

Astrid Kathrein

# Überwindung der Essstörung als Weg ins Gleichgewicht

Ein Modell zu persönlichen  
Entwicklungsprozessen aus  
Anorexie und Bulimie

---

# Überwindung der Essstörung als Weg ins Gleichgewicht

---

Astrid Kathrein

# Überwindung der Essstörung als Weg ins Gleichgewicht

Ein Modell zu persönlichen  
Entwicklungsprozessen aus Anorexie  
und Bulimie

 Springer

Astrid Kathrein  
Klagenfurt am Wörthersee, Österreich

Leicht abgeänderte Version der Dissertation, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/2018, eingereicht u. d. T.: „Ins Gleichgewicht gehen – ein Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung“

ISBN 978-3-658-25970-9                      ISBN 978-3-658-25971-6 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-25971-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

## Mein Blick zurück: Ge-Dank-en

Es liegt nun schon einige Zeit zurück, dass die Idee für dieses Forschungsprojekt in mir reifte. Bereits im Juli 2013 verfasste ich für den Abschluss des Psychotherapeutischen Propädeutikums an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt eine Arbeit über Essstörungen. Die Grundlage für mein Interesse, mich tiefer damit zu befassen, bilden vergangene Ereignisse und Begegnungen mit (ehemaligen) Betroffenen im persönlichen Umfeld. Die oft hartnäckigen Verläufe warfen bei mir die Frage nach den Bedingungen für die Langwierigkeit auf, zumal ich auch Personen kennenlernte, die von einer vergangenen Essstörungserfahrung erzählten, sich aktuell jedoch nicht mehr davon beeinträchtigt fühlten. Was half diesen Personen bei der Überwindung der Essstörung bzw. woran fehlte es den anderen, für die ein Leben mit der Erkrankung zum Alltag geworden war? Meine damalige Literaturrecherche zum Thema hinterließ bei mir den Eindruck einer eingeschränkt hoffnungsvollen Perspektive. Die Beschreibung der Störungsdynamik steht im Vordergrund, Wege aus der Essstörung zu finden, erfährt wesentlich weniger Erwähnung. Daher wollte ich mein Augenmerk in der Dissertation auf hilfreiche Einflüsse richten und zwar insbesondere auf jene des alltäglichen Lebens, wenngleich eine Therapie wichtige Impulse geben kann. Mein Anliegen war und ist, nicht nur das Wissen über heilsame (therapeutische) Aspekte aufzuzeigen, sondern vor allem den Lebensmöglichkeitenraum der Betroffenen zu vergrößern.

Während der Forschungsarbeit legte ich einige Etappen zurück – manche verliefen steil bergauf, andere ließen mich den Durch- und Weitblick bewahren, mitunter die Notwendigkeit eines Richtungswechsels erkennen. Somit entstand nicht nur ein Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung, sondern ich reflektierte begleitend auch meine eigene Entwicklung in dieser Zeit. Unter anderem bemerkte ich, dass ich bei der Transkription und Auswertung der Gespräche immer wieder über die eingebrachten Anmerkungen meinerseits lachen konnte. Entgegen meiner sonst selbstkritischen Haltung erfuhr ich, wie die Gesprächspersonen, eine wachsende Nähe zu mir selbst.

Anpassung und Selbst-Entfaltung als wesentliche Aspekte meiner Arbeit waren und sind auch Themen meiner eigenen Geschichte. So wurde mir während des Forschungsprozesses, vor allem beim Schreiben des Textes, bewusst, welche Herausforderung es für mich war, mich von der Idee eines perfekten oder zumindest Begeisterung auslösenden Werkes zu befreien. Ob das Werk gelungen ist, möchte ich an dieser Stelle offenlassen. Sehr wohl gelungen ist mir, es als *meinen* schöpferischen und wissenschaftlichen Akt zu erleben, der in der vorliegenden Form gut genug ist. Nach den Erkenntnissen im Rahmen meiner Forschungsarbeit weist eine solche Veränderung auf mein eigenes persönliches Wachstum hin. Ich konnte im Laufe der Zeit von einer Wertung Abstand nehmen und damit nicht den richtigen oder guten, sondern *meinen* Weg finden – und dieser ist gut *für mich*.

Dass der Weg der Dissertation für mich gangbar wurde, ohne dabei aus dem Gleichgewicht zu geraten, habe ich einigen Personen zu verdanken, die ich hier nennen möchte. Mein besonderer Dank gilt den Gesprächspersonen, die sozusagen das Herzstück meiner Arbeit sind, indem sie diese überhaupt erst ermöglichten. Vor allem waren sie nicht

nur in der persönlichen Begegnung für mich erlebbar, sondern über die Zeit hinweg präsent. Schon ihre Offenheit und ihr Vertrauen im Gespräch berührten mich, denn immerhin war ich eine fremde Person, mit der sie ihre Geschichte teilten. Der Text wurde für mich durch das Einbeziehen der Zitate lebendig, zudem konnte ich zwischen den Zeilen sowohl ihren Schmerz als auch ihre Freude spüren. Ich fühlte mich von den Erzählungen getragen, besonders in schwierigen Zeiten motiviert und durch manche Wortmeldung aufgeheitert – in jeder Hinsicht reich beschenkt.

Finanziellen und damit zeitlichen Freiraum ermöglichte mir die Fakultät für Kulturwissenschaften der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, die mir ein Dissertationsstipendium gewährte. Selbiges gilt für die Literar-Mechana, die der Forschungsarbeit durch das Doktoratsfertigstellungsstipendium zu einem leichteren Abschluss verhalf. Diesen Beitrag wusste und weiß ich sehr zu schätzen.

Meiner Betreuerin Univ.-Prof. Mag. Dr. Judith Glück danke ich, neben ihrer Begleitung im Rahmen der Dissertation, für ihre Unterstützung bei der Beantragung der Förderungen. Besonders bestärkend war das von mir so wahrgenommene Zutrauen ihrerseits, mein Forschungsvorhaben umzusetzen. Wie die Gesprächspersonen ein solches Zutrauen für ihren Weg als bedeutsam erlebten, konnte ich dadurch manche Hürde beim Verfassen der Dissertation leichter überwinden.

Monika, die mich in einer späteren Schreibphase begleitete, bin ich für ihren Blick auf Punkt und Beistrich dankbar. Vor allem ihre motivierenden Worte weiteten meine (Zuver-)Sicht.

Von meiner Familie sowie meinen Freunden und Freundinnen, die abgesehen vom Weg der Dissertation zum Teil schon vorher eine weite Strecke mit mir gegangen sind, erfuhr und erfahre ich täglich Rückhalt. Ich nenne die Personen hier nicht einzeln, denn ich spreche meine Wertschätzung, so glaube ich, ebenso in unseren persönlichen Begegnungen aus. Der Wert der geteilten Zeit geht weit über Worte hinaus, sodass auch jene lieben Menschen, die diese Zeilen nicht lesen, wissen und spüren, wie reich sie mich mit ihrem Dasein beschenken.

Von ganzem Herzen danke ich Willi, mit dem ich gemeinsam durchs Leben gehen darf. Er erleichterte mir den Blick aufs Wesentliche, nicht nur im Rahmen dieser Arbeit, sondern überhaupt im Leben. Durch seine Nähe gelang es mir, meinen eigenen Weg, der mich letztlich auch zu ihm geführt hat, nicht aus den Augen zu verlieren. Ich blicke mit Freude auf unseren gemeinsamen, noch unbekanntem und zu bahnenden Weg, der vor uns liegt – und zunächst am Schreibtisch, an dem ich unzählige Stunden mit der Dissertation verbrachte, vorbeiführt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>VON DER IDEE ZUM FORSCHUNGSPROJEKT .....</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Essstörungen – Anorexie und Bulimie .....</b>	<b>11</b>
2.1	Konzepte von Gesundheit und Krankheit.....	11
2.2	Symptomatik und assoziierte Probleme der Essstörungen.....	18
2.2.1	Symptomatik.....	18
2.2.2	Auswirkungen auf Betroffene und ihr Umfeld .....	21
2.2.3	Psychische Begleiterkrankungen und Differenzialdiagnostik .....	27
2.3	Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen .....	32
2.3.1	Hinweise aus der Epidemiologie .....	34
2.3.2	Unsichere Identität .....	36
2.3.3	Familiäre Kommunikations- und Beziehungsdynamik .....	46
2.3.4	Gesellschaftliche Erwartungen und Ideale .....	49
2.4	Überwindung der Essstörung als Möglichkeit, Wirklichkeit oder Ideal .....	52
2.4.1	Therapeutische Möglichkeiten .....	53
2.4.2	Realisierung im sozialen Kontext.....	64
2.4.3	Überwindung als Wirklichkeit: Merkmale .....	68
<b>3</b>	<b>Persönliche Entwicklung .....</b>	<b>75</b>
3.1	Begriffsdifferenzierung Identität – Ich – Selbst – Person.....	75
3.2	Theorien zur Selbst- bzw. Identitätsentwicklung .....	86
3.2.1	Frühe Jahre .....	87
3.2.2	Jugend.....	90
3.2.3	Begriffe der Selbstentfaltung .....	94
3.3	Posttraumatisches Wachstum .....	102
3.3.1	Entwicklungsbereiche und -prozesse .....	102
3.3.2	Beeinflussende und förderliche Aspekte .....	106
3.3.3	Verwandte Konzepte .....	112
3.4	Zusammenfassung grundlegender Entwicklungsaspekte .....	123
<b>4</b>	<b>Methodische Vorgehensweise .....</b>	<b>129</b>
4.1	Grounded Theory.....	129

