



1. Runder Tisch zur Frauengesundheit

Eßstörungen

**Ein frauenspezifisches Symptom
als Spiegelbild
der gesellschaftlichen Lebensbedingungen
von Frauen**

Veranstaltung in Kiel am 19.09.2001

Dokumentation

1. Einführung	3
2. Kommunale Handlungsstrategien zu Frauen und Gesundheit. Vorstellung der Idee des Runden Tisches zur Frauengesundheit. <i>Annegret Bergmann</i>	5
3. Arbeit mit Eßgestörten in der Frauenberatungsstelle Frauentreff / Eß-o-Eß und Vorstellung der Kampagne des Bundesfachverbandes Eßstörungen (BFE) gegen den Schönheits- und Schlankeitswahn <i>Edda Westphalen</i>	7
4. Frau-Sein zwischen Autonomie und Anpassung <i>Dr. med. Ingrid Olbricht</i>	18
5. Eßsucht ist weiblich <i>Dr. Kathrin Beyer</i>	32

Einführung

"Eßstörungen – ein frauenspezifisches Symptom als Spiegelbild der gesellschaftlichen Lebensbedingungen von Frauen"

Unter diesem Thema fand am 19.9.2001 eine Fortbildungsveranstaltung der psychosozialen Frauenberatungsstelle Frauentreff / Eß-o-Eß, Kiel, und der Frauenbeauftragten der Landeshauptstadt Kiel im Magistratssaal im Alten Kieler Rathaus statt.

Die Einführung eines "Runden Tisches zur Frauengesundheit" soll dazu beitragen, weibliche Lebenszusammenhänge im Rahmen der Gesundheitsversorgung stärker ins Bewußtsein zu rücken.

Überwiegend orientieren sich Wissenschaft und Praxis im Gesundheitsbereich an der Lebenssituation männlicher Patienten. Die Lebensrealität von Frauen wird viel zu selten einbezogen. Frauen und Männer unterscheiden sich jedoch sehr hinsichtlich ihrer Wahrnehmung von gesundheitlichen Einschränkungen und in der Art der Krankheitsbewältigung. Frauen haben ein ausgeprägteres Vorsorgedenken, sind aufmerksamer in Bezug auf körperliche Befindlichkeiten und reagieren sensibler auf Störungen im Umfeld.

Trotz dieser erhöhten Wahrnehmung steht für Diagnosen bei Frauen weniger Zeit und Aufwand zur Verfügung, ihre Beschwerden werden zu oft als psychische Labilität oder psychosomatische Störungen diagnostiziert und mit Psychopharmaka therapiert. Daß die Ursachen vieler gesundheitlicher Beeinträchtigungen in engem Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Lebensbedingungen von Frauen stehen, wird viel zu wenig berücksichtigt.

Zu den Erkrankungen, die in einem sehr starken Maße durch sozio-kulturelle Faktoren der Gesellschaft mitbedingt werden, zählen Eßstörungen (Magersucht, Bulimie, Eßsucht). Sie haben in den letzten 30 Jahren epidemische Ausmaße angenommen.

Ursachen für Eßstörungen liegen in den widersprüchlichen, oft nicht miteinander zu vereinbarenden Erwartungen der Gesellschaft an die Frauen. Wie sehr die Sozialisation von Frauen, die objekthafte Funktion des Frauenkörpers, die konträren gesellschaftlichen Rollenbilder

von Frauen oder die Erfahrung von (sexueller) Grenzüberschreitung und Gewalt zur Entwicklung von Eßstörungen beitragen, wurde in dieser Veranstaltung in mehreren Beiträgen unter feministischer Perspektive thematisiert.

Diese Dokumentation soll dazu beitragen, den Aspekten weiblicher Lebensrealitäten im Rahmen der frauenspezifischen Gesundheitsversorgung mehr Bedeutung und Beachtung zu geben und damit die gesundheitliche und soziale Situation von Frauen zu verbessern.

Annegret Bergmann
Frauenbeauftragte der
Landeshauptstadt Kiel

Edda Westphalen
Frauenberatungsstelle
FRAUENTREFF / Eß-o-Eß

Kommunale Handlungsstrategien zu Frauen und Gesundheit

Annegret Bergmann

Frauenbeauftragte der Landeshauptstadt Kiel

Die Frauengesundheitsbewegung der 60er Jahre eröffnete die politische Diskussion darüber, daß die Gesellschaft unter anderem durch familien- und gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen das Leben und die Gesundheit von Frauen beeinflußt. Dabei ging es auch um die Erkenntnis, daß "Gesundheit" mehr erfordert als lediglich die Bereitstellung ausreichender medizinischer Versorgung.

Der europäische Aktionsplan für Frauen und Gesundheit der World Health Organisation (WHO) sagte dazu 1992: "Der Gesundheit von Frauen muß ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit und Dringlichkeit zugemessen werden." Zwei Jahre später initiierte das WHO-Regionalbüro Europa ein politisches Bekenntnis zu "Frauen-Gesundheitspolitik".

Beispielhafte Forderungen daraus sind:

- frauenfreundliche und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung
- geschlechterdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung
- Frauen-Gesundheitsforschung
- Frauen in führenden Positionen der Gesundheitspolitik

Vor diesem Hintergrund haben 1998 der Frauen- und Gleichstellungsausschuß und der Gesundheitsausschuß des Deutschen Städtetages eine Empfehlung an die Kommunen herausgegeben, auf kommunaler Ebene regelmäßige themenzentrierte Fachforen, sogenannte "Runde Tische", durchzuführen, um die Akteurinnen aus gesundheitlichen Entscheidungsebenen mit den Akteurinnen aus politisch verwaltenden Entscheidungsebenen miteinander an einen Tisch zu bringen. Erfahrungen aus der gesundheitlichen Praxis sollen durch diese Form der Vernetzung in fachliche Beratung der kommunalpolitischen Entscheidungsträgerinnen und -träger einmünden. Daraus sollen Maßnahmen

entstehen, die die Lebens- und Gesundheitsbedingungen von Frauen tatsächlich verbessern.

Gesundheit beeinflußt alle Bereiche unseres Lebens:

- unsere gesellschaftliche Einbindung und aktive Teilhabe an Arbeit und Einkommen
- unsere familiäre Situation
- ein frauengerechtes Gesundheitswesen

Frauen tragen andere gesundheitliche Risiken als Männer. Sie haben z. B. immer über Wissen und Mittel zur Geburtenregelung verfügt. Die Möglichkeit von sicheren illegalen Schwangerschaftsabbrüchen und die Art und Weise von Schwangerschaftsversorgung hatte und hat für sie grundsätzliche Bedeutung. Allerdings wurden sie in diesem Wissen und diesen Bedürfnissen meist nicht ernst genommen.

Frauen werden mehreren Rollen gerecht – sie sind Erwerbstätige, Partnerin, Mutter, Pflegende von Angehörigen.

Frauen sind immer noch vielfältigen Benachteiligungen ausgesetzt – sie sind häufiger Opfer von Gewalt, sie sind häufiger sozial benachteiligt, sie werden im Beruf immer noch schlechter bezahlt.

Frauengesundheit ist davon abhängig, wie eine Gesellschaft den Lebensraum von Frauen definiert.

In Kiel eröffnen wir heute den ersten "Runden Tisch zur Frauengesundheit". Unser Thema heute sind Eßstörungen.

Arbeit mit Eßgestörten in der Frauenberatungsstelle Frauentreff / Eß-o-Eß und Vorstellung der Kampagne des Bundesfachverbandes Eßstörungen (BFE) gegen den Schönheits- und Schlankheitswahn

Edda Westphalen

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kunsttherapeutin
- Frauenberatungsstelle FRAUENTREFF / Eß-o-Eß -

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe KollegInnen, liebe GästInnen!

Im Namen des Vorstands des Vereins "Frauentreff – Beratung, Treffpunkt und Information für Frauen e.V." und der Kolleginnen aus der psychosozialen Frauenberatungsstelle Frauentreff / Eß-o-Eß in Kiel begrüße ich Sie zur heutigen Veranstaltung:

"Eßstörungen – ein frauenspezifisches Symptom als Spiegelbild der gesellschaftlichen Lebensbedingungen von Frauen".

