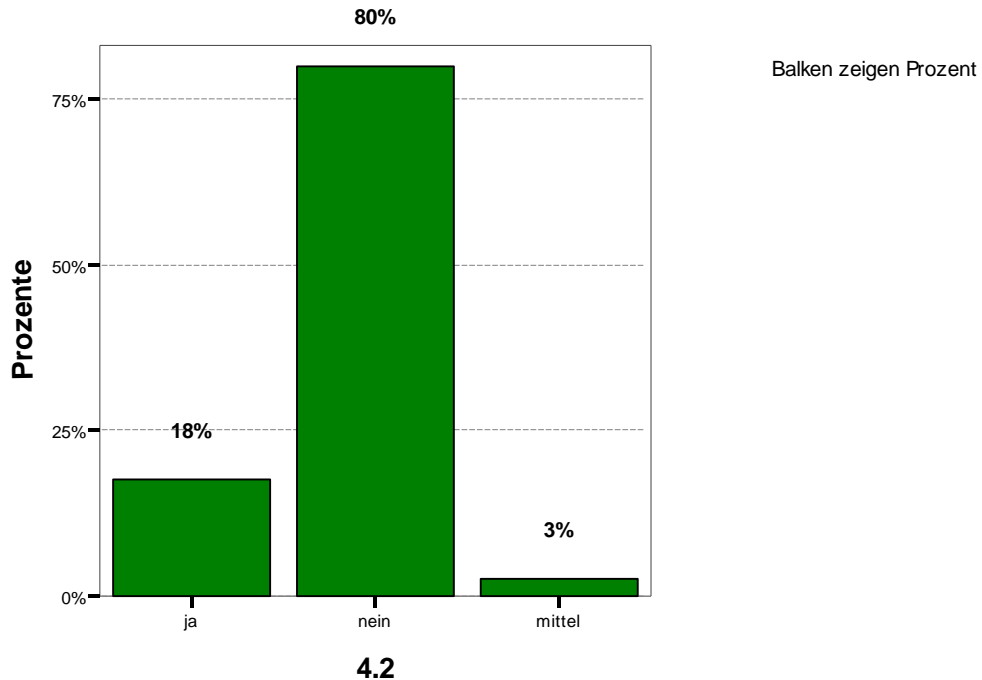


Abb. 7

Die oben gestellte Frage „Wie ist das Verhältnis zum Vater?“ ist in diesem Zusammenhang mit einem eindeutigen „Nein“ zu beantworten. Fast eine genauso hohe prozentuelle Zahl, von genau 80% derer, die ein gutes Verhältnis zu ihren Müttern beteuerten, widerlegte dies bei ihren Vätern. Möglicherweise ist dies ein Indiz darauf, dass die Krankheit durch das schlechte Verhältnis gefördert wird. Die Rolle der Väter ist ambivalent. Wie schon erwähnt überlassen sie die Erziehung der Mutter, was aber nicht bedeutet, dass sie kein Interesse an ihrer heranwachsenden Tochter hätten. Was jedoch sehr häufig vorzukommen scheint, ist das Fremdgehen der Väter, dass von den Müttern dann bei ihren Töchtern oftmals beklagt werde. Die Magersucht der Frauen führt dann sehr oft dazu sich bei ihren Vätern zu rächen. Auch hohes Gewaltpotenzial der Väter ist ein häufiger Grund dafür, so gegen diesen zu rebellieren. (vgl. Gerlinghoff 1996:70)

Überfürsorglichkeit

Liebende Fürsorge für andere, ständige Sorge, es könne ihnen etwas passieren, und erhöhtes Gefühl der Verantwortung für die anderen werden insbesondere von der Heidelberger familientherapeutischen Gruppe um Weber & Stierlin (1989) als Charakteristika anorektischer Familien gesehen. Auch Lawrence (1986) beschreibt, dass anorektischen Mädchen in der Regel von ihren Müttern zuviel Fürsorge zukommt. Dieses Zuviel soll sich unter anderem darin äußern, dass die Mütter in ständiger Unsicherheit leben, ob sie ihrem Kind auch genug zu essen geben. Vermutlich ist dies auch Ausdruck einer Unfähigkeit der Eltern, sich von ihrem Kind abzugrenzen, und noch häufiger die Fehlinterpretation des eigenen Wunsches nach Kontrolle. Die Art der Sorge scheint eher auf eine äußere Versorgung ausgerichtet zu sein, die jedoch die Bedürfnisse des Kindes missachtet.

Es handelt sich um eine Versorgung, die – so Hilde Bruch – den Eltern als Selbstbestätigung dient und als Spiegelbild ihrer eigenen Leistungen. Das Kind wird somit funktionalisiert, seine Eigenständigkeit als Mensch wird nicht berücksichtigt (vgl. Bruch 1973/189-191). Peter Lambley (1983) zufolge haben Eltern anorektischer Töchter an diesen überhaupt nur Interesse, solange sie über sie Kontrolle haben. Und in dieser Tat beklagen sich die Patientinnen des Desinteresses der Eltern an ihren Aktivitäten außerhalb des häuslichen Rahmens. Wenn sie die Familien verlassen haben, z.B. zum Studium, so sind es in der Regel sie, die den Kontakt aufrechterhalten müssen – die Eltern rufen weder an, noch sind sie daran interessiert zu sehen, wie die Tochter lebt.

Typische erste Sätze von Eltern anorektischer Töchter, die von ihrer Tochter angerufen werden, sind:

„Gerade hab ich noch zu Papa gesagt, ob sie denn heute noch anruft?“ – „Ich dachte schon, du hättest uns vergessen.“ – „Seit zwei Tagen warte ich schon so auf Deinen Anruf.“

Anorektische Patientinnen dagegen erleben häufig, dass es den Eltern sehr viel weniger darum geht zu erfahren, wie es ihnen geht – als darum, dass sie angerufen haben, „wie es sich gehört“.

Eltern anorektischer Patientinnen, so Peter Lambley (1983), üben mit einer „eisernen Faust in einem eisernen Handschuh“ Kontrolle aus: Außenstehende sehen die fürsorgliche Hand, aber die Tochter spürt den eisenharten Druck, der auf sie ausgeübt wird, damit sie den von den Eltern definierten Regeln folgt. (vgl. Franke 2003:53-54)

Die Ehe der Eltern der Magersüchtigen

Die Eltern der Magersüchtigen sind durch Einstellungen, Annahmen und Werte geprägt. Sie wiederum hatten dafür in ihren Eltern Modelle, die diese bereits in den eigenen Herkunftsfamilien vorfanden.

Die Grundlage ist ein starkes Treueband. Es macht Kinder empfänglich für die (offen oder verdeckt) an sie gerichteten elterlichen Hoffnungen, Wünsche und Aufträge. Diese Aufträge können ein Kind überfordern, können ihm eine einseitige Entwicklung nahe legen und können es früher oder später verschiedenartigsten Konflikten und Problemen aussetzen. So fand man bei diesen Familien häufig, dass die Mutter ihre später magersüchtige Tochter einerseits ängstlich umsorgte, sie aber andererseits in Enttäuschungssituationen als vorzeitig erwachsene Freundin ins Vertrauen zog und sich mit dieser gegen den vermeintlich oder wirklich „unbeherrschten“ Ehemann verbündet.

Die Eltern Magersüchtiger waren häufig unter ihren Geschwistern diejenigen, die am ehesten bereit waren, die Aufträge der Eltern zu erfüllen, um die folglich am stärksten durch deren Erwartungen und Wertvorstellungen geprägt wurden. Sie sind unter ihren Geschwistern diejenigen, die sich um die älter und gebrechlicher werdenden Eltern am meisten kümmern, diese am bereitwilligsten zu sich ins Haus nehmen und die das Familien- Credo der Opferbereitschaft, der Selbstkontrolle, des Zusammenhalts der Familie und der Gleichbehandlung aller Mitglieder am stärksten verinnerlicht haben. Eine Erfahrung, die immer wieder gemacht wurde, ist: gerade diejenigen versorgen später die Eltern im Alter, die sich als Kind – verglichen mit Geschwistern – zu kurz gekommen fühlten. Um dadurch viel später zu der Liebe zu kommen, die ihnen in früheren Jahren weniger geboten wurde.(vgl. Weber & Stierlin 2003:42)

4.8. Wie ist das Verhältnis der Anorektikerinnen zu deren Geschwistern?

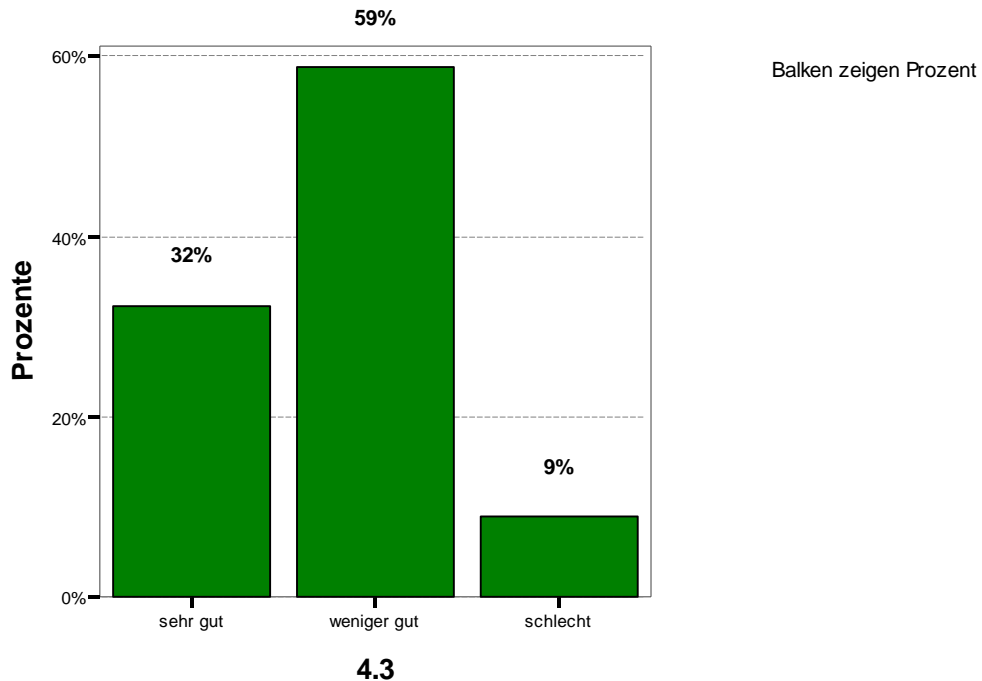
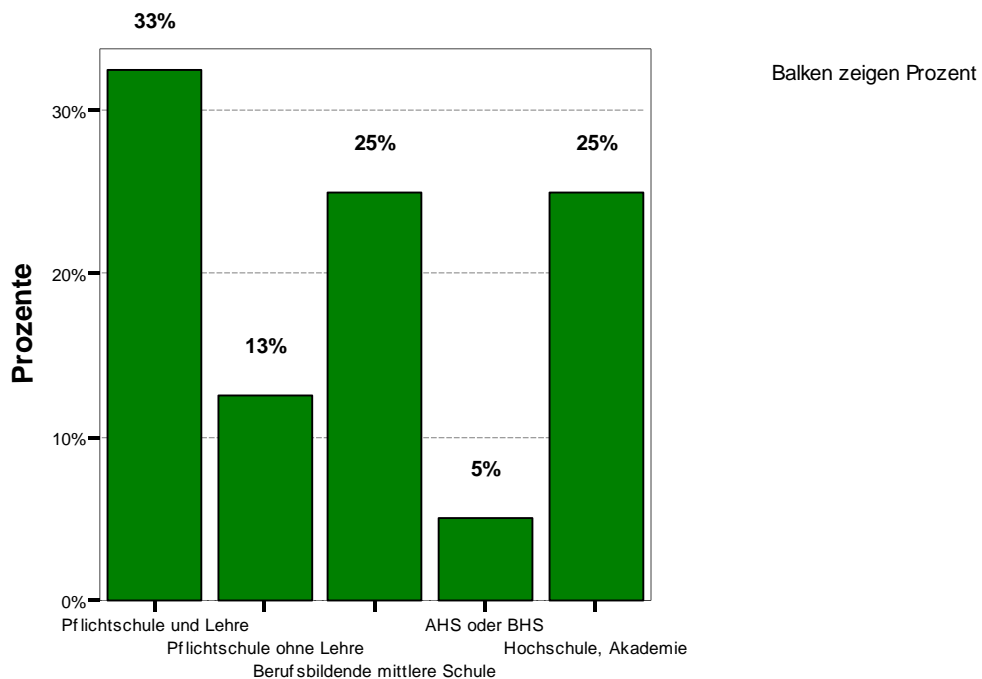