4.2	Narration als Datenquelle.....	132
4.2.1	Auswahl der Gesprächspersonen.....	133
4.2.2	Durchführung der Gespräche.....	136
4.3	Schritte der Modellbildung.....	138
4.4	Reflexion der Vorgehensweise.....	140
<b>II</b>	<b>WEGE INS GLEICHGEWICHT –</b>	
	<b>Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung ...</b>	<b>147</b>
<b>5</b>	<b>Modellüberblick.....</b>	<b>149</b>
<b>6</b>	<b>Begriff der Essstörung und Kriterien für Überwindung.....</b>	<b>153</b>
6.1	Formulierungen der Gesprächspersonen.....	153
6.2	Forschungsperspektive und Schreibweisen.....	161
<b>7</b>	<b>Wegetappen.....</b>	<b>167</b>
7.1	Anfang(en) und Abrutschen in die Essstörung – Aus dem Gleichgewicht kommen.....	167
7.1.1	Überforderung und Verunsicherung.....	168
7.1.2	Maßstäbe des Umfeldes und Anpassungsformen.....	181
7.1.3	Essstörung als Ausweg.....	196
7.2	Wende – Aus dem Gleichgewicht und Wegorientierung.....	217
7.2.1	Leidensdruck und Lebensentscheidung.....	218
7.2.2	Selbst-Zuwenden.....	232
7.2.3	Umfeld als Brücke ins Leben.....	239
7.2.4	Therapie als Orientierungshilfe.....	253
7.2.5	Wirkungszusammenhänge der hilfreichen Aspekte.....	264
7.3	Wege aus der Essstörung gehen – Das eigene Gleichgewicht finden.....	277
7.3.1	Abnehmende Symptomatik.....	280
7.3.2	Selbst-Beziehung: Annäherung, Achtung und Stabilität.....	284
7.3.3	Umfeldbeziehungen: Öffnung, Verbindung und Vertiefung.....	298
7.3.4	Lebensbeziehung: Lebensgefühl, Momenterleben und Wertschätzung.....	305
7.3.5	Gleichgewicht in den Selbst-Umfeld-Lebensbeziehungen.....	309
<b>8</b>	<b>Wegverläufe.....</b>	<b>321</b>
8.1	Verlaufsdynamiken.....	321

---

8.1.1	Vielheit an Einflüssen und Wirkrichtungen .....	322
8.1.2	Prozesscharakter und Aktivitätsausmaß .....	327
8.1.3	Wendepunkte und Wendeprozesse .....	334
8.2	Entwicklungen in den Selbst-Umfeld-Lebensbeziehungen .....	337
8.2.1	Auffassungen und Formen von Selbst-Entwicklung.....	339
8.2.2	Das eigene Maß finden und leben.....	343
8.2.3	In sich selbst stabil werden .....	348
8.2.4	Zur Sprache kommen und sichtbar werden .....	355
8.2.5	Wende und Verlust.....	360
<b>III</b>	<b>RÜCK- UND AUSBLICK .....</b>	<b>363</b>
<b>9</b>	<b>Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse .....</b>	<b>365</b>
<b>10</b>	<b>Wegbegleitung in Alltag und Therapie – Gemeinsam Gleichgewicht finden.....</b>	<b>391</b>
10.1	Betroffene Person: Den eigenen Weg suchen .....	391
10.2	Umfeld: Die Betroffenen ihren Weg finden lassen .....	392
10.3	Therapie: Die Betroffenen auf ihrem Weg begleiten .....	394
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>399</b>
	<b>Transkriptionsregeln .....</b>	<b>429</b>
	<b>Hinweise zur Zitation .....</b>	<b>431</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BED	<i>Binge Eating Disorder</i> ( <i>Binge Eating</i> -Störung, Essstörung mit Essanfällen)
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMI	<i>Body Mass Index</i> (Körpermasseindex)
BPS	<i>Borderline</i> -Persönlichkeitsstörung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
EDDS	<i>Eating Disorder Diagnostic Scale</i> (Fragebogen zur Diagnostik von Essstörungen)
EDE	<i>Eating Disorder Examination</i> (strukturiertes Interview zur Diagnostik von Essstörungen)
GT	<i>Grounded Theory</i> (datenbasierte, empirisch fundierte Theorie)
HRQoL	<i>health-related quality of life</i> (gesundheitsbezogene Lebensqualität)
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
KIP	Katathym Imaginative Psychotherapie
KK	Komparative Kasuistik
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> (Großbritannien)
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTG	<i>posttraumatic growth</i> (posttraumatisches Wachstum)
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i> (bzw. SKID als deutsche Version: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM)
SDT	<i>Self-Determination Theory</i> (Selbstbestimmungstheorie)
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i> (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
TDM	<i>Therapeutic Drug Monitoring</i> (Messung der Medikamentenkonzentration im Blut)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Zusammenhänge im Rahmen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen (eigene Darstellung) .....	33
<b>Abbildung 2</b>	Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung (eigene Darstellung).....	151
<b>Abbildung 3</b>	Erste Wegetappe <i>Anfang(en) und Abrutschen in die Essstörung – Aus dem Gleichgewicht kommen</i> (eigene Darstellung).....	168
<b>Abbildung 4</b>	Zweite Wegetappe <i>Wende – Aus dem Gleichgewicht und Wegorientierung</i> .....	217
<b>Abbildung 5</b>	Wirkungszusammenhänge der hilfreichen Aspekte als körperliche und symbolische Nahrung (eigene Darstellung) .....	265
<b>Abbildung 6</b>	Dritte Wegetappe <i>Wege aus der Essstörung gehen – Das eigene Gleichgewicht finden</i> (eigene Darstellung).....	279

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b>	Auswahl von Merkmalen der 23 Gesprächspersonen (eigene Darstellung).....	136
<b>Tabelle 2</b>	Entwicklungen in den Selbst-Umfeld-Lebensbeziehungen im zeitlichen Verlauf (eigene Darstellung) .....	338

## Zusammenfassung

Anorexie (Magersucht) und Bulimie (Ess-Brech-Sucht) sind Erkrankungen, die Betroffene, wesentlich häufiger Frauen als Männer, in ihrem Alltag stark einschränken. Die Mortalitätsrate ist im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen sowie zu gleichaltrigen und gleichgeschlechtlichen Personen deutlich erhöht, die Langzeitprognose wird oft als ungünstig beschrieben. Aus diesem Grund steht in dieser Arbeit die Frage im Mittelpunkt, ob und wie die Überwindung der Essstörung dennoch gelingen kann. Da Betroffene häufig zur Anpassung an äußere Erwartungen und zur Leistungsorientierung tendieren, liegt ein besonderes Augenmerk auf Kennzeichen der Selbstentfaltung, womit das Wahrnehmen und Leben der eigenen Potentiale und Wünsche bezeichnet wird. Weitere Aspekte sind das persönliche Wachstum durch die Essstörungserfahrung – mit Veränderungen in der Beziehung zu sich selbst, in den Beziehungen zu anderen, in der Beziehung zum Leben – sowie hilfreiche Einflüsse im Alltag und in der Therapie. Die Auswertung der Narrationen von 23 erwachsenen Frauen, die die Anorexie und/oder Bulimie überwunden haben, richtete sich an der *Grounded Theory* aus. Es entstand das Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung, in dem das Gleichgewicht als Kernkategorie gilt.

Nicht die Abwesenheit von Schwierigkeiten mit Essen, Gewicht und Herausforderungen im Leben, sondern der flexiblere Umgang damit ist ein zentrales Merkmal des Gleichgewichts, das im Rahmen der Überwindung gefunden wird. Dementsprechend besteht Überwindung in einem Transformationsprozess der Person und nicht in einer Rückkehr zu einem früheren, symptomfreien Zustand, wenngleich in der Forschung und in der klinischen Praxis häufig eine Orientierung an (der Abwesenheit von) Symptomen erfolgt. In der Selbst-Beziehung zeigen sich die Annäherung im Sinne einer Freundschaft mit sich selbst und die Stabilität gegenüber belastenden Einflüssen als wesentliche Veränderungen. Die Umsetzung eigener Wünsche und Vorstellungen sowie das Wohlbefinden sind gegenüber dem Erfüllen von Erwartungen wichtiger geworden. Das Entfernen von Maßstäben des näheren Umfeldes und der Gesellschaft, insbesondere von Leistungs- und Körperidealen, und damit das Leben des eigenen Maßes gestalten sich mitunter schwierig. Bewertungen nach diesen Idealen anstelle der Akzeptanz der eigenen Person von Seiten der anderen stellen neben Entwicklungs Herausforderungen, belastenden Lebensereignissen und Umfeldbeziehungen einen relevanten Beitrag zur Erkrankung dar. In den Beziehungen zu anderen Menschen können die Personen mehr Tiefe erleben, unter anderem, indem sie sich mit ihrer Essstörungserfahrung, entgegen dem früheren Schweigen, anvertrauen. Die intensivere Lebensbeziehung äußert sich in der Wertschätzung ihres (Über-)Lebens und im freudvolleren Erleben. Hilfreiche Aspekte für den persönlichen Entwicklungsweg ins eigene Gleichgewicht übernehmen die Funktion der Essstörung für diese Person – Stabilisierung, Schutz und/oder nonverbale Sprache – und sind insbesondere: Fürsorge sich selbst gegenüber; Nähe und Wertschätzung, auch Distanzierung in Beziehungen; therapeutische Begleitung der Betroffenen mit Unterstützung ihres Umfeldes.

## Abstract

Eating disorders such as anorexia nervosa and bulimia nervosa affect women rather than men and come with great restrictions in daily life. The mortality rate of those affected is higher compared to non-afflicted persons of the same age and sex and is generally one of the highest among people with mental disorders. This illness is often chronic and the therapeutic outcome is still poor.

Therefore, the main question of this thesis is whether it is possible to overcome an eating disorder and, if so, how. The concept of self-realization will be discussed in this thesis, as will its characteristics, being aware of and deploying one's abilities and wishes, as those affected by the illness often try to fulfill other people's expectations and aim for perfection. Other topics explored are personal growth through experiencing an eating disorder – including changes in the relationship to oneself, in the relationships to others, in the relationship to life – as well as positive influences on the recovery process in everyday life and therapy. To investigate these topics, the narratives of 23 adult women who have overcome an eating disorder were analyzed based on Grounded Theory. This analysis resulted in a model of personal developmental pathways out of eating disorder (Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung) with balance (Gleichgewicht) as the core category.