In unserer psychosozialen Frauenberatungsstelle bieten wir seit 1985, also seit nunmehr 16 Jahren ein breites Hilfsspektrum für Frauen mit aktuellen Problemen oder in schwierigen Lebenssituationen an.

Einen ganz wesentlichen Schwerpunkt der Arbeit im Frauentreff bildet die psychosoziale Beratung, die sehr stark in Anspruch genommen wird.

Wir unterstützen Frauen z.B. in Konflikt- und Trennungssituationen, bei Selbstwertproblemen, in Krisensituationen, bei psychischen Störungen (Ängste, Depressionen) oder bei der Verarbeitung von Gewalterfahrungen.

Weitere Bereiche unserer Beratungsstelle sind:

- die offene Treffpunktarbeit, die dem Isolationsabbau und der Kontaktaufnahme von Frauen im Stadtteil Mettenhof dient,
- die Schwangeren(konflikt)beratung,
- die Gruppenangebote sowie Seminar- und Bildungsangebote mit unterschiedlicher Thematik.

Das Projekt *Eß-o-Eß Beratung für Frauen und Mädchen mit Eßstörungen* wurde vor acht Jahren – 1993 – initiiert, weil die steigende Nachfrage nach Beratung und Unterstützung in diesem Bereich in der psychosozialen Beratung nicht mehr aufgefangen werden konnte. *Eß-o-Eß Beratung für Frauen und Mädchen mit Eßstörungen* wurde sehr schnell für viele zu einer zentralen Anlaufstelle, wenn sie selbst erkrankt waren oder in ihrem Umfeld mit der Problematik von Eßstörungen konfrontiert wurden.

Eßstörungen treten in unterschiedlichen Erscheinungsformen auf, als manifeste Erkrankung wie Magersucht (Anorexie), Bulimie (Eß-Brech-Sucht) und Eßsucht (Adipositas / Binge Eating) oder auch als latente Eßsucht. Die Ausprägung, Symptomatik und Psychodynamik der einzelnen Formen wird sicher in den folgenden Vorträgen ausgeführt werden, so daß ich nicht vorgreifen möchte.

Eßstörungen sind primär keine Ernährungsstörungen, sondern psychosomatische Erkrankungen, deren seelische Ursachen auf der Körperebene ausgetragen werden.

Allen Formen gemeinsam ist, daß die zur Erhaltung der Lebensfunktionen erforderliche Nahrungsaufnahme gestört ist – sei es,

- daß – bei der Magersucht – die Nahrungszufuhr auf das Äußerste reduziert wird,
- daß – bei der Bulimie – im Heißhungeranfall die Aufnahme von vielen 1000 Kalorien innerhalb kürzester Zeit erfolgt, die anschließend wieder erbrochen werden,
- daß – bei der Adipositas – die stetige Aufnahme von zuviel Nahrungsmitteln mit einer entsprechenden Gewichtszunahme einhergeht, die in krassen Fällen eine Teilnahme am sozialen Leben verhindert.

Bei allen Erscheinungsformen kommt es zu einer gestörten Körperwahrnehmung und Körperschemastörung. Die Betroffenen nehmen ihren Körper als "viel zu dick" wahr, unabhängig von der tatsächlichen Form. Körperliche Signale wie Hunger, Sattsein oder Schwächeanzeichen werden nicht wahrgenommen.

Bei Eßstörungen besteht vor allem eine hohe weibliche Betroffenheit. Zu über 95 Prozent sind es Frauen und Mädchen, die unter dieser Symptomatik leiden.

Im ersten Frauengesundheitsbericht für Deutschland, der im August 2001 veröffentlicht wurde, wird konstatiert, daß die Prävalenz von Eßstörungen seit den 70er Jahren stark zugenommen hat und daß insbesondere bei jungen Frauen und Mädchen eine dramatische Steigerung festzustellen ist.

Obwohl diese Fakten besorgniserregend sind, werden Eßstörungen in ihrer Dimension viel zu wenig beachtet und in den gesundheits- und sozialpolitischen Folgen noch immer stark unterschätzt (z.B. Folgeerkrankungen, stationäre Aufenthalte, Verschuldung).

Eßstörungen werden nicht wahrgenommen; das individuelle Leid findet im Stillen statt. Die Erkrankten sind nicht auffällig und stören nicht in der Öffentlichkeit (so wie z.B. Alkohol- oder Drogenabhängige). Damit scheint kein dringender gesellschaftlicher Handlungsbedarf zu bestehen.

Dies zeigt sich auch daran, daß trotz der inzwischen epidemischen Verbreitung bisher noch keine detaillierten Erhebungen über das Ausmaß und die Häufigkeit von Eßstörungen durchgeführt wurden. Bei den veröffentlichten Zahlen wird in der Regel auf Angaben aus dem stationären Bereich zurückgegriffen und entsprechend hochgerechnet. In Kliniken wird jedoch nur ein kleiner Teil der Betroffenen behandelt, die Vielzahl der ambulant Betreuten sind bisher nicht erfaßt worden.

Auf der Grundlage einer Berechnung der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch Sucht 1998, S. 85) ist für Schleswig-Holstein von einer Zahl von 110.000 – 285.000 manifest eßgestörten Frauen und Mädchen auszugehen. Umgerechnet auf die Zahl der Einwohnerinnen (14 – 60 Jahre) von Kiel wären hier zwischen 8.400 und 23.400 Frauen und Mädchen betroffen. Diese große Spannbreite weist ebenfalls auf die höchst unbefriedigende Datenlage hin.

Zu den manifest Eßgestörten sind noch die vielen Frauen und Mädchen mit einer latenten Eßstörung hinzuzurechnen, die ihr Gewicht und ihre Figur nur durch ständiges Disziplinieren halten, (z.B. Diäten, Fasten, Kalorienzählen, ständige Gewichtskontrolle, übermäßige sportliche Betätigung oder den Gebrauch von Appetitzüglern, Ab-

föhrmitteln oder Entwässerungstabletten) und dabei akut gefährdet sind, eine Eßstörung zu entwickeln.

Wie brisant das Problem ist, wird deutlich daran, daß heute fast jede zweite Frau ein mehr oder weniger gestörtes Eßverhalten hat, d.h. die Nahrungsaufnahme wird nicht nach den körperlichen Bedürfnissen wie Hunger und Sättigung ausgerichtet, sondern wird kognitiv kontrolliert. Die Nahrungsaufnahme wird vom Diktat der Waage, der Kalorienzahl, den "erlaubten" und "verbotenen" Lebensmitteln bestimmt.

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gilt aber "das Kalorienzählen zur Einhaltung willkürlicher Gewichtsgrenzen als die sicherste Einstiegsdroge in eine Eßstörung" (Psychologie heute, Mai 2001, S. 45).

Die Ursachen von Eßstörungen sind multifaktoriell, wobei psychologische, biologische und vor allem soziokulturelle Faktoren zusammenwirken.

Da eine hohe weibliche Erkrankungsrate besteht, es jedoch keine genetische weibliche Disposition für Eßstörungen gibt, müssen andere Faktoren wie die Sozialisation von Mädchen und die gesellschaftlichen Lebensbedingungen für Frauen an der Entstehung von Eßstörungen beteiligt sein.

Dieses drückt sich auch in dem Thema der heutigen Veranstaltung aus:

"Eßstörungen als Spiegelbild der Lebensbedingungen von Frauen in dieser Gesellschaft"

Die Betroffenen bewegen sich

- zwischen Überfluß und Mangel: Überfluß an (Konsum)Angeboten, Vielfalt der möglichen Lebensformen, andererseits Einschränkung und Reduzierung der Nahrungsaufnahme, emotionaler Mangel
- zwischen Leistung und Leistungsverweigerung: Erfüllung der an sie gestellten Anforderungen (nach außen); Widerstand in Form von Eßstörungen (nach innen)
- im Spannungsfeld von Rollen- und Glückserwartungen: Wenn ich mich rollenkonform verhalte, bekomme ich – scheinbar – die Anerkennung, die ich so sehr erhoffe – allerdings um den Preis der Aufgabe eigener Wünsche und Bedürfnisse.