Abb. 8

Diese Grafik verdeutlicht, wie das Verhältnis der Anorektikerinnen zu ihren Geschwistern beschaffen ist. Auch hier wird offensichtlich, dass die Beziehung zu den Geschwistern im Allgemeinen weniger gut zu sein scheint. Diese Aussagen trafen 59% aller Befragten. Dies könnte daher rühren, dass ein großer Kampf um die Liebe der Eltern herrscht, der in Form von Streit und Feindseligkeiten innerhalb der Geschwister zum Ausdruck gebracht wird. Die Krankheit ist somit eine Form der Kommunikation der Betroffenen zu dem Rest der Familienmitglieder. Eventuell auch eine Option sich dadurch besser abgrenzen bzw. hervorheben zu können. Monika Gerlinghoff, ist in ihrem Buch Magersüchtig ebenfalls der Meinung, dass Magersüchtige mit ihren Geschwistern häufig keine Gemeinschaft im Sinne von Solidarität, Kameradschaft, Freundschaft oder auch Gegnerschaft gegen die Eltern haben. Ihre emotionalen Beziehungen zu ihnen sind eher negativ. Gefühle wie Eifersucht, Neid, Rivalität herrschen vor und werden auf einer nicht altersentsprechenden, sondern einer noch kindlichen Ebene ausgelebt. Vertraute Beziehungen zu Gleichaltrigen sind allgemein aus

verschiedenen Gründen erschwert. Die Magersüchtigen haben häufig Angst vor anderen Menschen, weil sie Angst haben, sich nicht perfekt zu verhalten und sich in ihrer Unvollkommenheit bloßstellen. Man kann allgemein sagen, Magersüchtige haben Angst vor allen Unsicherheiten im Leben. (vgl. Gerlinghoff 1996: 73)

4.9. Ausbildungsverlauf der Mutter?



3.2

Abb. 9

Ein wesentlicher Punkt, warum diese Fragestellung in dieser Untersuchung von Wichtigkeit war, ist die Überlegung, in welchem sozialen Gefüge die Betroffenen vorzufinden sind, um daraus möglicherweise ablesen zu können, ob Wohlstand mit der Thematik „Schönheitswahn“ einhergehen könnte. Da hierbei der Druck dazugehören, gesellschaftlichen Normen und Werten zu entsprechen, sich in reicheren Gefügen zurechtzufinden eine große Rolle spielen könnte und auch zu spielen scheint. Dazu war es auch von Relevanz beide Elternteile unabhängig voneinander näher zu durchleuchten, um daraus eventuell auch zu erkennen, wie allgemein der weibliche bzw. mütterliche Status in der jeweiligen Familienstellung dadurch

zum Ausdruck kommt. Denn dies könnte das Bild der Mutter/Frau der Betroffenen Befragten sowohl negativ als auch positiv beeinflussen. Diese Erforschung gab als Resultat, dass 33% der Mütter Pflichtschule und Lehre und weniger (25%) eine Hochschule oder Akademie abgeschlossen haben. Was aus den weitem Grafen zu erkennen ist, dass einige von ihnen der Berufung Hausfrauen nachgingen. Ist es tatsächlich so, dass hauptsächlich die Väter für das Einkommen zuständig sind? Dieses Resultat erweist sich in den nächsten Skizzen deutlich.

4.10. Ausbildungverlauf des Vaters?

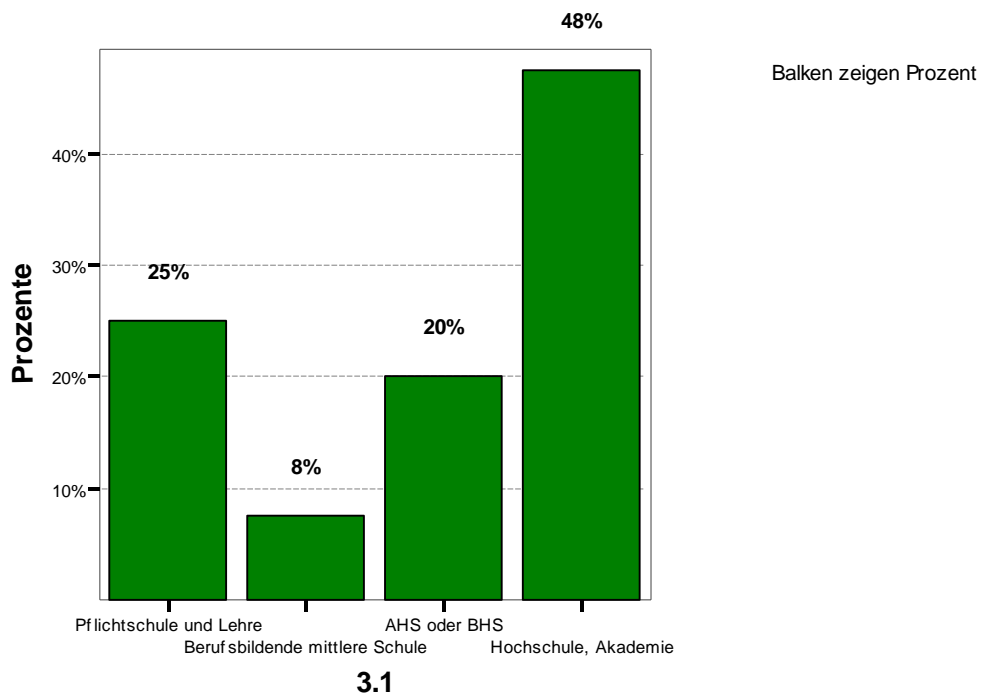
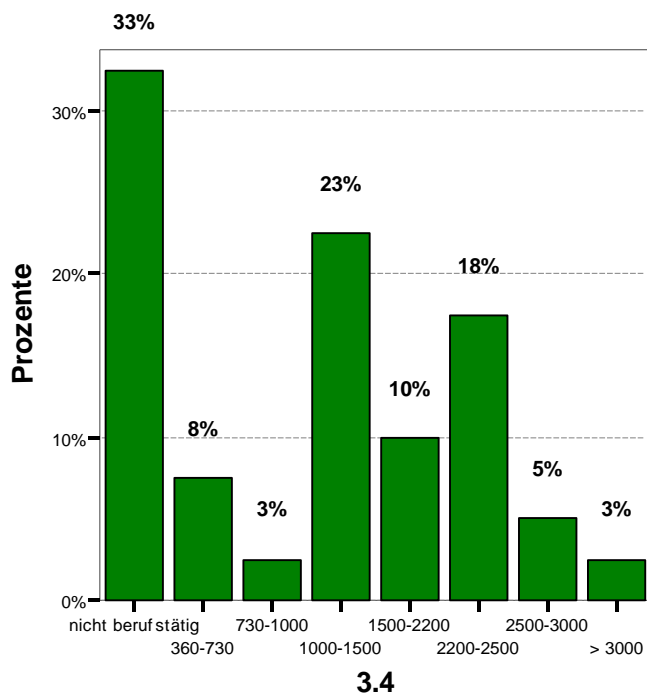


Abb. 10

Diese Grafik zeigt, welchen Ausbildungsgrad der Vater in den jeweilig befragten Familien erreicht hat. Deutlich merkbar ist, dass 48% der Befragten Hochschule bzw. Akademie absolvierten. Hierbei gleich die Überleitung zu dem jeweiligem Einkommen der Eltern. Wieder wird diese Erkenntnis von Vater und Mutter getrennt voneinander beäugt.

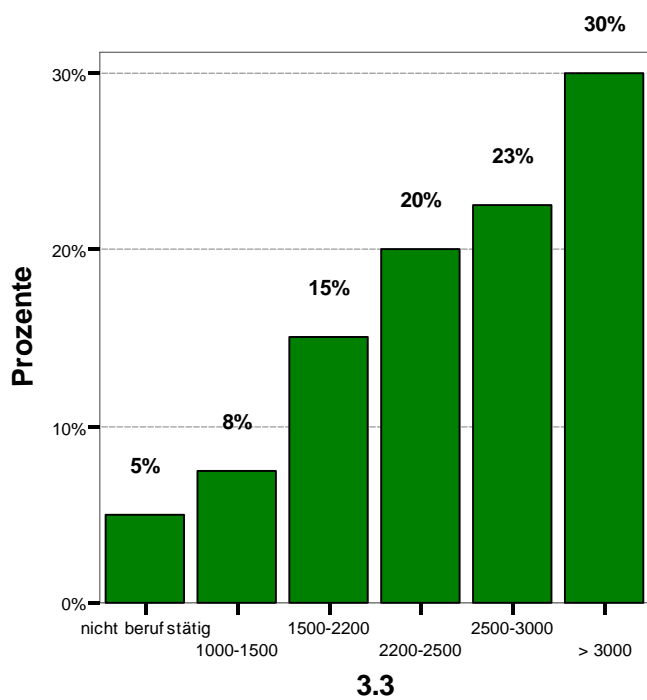
4.11. Netto Verdienst der Mutter?



Balken zeigen Prozent

Abb. 11

4.12. Netto Verdienst des Vaters?



Balken zeigen Prozent

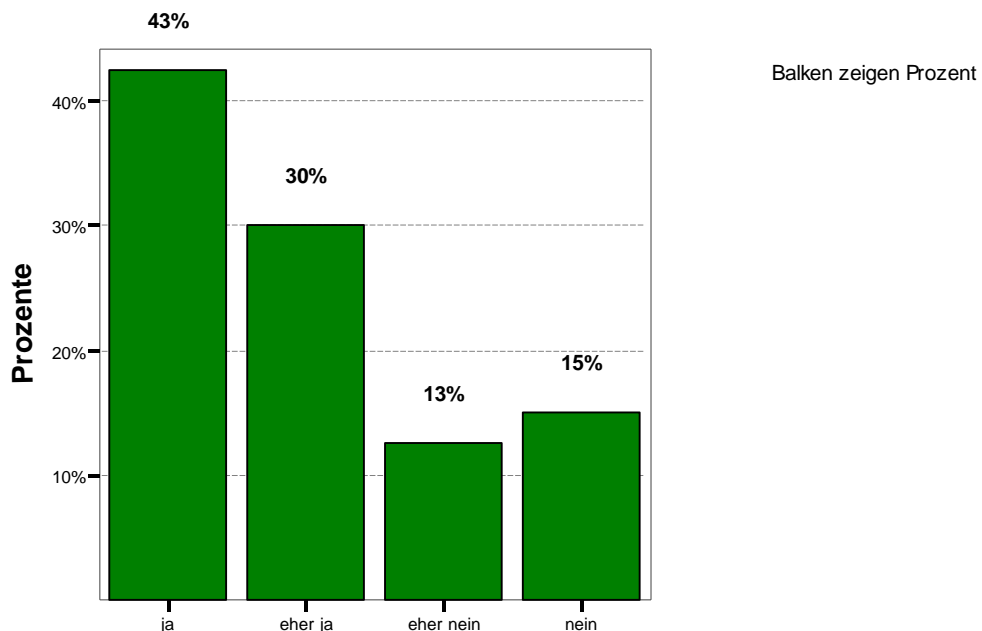
Abb. 12

Dieser Graph verdeutlicht das jeweilige Netto – Einkommen der Väter der befragten Anorektikerinnen. Wie schon oben erwähnt, sind einige der Mütter nicht berufstätig, jedoch haben auch 23% ein relativ gutes Einkommen von 1000 bis 1500 Euro. Bei den Vätern wird stark ersichtlich, dass sich das wahrscheinliche Durchschnittseinkommen im Rahmen von 2500 bis 3000 Euro bewegt. Daran kann man festmachen, dass fast alle Befragten aus gut situiertem Elternhaus stammen. Aus einer eigenen Untersuchung von Hilde Bruch ging hervor, dass unter 51 Familien 29 aus der Oberschicht kamen, davon gehörten sechs oder sieben zur Klasse der Superreichen; 18 wurden als der Mittelklasse zugehörig eingestuft, und nur vier gehörten der Unterschicht an. (vgl. Bruch 2004:107)