Coping, rather than the absence of difficulties with eating, weight and other concerns, is an essential characteristic of balance and thus of overcoming an eating disorder. Hence, overcoming is a transformation in the person, not the return to an earlier and asymptomatic state, although the absence of symptoms is the central criterion for recovery in research and clinical practice. In the relationship to oneself, transformation includes self-approximation, meaning being a friend to oneself, and stability when it comes to stressful influences. In the context of overcoming an eating disorder, well-being and following one's wishes and visions become more important than fulfilling others' expectations. Yet, it can be difficult to distance oneself from ideals prevalent in one's environment and society, especially concerning perfectionism and body image, and therefore to define and live according to one's standard. Being judged by these ideals, instead of being accepted as an individual, contributes to the onset and advance of the disease to a great extent, as do developmental challenges, stressful life events and environmental influences. Transformation also includes greater trust in others, especially in regard to talking about the eating disorder, and building deep relationships. Moreover, the women more strongly appreciate life and their surviving the illness, and they experience their existence as being more enjoyable. Aspects that help to find the personal developmental pathway into balance replace the eating disorder's function for the concerned individual – stabilization, protection, and/or nonverbal language. Some aspects which are considered as particularly helpful are caring for oneself; closeness and appreciation in relationships to others (or distancing oneself when necessary); as well as therapeutic support for the concerned person and for their family and friends.

## I VON DER IDEE ZUM FORSCHUNGSPROJEKT



## 1 Einleitung

„Magersüchtige Mädchen können sich nicht als einheitliche oder selbstbestimmte Individuen erfahren, als Menschen, die das Recht haben, nach ihren eigenen Vorstellungen zu leben“ (Bruch, 1989, S. 75). Mit diesen Worten beschreibt Hilde Bruch, eine aus Deutschland in die USA emigrierte Psychiaterin und Psychoanalytikerin, das Problem der Anpassung von Menschen mit Anorexie (auch als Anorexia nervosa oder Mager-sucht bezeichnet) an die Wünsche und Anforderungen ihrer Umgebung. Bruch leistete in der Erforschung der Psychodynamik von Essstörungen besonders in den 1970er-Jahren Pionierarbeit und spricht mit dem Buchtitel *Das verhungerte Selbst* diese Anpassung an (Bruch, 1990). Meist gelten die Betroffenen in ihrer Kindheit als artig, wie es von den Erwachsenen zwar oft gutgeheißen wird, aber laut Bruch ein Warnsignal ist, da „das Kind, ‚das niemals Ärger macht‘, bereits Probleme hat, [...] [und] das übergewissenhafte, übereifrige und gefügte Verhalten ein Warnzeichen für etwas Fehlge-lauenes ist“ (Bruch, 1989, S. 76).

Neben Bruch thematisieren zahlreiche weitere Autoren und Autorinnen die Kluft zwischen dem Selbst und dem tatsächlich gelebten Leben bei Menschen mit Essstörungen, indem sie diese Erkrankung als Identitätsstörung sehen (u. a. Baer, 2007; Franke, 2011; Rettenwander, 2005, 2007; Stein & Corte, 2007). Hierfür spricht auch die meist im Jugendalter liegende Erstmanifestation (u. a. Fichter, 2010; Gerlinghoff & Backmund, 2004; Herpertz et al., 2006; Zipfel & Groß, 2005). In dieser Lebensphase steht laut Erikson (1973) das Definieren der eigenen Identität im Vordergrund der persönlichen Entwicklung, weswegen es bei mangelnder Bewältigung dieser Aufgabe zur Rollendiffusion im Sinne einer Unsicherheit bezüglich eigener Wünsche, Vorstellungen und Werte kommen kann.

Aufgrund dieser häufig zu beobachtenden „übergewissenhaften“ (Bruch, 1989, S. 76) Erfüllung äußerer Anforderungen jenseits eigener Wünsche und der ausgeprägten Leistungsorientierung (Gazzillo et al., 2013; Halmi et al., 2000) ist die Selbstentfaltung im Hinblick auf die Überwindung von Essstörungen von besonderem Interesse. Denn, so Bruch: „Echte Vorsorge erfordert, daß ihre angenehme Überperfektion bereits frühzeitig als ein Zeichen inneren Elends erkannt wird“ (Bruch, 1989, S. 76). Dies gilt nicht nur für das Krankheitsbild der Anorexie, sondern auch für die als Bulimia nervosa bzw. Bulimie bezeichnete Ess-Brech-Sucht (Bulik & Kendler, 2000; Ettl, 2013; Köpp, Kiesewetter & Deter, 2007; Stein & Corte, 2007). Aus diesem Grund werden beide Formen in diese Arbeit einbezogen.

### *Selbstentfaltung*

Der Begriff Selbstentfaltung bezeichnet an dieser Stelle das Finden und Leben des eigenen Selbst, also der eigenen Potentiale, Wünsche und Sehnsüchte, wie es von einigen Autoren und Autorinnen innerhalb der Psychologie bzw. Psychotherapie als wesentlich für die Gesundung erachtet wird. So setzt sich der Begründer des Personenzentrierten Ansatzes bzw. der Gesprächspsychotherapie Carl R. Rogers (1984, 1985, 2009) ausführlich mit dem Prozess und der Förderung der persönlichen Entwicklung

auseinander, ebenso wie Heinz Kohut (1981) in der von ihm bezeichneten Selbstpsychologie die Heilung des Selbst betont. Dafür bedarf es zunächst der „Suche nach dem Selbst“ (Winnicott, 1973, S. 66) und zwar, so der Psychoanalytiker Winnicott, nach dem „wahren Selbst“ im Unterschied zum „falschen Selbst“ (Winnicott, 2006, S. 182). Auch innerhalb der (Existenz-)Philosophie hat die Frage nach dem Selbstsein eine große Bedeutung. So schreibt Nietzsche etwa: „Der Mensch, welcher nicht zur Masse gehören will, braucht nur aufzuhören, gegen sich bequem zu sein; er folge seinem Gewissen, welches ihm zuruft: ‚sei du selbst! Das bist du alles nicht, was du jetzt tust, meinst, begehrt‘ “ (Nietzsche, 1954, S. 287f.). Ein Aufruf, den eigenen Potentialen Ausdruck zu verleihen, lässt sich ebenso den Worten Kierkegaards entnehmen: „Das Große ist nicht, daß einer dies oder jenes ist, sondern daß er es selbst ist; und das kann jeder Mensch sein, wenn er will“ (Kierkegaard, 2007, S. 457).

An dieser Stelle wird der Begriff Selbstentfaltung bzw. Selbst-Entfaltung gegenüber anderen Bezeichnungen, beispielsweise jener der Selbstverwirklichung, bevorzugt (s. Kapitel 6.2 zur Erläuterung der Schreibweise mit und ohne Bindestrich im Modell der eigenen Forschungsarbeit). Dadurch kommt besonders gut zum Ausdruck, dass der Mensch bereits Potentiale in sich trägt, die er nur oder vor allem unter förderlichen Umgebungsbedingungen leben kann. Auf die Voraussetzung von passenden Entwicklungsbedingungen für die jeweilige Person wird häufig bei der Thematisierung der Selbstentfremdung hingewiesen. Hierbei entfernt sich die Person von sich selbst und damit von der Selbstverwirklichung bzw. Selbstentfaltung. Die Selbstentfremdung wird sowohl im Zusammenhang mit verschiedenen Merkmalen des familiären Umfeldes (Winnicott, 2006) als auch mit gesellschaftlichen Verhältnissen, wie dem Kapitalismus und prekären Arbeitsbedingungen (Fromm, 2009; Neckel & Wagner, 2013), gesehen. Letztere sind laut Thunman vom „Konflikt zwischen einer standardisierten oder bedingten und einer freien oder unbedingten Selbstverwirklichung“ (Thunman, 2013, S. 75) gekennzeichnet, da gewisse, wenn auch subtile Forderungen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zwar Entfaltungsfreiräume suggerieren können, tatsächlich jedoch oft dem (ausschließlichen) Nutzen der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen dienen. Die Bedeutung der Arbeit an der eigenen Identität in der Therapie von Menschen mit Essstörungen, jenseits einer bloßen Symptombeseitigung, zeigt sich unter anderem bei Möhler (2014), wobei Tan, Hope und Stewart (2003) in diesem Zusammenhang das Erfordernis eines einfühlsamen und schrittweisen Vorgehens betonen. Bulik und Kendler (2000) weisen in dieser Hinsicht auf die Heilkraft der unspezifischen Wirkfaktoren, wie Empathie, Authentizität und wertfreie Haltung, hin. Wie auch Baer (2007) schreibt, ist zunächst der Frage: „Wer bin ich?“, also der Suche nach dem Selbst und dem Erkennen der eigenen Potentiale nachzugehen, bevor diese entfaltet werden können. Dadurch, so Bulik und Kendler sowie Tan et al., kann das wahre Selbst langsam wachsen und die Essstörung allmählich aufgegeben werden. Für diesen Prozess soll in der Therapie ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, da die Essstörung einen großen Raum einnimmt und bestimmte Funktionen erfüllt, wie die Aufrechterhaltung von Selbstkontrolle und Sicherheit. Wird dies von den Therapeuten und Therapeutinnen nicht beachtet, stellt sich bei den Betroffenen häufig ein bedrohliches Gefühl der Leere ein. Ein solches hat wiederum ein umso stärkeres Festhalten an der Essstörung zur Folge (Bulik & Kendler, 2000; Tan et al., 2003). Hinzu kommt bei Mädchen bzw. Frauen, so Schigl,

dass in der Therapie das Finden der weiblichen Identität von großer Bedeutung ist und sich Psychotherapeutinnen daher auch mit ihrer eigenen (un-)gelebten Weiblichkeit auseinandersetzen sollen. Die Autorin hebt dabei den Anti-Diät-Ansatz von Susie Orbach (1986) hervor, den sie in der Arbeit mit betroffenen Mädchen und Frauen als sehr hilfreich erachtet (Schigl, 2013).