Divergierende Rollenanforderungen erzeugen starke Belastungen: Traditionell wird von den Frauen die Rolle der fürsorglichen Frau und Mutter erwartet – d.h. die Zuständigkeit für die physische und psychische Versorgung und Gesundheit der Familie. Andererseits sollen sie selbständig und emanzipiert sein und eigene Interessen durchsetzen können.

Junge Mädchen werden immer noch zur Anpassung an die Wünsche und Bedürfnisse anderer sozialisiert. Sie lernen, zu reagieren und nicht – wie Jungen – zu agieren (Jungen preschen vor, Mädchen warten ab).

Auch die Erfahrung von Grenzüberschreitungen wie Gewalt oder sexuellen Übergriffen gehört zu den Lebenserfahrungen von vielen Frauen und Mädchen in unserer Gesellschaft. Traumatische Erlebnisse von Macht und Ohnmacht beeinträchtigen die psychische Entwicklung stark und können zu Eßstörungen führen.

Aber besonders das derzeit vorherrschende Schönheits- und Schlankheitsideal ist ein Auslöser für die Entwicklung von Eßstörungen. Es suggeriert den Frauen, daß über die Perfektion des Äußeren gesellschaftliche Anerkennung ihrer Persönlichkeit zu erreichen sei. In einer Gesellschaft, die großen Wert auf Äußerlichkeiten legt, besteht ein großer Druck, sich den Forderungen des rigiden Schönheits- und Schlankheitsideals anzupassen. Das Idealbild verheißt Attraktivität und Akzeptanz sowie beruflichen und gesellschaftlichen Erfolg.

Frauen haben sich soziale und ökonomische Positionen erkämpft, die mit der Unterordnung qua Geschlecht nicht mehr vereinbar sind. Aber trotz aller Freiheiten, die sich Frauen in den vergangenen 30 Jahren erobert haben (Berufsausbildung, finanzielle Eigenständigkeit, selbstbestimmte Sexualität, Familienplanung durch Kontrazeptiva), scheinen Frauen und Mädchen sich aus dem internalisierten Muster der Abhängigkeit, so wie es ihre Sozialisation vorgegeben hat, nicht ausreichend gelöst zu haben. Ihre Identität entwickelt sich im Kontext der sozialen Beziehungen, so daß sie stark von der Anerkennung (und Bewertung) anderer abhängig sind.

Anerkennung erhalten sie aber vor allem über das Aussehen und den Körper. Wenn die Frau von außen als Objekt definiert und auf den Körper reduziert wird, der "wie auch immer, nie in Ordnung ist", wird damit aber auch der Selbstwert und die Identität der Frau abgewertet.

Die Behandlung von Eßstörungen ist meist langwierig und aufgrund der multifaktoriellen Genese nicht mit "der einen richtigen Therapie" abzuschließen. Ein erfolgreicher Heilungsverlauf wird möglich, wenn psychotherapeutische, psychosoziale und medizinische Maßnahmen ineinander greifen. Frauenspezifischer Beratung und Therapie kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu, weil sie die Lebensrealität von Frauen einbezieht, die gesellschaftlichen Strukturen hinterfragt und die Verbindung zwischen individuellen Problemen und der gesellschaftlichen Situation aufzeigt, wie z.B. bei der Entstehung von Eßstörungen.

In unserer Beratungsstelle bieten wir eine ganzheitliche Beratung und Unterstützung für Frauen an, die entsprechend unserer Konzeption auf den Erkenntnissen feministischer Wissenschaft, den Ansätzen frauenspezifischer Beratung und Therapie und im Bereich der Eßstörungen auch auf dem Anti-Diät-Konzept nach Susie Orbach beruht. Wir unterstützen Frauen und Mädchen dabei, die Hintergründe und Zwänge des Diätwahns zu hinterfragen und die zugrunde liegende Abwertung weiblicher Identität zu erkennen. Wenn ihnen die Ursachen und Zusammenhänge zwischen ihrem Eßverhalten und den tiefer liegenden Problemen bewußt werden, können sie beginnen, andere Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und die Eßstörung aufzugeben.

Entsprechend dem Anti-Diät-Ansatz von S. Orbach machen wir den Frauen Mut, sich von dem Diktat der Waage, dem Kalorienzählen und einer angestrebten Idealfigur zu lösen, damit sie wieder in Kontakt zu ihrem eigenen Körper kommen können.

Wenn sie ihren Körper wieder wahrnehmen, ihn nicht mehr negativ beurteilen, und wenn sie ihren eigenen Empfindungen wieder trauen, lernen sie auch, zwischen physischem und psychischem Hunger zu unterscheiden. Dann können sie sich auch die Ursachen des psychischen Hungers (Trauer, Wut, Isolation), die bisher mit Essen oder Nichtessen kompensiert wurden, bewußt machen und bearbeiten.

Wir arbeiten ressourcenorientiert, indem wir die Selbstheilungskräfte und die individuellen Fähigkeiten der Frauen ansprechen. Unser Ziel ist es, daß die Frauen sich ihres Wissens, ihrer Stärke und der eigenen Kompetenz (wieder) bewußt werden, so daß sie lernen, sich selbst wertzuschätzen und ihren Wert nicht wie bisher von anderen bestimmen zu lassen. Indem sie ihren eigenen Bedürfnissen folgen, werden

sie unabhängiger von den Anforderungen anderer und können sich von äußeren Zwängen befreien.

Ich möchte Ihnen jetzt die Arbeitsschwerpunkte und Angebote des Projekts *Eß-o-Eß Beratung für Frauen und Mädchen mit Eßstörungen* aufzeigen:

- Einzelberatung von Mädchen, jungen Frauen, Frauen (mit Lebenserfahrungen) und von Angehörigen

Die Gespräche sind kurz-, mittel oder langfristig, je nach der persönlichen Situation der Klientin. Bei kurz- und mittelfristigen Beratungen bilden Informationen über Eßstörungen, Möglichkeiten ambulanter oder stationärer Therapie, Motivationsarbeit oder Krisenintervention die Schwerpunkte.

Längerfristige Beratungseinheiten werden u.a. geleistet für Frauen, die unterstützende Hilfe zwischen Klinikaufenthalten benötigen oder deren Therapie von den Krankenkassen nicht weiter gewährt wurde oder die aufgrund ihrer Lebensgeschichte längere frauenspezifische Beratung benötigen.

- Mit angeleiteten Gruppen unterstützen wir eßgestörte Frauen und Mädchen und auch Mütter von eßgestörten Mädchen.

Im Rahmen dieser geschlechtshomogenen, geschlossenen Gruppen entsteht sehr schnell eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sensible, angst-, scham- und schuldbesetzte Themen angesprochen und verarbeitet werden können, die mit Essen, Figur, Aussehen, Körperlichkeit, Schönheit oder Sexualität, Gewalt, sexuellen und emotionalen Übergriffe zusammenhängen.

- Wir initiieren und unterstützen Selbsthilfegruppen
 - für Frauen mit Eßsucht und
 - für Frauen mit Magersucht und Bulimie.

Die Gruppen werden in der Anfangsphase einige Male angeleitet. Danach arbeiten sie in unseren Räumen autonom weiter; bei Bedarf können sie von uns Supervision bekommen.

- Seminare und Vorträge werden von Honorarkräften durchgeführt, z.B. zu den Bereichen Ernährung und Eßverhalten, Körperwahrnehmung und -entspannung oder andere themenbezogene Gebiete.