Der überwiegende Teil der magersüchtigen Mädchen stammt also aus der oberen Mittelschicht. Die Familien haben die gesellschaftlichen Normen verinnerlicht und legen auf Pflichterfüllung, überdurchschnittliche Schulleistungen, eine gute Berufsausbildung und schließlich die Karriere großen Wert. In diesen Familien wird den Kindern jede erdenkliche Förderung zuteil, kostspielige als exklusiv geltende Hobbies wie etwa Reiten, Ballettunterricht und Golf eingeschlossen. Der äußere Rahmen, der Lebensstil, entspricht weitgehend den Konventionen ihrer sozialen Schicht. Die Eltern haben, zumindest nach außen, die traditionellen Rollen übernommen. Der Vater ist meist der Ernährer der Familie, er schafft die materiellen Voraussetzungen für den erstrebten Lebensstandard; er erwartet von seiner Ehefrau perfekte Haushaltsführung, Erziehung der Kinder, Kontaktpflege mit der Verwandtschaft, und vor allem, dass sie ihm das soziale Refugium erhält, in dem er sich nach außen abschirmen und seine Kräfte regenerieren kann, ohne mit den Alltagsproblemen der Familie allzu sehr belastet zu werden. Die Mütter erfüllen die ihnen zugedachten Aufgaben meistens vorbildlich und sorgen für eine harmonische Atmosphäre, in der Auseinandersetzungen oder gar heftige Streitereien keinen Platz haben. Die Mütter sind bedacht auf: Wohlverhalten, gute Manieren, gepflegtes Äußeres, gute schulische Leistungen. Den größten Erfolg haben diese Mütter augenscheinlich bei den späteren Patientinnen, die sich durch große Anpassbarkeit, Bescheidenheit, Hilfsbereitschaft, höfliches, freundliches Verhalten und gute Schulleistungen auszeichnen.

Den hier beschriebenen familiären Hintergrund könnte man als exemplarisch für viele Magersüchtige bezeichnen. Sie stammen äußerlich gesehen aus beneidenswert gelungenen Familien, so genannten „Bilderbuchfamilien“, deren einziger Makel die Magersucht der Tochter ist. Die Magersucht wird aber zunächst nur im Sinne eines äußeren Schönheitsfehlers, einer Marotte der Pubertät aufgefasst, für die die Eltern bis zu einer gewissen Grenze sogar Verständnis haben. (vgl. Gerlinghoff 1996:65-66)

4.13. Werden Gefühle innerhalb der Familie angesprochen?



4.8

Abb. 13

In dieser Tabelle, ist deutlich ersichtlich, dass sich 43% aller Befragten zu der Fragestellung „Werden in Ihrer Familie Gefühle nicht offen angesprochen“ mit einem klaren „Ja“ beantwortet. 30 % gaben ein „eher ja“ zur Antwort. Nur 15% der Frauen entgegneten ein „Nein“.

Möglicherweise, wie schon in den vorhergehenden Kapiteln thematisiert wurde, hängt dies mit der Begründung zusammen, dass die Familie zwar nach außen versucht eine perfekte Sippschaft zu verdeutlichen, jedoch interfamiliär dies eher weniger der Fall zu sein scheint. Gefühle werden

häufig als ein Empfinden von Schwäche wahrgenommen, was in einer Magersuchtsfamilie, wo Perfektionismus eine große Rolle zu spielen scheint, fehl am Platze ist. Vermutlich gebrauchen die Betroffenen die Magersucht als ein Sinnbild dafür, wie schlecht es ihnen wirklich zu gehen scheint, genauer ausgedrückt zeigen sie in Form dieser Erkrankung ihre tatsächliche Gefühlswelt, da sie von der Möglichkeit der Worte diesbezüglich keinen Gebrauch machen können.

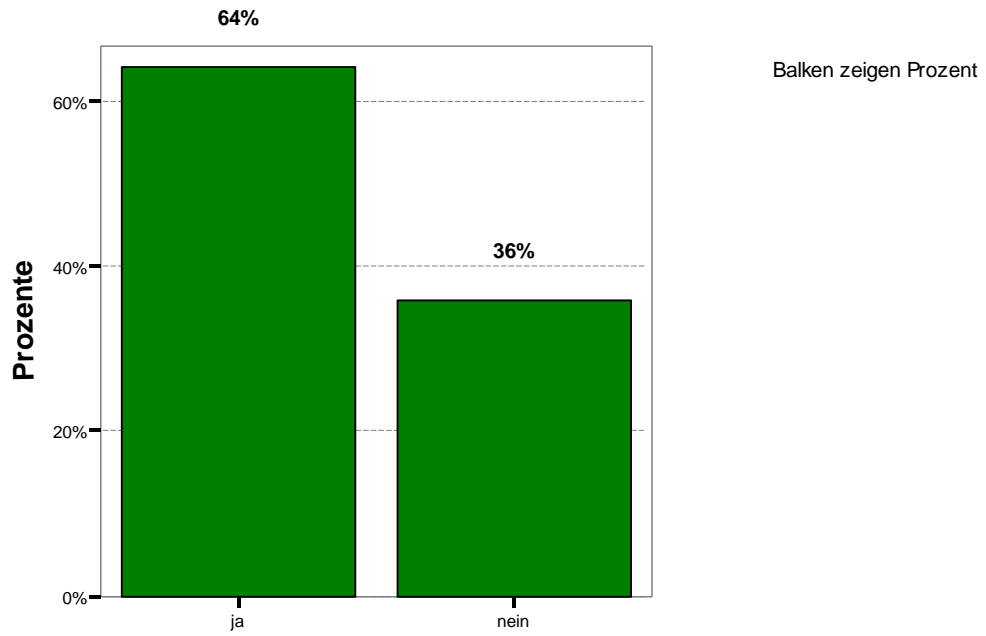
Was meinen einige namhafte Autoren zu diesen Überlegungen? Dazu möchte ich vorher allgemein die Persönlichkeit der Magersüchtigen kurz beleuchten:

Laut Gerlinhoff (1996:72), wird deutlich, dass bei Magersüchtigen schon in früher Kindheit psychische Auffälligkeiten signifikant waren: wie z.B. Perfektionismus, Ehrgeiz und **eingeschränkte Emotionalität**.

Magersüchtige empfinden sich nicht als selbstständiges Individuum und misstrauen dem eigenen Erleben. Ihre Emotionen erleben sie zum größten Teil negativ, nämlich als Angst- und Schuldgefühle, Gefühle des Ausgeliefertseins, der Ohnmacht und Hilflosigkeit, als Eifersucht und enttäuschte Liebe. (vgl. Gerlinghoff 1996:72) Aber welche Faktoren mögen noch Auslöser für das Nichtzeigen von Gefühlen Mitgrund sein?

Franke (1994:70) ist der Meinung, dass im emotionalen Bereich große Angst vor Nähe bei gleichzeitig großer Angst vor Trennung besteht. Die anorektische Frau kann sich auf Nähe nicht einlassen aus Angst, dann keine Grenzen mehr zu haben. Und geht sie Beziehungen ein, so gestaltet sie diese so eng, dass Trennungen unausweichlich sind, Durch jeden nicht gänzlich oberflächlichen Kontakt stürzt sie in einen inneren Whirlpool, denn jede Annäherung an einen anderen Menschen bringt eine Entfernung von ihr selbst. Die anorektische Frau lebt in einer Welt, in der Nähe/Intimität und Individualität miteinander inkompatibel sind und als Paradox erlebt werden. (vgl. Franke 1994:70)

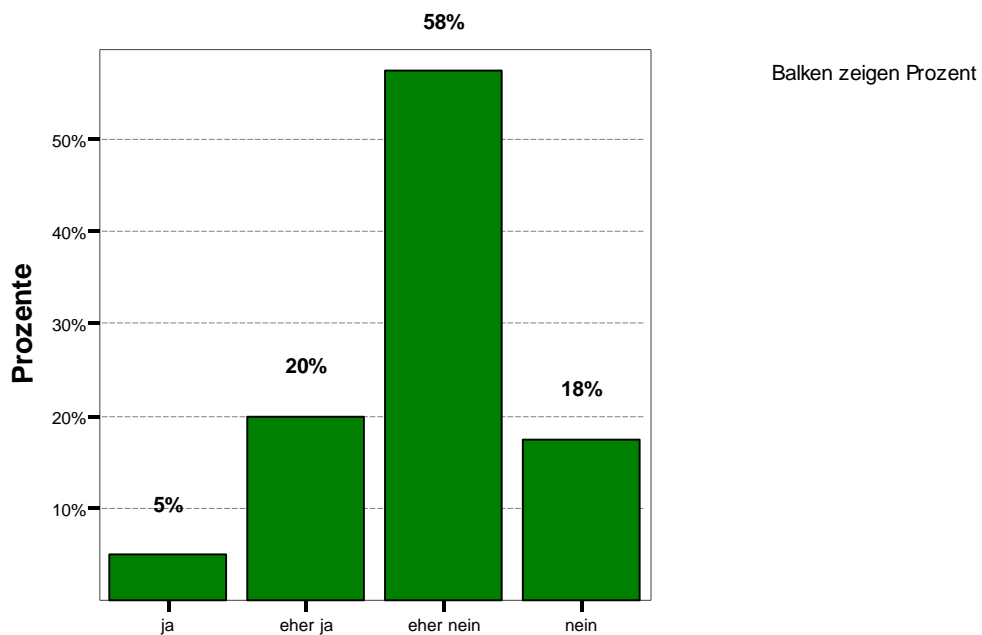
4.14. Fühlen sich die Befragten bei Meinungsverschiedenheiten schuldig?



4.11

Abb. 14

4.15. Hören Anorektikerinnen auf ihre eigenen Bedürfnisse?



4.21

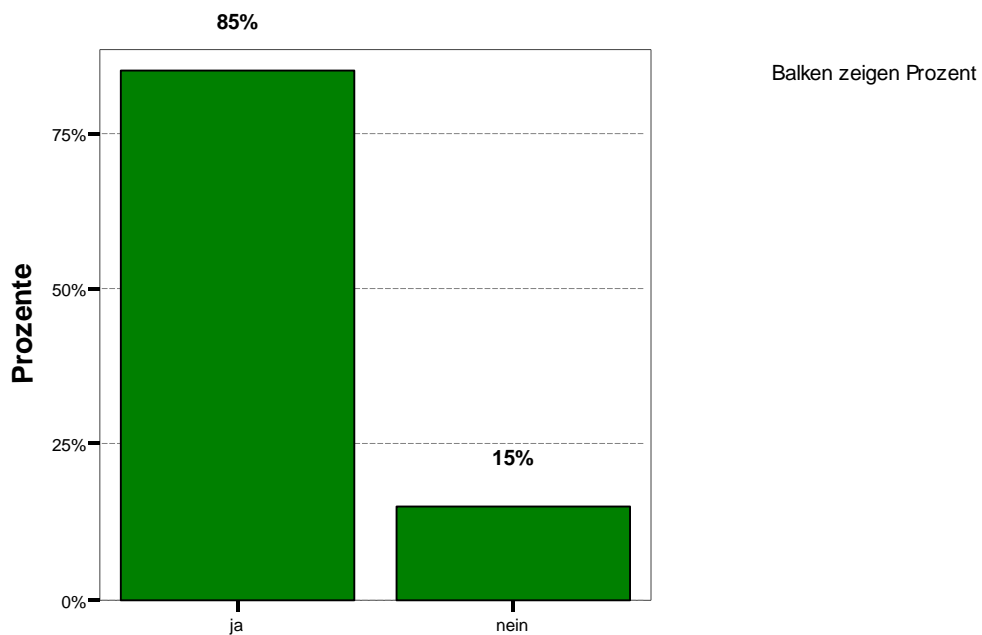
Abb. 15

Sehr auffallend ist in dieser Grafik auf die Frage: „Hören sie auf Ihre Bedürfnisse“ zu bemerken, dass 58% aller Befragten auf die Frage „Hören Sie auf ihre eigenen Bedürfnisse“ mit Nein antworteten. Die Frage war deshalb von großer Wichtigkeit in den Fragebogen einzubauen, da sie Aufschluss darüber verleihen könnte, inwieweit Magersüchtige von ihrer emotionalen Gefühlswelt abgetrennt zu sein scheinen. Dieses abgetrennt sein könnte eventuell Auslöser für ein gestörtes Essverhalten darstellen. Der Betroffene versucht unter Umständen diese Art von „Problemlösung“ als Zünder dafür zu verwenden, um sich einerseits so besser wahrnehmen zu können und andererseits Probleme innerhalb der Familie besser zu steuern bzw. zu kontrollieren zu versuchen. In dem diese nun weniger auf ihre Bedürfnisse zu hören vermögen, fällt es ihnen somit leichter, sich an die jeweiligen Familienstrukturen anzupassen und diesen Folge zu leisten, um eine „gute bzw. vorbildliche“ Tochter zu sein. Welche Probleme im Alltagsleben könnten dadurch noch resultieren, die in Verbindung mit der Krankheit stehen?