In den letzten Jahren haben darüber hinaus sowohl in der Therapie von psychischen als auch von physischen Erkrankungen die Salutogenese (Antonovsky, 1997) und die Ressourcenorientierung (u. a. Flückiger, 2009; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Schär, Flückiger & Grosse Holtforth, 2012; Schiepek & Matschi, 2013) an Bedeutung gewonnen. Die genannten Ansätze sind eng mit der Vorstellung von Selbstentfaltung, wie sie in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird, verbunden, denn einerseits ist diese bedeutsam für das Aufrechterhalten oder Wiedererlangen von Gesundheit, und andererseits besteht ihr Kern im Leben eigener Potentiale bzw. Ressourcen. Somit kann die Selbstentfaltung als zentraler Aspekt der Salutogenese betrachtet werden (Meller, 2008), bei der sich die Person, über das Wahrnehmen und Aktivieren der persönlichen Ressourcen hinaus, in all ihren Lebensbezügen und ihrem Wesen entsprechend ausdrücken kann.

### *Posttraumatisches bzw. persönliches Wachstum*

Im Zusammenhang mit Selbstentfaltung ist auch die Forschung zum posttraumatischen Wachstum (*posttraumatic growth*, PTG) und zu verwandten Konstrukten, beispielsweise Weisheit (u. a. Glück, Bluck, Baron & McAdams, 2005; Weststrate & Glück, 2017) sowie verschiedenen ressourcenorientierten Konzepten wie Resilienz (u. a. Werner, 1993, 2005), relevant. Beim PTG findet durch die Auseinandersetzung mit den belastenden Erfahrungen und deren Bewältigung keine Rückkehr zum prätraumatischen Entwicklungsstand, sondern eine Transformation der Person statt (Zoellner & Maercker, 2006). Die Merkmale von PTG werden je nach Autoren bzw. Autorinnen zum Teil unterschiedlich eingeteilt, woraus in der Dissertation drei Bereiche entstanden sind: Es werden Veränderungen der Beziehung zu sich selbst, der Beziehungen zu anderen und der Beziehung zum Leben im Zusammenhang mit belastenden Einflüssen beschrieben. Posttraumatisches Wachstum und stressbezogenes Wachstum (*stress-related growth, growth through adversity*) sind in der Literatur Begriffe mit zum Teil gleicher oder sehr ähnlicher Bedeutung. Während Park (2004) eine klare Abgrenzung vornimmt, verwenden Tedeschi und Calhoun (2004) Trauma, Krise und stressvolles Ereignis als synonyme Begriffe. In dieser Arbeit wird jedoch im Hinblick auf Essstörungen allgemein von persönlicher Entwicklung oder Selbst-Entwicklung gesprochen und nur bei Bezug auf bestimmte Studien die Formulierung der jeweiligen Autoren bzw. Autorinnen übernommen. Dies ist damit zu begründen, dass die Bezeichnung posttraumatisch ein vorangegangenes Trauma impliziert, worunter gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; DIMDI, 2018, F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung) „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß [verstanden wird], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Ein solches Trauma kann zwar im Vorfeld einer Erkrankung, so auch

bei Essstörungen (Frick-Baer, 2007; Mangweth-Matzek et al., 2010; Plassmann, 2010), aufgetreten sein, die Essstörung selbst stellt jedoch nicht ein Trauma in diesem engeren Sinne dar. Da die Forschung zum PTG die persönliche Entwicklung durch verschiedenartige Belastungen, also nicht nur durch Traumata, einbezieht, bildet sie dennoch eine wichtige Basis für die vorliegende Arbeit. Zudem verwenden auch andere Autoren und Autorinnen (u. a. Aldwin & Levenson, 2004; Park, 2004) den allgemeineren Begriff des stressbezogenen Wachstums. Über das PTG hinaus sind weitere Konzepte der Entwicklungspsychologie, wie Entwicklungsaufgaben (Havighurst, 1972; Oerter, 1998, S. 120ff.; Reinders, 2002) und kritische Lebensereignisse (Filipp & Ferring, 2002; Montada, 1998, S. 68ff.), von Interesse, um einen umfassenderen Blick auf die persönliche Entwicklung im Rahmen der Überwindung einer Essstörung zu ermöglichen.

### *Forschungsanliegen: Selbstentfaltung, persönliches Wachstum und Überwindung der Essstörung*

Forschung zur Überwindung von Essstörungen, wie zu den beschriebenen Aspekten der Selbstentfaltung und des persönlichen Wachstums, ist von großer Relevanz, da diese schwerwiegenden Erkrankungen einen lebensbedrohlichen, chronischen Verlauf nehmen können (u. a. Fichter, 2010; Herzog, Friederich, Wild, Löwe & Zipfel, 2006). Für Mädchen bzw. Frauen zwischen 15 und 35 Jahren liegen die Punkt- und die 12-Monats-Prävalenz jeweils bei ca. 0.4 %, für Bulimie bei 1–1.5 %. Männer sind im Vergleich zu Frauen mit einem Verhältnis von ungefähr 1:10 wesentlich seltener von Essstörungen betroffen (APA, 2015; Fichter, 2010). Die Mortalitätsrate ist eine der höchsten unter allen psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Anorexie und später Erstmanifestation (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011; Fichter, 2010; Hoek, 2016; Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Laut Hoek (2016) beträgt die standardisierte Mortalitätsrate für Anorexie 5.35 und für Bulimie 1.49. Das Sterberisiko ist somit gegenüber Personen der gleichen Altersgruppe und des gleichen Geschlechts vor allem bei Anorexie deutlich erhöht. Als häufigste Todesursachen gelten erkrankungsspezifische Komplikationen und Suizid (APA, 2015). Außerdem wird die Prognose, wenngleich die Zahlen in den Studien variieren, insgesamt als ungünstig beschrieben: Nach Giel et al. (2013) erfahren ca. 40 % der Patientinnen mit Anorexie innerhalb des ersten Jahres nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Rückfall. Zeeck et al. (2010) sprechen bei Anorexie mit Bezug auf eine Analyse von Steinhausen (2002) von einer Heilung bei 50 %, einer teilweisen Verbesserung bei 30 % und einem chronischen Verlauf bei 20 % der Betroffenen. Noch mehr als bei Anorexie unterscheiden sich die Zahlen, die in verschiedenen Studien angegeben werden, bei Bulimie. Eine Verringerung der Symptomatik tritt durch eine Therapie zwar bei 50–70 % der Personen mit Bulimie ein, allerdings kommt es häufig zu Rückfällen (Jacobi et al., 2010).

Die hohe Anzahl von Rückfällen, auch nach längeren Therapieaufenthalten, weist auf eine begrenzte Wirksamkeit therapeutischer Ansätze hin (Giel et al., 2013; Hay, 2013; Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2017). Es ist anzunehmen, dass es für eine dauerhafte Überwindung der Erkrankung umfassender innerpsychischer Veränderungen bedarf, die über therapeutische Interventionen hinausreichen. Die Erforschung dieser Veränderungen erfordert einen qualitativen Zugang, der bisher im Vergleich zu quantitativen

Studien wesentlich seltener gewählt wurde. Insbesondere über Prozesse außerhalb des therapeutischen *Settings* liegen noch weniger Ergebnisse vor (u. a. Lamoureux & Botorff, 2005; Weaver, Wuest & Ciliska, 2005).

Aus diesem Grund wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit 24 narrative Interviews (Schütze, 1983) mit Frauen, die eine Anorexie und/oder Bulimie überwunden haben, geführt und in Anlehnung an die *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1996) ausgewertet. Dabei steht das Erleben der Personen im Vordergrund, indem die von den Frauen erfahrenen innerpsychischen Veränderungen sowie Einflüsse, die dazu beigetragen haben, beschrieben werden. Folgende Hauptfragestellungen, erweitert durch untergeordnete Detailfragen, bildeten den Ausgangspunkt des Dissertationsprojekts:

- Welche Wege aus der Essstörung beschreiben die ehemaligen Betroffenen?
  - Welche innerpsychischen Veränderungen erlebten sie subjektiv?
  - Inwieweit lassen sich die erlebten innerpsychischen Veränderungen Aspekten der Selbstentfaltung (Wahrnehmen und Realisieren der eigenen Potentiale, Wünsche und Vorstellungen) und/oder des persönlichen Wachstums (Veränderungen der Beziehung zu sich, der Beziehungen zu anderen und der Beziehung zum Leben) zuordnen?
- Wodurch wurden diese innerpsychischen Veränderungen angeregt?
  - Welche gemeinsamen und individuellen Einflüsse auf die Bewältigung der Essstörung, innerhalb und vor allem außerhalb therapeutischer Kontexte, lassen sich beschreiben?

Ziel des Projekts war nicht, lediglich einzelne hilfreiche Aspekte für die Überwindung der Essstörung aufzugreifen, wie dies in anderen Untersuchungen der Fall ist (z. B. Esherrick, 2003; Rettenwander, 2005, 2007). Stattdessen sollten diese Aspekte in einem Gesamtkontext, nämlich der individuellen Lebensgeschichte, betrachtet werden, um anschließend biografieübergreifende Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu beschreiben. Damit wurde ein tieferes Verständnis für das Zusammenwirken von heilsamen Einflüssen auf die Überwindung der Essstörung angestrebt, um so zur Verbesserung der jeweiligen Heilungschancen beizutragen.