- Weitere Schwerpunkte sind
 - Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Schulungen, Teilnahme an Aktionstagen oder Podiumsdiskussionen, Presseberichte, Radio- und TV-Beiträge)
 - Fortbildungsangebote für Multiplikatorinnen und Fachfrauen (mit Bildungsurlauben oder fachspezifischen Seminaren)
 - Angebote im Präventionsbereich. Ein Ergebnis dieser Arbeit ist das Präventionshandbuch "Dünn – und dann?", das 1998 bei der Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (LSSH) veröffentlicht wurde.
 - Kooperation mit Ärztinnen, Therapeutinnen, Kliniken und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Vernetzungsarbeit in Arbeitskreisen auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Eßstörungen sind vor allem gesellschaftlich bedingte, soziale Probleme, die sozial gelöst werden müssen und nicht primär als medizinisches Phänomen behandelt werden sollten.

Daß sich die Problematik der Eßstörungen in den nächsten Jahren weiter verstärken wird, zeigt sich in den Ergebnissen einer europaweiten Untersuchung von 1998 bei ca. 5.000 Schülern und Schülerinnen in vier Ländern (Spanien, England, Österreich, Deutschland), durchgeführt von der Beratungsstelle Kabera, Kassel.

Danach haben 40 Prozent der normal- bis untergewichtigen Mädchen im Alter von 8 bis 16 Jahren das Gefühl, zu dick zu sein. Dies bedeutet, daß sich die Orientierung am gesellschaftlichen Idealbild ausrichtet und nicht an den dem Alter angemessenen Gewichtsnormen.

Jede zweite Schülerin im Alter von 11 – 13 Jahren hat bereits Diäterfahrungen.

Diese Ergebnisse bestätigen sich auch in den Untersuchungen des TCE (Therapie-Centrum für Eßstörungen) München: 90 Prozent der weiblichen Teenager wollen abnehmen, und 73 Prozent der Frauen finden ein Gewicht unterhalb des Normalgewichts am attraktivsten (Emma, 1/2001, S. 47).

Das vorherrschende Schlankheitsideal ist entscheidend an der derzeitigen Prävalenz von Eßstörungen in den westlichen Industrieländern beteiligt.

Die Idealfigur hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert. Weibliche Formen werden reduziert, ein androgyner Typ wird bevorzugt.

Es ist höchst alarmierend, daß Frauen und Mädchen heute einen pathologischen Wert als erstrebenswert empfinden (weniger als das Normalgewicht).

Nach S. Orbach (Emma, 1/2001, S. 45) erhalten Mädchen auf die Frage nach der Identität "was soll ich in der Welt?" die Botschaft: "sei schlank". Mädchen erfahren, daß der Körper, in dem sie wohnen, ein unsicherer Ort ist. Wie er ist, ist er nicht gut. Trotz allem Bemühen bleibt im Ergebnis: "Du genügst nicht, Du brauchst nicht so viel, Du bist nicht so viel wert" – was eine Abwertung der weiblichen Welt bedeutet.

Nach einer englischen Studie lösen Medien Eßstörungen aus, indem sie das Selbstbild vor allem junger Mädchen untergraben und sie für Bulimie und Magersucht anfällig machen.

Der Einfluß der Medien, der Mode-, Kosmetik-, Pharma- und Lebensmittelindustrie führt letztlich dazu, daß der Körper immer mehr entfremdet und als Objekt betrachtet wird, ein Objekt, das niemals gut, sondern immer verbesserungsbedürftig ist.

Das von den Medien propagierte Frauenbild ist dabei ein wichtiges Mittel der Kontrolle. Es vermittelt entscheidende Informationen darüber, was Frau-Sein bedeutet und wie wichtig die Körperform dafür ist. Dünn-Sein gilt als Maßstab nicht nur für weibliche Attraktivität sondern auch für den beruflichen Erfolg von Frauen.

1998 forderte die British Medical Association (Standesvertretung der britischen Ärzteschaft) Frauenzeitschriften, Film und TV auf, eine größere Bandbreite von Weiblichkeit und Körperformen zu zeigen, um das Selbstvertrauen von Teenagern und jungen Frauen zu stärken und zu zeigen, daß es auch noch andere Verhaltensweisen und Lebensentwürfe gibt, als dünn zu sein.

Die britische Regierung reagierte und berief einen "Body Image Summit" (Spitzentreffen) mit Journalistinnen, Medizinerinnen und Psychologinnen ein.

Es wurde vereinbart, daß im Fernsehen weibliche Studiogäste, Schauspielerinnen und Moderatorinnen künftig in allen Größen und Körperformen vertreten sein und anorektische Models nicht mehr gezeigt werden sollten.

Aber einen Tag später platzten die Vereinbarungen, weil die Mode- und Frauenmagazine einen Kodex der Selbstbeschränkung für völlig unnötig hielten.

Ein Konzern (Marks & Spencer) engagierte jedoch für seinen Katalog nur Models mit Konfektionsgröße 40 und schrieb: "Die meisten Frauen brauchen Größe 40 oder 42 und sehen nicht aus wie Kate Moss".

In Spanien machte das Gesundheitsministerium die Rolle der Medien als Ursache von Eßstörungen zum Thema. Ein ehemals magersüchtiges Topmodel berichtete im Parlament über ihre Krankheit. Daraufhin verbot die Barcelonaer Modewoche Models unter Kleidergröße 40.

Und in Deutschland?

Da sich hier weder die Politik noch das Gesundheitswesen engagieren, hat der BFE – Bundesfachverband für Eßstörungen – der sich seit langem für eine bundesweite Verbesserung der ambulanten Versorgung für Eßgestörte einsetzt und sich um verstärkte Präventionsarbeit bemüht, eine Kampagne gegen den Schönheits- und Schlankheitswahn initiiert.

Eine der Intentionen ist, präventiv zu wirken, z.B. durch eine intensive Auseinandersetzung mit Medienfachleuten. Das Ziel ist, einen Wertewandel vom "dünnen Ideal" in Richtung Individualität und Selbstakzeptanz zu bewirken.

Durch die bundesweite Kampagne soll

- die Öffentlichkeit für die Problematik von Eßstörungen sensibilisiert werden,
- auf die soziale und familiäre Ebene eingewirkt werden und
- auf die gesundheitspolitische Bedeutung von Eßstörungen aufmerksam gemacht werden.

Mit Werbeplakaten, Spots im Kino und im Fernsehen sowie mit Anzeigen in Zeitschriften soll

- die Öffentlichkeit informiert werden,

- den Betroffenen Hilfe angeboten werden und
- der Gesundheitsbereich (z.B. ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen) sensibilisiert werden für die Problematik von Eßstörungen.

Für diese Aktion, die langfristig angelegt ist, suchen wir InitiatorInnen, SponsorInnen, die uns unterstützen wollen.

Diese Kampagne kostet sehr viel Geld und sehr viel Engagement. Wir freuen uns über jede Unterstützung, sei es durch Ideen, Tipps, Mithilfe, Sponsoring oder Spenden.

Danke sehr!

Literatur:

- *Bundesfachverband Eßstörungen, Rahmenvereinbarungen*
- *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch Sucht 1998, S. 85*
- *EMMA, Heft 1, 2001*
- *Orbach, Susie, Anti-Diät I (1979) und II (1984)*
- *Psychologie heute, Mai 2001, S. 45*

Bundesfachverband Eßstörungen e.V.

Goethestr. 31

34119 Kassel

Frausein zwischen Autonomie und Abhängigkeit

Dr. med. *Ingrid Olbricht*

ehem. Chefärztin der Wicker-Klinik, Bad Wildungen, Autorin vieler Fachbücher zur Frauengesundheit

Ich möchte mit einer Frage beginnen: Gibt es denn überhaupt noch einen Konflikt für Frauen zwischen Autonomie und Abhängigkeit?

Frauen sind gleichberechtigt, alle Möglichkeiten stehen ihnen offen, sie können unabhängig und beruflich erfolgreich sein. Das ist gesetzlich festgeschrieben. Die Botschaft scheint einfach und eindeutig zu sein. Und wenn Frauen unfähig sind, die ihnen offenstehenden Wege zu gehen, autonom über ihr Leben zu bestimmen und "ihren Mann zu stehen"? Durchsetzung, Kompetenz und Autonomie gelten in unseren nach wie vor von Spaltung und Dissoziation bestimmtem gesellschaftlichen Bewußtsein immer noch als männlich – dann kommt das Denkmodell von der defizitären, unfähigen, labilen, abhängigen Frauen wieder zum Tragen.