Die Verunsicherungen der Magersüchtigen in Bezug auf ihre Position innerhalb der Familien bzw. die Familienstrukturen tragen dazu bei, dass sie lange Zeit versuchen, den Erwartungen und Anforderungen gerecht zu werden, um darüber Anerkennung und Zuwendung zu erhalten. Daraus resultieren, dass sie sich an das Familiensystem anpassen und eigene Bedürfnisse unterordnen bzw. nicht lernen, eigene zu entwickeln. Das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, die daraus resultierende Anpassung sowie die aus einem konformen Verhalten auffordernden familiären Strukturen behindern eine Entwicklung zur Eigenständigkeit besonders in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter, wie z.B. die Individualisierung und den Aufbau von Peerkontakten. Die Entwicklung der Fähigkeit, Grenzen gegenüber den Erwartungen und Forderungen anderer zu ziehen und eigene Bedürfnisse zu entfalten, wird in diesen Familiensystemen maßgeblich gestört, da den Kindern und Jugendlichen hier kein entsprechender Raum zugestanden wird. Oftmals wird deutlich, dass sie in den späteren Partnerschafts- und Arbeitsbeziehungen immer wieder Grenzüberschreitungen und Fremdbestimmungen zulassen, worunter sie letztendlich leiden. Das Ringen um Zuwendung, Anerkennung, sowie um das Gefühl angenommen zu werden, im Rahmen einer partnerschaftlichen Beziehung führt dazu, dass sie sich selbst zurücknehmen, ihre eigenen Selbstentwicklungen zurückstellen und Grenzüberschreitungen ihrer eigenen Personen zulassen.

Laut Richter (2006:320) fällt Insgesamt auf, dass Menschen mit Essstörungen unter den Bedingungen von Nichtbeachtungen, fehlender Wärme oder von enger Kontrolle, hohen Leistungserwartungen und häufiger Kritik ein tief verankertes Unzugänglichkeitsgefühl entwickeln, und dass sie kaum über die Fähigkeit verfügen, aufgrund eigener Bedürfnisse, Interessen und Entwicklungen Grenzen zu ziehen und sich darin selbst zu behaupten. Stattdessen neigen sie eher dazu, sich an Personen, die ihnen wichtig sind, anzupassen, weil sie befürchten, andernfalls keine Anerkennung und Zuwendung zu bekommen. (vgl. Richter 2006:320)

4.16. Herrschte eine Kritik wegen des Körpers?



4.26

Abb. 16

In der Tabelle 4.26 wird ersichtlich, dass 85% aller Befragten angaben, der Meinung zu sein, mehr von ihrem Umfeld geliebt zu werden, wenn sie dünn sind und 85% Derselbigen beteuerten, dass sie wegen ihres Körpers, sowohl in ihrem Umfeld, als auch innerhalb der Familie des Öfteren wegen ihres Körpers schon mal kritisiert wurden. Hier wäre es auch erstrebenswert, näher auf das von der Gesellschaft kreierte „Schönheitsideal“ einzugehen und vorerst die Familiendynamik hinten anzureihen. Einige der Befragten sind offensichtlich der Meinung nur Liebe und Anerkennung zu bekommen, wenn sie ein perfektes Äußerliches vorzuweisen haben. Möglicherweise könnten Magersüchtige mit der Art und Ausdauer zu hungern, sich vom Rest der Masse abzuheben versuchen. Diese Form der Kontrolle könnte diesen eine Form von Selbstsicherheit gewähren und das Gefühl anders und stärker zu sein als ihr Umfeld. Sozialen Anforderungen entsprechen!

Es ist eine gängige Interpretation die Konzentration auf den schlanken Körper mit dem allgemeinen Schlankheitsideal zu bringen. Schlankheit ist zu einem Wert an sich geworden und zudem zu einem äußeren Merkmal, an dem man zeigen kann, dass man sein Leben im Griff hat, dass man

zufrieden ist, dass die Angelegenheiten gut geregelt sind. Es ist daher sicher nicht von der Hand zu weisen, dass junge Mädchen und Frauen, die sich unsicher und wertlos fühlen, der Idee verfallen, ihr Wert könne sich erhöhen, wenn sie nur erst schlank seien (vgl. Garner & Bemis 1985). Franke (1994:86), denkt jedoch, dass die soziale Motivation auf keinen Fall ausreichen kann, die Qualen der Anorexie auszuhalten. Sie mag den Beginn der Krankheit markieren, ihr eigentlicher Motor ist sie nicht. Mädchen und Frauen die anorektisch werden, wollen ja nicht 42,40,36 oder weniger Kilo wiegen, wenn sie zu hungern anfangen. Was sie typischerweise wollen, ist zwei bis drei Kilos abzunehmen, weil sie hoffen damit etwas anderes zu erreichen. Etwa, dass die Jungen sie mehr beachten, dass sie in Sport eine eins bekommen oder dass sie dünner werden als ihre Schwester. Die Tragik dabei ist jedoch, dass sie das, was sie erreichen wollen, auf dem Wege des Dünnwerdens nicht bekommen. Wie niedrig ihr Gewicht auch werden mag, es gibt ihnen nicht Achtung, Respekt und Identität. So mag das Auftreten der Anorexie durch den Schlankeitskult in der Gesellschaft begünstigt worden sein, ihr wesentlicher Grund, ist es sicher nicht. (vgl. Franke 1994:86)

4.17. Wann war der Beginn der Essstörung?

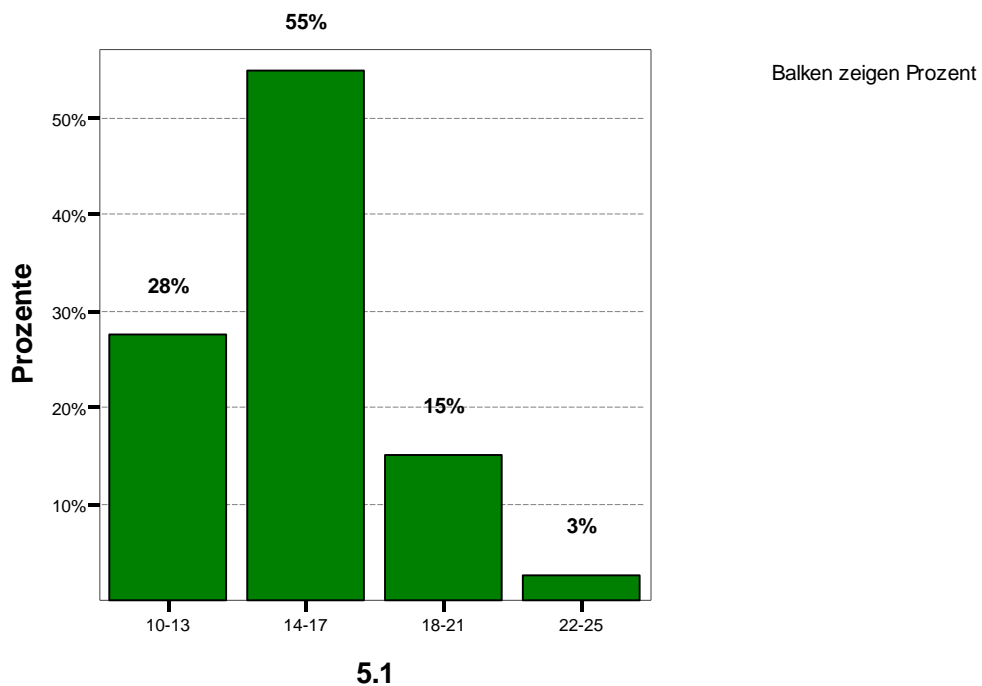


Abb. 17

Die Skizze 5.1 weist darauf hin, ab wann der Beginn der Essstörung bei den Probandinnen ihren Ausbruch fand. In dieser wird deutlich, dass die Essstörung bei 55% aller Befragten, im Alter von 14 bis 17 Jahren ihren Ausbruch fand. Um dieses Ergebnis zu präzisieren, wird hier ersichtlich, dass weniger Frauen im späteren Altern anorektisch werden, sondern es scheint sich die Krankheit meist von der Pubertät bis ins höhere Alter zu erstrecken. Hier könnte man nun davon ausgehen, dass junge Mädchen in der Pubertät, mit ihrem weiblichen Körper, der nun im Beginn ist sich in dieser Art zu formen, ein Problem bekommen bzw. diesen so nicht annehmen können. Was hier noch zu denken anregen könnte, ist die Überlegung, ob damit auch eine gewisse Angst vorhanden ist, eine Frau zu werden bzw. eine zu Grunde liegende Furcht, wie die eigene Mutter zu werden und keine eigenständige Persönlichkeit. Möglicherweise auch eine gewisse Grundangst vor der Selbstständigkeit und Gefallen im Freundeskreis bzw. bei einzelnen Jungen zu finden. Sozusagen das Verlangen perfekt sein zu wollen.

In diesem Kontext, lässt auch eine Vermutung darauf schließen, dass zwar in früheren Jahren ein Problem oder die Familie Auslöser für diese Essstörung waren, diese jedoch in späteren Jahren, bei verschwinden der jeweiligen Probleme, „nur“ mehr als Sucht abzeichnet. Genauer formuliert, vergehen zwar irgendwann die Probleme der Anorektikerinnen, diese sich dann auch wieder beginnen wohl zu fühlen und auch möglicherweise wieder ein normales Essverhalten herstellen möchten, es aber nicht mehr schaffen und somit erkennen müssen einer Sucht zu erliegen. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, warum sich die meisten Essstörungen in der Pubertät zwar ergeben, aber noch bis ins hohe Alter andauern. Wie in Tabelle 5.1 ersichtlich, befand sich der Großteil (40%) der Befragten im Alter von 18 bis 21 Jahren, der Ausbruch allerdings begann laut Graph 5.1. schon viel früher.