Über die individuelle Ebene hinaus richtet sich der Blick in dieser Arbeit zudem auf gesellschaftliche Bedingungen und zwar nicht nur auf das verbreitete Schönheitsideal, das häufig im Zusammenhang mit Essstörungen diskutiert wird. Vor allem der im Alltag präasente Einfluss der Leistungsanforderungen und des Wettbewerbes ist hier aufgrund der bereits genannten Leistungsorientierung und Anpassung der Betroffenen an Normen zu erwähnen. Auf Basis der Erforschung von individuellen und gesellschaftlichen heilungsfördernden Bedingungen gilt es zu diskutieren, ob bzw. wie diese Aspekte in die Lebensgestaltung und in die Therapie einfließen könnten.

### *Aufbau der Arbeit*

Nach dieser Einleitung zum Thema der Forschungsarbeit folgen in Kapitel 2 Ausführungen zu verschiedenen Theorien, aus denen sich die Fragestellungen entwickelt haben und die umgekehrt für die Ergebnisse der eigenen Untersuchung relevant sind. Dazu

wird zunächst ein Einblick in das allgemeine Verständnis von Krankheit und Gesundheit gegeben, da sich im Laufe des Forschungsprojekts die Komplexität dieses Phänomens zeigte. Wann gilt eine Person als krank bzw. gesund? Welche Vorstellungen bestehen hierzu? Anschließend wird diese Sichtweise konkret im Hinblick auf die Essstörungen Anorexie und Bulimie beschrieben. Neben diagnostischen Merkmalen werden Auswirkungen der Essstörung, sowohl unmittelbar auf die Betroffenen als auch auf das Umfeld, thematisiert. Nicht nur körperliche Folgen, sondern auch Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen sind hier zu nennen. Außerdem geht die Essstörung häufig mit anderen psychischen Erkrankungen bzw. Verhaltenstendenzen, beispielsweise mit Substanzmissbrauch oder zwanghaftem Verhalten, einher. Daher werden Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen diesen assoziierten Problemen und der Essstörung ausgeführt.

Die Frage nach den Beiträgen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung ist im zweiten Kapitel ein weiterer wichtiger Aspekt. Hier dienen epidemiologische Studien insbesondere im Hinblick auf soziokulturelle Einflüsse als Basis. Den Schwerpunkt bilden die Erläuterungen zur unsicheren Identität der Betroffenen sowie zur familiären Kommunikations- und Beziehungsdynamik, um abschließend den Stellenwert von gesellschaftlichen Idealen für die Entstehung von Essstörungen zu beleuchten. Diese sind aufgrund der Anpassung und Leistungsorientierung, die bei Menschen mit Essstörungen häufig zu beobachten sind, von Bedeutung und reichen über das Schönheitsideal hinaus. Die Vermittlung über soziale Medien, aber auch durch das nahe Umfeld, in Form von direkter Aufforderung oder Modelllernen trägt zur Internalisierung dieser Maßstäbe mit entsprechenden Auswirkungen auf das subjektive Verhalten und Empfinden bei.

Nach der Beschreibung von Symptomatik und Dynamik stellen verschiedene therapeutische Ansätze und deren Zielsetzungen einen weiteren Unterpunkt zum Thema Essstörungen dar. Hilfreiche Beiträge im Rahmen der Therapie sowie im Alltag sind hier von Interesse. Zum Abschluss des zweiten Kapitels wird der Frage nachgegangen, inwiefern die Überwindung in der Literatur überhaupt als Möglichkeit erachtet wird bzw. welche Kriterien dafür gelten. Somit schließt sich der Kreis zu den Ausführungen am Beginn im Hinblick auf das allgemeine Gesundheits- und Krankheitsverständnis.

In Kapitel 3 erfolgen eingangs eine Definition des Selbst-Begriffs, der insbesondere für die thematische Vertiefung der Selbstentfaltung von großer Relevanz ist, und die Abgrenzung von den einander ähnlichen Begriffen Identität, Ich, Person und Persönlichkeit. Ebenso beinhaltet dieses Kapitel die Beschreibung von Aspekten, die mit dem Selbst in Zusammenhang stehen, wie das Selbstkonzept oder das Selbstbild. Im Anschluss stehen Theorien zur Erläuterung der Entwicklung in den frühen Lebensjahren und im Jugendalter im Vordergrund. Die Jugendzeit ist aufgrund des häufigen Beginns der Essstörung in dieser Phase von besonderem Interesse. Hier werden unter anderem das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erikson, das Identitätsmodell von Marcia und die Entwicklungsaufgaben nach Havighurst einbezogen. Berücksichtigung finden außerdem psychoanalytische Theorien zur Entwicklung des Selbst. Die Selbstentfaltung wird als ein zentraler Aspekt dieser Arbeit in einem weiteren Abschnitt des dritten Kapitels hervorgehoben. Dieser beinhaltet vor allem humanistische, motivationspsychologische und analytische Ansätze, die mit verschiedenen Begriffen,

wie Selbstverwirklichung oder Individuation, auf die Idee der Selbstentfaltung Bezug nehmen. Entsprechend der Fragestellungen dieser Arbeit schließen Ausführungen zum persönlichen Wachstum als relevante Entwicklungstheorie sowie zu folgenden verwandten Konzepten an: Ressourcenorientierung, Optimismus, *Hardiness*, Kohärenzgefühl, Resilienz und Weisheit. Angesichts der zahlreichen Ansätze und Forschungsarbeiten zur persönlichen Entwicklung bildet eine Zusammenfassung wichtiger Aspekte das Ende des dritten Kapitels.

Nach der theoretischen Vertiefung zentraler Themenbereiche wird in Kapitel 4 die methodische Vorgehensweise im Rahmen des vorliegenden Projekts erläutert. Neben der Begründung der Entscheidung für das narrative Interview und der Auswertung in Anlehnung an die *Grounded Theory* stehen vor allem die konkreten Ausführungsschritte im Mittelpunkt: von der Auswahl der Gesprächspersonen über die Durchführung der Gespräche bis zum Vorgehen bei der Auswertung. Vor- und Nachteile der angewandten Methodik werden reflektiert, ebenso die Rückmeldungen der Personen nach dem Gespräch und die Veränderung des (methodischen) Blicks im Laufe des Forschungsprozesses.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Auswertung in Form eines Modells zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung dargestellt. Zunächst erfolgen ein Überblick über das Modell in Kapitel 5 sowie Ausführungen zu den Formulierungen der Gesprächspersonen, die sich auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen sowie die Essstörung im Konkreten beziehen, in Kapitel 6. Ebenso wird die Sichtweise auf die Essstörung als Forscherin, insbesondere auf die Definition von Überwindung, dargelegt und die Schreibweise in der Ergebnisdarstellung, vor allem die zusammengesetzte bzw. getrennte Form im Fall des Selbst-Begriffs, erklärt.

Wie der Titel des Buches und die Überschriften verdeutlichen, ist das Gleichgewicht die Kernkategorie dieses Modells. Das Verständnis von Gleichgewicht im konkreten Fall der Essstörung, insbesondere deren Überwindung, wird in Kapitel 7 erläutert. Dieses Hauptkapitel beinhaltet die Beschreibung der einzelnen Etappen: den Weg in die Essstörung, die Wende und den Weg aus der Essstörung. In der ersten Etappe werden erkrankungsbeitragende Aspekte und das Erleben der Essstörung von Seiten der Gesprächspersonen thematisiert. Zunächst stellt sich die Essstörung noch als Ausweg dar, häufig jedoch spitzt sich die Situation allmählich zu: Der Leidensdruck steigt und trägt mit verschiedenen hilfreichen Einflüssen zur Wende bei. Diese unterstützenden Beiträge auf dem Weg aus der Essstörung werden vertieft, einzeln sowie in Form der Wirkungszusammenhänge. Dabei liegt der Fokus auf außertherapeutischen Aspekten, da diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse sind, jedoch wird auch in einem gewissen Ausmaß die Therapie einbezogen. Somit stehen hier die Art und Wirkung der hilfreichen Aspekte im Vordergrund. Das darauffolgende Unterkapitel hingegen thematisiert die Merkmale der Überwindung, nämlich im Hinblick auf die sichtbare Symptomatik sowie – entsprechend den Bereichen des posttraumatischen bzw. persönlichen Wachstums – jeweils auf Ebene der Selbst-Beziehung, der Umfeldbeziehungen und der Lebensbeziehung. Die Beeinflussung der Beziehungsebenen durch Veränderungen auf den jeweils anderen Ebenen, z. B. das Erleben von mehr Of-

fenheit in den Beziehungen zu anderen (Umfeldbeziehungen) durch vermehrte Wahrnehmung und Äußerung eigener Bedürfnisse (Selbst-Beziehung), wird unter dem Aspekt des Gleichgewichts in den Selbst-Umfeld-Lebensbeziehungen beschrieben.

Nach der Darstellung des Modells mit den einzelnen Etappen der persönlichen Entwicklungswege aus der Essstörung steht in Kapitel 8 der Längsverlauf dieser Wege im Mittelpunkt. Aufgrund ihrer Präsenz in den Erzählungen der Gesprächspersonen werden zunächst allgemeine Kennzeichen der Verläufe vertieft. Beispielsweise sind der Prozesscharakter sowie besonders das unterschiedliche Ausmaß an Kontrolle und Aktivität auf den einzelnen Etappen deutlich erkennbar. Danach folgen Auffassungen der Gesprächspersonen in Bezug auf die Selbst-Entwicklung. Sie nennen hierzu verschiedene Formen, die sich in unterschiedlichem Ausmaß als Selbst-Entfaltung definieren lassen. Diese werden anschließend anhand konkreter Entwicklungen, die sich im Laufe der Überwindung in den Selbst-Umfeld-Lebensbeziehungen als bedeutsam erwiesen haben, erläutert.