Die Lebensmodelle von Frauen müssen widersprüchlichen und gegensätzlichen Signalen folgen und sollen diese vereinbaren, auch wenn das nicht möglich ist. Die Botschaft lautet: "Frauen haben alle Rechte, sie sind autonom in ihrer Lebensgestaltung" und: "Frauen haben traditionelle Rollen, Verpflichtungen und damit Definitionen anzunehmen, denn sonst sind sie unweiblich." Hinter "Weiblichkeit" steht dabei immer noch das Bild ausnutzbarer genormter Attraktivität und Mütterlichkeit. Und damit lautet die unbewußte Botschaft: "Seid autonom, ihr habt die Möglichkeiten, deshalb beklagt euch nicht – aber vergeßt eure weiblichen Pflichten nicht, die euch zu richtigen Frauen machen." Dieser Spagat ist in hohem Maße konflikthaft und belastend.

Und so gelten Frauen im gängigen Frauenbild unserer Gesellschaft als anfälliger, schwächer und kränklicher. Die Vorstellungen von der kränklichen und wenig belastbaren Frau sind so wirksam, daß sie beispielsweise die Chance von Frauen auf dem Arbeitsmarkt und damit die ökonomische Situation, Versicherungskosten für Frauen, aber auch

den Umgang mit therapeutischen Maßnahmen mit beeinflussen – das wissen wir alle.

Hinter jeder Vorstellung steht meistens auch ein Realitätsaspekt, mehr oder weniger. Nun leben Frauen in Deutschland 6,5 Jahre länger als Männer, für Frauen beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung 79,3, für Männer 72,8 Jahre. Das ist eine paradoxe Situation, deshalb müssen wir annehmen, daß es mit der Frauengesundheit schon etwas Besonderes auf sich hat.

Aber Frauen sind etwa doppelt so häufig von psychiatrischen Diagnosen wie Depressionen, Neurosen, Angsterkrankungen, Schmerzstörungen oder Psychosen betroffen. Frauen erscheinen häufig deprimiert, subdepressiv oder depressiv und erschöpft, leichter hilflos und manchmal verzweifelt. Sie gelten als leichter kränkbar, reizbar, launisch, sie haben mehr Schuldgefühle, ein oft nicht besonders ausgeprägtes Selbstwertgefühl, sie sind ängstlicher und irritierbarer, fühlen sich ohnmächtig und ausweglos, leiden häufiger unter Schmerz- und psychosomatischen Erkrankungen und sind psychisch offenbar weniger belastbar. Dabei oder deshalb sollten sie eigentlich selbstmordgefährdeter sein. Die Zahlen zeigen aber ein deutliches Überwiegen der Selbstmorde bei Männern.

Was ist es, das Frauen so erschöpft und depressiv macht? Frauen als das schwache Geschlecht ist nicht nur ein Klischeebild oder eine Rollenzuschreibung, um den Kontrast zum vermeintlich "starken", aber kurzlebigen Geschlecht zu verdeutlichen, es sagt vielmehr auch etwas über die Lebensumstände von Frauen aus.

Abhängigkeit hat viele Gesichter. Es gibt die emotionale Abhängigkeit, die Abhängigkeit von Rückmeldung und Bestätigung, von Beziehungen, Zuwendung und Geltung.

Nicht zuletzt gibt es aber auch die ökonomische Abhängigkeit, die zu weiteren Abhängigkeiten führen kann und Frauen in Gewaltbeziehungen hält oder von anderen Versorgungsmöglichkeiten abhängig werden läßt.

Wenn wir uns die psychosozialen Bedingungen von Frauen ansehen, so geben uns die Zahlen der UNO, die 1984 erstmals erhoben und dann alle vier Jahre überprüft wurden, zu denken. Ganz plakativ gesagt, stellen Frauen die Hälfte der Weltbevölkerung dar, sie leisten zwei Drittel der Arbeit, sie beziehen dafür 10 Prozent des Weltein-

kommens und haben 1 Prozent des Reichtums der Welt in ihrem Besitz. Diese Zahlen haben sich bis heute nicht erheblich geändert.

Sie sind undifferenziert, aber sie zeigen mögliche Konfliktfelder und krankmachende Bedingungen auf, die wir uns näher ansehen wollen.

Der Lebensentwurf und der Berufsweg von Frauen kann in der Regel nicht als kontinuierliche Entwicklung geplant werden, wie dies für Männer eher selbstverständlich oder mindestens als Anspruch oder Vorstellung vorhanden ist.

Für Frauen stellt die berufliche Entwicklung eher eine Variable dar, die von mehreren Faktoren abhängig ist. Interessen, Fähigkeiten, Wünsche und Ausbildungsmöglichkeiten spielen hier schon eine Rolle, aber entscheidender sind Familienplanung, Berufsplanung des Partners – wenn vorhanden –, die Entwicklung der Wirtschaftslage und die Lage auf dem Arbeitsmarkt, die Frauen eher beeinflusst. Sind viele Arbeitsplätze vorhanden, werden verstärkt Frauen angesprochen, bei sinkender Konjunktur oder Personaleinsparungen im Betrieb werden Frauen überproportional häufig arbeitslos. Sie sind immer noch die Manövriermasse der Wirtschaftsentwicklung. Aber auch die finanzielle Planung der individuellen Familie beeinflusst ihre Lebensgestaltung, beispielsweise, ob gebaut wird oder ob andere größere Kosten zu bewältigen sind, zu denen die Frau ihren Beitrag leisten soll. Die Wahlmöglichkeiten der Frau heißen: Familie oder Karriere oder: wie bekomme ich beides unter einen Hut, gleichzeitig oder zeitlich nacheinander. Für Frauen ist, ohne dass es als Faktor für ihre gesundheitliche Situation benannt wird, eine Doppel- und Mehrfachbelastung durchaus normal. Frauen arbeiten etwa 60 bis 100 Wochenstunden und leisten damit eine entsprechende Mehrarbeit. Es gibt kaum Frauen, die lediglich eine 38,5- oder 40-Stunden-Woche haben und dann zu Hause in einen wohlversorgten Haushalt kommen.

Denn für Frauen ist die Erwerbstätigkeit eine zusätzliche Arbeit zur Familienarbeit – oder die Familienarbeit ist eine zusätzliche Leistung neben der Erwerbstätigkeit. Aber Letzteres paßt schon nicht so recht zu unserem Verständnis von Verantwortungsschwerpunkten von Frauen und zum Rollenverständnis. Berufstätige und nicht berufstätige Frauen sind grundsätzlich Dienstleistungsanbieterinnen im häuslichen Versorgungs- und Reparaturbetrieb "Familie". Und wenn eine berufstätige Frau keine Familie zu versorgen hat, genießt sie auch nicht die Annehmlichkeiten einer "Hausfrau", die ihr die Alltagsarbeit erledigt

und ihr Zusatzbelastungen fernhält. Sie muß diese Leistung, egal wie, im Regelfall selbst erbringen.

Da eine Alterssicherung aber nach wie vor, trotz aller Diskussionen, im wesentlichen über die Berufstätigkeit aufgebaut wird, bekommt der Konflikt noch eine weiterführende Dimension. Die Altersversorgung von Frauen ist häufig unzureichend. So betrug 1999 die Regelaltersrente bei der BfA, also für Angestellte, für Frauen 986,00 DM, für Männer 2.071,00 DM. Ohnehin ist die allgemeine ökonomische Situation schwierig, für berufstätige Frauen gibt es nach wie vor, trotz gesetzlicher Regelungen, nicht den gleichen Lohn für gleiche Arbeit. Geld und Geltung hängen eng zusammen – das Gefühl, daß Frauenarbeit weniger wertvoll ist, könnte aufkommen. Frauen befinden sich in der unteren Hälfte der Lohnskalen, nicht in den gehobenen und besonders deutlich nicht in den oberen Bereichen. Hier sind Frauen kaum noch präsent. Das gilt für die oberen Etagen sowohl der Wirtschaft als auch der Wissenschaft. Eine Folge davon ist die bekannte Überrepräsentation weiblicher Sozialhilfeempfängerinnen, die Armut alleinziehender Mütter und alter Frauen. Frauen sind im Durchschnitt finanziell schlechter gestellt als Männer, und das führt oft zu scheinbar unauf lösbaren Abhängigkeiten.