4.18. Liegen Depressionen vor?

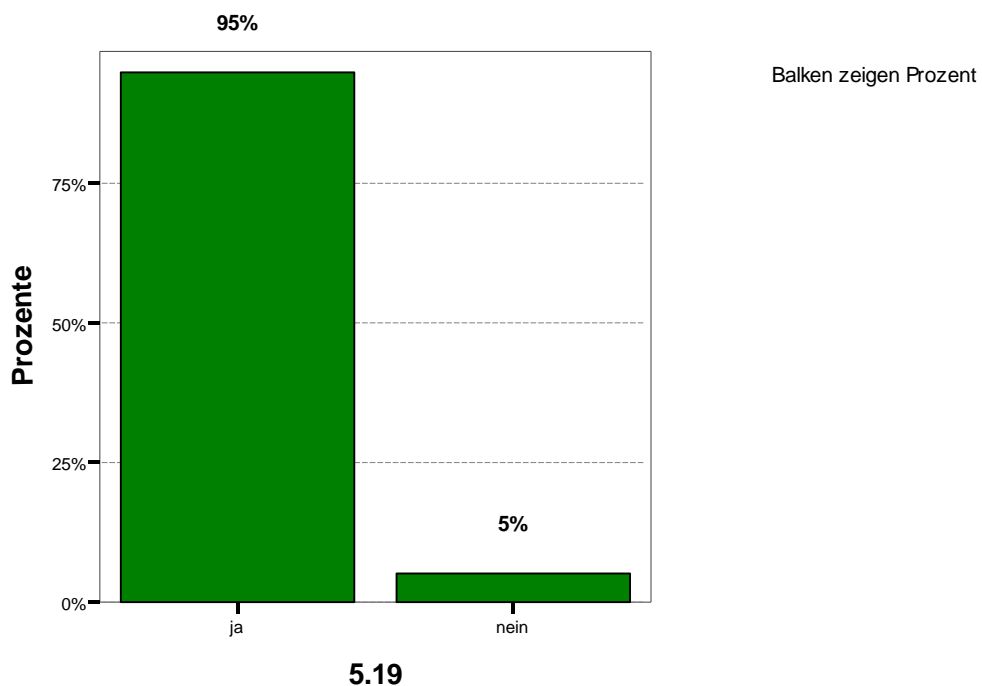
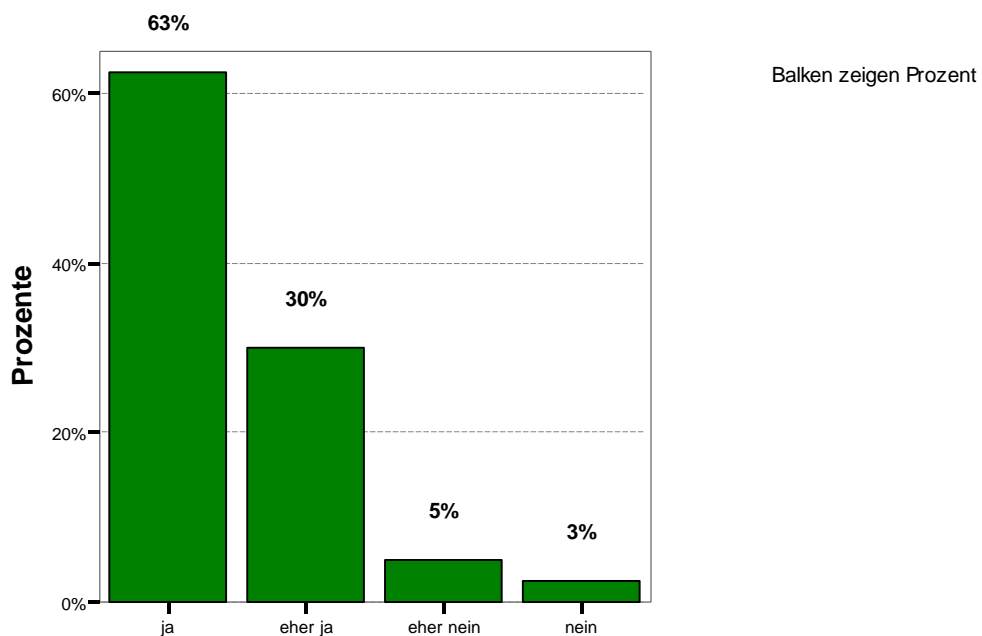


Abb. 18

Aus der Tabelle 5.19 geht hervor, dass 95% aller Befragten, einer Depression unterliegen. Dieser Wert lässt die Überlegung aufkommen, ob eventuell die Essstörung aufgrund einer Depression oder eine Depression

aufgrund einer Essstörung entsteht. Da einige Anorektikerinnen jedoch auch sehr stark zu Drogenmissbrauch neigen, um unter anderem z.B. das Hungergefühl zu dämpfen. Bei gegebenem Fall, wäre es auch möglich, dass daraus eine Form von Depression entstehen könnte, da die Drogen sehr stark auf die Psyche des Menschen Eingriff haben. Auch fühlen sich die Frauen unter Umständen sehr vom Familiensystem unter Druck gesetzt, sodass die Psyche bereits einer starken Prüfung unterzogen wurde.

4.19. Hat die Thematik mit dem Familiensystem zu tun?



5.15

Abb. 19

Die Skizze 5.15 veranschaulicht die Antwort auf die Fragestellung, ob Magersucht mit Familiensystemen im Zusammenhang stehen könnte. Diese Frage beantworteten dreiviertel aller Befragten mit ja bzw. eher ja. Hier stellt sich nun die Frage, ob die Krankheit aufgrund der Familiensysteme ausgebrochen ist, oder sich das Familiensystem aufgrund der Krankheit gewandelt hat. Um dies deutlicher zu formulieren, ist hierbei gemeint, empfinden die Probandinnen ihr Familiensystem schon immer als Störfaktor in ihrer eigenen Entwicklung oder hat es sich erst durch den Beginn der

Erkrankung verschlechtert? Möglicherweise, wurde das Verhältnis aller Familienmitglieder aus Sorge um das Kind bzw. wegen der Anorexie, deshalb vom Befragten selber als Verschlechterung aufgenommen. Eventuell haben sie lediglich vergessen, wie es ganz früher in ihrer Kindheit war und ziehen nun durchgehend eine Störlinie ihres ganzen Lebens. Diese Überlegungen beruhen auf Beobachtungen, innerhalb der Arbeit mit dieser Klientel und versuchen nun eine mögliche Antwort in der Literatur zu finden. Richter (2006:316-317) macht deutlich, dass das Familiensystem selbst bzw. seine einzelnen Mitglieder wiederum durch eigene Problemlagen oder Verlaufskurvenprozesse (wie Alkoholismus, missglückte Berufskarrieren usw.) belastet sind. So wirken die Probleme der Familiengehörigen indirekt auf die Entwicklung der Anorektikerinnen ein und beeinträchtigen diese. Gerade Familiensysteme, die aufgrund solcher Problembelastungen nur mühsam in einem labilen Gleichgewicht gehalten werden können, entwickeln rigide Kommunikationsformen und Kontrollmuster, die sich auf die Beziehungen zwischen den Mitgliedern auswirken. Zusammenfassend können zentrale Probleme benannt werden:

- Familiengeheimnisse und Gesprächstabus
- Diffuse Beziehungsstrukturen
- Eine Übermacht an Erwachsenen sowie an deren Erwartungshaltungen
- Überbehütung und damit zugleich soziale Kontrolle
- Hohe Leistungserwartung ohne Leistungsanerkennung
- Fremdbestimmung in wichtigen Entscheidungen
- Ein Fehlen fester Regeln bzw. ein Schwanken zwischen Härte und Zuwendung
- Fehlende Beachtung
- Physische und psychische Grenzüberschreitung
- Fehlende Intimitäts- und Rückzugsräume
- Fehlende Emotionalität und Zuwendung
- Eine fehlende Sprache für innere Zustände
- Eine fehlende Konfliktfähigkeit
- Gestörte Kommunikation

Kennzeichnend für diese familiären Strukturen und die dahinter stehenden Problemlagen ist, dass die Familienangehörigen selbst keinen Überblick über die Situation haben, sondern dass sie eher aus einem getrieben sein heraus reagieren und somit nicht auf die Betroffenen eingehen können, selbst wenn sie nur deren bestes wollen. (vgl. Richter 2006:316-317)

Die aufgeschlüsselten Werte, sowie die in der Arbeit nicht ersichtlichen Graphen sind im Anhang zu finden.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit, wird die Familie ausdrücklich, als eine zentrale Problemdimension im Zusammenhang mit der Genese der „Essstörung“ thematisiert. Dabei kann man davon ausgehen, dass die Familie bzw. die einzelnen Familienmitglieder selbst von Problemlagen dominiert sind und dass daraus problematische Beziehungs- und Interaktionsmuster resultieren. So leiden die Mütter vielfach selbst unter Problemen, Konflikten, nicht eingelösten Lebensentwürfen usw., mit denen sie umzugehen versuchen. Sie sind auf die Aufrechterhaltung ihres Alltags und auf die Problembewältigung fokussiert, weshalb sie oftmals keine Zeit für ihre Töchter haben bzw. als distanziert oder ambivalent erscheinen. Diese Problemlagen der Mütter scheinen sich so auf die Töchter zu übertragen. Aber nicht nur die Mütter spielen eine Rolle, sondern auch andere Familienangehörige wie die Väter, Geschwister bzw. Großeltern. In den Lebensschichten tritt gerade der Vater signifikant in Erscheinung, sei es durch seine Abwesenheit, durch seine autoritäre Position innerhalb der Familie, durch seine kritisierende Haltung oder durch seine Leistungsorientierung gegenüber der Tochter im Zusammenhang mit einer problematischen Beziehung zu seiner Frau oder aber aufgrund massiver Grenzüberschreitungen. Die Konflikte im Familiensystem bestehen teilweise über Generationen hinweg, werden weitertransportiert, wobei die Väter dabei ebenso eine signifikante Rolle einnehmen. Die familiären Problemlagen bestimmen so die Beziehungen zu den Kindern. Daraus

erwächst eine frühe Verunsicherung in Bezug auf ihre Position innerhalb der Familie, teilweise ein Gefühl, für die Probleme verantwortlich zu sein, bzw. ein Gefühl der fehlenden Anerkennung. Daraus resultierend versuchen sie immer wieder, den Erwartungen und Forderungen der Familie gerecht zu werden, um darüber Anerkennung und Zuwendung zu erhalten. So lernen die heranwachsenden Frauen nicht, eigene Bedürfnisse zu entwickeln und einzufordern, sondern passen sich stattdessen an das Familiensystem an. Die Entwicklung der Fähigkeit, Grenzen gegenüber den Erwartungen und Forderungen anderer zu ziehen und eigene Bedürfnisse zu entfalten und umzusetzen, wird in diesen Familiensystemen maßgeblich beeinträchtigt, da den Kindern und Jugendlichen hier kein entsprechender Raum zugestanden wird. Unter den Bedingungen von Nichtbeachtung, fehlender Wärme oder von enger Kontrolle, hohen Leistungserwartungen und hoher Kritik, entwickeln die Frauen ein tief verankertes Unzulänglichkeitsgefühl. Sie verfügen kaum über die Fähigkeit, aufgrund eigener Bedürfnisse, Interessen und Entwicklungen Grenzen zu ziehen und sich darin zu behaupten. Stattdessen neigen sie eher dazu, sich an Personen, die ihnen wichtig sind, anzupassen, weil sie andernfalls befürchten, keine Anerkennung und Zuwendung zu bekommen.

Aus diesem Kontext wird deutlich, dass es von großer Wichtigkeit ist, auch die Familie in den Therapieverlauf miteinzubeziehen, um die Genesung zu beschleunigen. Nun möchte ich mögliche Präventivmaßnahmen anführen:

- Kommunikationsfähigkeit im Familiensystem fördern
- Familien allgemein unterstützen
- Präventiv an Schulen arbeiten
- Das Schönheitsideal in den Medien einer Veränderung unterziehen
- Die ganze Familie in den Therapieverlauf miteinzubeziehen.

6. Resümee

Es steht außer Frage, dass Familiensysteme mit der Erkrankung Anorexie in Verbindung stehen, da man bestimmte Muster innerhalb der Familien

durchgehend erkennen kann. Leistungsdruck und das Verstecken von Gefühlen und Bedürfnissen fördern die Erkrankung Anorexie nachhaltig. Vor allem in gut situierten Familien kommt die Erkrankung häufiger vor, da das Umfeld in dem sie sich befinden äußerst erfolgsorientiert ist. Weiters spielt in dieser sozialen Schicht das Thema Schönheit und Perfektionismus eine vorherrschende Rolle. Dies lässt sich auch von der mir bekannten Theorie bestätigen.

Das Thema Essstörungen fällt noch immer stark unter den Deckmantel „Tabuthema“. In der gegenständlichen Arbeit wird deutlich, dass Leistungsdruck ein großes Thema in Magersuchtsfamilien darstellt und die Betroffenen in einen großen Kontrollwahn bzw. Perfektionismus manövriert. Dies liegt daran, dass die Eltern ebenfalls sehr leistungs- und erfolgsorientiert sind und dieses Verhalten auf ihre Kinder übertragen. Dieser Aspekt fördert insofern die Anorexie, da bei nicht Erreichen dieser verlangten Struktur, der Kontrollverlust auf das wahnhaftes Kontrollieren des Essens verlegt wird.

Als weitere Ursache für die Erkrankung Anorexie, nenne ich die Geschwisterrivalität. Vor allem die Erst- und Zweitgeborenen, die sich schon von Beginn an in einer sehr schwierigen Geschwisterkonstellation befinden, versuchen mit der Essstörung Aufmerksamkeit bei den Eltern zu erregen.