Der dritte und letzte Teil dieser Arbeit beginnt mit Kapitel 9, das die Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsergebnisse und deren Diskussion vor dem Hintergrund relevanter Theorien des ersten Teiles beinhaltet. Insbesondere Überlegungen zum Verständnis der Überwindung einer Essstörung sollen eine Anregung für zukünftige Forschungsarbeiten sein. Auf Basis der Ergebnisse und deren Interpretation werden in Kapitel 10 Anregungen für Betroffene, für Menschen im Umfeld sowie für Therapeuten bzw. Therapeutinnen gegeben, die vor allem den Weg aus der Essstörung für alle Beteiligten erleichtern sollen.

Ergänzend sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Kapitel einer Gliederungslogik folgen, insbesondere im Hinblick auf das Modell zu persönlichen Entwicklungswegen aus der Essstörung. So steht die Reihenfolge der Unterkapitel des siebten Kapitels für die Aufeinanderfolge der Wegetappen im Rahmen der Erkrankung und Überwindung. Diese Logik gilt nicht für die in Fettdruck markierten Zwischenüberschriften im Text, die nur die Orientierung und Lesbarkeit erleichtern sollen und dementsprechend nicht im Inhaltsverzeichnis aufscheinen.



## 2 Essstörungen – Anorexie und Bulimie

Am Beginn dieses Kapitels wird zunächst auf die Frage nach der Definition von Gesundheit und Krankheit eingegangen. Dieses allgemeine Verständnis hat auch Einfluss auf die Diagnostik und Therapie der Essstörung als eine konkrete Erkrankung. Aus der Vielzahl an Modellen werden die wichtigsten Aspekte aufgegriffen, wobei hier insbesondere Auffassungen von Gesundheit bzw. Krankheit als Prozess und als mehrdimensionales Phänomen sowie förderliche und einschränkende Aspekte von Bedeutung sind. Anschließend werden die Essstörungsformen *Anorexia nervosa* (Anorexie) und *Bulimia nervosa* (Bulimie) näher beschrieben. Hier stehen unter anderem diagnostische Merkmale und mit den Essstörungen einhergehende Probleme im Vordergrund. Zu diesen Problemen gehören körperliche Folgen sowie Einschränkungen in den Beziehungen zum Umfeld. Außerdem werden häufig zu beobachtende Begleiterkrankungen, deren Zusammenhang mit Essstörungen und diagnostische Unterschiede angeführt.

Nach einem Einblick in die Symptomatik folgt eine Darstellung ausgewählter Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexie und Bulimie, wofür Erkenntnisse aus kognitiv-behavioristischen, psychodynamischen und systemischen Modellen einbezogen werden. Schwierigkeiten im Hinblick auf die eigene Identitätsdefinition, Merkmale familiärer Beziehungen und der Stellenwert gesellschaftlich vermittelter Ideale stehen hier im Mittelpunkt. Außerdem liefern epidemiologische Daten Hinweise, insbesondere zu kulturellen und geografischen Einflussfaktoren.

Inhalt des letzten Unterkapitels ist die Überwindung von Essstörungen als zentraler Aspekt dieser Arbeit. Zunächst wird ein Überblick über therapeutische Zugänge gegeben, wobei, neben verschiedenen anderen Therapieformen mit *Setting* und Zielsetzungen, systemische Aspekte und Angebote sowie insbesondere die therapeutische Beziehung als hilfreiche Beiträge im Vordergrund stehen. Außerdem sind die Indikation und Handhabung der Zwangsbehandlung ein Thema. Entsprechend dem Beziehungsschwerpunkt in den Ausführungen zur Therapie folgt die Beschreibung von möglichen Formen der sozialen Unterstützung für Betroffene im Alltag. In diesem Kapitel ist außerdem die Frage nach der Möglichkeit, eine Essstörung zu überwinden, von Interesse. Dafür wird abschließend anhand verschiedener Forschungsbeiträge, in denen entsprechende Kriterien formuliert sind, ein Resümee gezogen, ob die Überwindung einer Essstörung nach Ansicht der Forschenden als Ideal gilt oder Wirklichkeit werden kann.

### 2.1 Konzepte von Gesundheit und Krankheit

„Die Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Bundesgesetzblatt [BGBl] Nr. 96/1949, S. 7). Diese Definition von Gesundheit nach WHO (*World Health Organization*) ist einerseits die Beschreibung eines Zustandes und andererseits eines absoluten Maßes in Form der Vollkommenheit. In verschiedenen Modellen hingegen werden Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum und nicht als Gegensätze gedacht.

### *Gesundheit und Krankheit als Kontinuum*

In der systemtheoretischen Auffassung gilt Gesundheit als Gleichgewicht bzw. Homöostase (Franke, 2012, S. 45ff.), wobei die dynamische Interaktion zwischen Person und Umfeld die Prozesshaftigkeit, ebenso die Gleichzeitigkeit von Gesundheit und Krankheit ausmacht. So kann sich eine Person auf verschiedenen Ebenen mehr oder weniger gesund fühlen, etwa wenn sie körperlich beeinträchtigt ist, aber zugleich über intakte geistige Fähigkeiten verfügt. Der Umgang mit dieser Beeinträchtigung wiederum kann als ein Merkmal von Gesundheit gelten (Faltermaier, 2005, S. 35f.). Für das Gleichgewicht ist somit die Flexibilität der Person gegenüber Einflüssen von Bedeutung (Noske, 2017). In Bezug auf das Essverhalten heißt das, dass weder die Fixierung noch die Ablehnung, sondern ein auf die jeweilige Situation abgestimmter Umgang mit dem Essen, somit eine Bewegung zwischen diesen Polen, Gesundheit ausmacht. Auf diesem Kontinuum gibt es verschiedene Ernährungsformen, beispielsweise die vegane Ernährung, ohne dass diese als diagnostizierte Störungen gelten. Unklar ist die Einordnung der Orthorexia nervosa, bei der das rigide Verfolgen eines gesunden Essverhaltens zwar als Auffälligkeit gilt, jedoch nicht als Krankheit klassifiziert wird (Barthels & Pietrowsky, 2012).

Das Verständnis eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit ist ein zentrales Merkmal des Salutogenesekonzepts von Antonovsky (1997). Damit können alle Menschen ohne Trennung zwischen Gesunden und Kranken beschrieben werden. Dieses Konzept steht den pathogenetischen Sichtweisen des biomedizinischen, aber auch des biopsychosozialen Modells entgegen. Während Antonovsky jedoch ein Maximum an Gesundheit als positiven Pol, ein Maximum an Krankheit als negativen Pol sowie Gesundheit über einschränkende Kriterien beschreibt, schlägt Faltermaier (2005) ein Kontinuum zwischen minimaler und maximaler Gesundheit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene vor. Gesundheit und Krankheit sind dabei gleichzeitig präsent und stehen, abhängig von ihrer Position auf dem Kontinuum, in einem bestimmten Verhältnis. Anzumerken ist, dass Krankheit in Faltermaiers Modell auch positiv sein kann, wenn diese infolge einer destabilisierenden Einwirkung das Wiedererlangen von Gleichgewicht der Person und damit deren Annäherung an den Pol maximaler Gesundheit fördert (Faltermaier, 2005, S. 49ff., S. 152f.).

### *(Un-)Sichtbarkeit von Krankheit und Gesundheit*

Viel häufiger als Gesundheit wird Krankheit mit ihren Symptomen beschrieben – so spricht auch Gadamer von der „Verborgenheit der Gesundheit“ (Gadamer, 2010, S. 133). Die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit und damit auch deren Beschreibung sind nicht universell, sondern sozial und kulturell geprägt. Zudem verändert sich der Krankheitsbegriff im zeitlichen Verlauf. Dies zeigt sich an der regelmäßigen Überarbeitung und Erweiterung der Klassifikationssysteme ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), die von der WHO für alle Erkrankungen erstellt wird, und DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) der APA (*American Psychiatric Association*) für psychische und psychiatrische Er-

krankungen. Insbesondere im biomedizinischen Modell werden die Krankheitssymptome als Störung oder Abweichung von Kriterien, einer Norm, beschrieben und als messbar betrachtet. Unter den Normen sind statistische, ideale, soziale, funktionale von subjektiven Normen zu differenzieren. Das Erfüllen einer statistischen Norm bedeutet, in Bezug auf dieses Merkmal der Mehrheit anzugehören, während eine ideale Norm als, zumindest gesellschaftlich, erstrebenswert, aber unerreichbar gilt. Soziale Normen umfassen gesellschaftliche Erwartungen an eine Person, wie es auch bei funktionalen Normen, jedoch auf einen bestimmten Kontext bezogen, der Fall ist. Das Idealgewicht ist ein Beispiel für eine ideale Norm. Auch wenn dieses Idealgewicht, entgegen der zuvor erwähnten Unerreichbarkeit idealer Normen, real werden kann, ist zu hinterfragen, inwiefern dieses bei der konkreten Person mit Wohlbefinden als einem wichtigen Kennzeichen von Gesundheit einhergeht. Als Beispiel für eine soziale Norm sind geschlechtsspezifische Erwartungen zu nennen. Die Leistungsfähigkeit in Beruf und Familie gilt als eine funktionale Norm. Die genannten Normen beeinflussen die subjektive Norm, also den Maßstab, den die Person an sich selber anlegt (Faltermailer, 2005, S. 30ff.; Franke, 2001a, S. 13ff.).