Letztlich spiegeln die Eßstörungen, die "Frauensache" sind, diese Bedingungen deutlich wider. Um die Frage, wie sich diese Konflikte gerade bei Eßstörungen zeigen, zu beantworten, wollen wir uns Eßstörungen unter dem Aspekt von Autonomie-Abhängigkeitskonflikten ansehen.

Am Beispiel der Nahrung, die in unseren gesellschaftlichen Zusammenhängen nicht nur "Lebensmittel" bedeutet, sondern auch seelische und soziale Funktionen hat, läßt sich von Anfang an dieser Konflikt aufzeigen. Gemeinsame Mahlzeiten stellen eine feste Struktur dar, die Halt und Sicherheit geben kann. Sie sind in manchen Familien der einzige feste Treffpunkt zu Interaktion und Gespräch. Gegen sie wird aber auch gerade in der Pubertät rebelliert, vor allem, wenn sie als unecht und einengend erlebt werden.

Auch Wettstreit oder Rivalität können über Menge und Güte des Essens ausgetragen werden. Essen ist also auch ein Machtmittel: "Du ißt, was auf den Tisch kommt, was auf dem Teller ist!" und "So lange du die Füße unter meinen Tisch setzt, tust du, was ich will!" Oder "Wenn du nicht brav bist, gibt es keinen Nachtisch!" Nahrung als

Druckmittel also, um Macht auszuüben oder Normen zu erzwingen. Macht und Kontrolle schaffen Abhängigkeiten. Nahrung kann auch Verwöhnung sein oder es werden statt eines anderen Trostes, statt Zuwendung oder Halt, als Ersatzbefriedigung Süßigkeiten oder reichliche Nahrungsmengen angeboten. Vom Körpergefühl her vermittelt eine angemessene Mahlzeit beim gesunden Menschen tatsächlich Wohlbefinden und wohlige Entspannung, also etwas Positives. Essen kann so auch der Gefühlsregulierung dienen. Nahrung kann aber auch abhängig machen, von der Person, die sie zur Verfügung stellt – oft ist noch der Vater der "Ernährer" der Familie – oder von derjenigen, die sie zubereitet, denn die Güte des Essens beeinflusst die Stimmung in der Familie, aber auch ihren Gesundheitszustand.

Verantwortlich für die Nahrungszubereitung sind meist Frauen, das verleiht ihnen scheinbar eine gewisse Machtposition, aber es ist eine Scheinautonomie. Denn sie sollen allen Bedürfnissen der Familie, von Männern und Kindern, gerecht werden. Diese haben andere Wünsche und Bedürfnisse, und hier entsteht oft ein Konflikt zwischen dem, was "gesund" ist – Frauen sind für die Gesundheit der Familie verantwortlich – und dem, was gerade dem Geschmack und den Wünschen entspricht. Viele Frauen passen sich an und ordnen sich unter; sie sind ihrerseits davon abhängig, ob das Essen gewürdigt oder gelobt wird, denn Frauen benötigen ebenfalls positive Rückmeldung und Bestätigung. Die Ablehnung der von ihr bereiteten Nahrung kann für eine Frau fast so viel bedeuten wie eine Ablehnung ihrer Person. Dabei bleiben Selbstwahrnehmung und die eigenen Bedürfnisse nicht selten auf der Strecke.

Zu den Funktionen des Essens gehören Beziehungsaspekte wie Rivalität, Verwöhnung, Anerkennung, Abhängigkeit und Macht. Nahrungsaufnahme stillt auch Hunger, aber Hunger macht abhängig von Versorgung. Wenn der Hunger auf andere Bereiche des Lebens gerichtet ist, wenn andere Defizite bestehen, wenn andere Aspekte im Vordergrund der Nahrungsaufnahme stehen, dann bedeutet der Hunger vielleicht Hunger nach Zuwendung, Bestätigung, Geltung, Achtung, Hunger nach Leben – jedenfalls wird die Nahrungsaufnahme zweckentfremdet. Solche Wünsche haben Frauen einerseits selbst, andererseits sollen sie sie erfüllen, sich und den anderen. Ein sensibles Konfliktbild also, in dem sich sowohl die gesellschaftlichen Bedingungen als auch die Möglichkeiten und Konflikte von Frauen deutlich widerspiegeln.

Für Frauen bedeutet auch die Pubertät, in der sich die Eßstörungen ganz bevorzugt entwickeln, in besonderem Maße ein Konfliktfeld zwischen wachsendem Autonomiebedürfnis und realer Abhängigkeit. Sie ist eine Phase, die durch widersprüchliche Signale und Anforderungen ein noch fragiles und zerbrechliches Selbstwertgefühl erschüttern und die unsicheren Grenzen mit einer Fülle unkontrollierbarer Gefühle aus dem Inneren und Neuen als Anforderungen erlebten Vorstellungen, Informationen und Vorschriften von Außen durchbrechen kann. Die Wünsche, die Vorstellungen für das Leben als erwachsene Frau sind da, auch die Vorbilder.

Es wächst die Angst vor starken Gefühlen sexueller, aggressiver und possessiver Art, aber auch vor Heißhunger, der als Gier erlebt werden kann. Die Entwicklung der Brust, die Erfahrung der Menstruation, die Entwicklung eines weibliche Körperbildes und sexueller Empfindungen müssen psychisch verarbeitet werden. Die Vorbilder der erwachsenen Frauen mit ihren Problemen und Konflikten sind oft wenig erstrebenswert. Das Mädchen muß sich zudem mit ersten Kontaktversuchen, mit den Wünschen von Jungen und Mädchen auseinandersetzen. Bei bestehenden Gewalterfahrungen kann es zu Angst, Ohnmachtsgefühlen und einer Retraumatisierung kommen.

Außerdem gibt es die Maßstäbe unserer Gesellschaft, die darüber entscheiden, wieviel Anerkennung, Zuwendung oder Ablehnung ein Mädchen erfährt. Experimente mit dem Körper werden gemacht, Bekleidungs-, Frisurenexperimente, Piercing, Tätowierungen, Bodybuilding, "Diät"-Versuche, aber auch Drogenexperimente sind äußere Zeichen der neuen Erfahrungen mit dem neuen Körper und seinen Möglichkeiten und dienen der Selbstfindung und Selbstbestimmung und als Proteste auch der Provokation und Kontrolle des sozialen Umfeldes, also der Suche nach Autonomie. Der eigene Körper ist dafür als nächstes erreichbares Objekt das geeignete Experimentierfeld.

In jedem Fall muß es erst gelernt werden, die Kontrolle aufrechtzuhalten. Die körperlichen Veränderungen, die Gefühle, die Affekte, die Wünsche, die Ängste können manchmal nicht kontrolliert werden, wohl aber die eigene Nahrungszufuhr. Damit kann ein Mädchen entscheiden, was von außen in ihren Körper aufgenommen wird und was nicht. Nahrungsmittel werden zweckentfremdet, um Autonomie zu er-

reichen, die anders – so scheint es – unter den vorliegenden Bedingungen nicht erreicht werden kann.

Die häufigste Eßstörung, die Frauen entwickeln, ist die Adipositas, die spektakulärste und unmittelbar gefährlichste die Anorexie, die unauffälligste, verschwiegenste die Bulimie.