In Familiensystemen, in denen selten bzw. nie über Emotionen und Bedürfnisse gesprochen wird, verwenden Anorektikerinnen das Hungern als Ausdruck von Gefühlen, da sie nie gelernt haben, diese verbal zu formulieren. Anorektikerinnen können ihre tatsächlichen Bedürfnisse schwer wahrnehmen und die Essstörung steht für eine Strategie zur Problemlösung. Da sie weniger auf ihre Bedürfnisse achten, fällt es ihnen leichter sich an die jeweiligen Familiensysteme/-strukturen die ihnen auferlegt werden anzupassen. Weiters verwenden sie ihre Muster auch dafür, Probleme innerhalb der Familie vermeintlich besser zu steuern bzw. zu kontrollieren. Sie sind stets versucht eine vorbildliche Tochter darzustellen und so wenig Probleme wie möglich zu verursachen bzw. anzusprechen, um das „vorbildliche“ Familiensystem nicht zu stören.

Weiters kommt zum Ausdruck, dass die Töchter stark von ihren Müttern existenziell abhängig sind, sich aber in übersteigerter Weise nach der

Zuwendung und Liebe der Väter sehnen und dadurch nicht selten deren Wünschen entgegenkommen. Das Bündnis zwischen Mutter und Tochter kann sich unterschwellig gegen den Vater, das zwischen Vater und Tochter gegen die Mutter richten. Die Mutter, die die Erziehungsaufgabe in diesen Familien übernimmt, spielt dabei jedoch häufig die Hauptrolle. Vor ihr kann man nichts geheim halten, sie ahnt alles, spürt alles auf, kennt die Bedürfnisse der Kinder; sie weiß was ihnen gut tut und was nicht, sie will immer nur das Beste für die Familie und verlangt als Gegenleistung für ihren totalen Einsatz totale Unterwerfung – freilich nicht bewusst und auch nicht in direkter Weise. Die später magersüchtigen Mädchen kommen aufgrund ihrer Struktur diesen mütterlichen Bestrebungen besonders entgegen. Sie machen eine symbiotische Beziehung möglich, in der es keinen Raum für individuelle Entfaltung gibt. Die Anorektikerinnen verinnerlichen deren Wertvorstellungen, Ansichten, Sympathien und Abneigungen und meinen alles tun zu müssen, um sich die Liebe der Mutter zu verdienen und zu erhalten. Die Mädchen bekommen somit nicht die Möglichkeit sich auf natürliche Weise von ihren Müttern individuell abzutrennen, um dadurch ihre eigene Persönlichkeit bilden zu können. Sie bleiben also in den Regeln des Familiensystems verankert und verharren schweigend darin.

Einen Ausbruch versuchen die Frauen später durch zu früh geschlossenen Ehen/Beziehungen, da der dringende Wunsch besteht, sich hierdurch von der Ursprungsfamilie zu lösen. Doch sind diese meist sehr unfähig, eigene Bedürfnisse anzumelden und Konflikte mit ihren Partnern durchzustehen. Aus diesem Grund wählen sie häufig unbewusst, ebenfalls konfliktscheue Männer, die selber nicht in der Lage sind, sich gegenüber ihren Frauen bzw. der ganzen Familie durchzusetzen. Daher finden beide über kurz oder lang nicht die Erfüllung in der Beziehung und trennen sich in der Regel sehr bald wieder voneinander. Die Frau, die sich durch ihren Partner Hilfe in der Grenzziehung gegenüber ihrer Familie erhoffte, reagiert auf das Komplizierterwerden der ganzen Situation offenbar mit einer Intensivierung des anorektischen Verhaltens. Ihr Partner wiederum reagiert ausschließlich „nur“ auf das anorektische Verhalten, was dann in vielen Fällen zu geringen sexuellen Momenten führt und zu einer kompletten Beendigung der Ehe/Beziehung. In der Arbeit wird deutlich, dass das Familiensystem selbst

bzw. seine einzelnen Mitglieder durch eigene Problemlagen oder Verlaufskurvenprozesse (wie Alkoholismus, missglückte Berufskarrieren usw.) belastet sind. So wirken die Probleme der Familiengehörigen indirekt auf die Entwicklung der Anorektikerinnen ein und beeinträchtigen diese. Daran wird nun deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen Familiensystemen und Anorexie besteht. Dies ist nun ein großes bzw. neues Aufgabengebiet, wo die Stärken der Sozialarbeit gefragt sind.

7. Literatur

Bruch, Hilde (1991): Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht, 7. Auflage, Frankfurt am Main.

Bruch, Hilde (1998): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht, 15. Auflage, Frankfurt am Main.

Cuntz, Ulrich/Hillert, Andreas (1998): Essstörungen. Ursachen – Symptome – Therapien, München.

Franke, Alexa (1994): Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln, München.

Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert/Mai, Norbert (1997): Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen, 3. Auflage, Weinheim und Berlin.

Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert/Mai, Norbert (1996): Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten, überarbeitete Neuausgabe, München.

Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert/Mai, Norbert (1988): Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit, Weinheim.

Habermas, Tilman (1994): Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizin-psychologische Rekonstruktion, Frankfurt am Main.

Hornbacher, Marya (1998): Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht. Eine Biographie, Frankfurt/Main.

Jung, Mathias (2004): Seele-Sucht-Sehnsucht. Wege zur Klarheit, 3. Auflage, Lahnstein.

Karren-Derber, Ulrike (1990): Wenn Essen zur Sucht wird. In: Gross, Werner: Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben,...8.-9. Tausend Auflage, Frankfurt am Main, 88-95.

MacLeod, Sheila (1983): Hungern meine einzige Waffe. Der verzweifelte Kampf eines jungen Mädchens um seine Identität. Ein autobiographischer Bericht über die Magersucht, München.

Margolis, Karen (1985): Die Knochen zeigen. Über die Sucht zu hungern, Berlin.

Mucha, Sabine/Hoffman, Katja (1998): Essstörungen erkennen, verstehen, überwinden. Wie Magersucht und Bulimie behandelt werden, Stuttgart.

- Pollmer**, Udo (2000): Magersucht und Stierhunger. In Kemper, Peter/Sonnenschein, Ulrich: Sucht und Sehnsucht. Rauschrisiken in der Erlebnisgesellschaft, Stuttgart, 229-238.
- Rather**, Günther (2003): Was sie über Essstörungen wissen sollten. Magersucht (Anorexia nervosa) Ess- Brechsucht (Bulimia nervosa) Fettsucht (Adipositas), 6. Auflage, Innsbruck.
- Richter**, Stefanie (2006): Essstörung. Eine fallrekonstruktive Studie anhand erzählter Lebensgeschichten betroffener Frauen, Bielefeld.
- Röhr**, Heinz-Peter (2004): Sucht ist auch eine Sinnkrankheit. In: Jung, Mathias: Seele-Sucht-Sehnsucht, Lahnstein, 311-331.
- Stahr**, Ingeborg/Barb-Priebe, Ingrid/Schulz, Elke (1995): Essstörung und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten, Weinheim und München.
- Stein-Hilbers**, Marlene/Becker, Marion (1998): „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“ Zur Prävention von Essstörungen. Abschlussbericht der Begleitforschung zum Modellprojekt des BMFSFJ.
- Seidler**, Günther (1993): Magersucht – öffentliches Geheimnis, Göttingen.
- Selvini Palazzoli**, Mara (1995): Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie, 6. Auflage, Stuttgart.
- Schweiger**, Ulrich/Peters, Achim/Sipos, Valerija (2003): Essstörungen, Stuttgart.
- Vandereycken**, Walter/Deth, Ron/Meermann, Rolf (1990): Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Essstörungen, Zülpich.
- Weber**, Gunthard/Stierlin, Helm (2003): In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie, 2. Auflage, Heidelberg.
- Zipfel**, Stephan u.a. (2004): Verlauf und Prognosen der Anorexia Nervosa. In: Herzog, Wolfgang/Munz, Dietrich/Kächele, Horst, Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart.
- (vgl. Herpertz- Dahmann 1993:166)

Internetquellen

Wikipedia. Die freie Enzyklopädie

http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa (09.01.2008)

8. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Alter?
- Abb. 2: Familienstand?
- Abb. 3: Geschwisteranzahl?
- Abb. 4: Geschwisterreihung?
- Abb. 5: Eltern/Haushalt?
- Abb. 6: Wie ist das Verhältnis zur Mutter?
- Abb. 7: Wie ist das Verhältnis zum Vater?
- Abb. 8: Wie ist das Verhältnis der Anorektikerinnen zu deren Geschwistern?
- Abb. 9: Ausbildungsverlauf der Mutter?
- Abb. 10: Ausbildungsverlauf des Vaters?
- Abb. 11: Netto Verdienst der Mutter?
- Abb. 12: Netto Verdienst des Vaters?
- Abb. 13: Werden Gefühle innerhalb der Familie angesprochen?
- Abb. 14: Fühlen sich die Befragten bei Meinungsverschiedenheiten schuldig?
- Abb. 15: Hören Anorektikerinnen auf ihre eigenen Bedürfnisse?
- Abb. 16: Herrschte eine Kritik wegen des Körpers?
- Abb. 17: Wann war der Beginn der Essstörung?
- Abb. 18: Liegen Depressionen vor?
- Abb. 19: Hat die Thematik mit dem Familiensystem zu tun?

9. Anhang

9.1. Der für die gegenständliche Diplomarbeit verwendete Fragebogen

Herzlichen Dank im Vorhinein

Ihre persönliche Meinung, liegt mir am Herzen!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit habe ich, Marion Schättle, Studentin der Fachhochschule für Sozialarbeit in St. Pölten, einen Fragebogen erstellt, um mit Ihrer Hilfe/Meinung den Bereich „Anorexie“ in seiner Gesamtheit betrachten zu können.

Ziel der Studie ist es, herauszufinden, inwieweit Erziehungsmuster bzw. Familiensysteme mit der Entstehung von Anorexie zu tun haben und ob es eine wichtige Relevanz zur besseren Genesung beitragen könnte, Eltern in den Therapieverlauf miteinzubeziehen.

Helfen Sie mir, bestehende Therapieverläufe zu hinterfragen, bzw. durch Ihre Meinung eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten finden zu können.

Deshalb ist Ihre Meinung gefragt, denn nur mit dieser kann ich etwas erforschen!

Der Fragebogen ist **anonym** und **unverbindlich**.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die dafür vorgesehene Box, die sich in den Organisationen bzw. den Beratungsstellen befinden. Umso früher umso besser, spätestens bis Ende September.

Herzlichen Dank, für Ihren Beitrag!

Mit freundlichen Grüßen

Schättle Marion

1. Persönliche Daten:

1.1 Alter

- 18 – 21 Jahre
- 22 – 25 Jahre
- 26 - 29 Jahre
- 30 – 35 Jahre
- über 35 Jahre

1.2 Sie sind aufgewachsen:

- Stadt
- Land

1.3 Derzeit wohnhaft:

- Stadt
- Land

1.4 Familienstand:

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- Lebensgemeinschaft

2. Familiensystem:

2.1 Geschwisteranzahl (Sie persönlich miteingerechnet):

- Einzelkind
- 1 Geschwister
- 2 Geschwister
- 3 Geschwister
- 4 Geschwister
- 5 Geschwister
- über 5 Geschwister

2.2 Sie sind in der Reihung die:

- Erstgeborene
- Zweitgeborene
- Drittgeborene
- Viertgeborene
- Fünftgeborene

andere Reihung (Bitte Zahl einfügen):

2.3 Elternkonstellationen:

- Mit beiden Elternteilen in einem Haushalt aufgewachsen
- Mit beiden Elternteilen in verschiedenen Haushalten aufgewachsen
- Mit Mutter und Stiefvater aufgewachsen.
- Mit Vater und Stiefmutter aufgewachsen
- Nur mit der Mutter aufgewachsen
- Nur mit dem Vater aufgewachsen
- Ohne Eltern aufgewachsen

3. Ausbildung und Einkommen der Eltern:

3.1 Höchster Schulabschluss des Vaters?

- kein Schulabschluss
- Pflichtschule und Lehre abgeschlossen
- Pflichtschule ohne Lehre abgeschlossen
- Berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen
- AHS oder BHS
- Hochschule, Akademie

3.2 Höchster Schulabschluss der Mutter?

- kein Schulabschluss
- Pflichtschule und Lehre abgeschlossen
- Pflichtschule ohne Lehre abgeschlossen
- Berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen

- AHS oder BHS
- Hochschule, Akademie

3.3 Ungefähres Nettoeinkommen des Vaters?

- nicht berufstätig
- unter 360,- €
- 360 - 730,- €
- 730 - 1.000,- €
- 1.000 - 1.500,- €
- 1.500 - 2.200,- €
- 2.200 - 2.500,- €
- 2.500 - 3.000,- €
- über 3000,-€

3.4 Ungefähres Nettoeinkommen der Mutter?

- nicht berufstätig
- unter 360,- €
- 360 - 730,- €
- 730 - 1.000,- €
- 1.000 - 1.500,- €
- 1.500 - 2.200,- €
- 2.200 - 2.500,- €
- 2.500 - 3.000,- €
- über 3.000,- €

4. Erziehungsmuster:

4.1 Haben Sie ein gutes Verhältnis zu Ihrer Mutter?

- ja nein

4.2 Haben Sie ein gutes Verhältnis zu Ihrem Vater?

- ja nein

4.3 Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern allgemein?