Wenngleich das Fehlen von Krankheitssymptomen mitunter die Vorstellung von Gesundheit prägt, ist diese nicht als Abwesenheit von Störung, sondern durch die Präsenz oder Absenz bestimmter Merkmale auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu definieren. Diese Merkmale auf den einzelnen Ebenen sind in unterschiedlichem Ausmaß anhand von individuellen und sozialen Normen objektivierbar und machen Gesundheit einerseits als Zustand, andererseits als Prozess sichtbar. Die Zustandsbeschreibung erfolgt nach Faltermailer anhand der Aspekte: subjektives Wohlbefinden; Aktionspotential im Sinne von Handlungs- und Leistungsfähigkeit; fehlende oder kaum vorhandene Einschränkung auf den drei genannten Ebenen (körperlich, psychisch und sozial). Den Prozesscharakter erhält die Gesundheit einerseits im Sinne einer Schwankungsbreite über eine kurze Zeitspanne, andererseits längerfristig im Lebenslauf. Faltermailer weist hierbei auf die Begriffe von Becker et al. (2000) hin, die von der aktuellen Gesundheit im Sinne von kurzzeitigen Veränderungen und von der habituellen Gesundheit im Hinblick auf längere Zeiträume sprechen. Die Schwankungsbreite bzw. Prozesshaftigkeit besteht in Form einer Bewegung zwischen verschiedenen Ausprägungen der oben erwähnten körperlichen, psychischen und sozialen Merkmale. Eine solche flexible Bewegung anstatt eines gleichbleibenden absoluten Maßes wurde bereits an obiger Stelle als allgemeines Merkmal des Gleichgewichts genannt, das somit nach dieser Auffassung wiederum ein Kennzeichen von Gesundheit ist (Faltermailer, 2005, S. 149ff., S. 196).

Objektive Kriterien und Normen können jedenfalls nur einen Teil von Gesundheit bzw. Krankheit erfassen. Wie im eingangs angeführten Zitat der WHO mit dem Begriff Wohlbefinden deutlich wurde, ist Gesundheit ein Phänomen, das über intakte körperliche Abläufe und die Abwesenheit von Krankheit hinausgeht. Von Bedeutung ist die Lebensqualität, die zwar durch objektive Kriterien wie körperliche Unversehrtheit, Wohn- und Berufsbedingungen beeinflusst, aber nicht ausschließlich bestimmt wird. Auch wenn keine körperliche Krankheit besteht, kann beispielsweise Konkurrenz am Arbeitsplatz das Wohlbefinden einschränken. Das subjektive Erleben der eigenen Situation steht somit im Mittelpunkt. Die Auswirkung einer Erkrankung bzw. der Einfluss der Therapie

auf die körperliche und seelische Verfassung sowie auf die Teilhabe im Alltag und im Sozialleben wird im medizinisch-psychologischen Bereich häufig in Form der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst (Renneberg & Lippke, 2006).

### *Verkörperung von Erfahrungen: Körpergedächtnis und Embodiment*

Eine umfassende Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit wird auch mit dem Begriff des Körpergedächtnisses, der die Speicherung der Sinnesinformationen auf neuronaler Ebene meint, vorgeschlagen. Reize bewirken eine entsprechende Verschaltung von Nervenzellen mit synaptischen Verbindungen, wobei im entstehenden neuronalen Netzwerk die gesamte Reizinformation von allen beteiligten Sinnesebenen, auch von frühen Kindheitserfahrungen, enthalten ist. Dadurch werden beispielsweise nicht nur die Worte einer Person erinnert, sondern auch andere Situationscharakteristika und Empfindungen, wie Gerüche und Gefühle. So kann ein Ort, an dem eine Person einen tätlichen Übergriff erlebte, zu einem späteren Zeitpunkt erneut ein Gefühl von Angst auslösen. Ebenso ermöglichen Körpererfahrungen, beispielsweise ein bestimmter Bewegungsablauf oder eine Berührung an einer Körperstelle, die Erinnerung an eine erlebte Situation, an einen Geruch etc. Auf der Annahme dieser Zusammenhänge basieren körperpsychotherapeutische Ansätze, in denen der Körper neben dem verbalen als weiterer therapeutischer Zugang dient (Hüther, 2006, 2010; Künzler, 2010; Maurer, 2010; Sebald, 2016).

*Embodiment* als ein ähnlicher Begriff weist auf das Verständnis eines Ausdrucks von seelischen und kognitiven Prozessen sowie von sozialen Erfahrungen auf körperlicher Ebene hin – diese sind somit verkörpert. Wenngleich es hierzu verschiedene Positionen gibt, betonen Tschacher und Storch die Wechselwirkung zwischen diesen Bereichen und distanzieren sich von der Auffassung, dass sich Seele und Geist auf körperliche, neurobiologische Vorgänge reduzieren ließen (Tschacher & Storch, 2010).

Deutlich wird an der Beschreibung der Begriffe Körpergedächtnis und *Embodiment*, dass das Umfeld Spuren in der Person hinterlässt. Dies ist im Hinblick auf Beiträge des Umfeldes zur Essstörung und zu deren Überwindung von Relevanz. Neben dem näheren Umfeld sind hier soziale Bedingungen im Allgemeinen einzubeziehen. Besonders deutlich wird dieser Einfluss in den Buchtiteln *Verkörperung des Sozialen* (Gugutzer, 2012) und *Der Körper als soziales Gedächtnis* (Heinlein, Dimbath, Schindler & Wehling, 2016).

### *Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit: Risiko- und Schutzfaktoren*

Wie die Dimensionen von Gesundheit und Krankheit sind auch die Einflüsse vielfältig, deren Auswirkungen erst Jahre später sichtbar werden können. Schubert und Amberger weisen auf eine amerikanische Untersuchung zu traumatischen Erlebnissen in der Kindheit, die ACE-Studie (*adverse childhood experiences*), hin. Darin ist eine wesentlich höhere Auftretenswahrscheinlichkeit für Autoimmunerkrankungen durch solche Erfahrungen zu verzeichnen (Schubert & Amberger, 2016, S. 177). Schwierigkeiten und

Konflikte wirken jedoch nur bei unzureichender Bewältigung hemmend und tragen andernfalls zur Entwicklung einer Person bei (Noske, 2017).

Im Hinblick auf das Auftreten von Krankheiten werden verschiedene Risikofaktoren beschrieben, die jedoch nicht in einem kausalen, sondern in einem wahrscheinlichkeitserhöhenden Zusammenhang zu verstehen sind. Dieses Risiko wiederum bezieht sich auf eine definierte Population und nicht auf die einzelne Person. Für die Erklärung der Entstehung von Krankheiten existieren heute zahlreiche Modelle, in denen das Zusammenwirken von Faktoren auf verschiedenen Ebenen betrachtet wird: Äußere Stressreize, beispielsweise hohe berufliche Anforderungen, sowie Eigenschaften und Verhalten der Person gehen mit physiologischen Prozessen einher. Eine Krankheit kann sich manifestieren, jedoch durch protektive Faktoren verhindert bzw. die Wahrscheinlichkeit reduziert werden (Faltermaier, 2005, S. 53ff., S. 157).

Der Begriff Stress findet im Alltag häufig Verwendung, wobei in verschiedenen Stressmodellen neben objektiven Reizen, den Stressoren, besonders dem subjektiven Erleben Beachtung geschenkt wird. Als bekanntes Beispiel gilt das Transaktionale Stressmodell von Lazarus, in dem die subjektive Bewertung der Person einen wesentlichen Beitrag zur Belastung darstellt (Faltermaier, 2005, S. 77; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Lazarus, 2001). An dieser Stelle ist außerdem die Forschung zu subjektiven Theorien zu nennen, die in Bezug auf Krankheit bzw. Gesundheit als subjektive Krankheits- bzw. Gesundheitstheorien bezeichnet werden. Subjektive Sichtweisen der Person entstehen aus Informationen zum Thema, mitunter aus eigenen Erfahrungen, und beeinflussen das Handeln sowie das Erleben (Faltermaier, 1991, 2005, S. 226; Flick, 1991). Belastungsreaktionen auf physischer und psychischer Ebene werden häufig durch das Eintreten von Ereignissen ausgelöst. Doch auch deren Ausbleiben, nämlich wenn diese einen Wunsch oder ein Ziel darstellen, kann mit Stresserleben einhergehen. Manche persönliche Merkmale, wie Leistungsorientierung, wirken stressverstärkend, ebenso eine negative subjektive Bewertung des Ereignisses, mangelnde Bewältigungsstrategien und erschwerende soziale Bedingungen (Reimann & Pohl, 2006).

Neben Risikofaktoren werden in der Literatur auch Schutzfaktoren beschrieben, wobei diese nach Faltermaier von Gesundheitsressourcen zu unterscheiden sind (s. Kapitel 3.3.3). Während der Fokus bei Schutzfaktoren auf der Krankheitsvermeidung liegt, dienen Gesundheitsressourcen der Förderung von Gesundheit. Eine integrative Sicht, bei der Gesundheit und Krankheit als Kontinuum verstanden werden, legt jedoch nahe, diese Aspekte nicht voneinander zu trennen. Anders als Antonovsky, der den leichteren Umgang mit Belastungen durch die von ihm so bezeichneten allgemeinen Widerstandsressourcen beschreibt, sind für Faltermaier die Gesundheitsressourcen zwar auch in dieser Hinsicht wirksam. Er definiert diese jedoch zusätzlich als Beitrag zur Annäherung an eine maximale Gesundheit und nicht nur zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeit schwieriger Einflüsse. Hier zeigt sich außerdem die Differenzierung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung: Unter Prävention wird die Vermeidung einer Krankheit (primäre Prävention), deren Eindämmung bei bereits vorhandenen Symptomen (sekundäre Prävention) und das Bewahren vor weiteren Folgen (tertiäre Prävention) verstanden. Diese drei Formen sind jedoch nicht strikt voneinander

abzugrenzen. Gesundheitsförderung hingegen legt den Fokus nicht auf Krankheit, sondern auf Gesundheit, die verbessert bzw. erhalten werden soll (Faltermaier, 2005, S. 157, S. 294ff.).