Die Erklärungsversuche sind vielfältig. Die Anorexie wird oft gedeutet als Sehnsucht nach Reinheit und Erleuchtung und mit religiös motiviertem Fasten verglichen oder als Selbsterstörungswunsch verstanden, als "Selbstmord auf Raten", da sie lebensgefährlich werden kann. Magersucht wird auch als Unterwerfung unter den Modetrend des Schlankheitsideals gesehen, fangen doch viele Eßstörungen mit einer Diät oder mit "Hungerkuren" an, oder als Verweigerung von Weiblichkeit weil besonders intelligente, erfolgreiche, unabhängige Mädchen und Frauen betroffen sein sollen. Die Botschaft dieser Theorien lautet: Autonomie ist gefährlich und macht krank.

Die Magersucht wird auch als fehlgelaufener Entwicklungsversuch von Autonomie und Unabhängigkeit gesehen; dabei scheint es besonders um die Mutter zu gehen. Aber gerade erfolgreichere und unabhängigere, also autonomere Mädchen sollen bevorzugt an Magersucht erkranken, oft auch beliebte Mädchen, die immer alle Ansprüche, die an sie herangetragen wurden, erfüllt haben. In diesem Sinne kann von Autonomie keine Rede sein, da sie häufig nicht gelernt haben, Gefühle wie Wut, Ärger, Haß oder Auflehnung auszudrücken. Häufig waren sie überangepaßte, fleißige, brave, perfekte kleine Mädchen.

Trotz ihrer guten Leistungen haben sie aber tiefe Selbstzweifel und ein reduziertes Selbstwertgefühl. Als Gegenreaktion versuchen sie, durch noch höhere Leistungen, manchmal auch durch einen streng geregelten Alltag dem entgegenzuwirken, um Halt, Sicherheit und Kontrolle zu erlangen. Die anfängliche Gewichtsabnahme wird vom sozialen Umfeld in der Regel erst einmal durch Anerkennung belohnt. Beim Abnehmen ist der Erfolg leicht meßbar, in Kilogramm oder Gramm. So kommt es zu einer zusätzlichen Verstärkung dieser erbrachten "Leistung". So kann dies zum wichtigen Bereich werden, in dem das Mädchen die Erfolgskriterien selbst festlegt und Autonomie erreicht, die sogar meßbar und kontrollierbar ist. Sie kann sich dabei selbst herausfordern, noch besser zu sein, indem sie ihr ursprüngliches Wunschgewicht unterschreitet. Der Erfolg und die dabei bewiesene Willenskraft geben ihr das Gefühl von Stärke, aber das hält nicht lan-

ge an. Verständlich vor diesem Hintergrund ist es, wenn das Mädchen die Versuche der inzwischen beunruhigten Bezugspersonen zurückweist, die sie dazu bewegen wollen, die Leistungen in dem Bereich aufzugeben, in dem sie mehr Stärke und Willenskraft als andere beweist und in dem sie autonom ist.

Anorexie wird auch als Machtspiel bei bestimmten Familienstrukturen gesehen, denn Magersüchtige mobilisieren sehr viele Emotionen wie Beunruhigung, Schuldgefühle, Aggressionen, aber auch Hilfsangebote, Kompensation, Zuwendung und Therapiebereitschaft bei den Angehörigen. Es sieht so aus, daß diese scheinbare Autonomie, die das Mädchen erreicht hat, die Angehörigen manipuliert und damit abhängig macht – es funktioniert also. Die Psychodynamik des Mutter-Tochter-Verhältnisses rückt oft in den Vordergrund, der manchmal grenzverletzende, vielleicht gewalttätige oder auch unsichtbare Vater, der häufig von Anorektikerinnen geschildert wird, gerät rasch aus dem Blickfeld. Selten genug wird dieser Zusammenhang erkannt, beschrieben und in Therapien einbezogen. Sehr oft besteht auch eine "klassische" Rollenverteilung in der Familie: der Vater bestimmt, die Mutter hat "keine eigene Meinung" oder versucht, es allen recht zu machen. So erscheint sie als Vorbild für Abhängigkeiten wenig attraktiv.

Die Anorektikerin entscheidet jetzt selbst, was aus der Außenwelt aufgenommen werden soll und vor allem, was nicht. Die Wirkung dessen, was von außen kommt, ist nicht sicher kontrollierbar. Deshalb soll so wenig wie möglich in den Körper eindringen. Das Mädchen selbst setzt den Wirkungen des Außen enge Grenzen, indem sie ihm nicht mehr erlaubt, sich beliebig und unkontrollierbar ihres Körpers zu bemächtigen. Zu dünn sind die Grenzen. Sie festigt sie durch Selbstbestimmung und wird nun selbst dünn und zerbrechlich, denn ohne Zufuhr von außen ist keine Entwicklung möglich. Sie macht "die Grenzen dicht". Im Hinblick auf Gefühle ist das schwieriger, sie fühlt sich immer noch zu durchlässig und zu abhängig. Also muß die Wahrnehmung verändert werden. Was die andern sagen, wird nicht mehr sehr ernst oder überhaupt wahrgenommen; die Autonomie erscheint perfekt, Abhängigkeit ist ausgeschlossen.

Die Anorektikerin ist schließlich durch Worte kaum noch zu erreichen; auch hier sind die Grenzen dicht. Diese Isolation stärkt verhängnisvollerweise das Gefühl von Unabhängigkeit und Autonomie. Nun könnten die Signale des eigenen Körpers noch die vermeintliche Selbst-

bestimmung irritieren; aber auch die Signale aus dem eigenen Inneren werden verändert wahrgenommen. Hungergefühle spielen kaum noch eine Rolle, sie werden geleugnet, bis sie manchmal, gestaut, überwältigend, in Heißhungerattacken auftreten. Müdigkeit und Schwäche werden genauso abgewehrt wie die innere Unruhe, die sich in den vielfachen, oft übertriebenen sportlichen Aktivitäten ein Ventil schafft. Im Schlaf ist Kontrollverlust möglich, Schlafstörungen sind das kleinere Übel. Das Mädchen ist immer auf der Flucht – vor den Lebensmitteln, vor der Gier, vor der Selbstwahrnehmung, vor der Realitätsprüfung. Sie flieht auch die Gesellschaft anderer, um Rückmeldungen und das Auftreten der gefürchteten Gefühle zu vermeiden. Und hier zeigt sich die Gegenseite, nämlich ihre extreme Abhängigkeit von genau dem, was sie fürchtet. Der Rückzug gelingt nur dadurch, daß die anderen abgewertet werden, denn sie sind ja noch ihren Bedürfnissen ausgeliefert, sie sind nicht autonom und haben daher keine Kontrollmöglichkeit.

Magersüchtige kontrollieren nicht nur die Nahrungsaufnahme, sondern gleichzeitig die Entwicklung ihres Körpers und vermeiden damit scheinbar autonom das Auftreten weiblicher Merkmale. Sie kontrollieren ihre Gefühle im Hinblick sowohl auf die Wahrnehmung des Körpers als auch von Hunger, Unruhe, Lust und Unlust, besonders aber auch den "vollen Bauch", der mit Völlerei, Gier, Kontrollverlust, manchmal auch mit Schwangerschaft, in jedem Fall mit Abhängigkeit, assoziiert wird. Durch die Grenzen von außen nach innen darf möglichst wenig hineingelangen, sowohl an Nahrungsmitteln wie auch an sozialen Kontakten. Grenzen setzen heißt auch Maß halten, ein paradoxer Vorgang, wenn wir das magersüchtige Verhalten betrachten. Denn in der Sucht liegt zugleich die Grenzenlosigkeit und der Kontrollverlust.

Kommt doch etwas ungewollt ins Innere, dann befördern die Mädchen es durch drastische Maßnahmen wieder hinaus. Mit dem Gelingen der Kontrolle steigt auch das Selbstwertgefühl – doch für dieses äußerst brüchige Selbstwertgefühl wird ein hoher Preis bezahlt. Die Selbstbestimmung, die Autonomie wird meßbar auf der Waage in Kilogramm und Gramm – je weniger, desto erfolgreicher. Aber die Angst vor Abhängigkeit bleibt. Denn mit der verminderten Nahrungsaufnahme werden die Defizite immer größer und die Bedürftigkeit wächst. Die Kontrolle führt zum Kontrollverlust und erweist sich damit als unzulänglich.