- sehr gut weniger gut schlecht

4.4 Sind Sie eifersüchtig auf eines Ihrer Geschwister?

- ja nein

4.5 Herrschte ein starker Konkurrenzdruck zwischen Ihnen und einem Ihrer Geschwister?

- ja nein

4.6 Wenn ja, mit welchem?

- Erstgeborenen
 Zweitgeborenen
 Drittgeborenen
 Viertgeborenen
 Fünftgeborenen

4.7 Haben Ihre Eltern in der Erziehung große Unterschiede gemacht?

- ja nein

4.8 In Ihrer Familie war es so, dass man Gefühle nicht zeigte?

- ja eher ja eher nein nein

4.9 In Ihrer Familie war es so, dass man über Probleme nicht sprach?

- ja eher ja eher nein nein

4.10 Meinungsverschiedenheiten wurden in Ihrer Familie nicht offen angesprochen?

- ja eher ja eher nein nein

4.11 Fühlten Sie sich öfters schuldig weil Sie durch Streit Ihren Vater bzw. Ihre Mutter beleidigt hatten?

ja nein

4.12 Haben Ihre Eltern hohe Selbstideale?

ja eher ja eher nein nein

4.13 Auch an Ihnen?

ja eher ja eher nein nein

4.14 Sind Ihre Eltern sehr darauf bedacht großen Erfolg zu haben?

ja nein

4.15 Verlangen Ihre Eltern, dass Sie besonders fleißig und ehrgeizig sind?

ja eher ja eher nein nein

4.16 Stehen Sie unter einem großen Leistungsdruck?

ja eher ja eher nein nein

4.17 Handeln Sie öfter nach Ihrer Vernunft, als nach Ihren Emotionen?

ja eher ja eher nein nein

4.18 Versuchen Ihre Eltern perfekt zu sein?

ja eher ja eher nein nein

4.19 Haben Sie manchmal den Wunsch geliebt zu werden, ohne dafür etwas Leisten zu müssen?

ja nein

4.20 Sind Sie jemals mit Ihren Leistungen zufrieden?

ja eher ja eher nein nein

4.21 Hören Sie auf Ihre Bedürfnisse?

ja eher ja eher nein nein

4.22 Würden Sie lieber Kind bleiben?

ja nein

4.23 Haben Sie das Gefühl von Ihren Eltern abhängig zu sein?

ja eher ja eher nein nein

4.24 Haben Ihre Eltern ein übertriebenes Schönheitsideal?

ja eher ja eher nein nein

4.25 Sind Sie der Meinung, dass Sie mehr geliebt werden, wenn sie dünn sind?

ja nein

4.26 Wurden Sie in Ihrer Familie wegen Ihres Körpers schon mal kritisiert?

ja nein

4.27 Haben/hatten Ihre Eltern Probleme mit Ihrem Gewicht?

ja eher ja eher nein nein

4.28 Bekamen Sie Essen von Ihren Eltern zur Belohnung?

ja nein

4.29 Ihre Eltern haben von Ihnen hervorragendes erwartet?

ja eher ja eher nein nein

5. Behandlung bzw. Behandlungsverlauf/Möglichkeiten/Ursachen:

5.1 Beginn Ihrer Essstörung?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vor 9 Jahren | <input type="checkbox"/> 22 – 25 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 10 – 13 Jahre | <input type="checkbox"/> 26 - 29 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 14 – 17 Jahre | <input type="checkbox"/> 30 – 34 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 18 – 21 Jahre | <input type="checkbox"/> über 35 Jahre |

5.2 Haben Sie Ihre Eltern mit Ihrer Thematik vertraut gemacht?

- ja nein

5.3 Wie sind diese mit jener Information umgegangen?

- gut weniger gut schlecht sehr schlecht

5.4 Gibt es ein bestimmtes Ereignis, welches Sie für den Beginn Ihrer Krankheit verantwortlich machen?

- Kann ich nicht mehr genau sagen

- ja,

5.5 Haben Ihre Eltern für SICH auch Hilfe in Anspruch genommen?

- ja nein

wenn ja, welche?....

...

5.6 War es positiv für Sie, dass Sie es taten?

- gut weniger gut schlecht sehr schlecht

5.7 Haben sich Ihre Eltern darüber beschwert, dass für Sie wenig Hilfsangebote vorhanden sind?

- ja nein

5.8 Hatten Sie in dieser Zeit auch Suizidgedanken? (diese Frage muss nicht ausgefüllt werden, würde nur dabei helfen, die Belastung der Thematik zum Ausdruck zu bringen)

- ja nein

5.9 Was war in dieser Situation besonders hilfreich für Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Freunde | <input type="checkbox"/> Sport/Hobby |
| <input type="checkbox"/> Organisation | <input type="checkbox"/> Eltern |
| <input type="checkbox"/> Mein/ein Haustier/Tier | <input type="checkbox"/> Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> SozialarbeiterIn | <input type="checkbox"/> Telefonseelsorge (Hotline) |
| <input type="checkbox"/> Psychologe/in | <input type="checkbox"/> Internet Foren zu diesem Thema |

Wenn ja, welche Organisation?....

.....

Wenn ja, welche Einrichtung?....

.....

5.10 Haben Sie eine Therapie in Anspruch genommen?

- ja nein

5.11 Wurde Ihre Familie in diese Therapie miteinbezogen?

- ja nein

5.12 Wenn nein, wäre es Ihnen wichtig/gewesen?

- ja nein

5.13 Sind Sie der Meinung, dass Präventionen(Vorbeugungen) an z.B Schulen hilfreich wären bzw. gewesen wären?

- ja nein

5.14 Sind Sie der Meinung, dass vieles der Thematik mit Erziehungsmuster zu tun hat?

- ja eher ja eher nein nein

5.15 Sind Sie der Meinung, dass vieles der Thematik mit Familiensystemen zu tun hat?

- ja eher ja eher nein nein

5.16 Versuchten Sie mit Ihrem Essverhalten Ihr Umfeld zu provozieren?

- ja nein

5.17 Denken Sie es wäre hilfreich für Ihre Genesung, wenn Ihre Familie auch eine professionelle Unterstützung erhielt hätte/erhalten würde?

- ja nein

5.18 Sind Ihnen Präventionsmaßnahmen bekannt?

- keine
 Werbung/Medien
 an Schulen
 in Kindergärten

andere Maßnahmen:..... eigene Ideen:

9.2. Ergebnistabellen

1.1 Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	18-21	24	40,0	40,0	40,0
	22-25	11	18,3	18,3	58,3
	26-29	7	11,6	11,6	70,0
	30-35	10	16,6	16,6	86,6
	> 35	8	13,3	13,3	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

1.4 Familienstand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ledig	44	73,3	73,3	73,3
	verheiratet	4	6,6	6,6	80,0
	geschieden	3	5,0	5,0	85,0
	Lebensgemeinschaft	9	15,0	15,0	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

2.3 Eltern/Haushalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	beide Eltern in einem Haushalt	51	85,0	85,0	85,0
	beide Eltern in verschiedenen Haushalten	3	5,0	5,0	90,0
	Mutter und Stiefvater	3	5,0	5,0	95,0
	Vater und Stiefmutter	3	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

4.1 Verhältnis zur Mutter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	36	60,0	60,0	60,0
	nein	22	36,6	36,6	96,6
	mittel	2	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

4.2 Verhältnis zum Vater

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	16,6	16,6	16,6
	nein	48	80,0	80,0	96,6
	mittel	2	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

4.3 Verhältnis Geschwister

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	16	26,6	31,3	31,3
	weniger gut	30	50,0	58,8	90,1
	schlecht	5	8,3	9,8	100,0
	Gesamt	51	85,0	100,0	
Fehlend	System	9	15,0		
Gesamt		60	100,0		

3.2 Ausbildung der Mutter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Pflichtschule und Lehre	20	33,3	33,3	33,3
Pflichtschule ohne Lehre	7	11,6	11,6	45,0
Berufsbildende mittlere Schule	15	25,0	25,0	70,0
AHS oder BHS	3	5,0	5,0	75,0
Hochschule, Akademie	15	25,0	25,0	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

3.1 Ausbildung des Vaters

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Pflichtschule und Lehre	15	25,0	25,0	25,0
Berufsbildende mittlere Schule	4	6,6	6,6	31,6
AHS oder BHS	12	20,0	20,0	51,6
Hochschule, Akademie	29	48,3	48,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

3.4 Netto Verdienst der Mutter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
nicht berufstätig	20	33,3	33,3	33,3
360-730	4	6,6	6,6	40,0
730-1000	2	3,3	3,3	43,3
1000-1500	13	21,6	21,6	65,0
1500-2200	6	10,0	10,0	75,0
2200-2500	10	16,6	16,6	91,6
2500-3000	3	5,0	5,0	96,6
> 3000	2	3,3	3,3	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

3.3 Netto Verdienst des Vaters

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
nicht berufstätig	3	5,0	5,0	5,0
1000-1500	4	6,6	6,6	11,6
1500-2200	9	15,0	15,0	26,6
2200-2500	12	20,0	20,0	46,6
2500-3000	14	23,3	23,3	70,0
> 3000	18	30,0	30,0	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

4.8 Gefühle werden nicht angesprochen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
ja	26	43,3	43,3	43,3
eher ja	18	30,0	30,0	73,3
eher nein	7	11,6	11,6	85,0
nein	9	15,0	15,0	100,0
Gesamt	60	100,0	100,0	

4.11 Schuldig fühlen bei Meinungsverschiedenheiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	38	63,3	64,4	64,4
	nein	21	35,0	35,6	100,0
	Gesamt	59	98,3	100,0	
Fehlend	System	1	1,6		
Gesamt		60	100,0		

4.21 Auf eigene Bedürfnisse hören

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	3	5,0	5,0	5,0
	eher ja	12	20,0	20,0	25,0
	eher nein	34	56,6	56,6	81,6
	nein	11	18,3	18,3	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

4.26 Kritisiert wegen Körper

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	51	85,0	85,0	85,0
	nein	9	15,0	15,0	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

5.1 Beginn der Essstörung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	10-13	16	26,6	26,6	26,6
	14-17	33	55,0	55,0	81,6
	18-21	9	15,0	15,0	96,6
	22-25	2	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

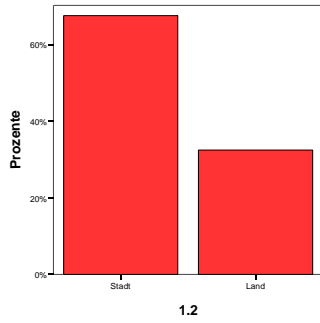
5.19 Liegen Depressionen vor

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	56	93,3	94,9	94,9
	nein	3	5,0	5,1	100,0
	Gesamt	59	98,3	100,0	
Fehlend	System	1	1,6		
Gesamt		60	100,0		

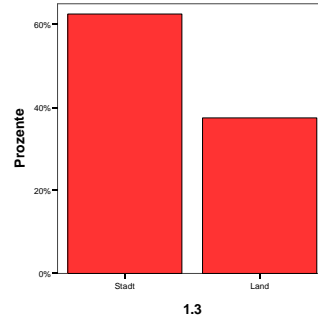
5.15 Hat die Thematik mit Familiensystemen zu tun

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	38	63,3	63,3	63,3
	eher ja	18	30,0	30,0	93,3
	eher nein	3	5,0	5,0	98,3
	nein	1	1,6	1,6	100,0
	Gesamt	60	100,0	100,0	