### *Soziale Unterstützung als Beitrag zur Gesundheit*

Als Beitrag zur Gesundheit sind einerseits persönliche Ressourcen von Bedeutung, wozu beispielsweise Resilienz oder *Hardiness* im Sinne von Widerstandsfähigkeit zählen. Hierzu sei auf das Kapitel 3.3.3 verwiesen. Andererseits haben soziale Ressourcen im Sinne von Beziehungen einen großen Einfluss auf die Ausprägung von Gesundheit bzw. Krankheit. Diese Ressourcen sind bei Inanspruchnahme in konkreten Situationen, z. B. Beaufsichtigung des Kindes durch die Nachbarn während des Arztbesuches der Mutter, als soziale Unterstützung zu bezeichnen. Faltermaier unterscheidet mit Bezug zu House (1981) die emotionale, instrumentelle, informationelle und evaluative Unterstützung. Emotionale Unterstützung ist die einfühlsame Anteilnahme des Umfeldes, evaluative Unterstützung hingegen die Rückmeldung, wie die Person wahrgenommen wird. Durch konkrete Handlungen, etwa durch die gemeinsame Organisation eines Umzuges, kann das Umfeld instrumentell hilfreich sein. Die Weitergabe von Informationen, beispielsweise über die Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme, stellt eine informationelle Unterstützung dar. Wenngleich die genauen Wirkungszusammenhänge nur teilweise bekannt sind, zeigt sich die soziale Unterstützung, insbesondere in ihrem emotionalen Aspekt, als bedeutsame Ressource zur Bewältigung von Belastungen (Faltermaier, 2005, S. 103ff.). So wirken sich ein nährendes soziales Netzwerk, der Austausch und die Begegnung mit Gleichgesinnten zusätzlich positiv auf das psychosomatische Regenerationspotential aus, das bereits allein durch das Wegfallen von Belastungen in hohem Ausmaß gegeben ist (Schubert & Amberger, 2016, S. 112f.). Einerseits kann durch die soziale Einbindung das Stresserleben der Person reduziert, andererseits die Veränderung ihres Verhaltens angeregt werden. Allein die wahrgenommene Unterstützung ist hier wirksam, deren Ausprägung wiederum von frühen Beziehungserfahrungen beeinflusst wird (Kienle, Knöll & Renneberg, 2006, S. 110, S. 114; Klauer, 2009; Klauer & Schwarzer, 2001). Die positiven Effekte zeigen sich auch auf körperlicher Ebene. Als Beispiel dafür geben Schubert und Amberger die geringere Konzentration des Entzündungsmarkers Interleukin-6 im Blut bei regelmäßigen Kirchgängern und Kirchgängerinnen an. Hier kann neben der sozialen Einbindung auch der Halt durch den religiösen Glauben wesentlich am wohltuenden Effekt beteiligt sein (Schubert & Amberger, 2016, S. 130).

Das dyadische Bewältigen bzw. *Coping* wird insbesondere im Hinblick auf Partnerbeziehungen beschrieben. Kienle, Knöll und Renneberg nennen mit Bezug zu Bodenmann (2000) drei verschiedene Formen: 1) gemeinsames *Coping*, wobei Schwierigkeiten im Sinne eines solidarischen Bündnisses gemeinsam gelöst werden; 2) supportives *Coping* mit gegenseitiger Stärkung durch emotionale oder instrumentelle Unterstützung und 3) delegiertes dyadisches *Coping*, bei dem eine Entlastung von Aufgaben durch den Partner bzw. die Partnerin stattfindet. Jedoch kann erhaltene Unterstützung das Gefühl von Abhängigkeit hervorrufen und den erlebten Stress der Person sogar erhöhen

(Kienle et al., 2006, S. 112ff., S. 120). Mit dem Begriff *social undermining* wird außerdem darauf hingewiesen, dass Handlungen des Umfeldes hemmend auf die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person wirken können (Cranford, 2004; Kienle et al., 2006, S. 112; McCaskill & Lakey, 2000).

Soziale Unterstützung trägt nicht nur zur Gesundheit bei, sondern beeinflusst auch – zusammen mit Merkmalen der Person, unter anderem ihren Bewältigungsformen – den Verlauf einer Krankheit. Bei chronischen Krankheiten sprechen Corbin und Strauss (1993) von Krankheitsverlaufskurven. Hierzu weisen Schubert und Amberger auf die Untersuchung von Lutgendorf et al. (2012) zur Auswirkung bedeutungsvoller Beziehungen bei Frauen mit Ovarialkarzinom hin, mit dem Ergebnis einer höheren Überlebensrate: Nach knapp 7 Jahren lebten noch 59 % der Patientinnen mit subjektiv wichtigen Beziehungen, hingegen nur 38 % der Frauen ohne diesen Rückhalt. Diese verstarben im Durchschnitt nach 3.3 Jahren. Zu betonen ist, dass nur die soziale Unterstützung durch nahestehende Menschen diese Wirkung hatte, nicht jedoch allgemeine Unterstützung, zum Beispiel durch Informationsstellen (Lutgendorf et al., 2012; Schubert & Amberger, 2016, S. 163). Je nach Phase im Rahmen der Erkrankung verändert sich das Erleben der Situation für die Person selbst sowie für das nähere Umfeld. Dementsprechend besteht unterschiedlicher Unterstützungsbedarf (Corbin & Strauss, 1993, S. 29ff.).

Krankheit hat somit Auswirkungen auf die Betroffenen selbst sowie auf ihr Umfeld. Mit der Krankheit einhergehende Einschränkungen, etwa in der Berufsausübung oder bereits bei Alltagshandlungen, können das Selbstwertgefühl der Betroffenen senken. Der Verlust jener Lebensaspekte, die bisher Teil ihrer Identität waren, erfordert eine Neudefinition und eine andere Lebensgestaltung. Hinzu kommen die Reaktionen des Umfeldes, die bis zu Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung führen können. Ein solches *labeling* ist häufig bei psychischen Erkrankungen zu beobachten und wird im Rahmen des Etikettierungsansatzes (*Labeling Approach*) beschrieben. Diese einschränkenden Zuschreibungen werden für die Betroffenen zu einem „*Etikett für eine soziale Abweichung von der Normalität*“ (Faltermaier, 2005, S. 225, S. 236ff.; Dellwing, 2008; Goffman, 1986).

### Fazit

Abschließend ist festzuhalten, dass in aktuellen Modellen zu Gesundheit und Krankheit meist drei Dimensionen der Person, nämlich Körper, Seele und sozialer Kontext, einbezogen werden. Einflüsse auf einer Dimension wirken auch auf die anderen beiden Dimensionen in mehr oder weniger großem Ausmaß ein. Neben objektiven Kriterien ist Gesundheit bzw. Krankheit vor allem ein subjektives Erleben, auf das einerseits Persönlichkeitsmerkmale und andererseits die Umgebung Einfluss haben. Gesundheit und Krankheit können weder eindeutig voneinander abgegrenzt noch in Form zweier entgegengesetzter Pole beschrieben werden.

## 2.2 Symptomatik und assoziierte Probleme der Essstörungen

Nach den Ausführungen zum allgemeinen Verständnis von Gesundheit und Krankheit stehen in den folgenden Kapiteln konkret die Essstörungsformen Anorexie und Bulimie im Mittelpunkt. Zunächst wird auf die diagnostischen Kriterien, basierend auf den Klassifikationssystemen ICD (10. Revision) und DSM (5. Auflage), eingegangen, um damit einen Überblick über die Symptomatik zu geben. Aufgrund des Schweregrades dieser Erkrankungen sind Auswirkungen auf Betroffene in körperlicher Hinsicht, aber auch jene auf die Beziehungen zu Menschen im Umfeld und deren Befinden, ein weiteres Thema dieses Kapitels. Zudem werden häufig begleitende Erkrankungen oder entsprechende Tendenzen, die noch keinen Krankheitswert haben, beobachtet. Diese Zusammenhänge bilden den Abschluss des Kapitels zur Symptomatik der Essstörungen.

### 2.2.1 Symptomatik

Unter den Essstörungen werden nach dem Klassifikationsschema ICD-10 (DIMDI, 2018) mehrere Formen unterschieden: Anorexia nervosa (F50.0) und Bulimia nervosa (F50.2) mit jeweiligen atypischen Formen (F50.1, F50.3), Essattacken (F50.4) und Erbrechen (F50.5) bei anderen psychischen Störungen, sonstige Essstörungen (F50.8) und nicht näher bezeichnete Essstörungen (F50.9). Essstörungen zählen in der ICD-10 zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Kapitel V, F50–F59). Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Fokus auf Anorexia nervosa (Anorexie, Magersucht) und Bulimia nervosa (Bulimie, Ess-Brech-Sucht).

Die Erkrankung betrifft überwiegend Mädchen bzw. Frauen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, seltener vor der Pubertät oder nach dem 40. Lebensjahr (APA, 2015). Unter Männern ist die Essstörung wesentlich geringer verbreitet. Der etwas spätere Beginn der Essstörung bei Männern wird unter anderem mit der später einsetzenden Pubertät erklärt. Weitere Unterschiede sind die geringere Leistungsorientierung im Vergleich zu Frauen mit Anorexie, die höhere Körperzufriedenheit sowie das Streben nach einer muskulösen anstatt dünnen Körperfigur (Grabhorn, Köpp, Gitzinger, Wiersheim & Kaufhold, 2003; Mangweth-Matzek et al., 2010). Aufgrund der Eingrenzung auf Frauen mit Essstörungen in dieser Arbeit beziehen sich die Ausführungen auf deren Charakteristika.

#### *Dynamik des Essverhaltens*

Bei der Anorexie wird der restriktive Typ ohne *purging*-Verhalten (*non purging*) vom aktiven/bulimischen Typ bzw. *purging*-Typ unterschieden. Im Rahmen des *purging*-Verhaltens wird mittels „unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen“ (APA, 2015, S. 472), wie Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, das Gewicht reguliert, während die Restriktion die Einschränkung der Nahrungsaufnahme und/oder exzessive körperliche Bewegung umfasst. Gemäß DSM-5 handelt es sich um eine übermäßige körperliche Bewegung, wenn sie andere Aktivitäten behindert und in einem unpassenden situativen Kontext (Zeitpunkt und Umgebung) stattfindet. Für die Einteilung nach Schweregraden ist bei der Anorexie der nachfolgend erläuterte BMI (*Body*