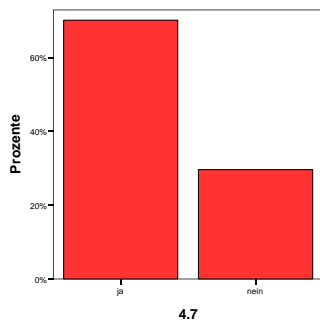
9.3. Weitere Graphen



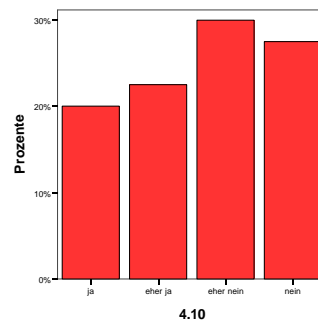
Balken zeigen Prozent



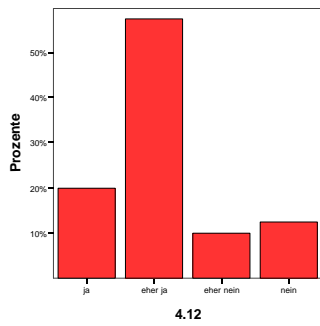
Balken zeigen Prozent



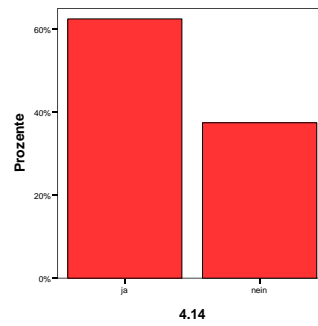
Balken zeigen Prozent



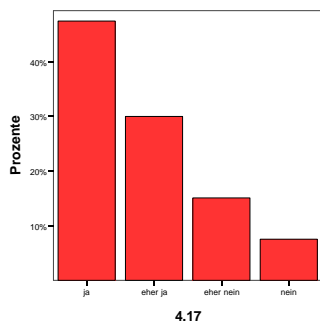
Balken zeigen Prozent



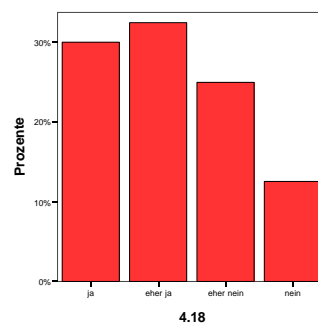
Balken zeigen Prozent



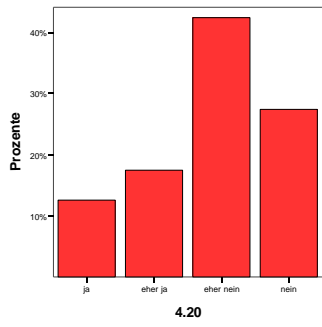
Balken zeigen Prozent



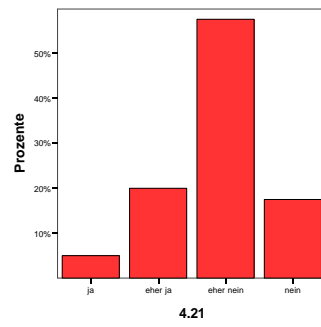
Balken zeigen Prozent



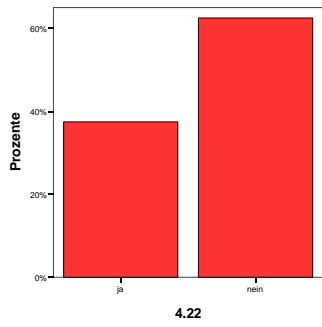
Balken zeigen Prozent



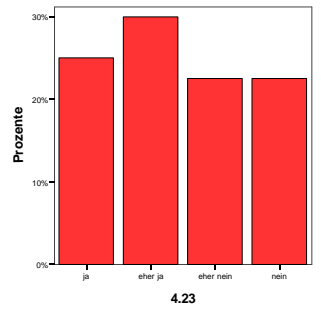
Balken zeigen Prozent



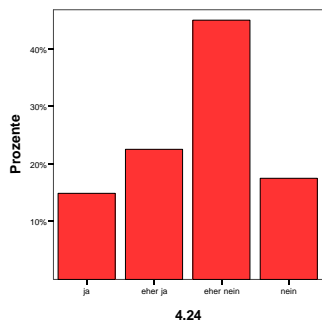
Balken zeigen Prozent



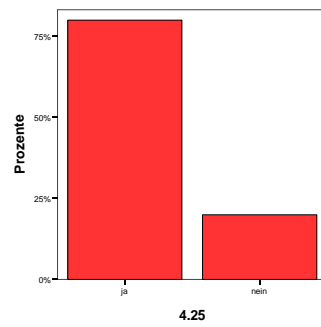
Balken zeigen Prozent



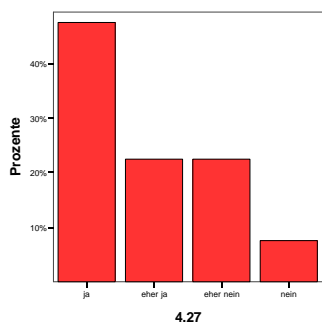
Balken zeigen Prozent



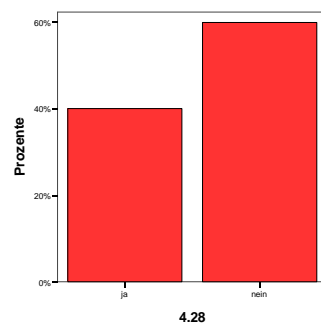
Balken zeigen Prozent



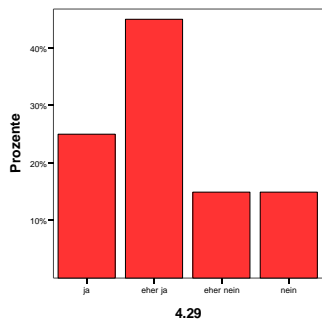
Balken zeigen Prozent



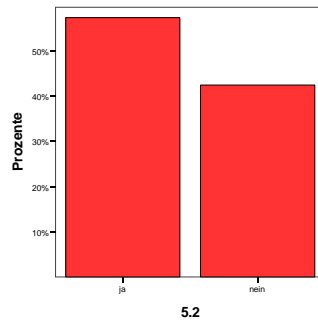
Balken zeigen Prozent



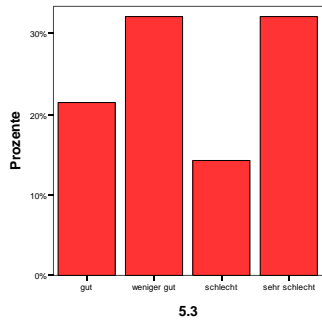
Balken zeigen Prozent



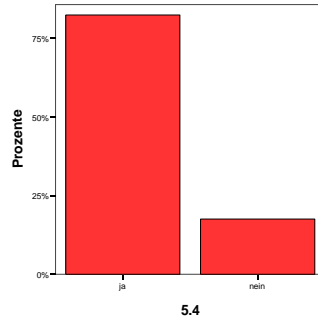
Balken zeigen Prozent



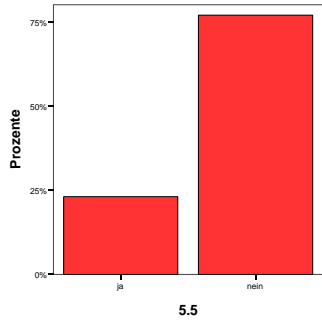
Balken zeigen Prozent



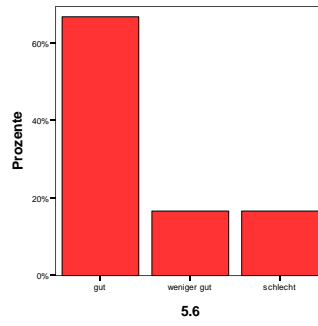
Balken zeigen Prozent



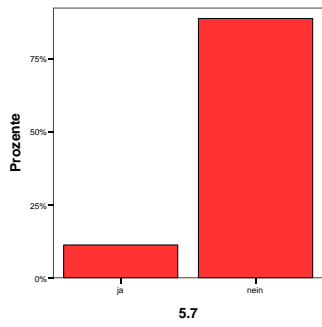
Balken zeigen Prozent



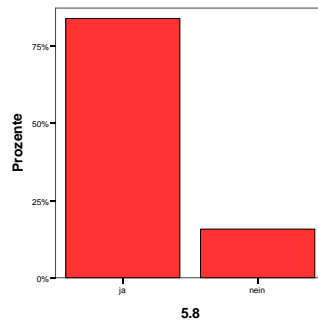
Balken zeigen Prozent



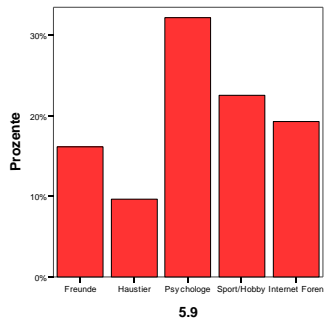
Balken zeigen Prozent



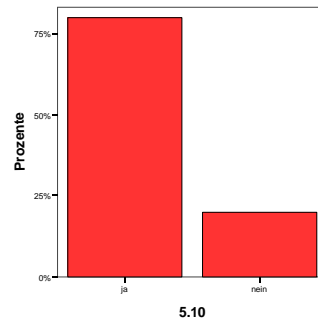
Balken zeigen Prozent



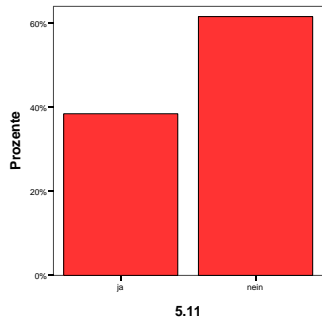
Balken zeigen Prozent



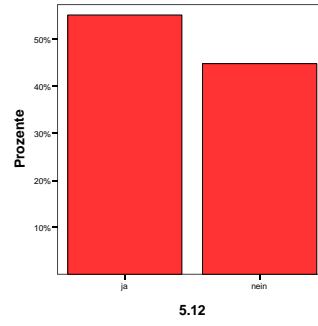
Balken zeigen Prozent



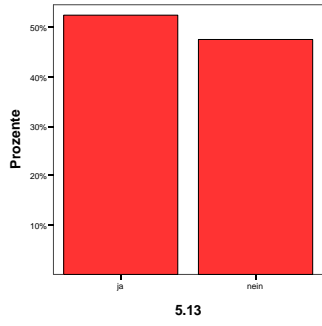
Balken zeigen Prozent



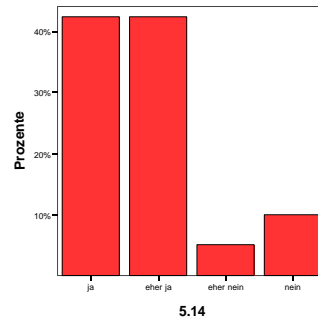
Balken zeigen Prozent



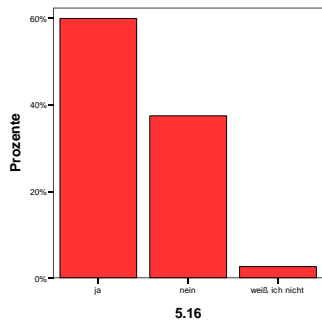
Balken zeigen Prozent



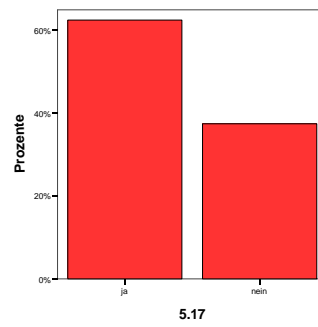
Balken zeigen Prozent



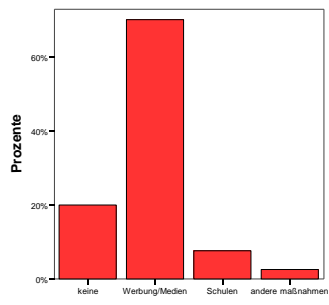
Balken zeigen Prozent



Balken zeigen Prozent



Balken zeigen Prozent



Balken zeigen Prozent

5.18

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Marion Schättle**, geboren am 12.03.1980 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Tulln, am 2. Mai.2008

Unterschrift