Die Bulimie, die äußerlich kaum in Erscheinung tritt, ist erst einmal unsichtbar. Sie kann in aller Heimlichkeit durchgeführt werden, damit zieht sie die Aufmerksamkeit nicht auf sich und hat weniger Konsequenzen bei der Einflußnahme der Umgebung. Häufiger mobilisiert sie Aggressionen, wenn die Nahrungsmengen zum finanziellen Problem werden. Der ständige Wechsel zwischen Eßkontrolle einerseits und Heißhunger andererseits wird möglichst geheimgehalten und wird von Schuldgefühlen, Ekel und Selbstverachtung begleitet. Hier zeigt sich der Konflikt besonders deutlich in einem raschen Wechsel zwischen Abhängigkeit und erreichter Kontrolle.

Die Bulimie entwickelt sich offenbar bei Frauen, die einerseits eine große Abhängigkeit von sozialer Anerkennung, von den Normen des äußeren Erscheinungsbildes aufweisen bei gleichzeitigen heimlichen, unsichtbaren Autonomiewünschen. Vor allen Dingen aber steht dahinter – wie hinter allen Eßstörungen – eine doch erhebliche Selbstwertproblematik, bedingt durch die Familiendynamik und nicht selten durch Grenzverletzungen in Folge von sexueller Traumatisierung. Wegen des reduzierten Selbstwertgefühls versuchen Bulimikerinnen häufig, "perfekt" zu sein, alles zu können, kompetent und immer für andere da zu sein, schön und schlank wie Models, dabei völlige Kontrolle über Gefühle, Affekte, Impulse und über den eigenen Körper zu haben. Da dies nicht gelingen kann, wird die eigene Realität als völliges Versagen und totale Abhängigkeit interpretiert; der Teufelskreis schließt sich. Die Eß-Brech-Anfälle häufen sich; sie dienen einerseits dem Abbau von Spannungen, werden aber andererseits als Kontrollverlust erlebt. Oft sind sie paradoxerweise das einzige, was bulimische Frauen noch für sich tun können. Die Nahrungsaufnahme dient damit der Betäubung, der Emotionsregulation, um "ein Loch zu stopfen", Defizite aufzufüllen, Situationen aus dem Weg zu gehen, in denen eigene Fähigkeiten als nicht ausreichend empfunden werden; das Erbrechen als Selbstheilungsversuch, um das zu beseitigen, was beim Kontrollverlust in den Körper eingedrungen ist. Und dafür hassen sie sich meistens. Der Körper wird auch bei ihnen zum Austragungsort von Konflikten zwischen Autonomie und Abhängigkeit.

Die Eßsucht als häufigste Eßproblematik scheint weniger beunruhigend zu sein, da sich das Übergewicht als Risikofaktor nicht direkt, sondern möglicherweise erst in späteren Jahren lebensverkürzend

bemerkbar machen kann. Die massiven Defizite, die dahinter stehen und zur suchthaften Bedürfnisbefriedigung führen, aber auch das erhebliche Schutzbedürfnis, notfalls mit Hilfe einer Fettschicht, und damit die innere Fragilität und die Bedürftigkeit, die Konflikte zwischen Normen, Anforderungen und eigenen Bedürfnissen sind nicht von außen wahrnehmbar, auch nicht der Wunsch, unabhängig zu sein von äußerer Zufuhr an Bestätigung, an Liebe, und so erfüllen sich die Betroffenen ihre Bedürfnisse selbst, unabhängig, autonom. Das Verstecken hinter der Fettschicht erweist sich als wirkungsvoll. Was aber wie ein "Zuviel" aussieht, erweist sich in der inneren Realität als zu wenig, eine Kompensation, die nie genügt.

Eßstörungen sind Bewältigungsversuche, Überlebensstrategien, Lösungsversuche; sie können dem Auffüllen von Defiziten dienen und stellen Schutzmechanismen dar in einer Schwellensituation. Eßstörungen sind auch Verweigerungen des Klischees von Weiblichkeit, das Mädchen als Norm und als für viele nicht lebenswerte Form des Frauenseins präsentiert wird, beispielhaft oft am Leben der Mutter. Insofern ist letztlich das Verbergen von Weiblichkeit unter Fettschichten oder die Entwicklungsverweigerung das gleiche Signal. In jedem Fall wird der Körper als sichtbares und kontrollierbares Objekt, als Anlaß für Normierungen, als Anlaß für Übergriffe und Grenzverletzungen abgespalten und zum Objekt der Auseinandersetzung mit dem Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit gemacht. Gleichzeitig soll der Körper auch nicht mehr Objekt männlicher Gewalt und Übergriffe sein, falls, wie so häufig, Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt in der Kindheit der Auslöser für die Eßstörung sind.

Bei der Anorexie werden die Bedürfnisse, die Defizite geleugnet, der Körper wird beherrscht und verändert, die Grenzen werden zu eng gesetzt. Bei der Eßsucht werden die Bedürfnisse und Defizite übermäßig, aber nicht angemessen erfüllt, der Körper wird zum Schutzschild, seine Grenzen werden erweitert und dienen als "Pufferzone" – "gewichtige Persönlichkeiten" erscheinen weniger verletzlich und wirken autonomer.

Bei der Bulimie finden wir einen Wechsel zwischen Leugnung und hemmungsloser Kompensation, der Körper selbst wird hier benutzt und beherrscht. Bulimikerinnen entziehen sich den Naturgesetzen und erreichen eine Form von Autonomie, indem sie beispielsweise viel

und unmäßig essen und danach dennoch nicht dick oder zu dünn werden.

Anorektikerinnen hingegen entziehen sich den Naturgesetzen durch die Nahrungsverweigerung. Eßstörungen sind Bewältigungsversuche durch Außer-Kraft-Setzen feststehender "Naturgesetze". Das Essen zu beherrschen oder zu benutzen kann zum Beweis werden, daß es gelungen ist, über alles, was an Bedeutungen damit verbunden ist, zu siegen oder es zu kontrollieren. Damit werden auch die Beziehungsaspekte kontrolliert, manipuliert oder vermieden. Das Auffüllen von Defiziten durch etwas anderes bedeutet den Sieg über eine Abhängigkeit – allerdings um den Preis, in eine andere zu geraten. Der Sieg über den Körper als Objekt ist der Sieg über dessen Funktionen. Und die Vermeidung, Manipulation oder Karikatur des Frauseins ist der Sieg über die Normen. Die inneren Selbstbilder werden den äußeren Idealbildern, das momentane selbstbestimmte Gewicht dem Idealgewicht, die Autonomie der Abhängigkeit von Fremdbestimmung und Fremddefinition entgegengesetzt. Eßstörungen sind immer ein Kampf ums Überleben, der Versuch, zu beweisen: das Essen, der Körper, die Beziehungspersonen, die beängstigenden Gefühle oder die Normen sind doch autonom kontrollierbar und führen nicht in die Abhängigkeit.

Daß es um einen Konflikt zwischen Abhängigkeit und Autonomie geht, zeigt sich auch ganz deutlich in der Therapie, die oft erst einmal als eine Aufforderung erlebt wird, sich in eine neue Abhängigkeit zu begeben und die mühsam erreichte Autonomie der Eßstörung aufzugeben. Sich auf eine Therapie einzulassen könnte das Eingeständnis des Scheiterns des (Über-)Lebenskonzeptes bedeuten. Außerdem widersprechen sich die Ziele der Therapie und des Lebenskonzeptes; Patientin und Therapeutin verfolgen widersprüchliche Interessen. Oft kommt die verwirrende Botschaft an, die Patientin solle ihre Selbstregulation und ihre Autonomie (der Eßstörung) aufgeben, um autonom zu werden.

Zwangsernährung ist genau die Form von Gewalt, vor der sich die Patientin in ihrer panischen Angst schützen muß: Zwangsweises Durchbrechen der Körpergrenzen, Eindringen und unkontrollierbare Zufuhr von Außensubstanzen ins Körperinnere. Die Autonomieentwicklung wird damit zunichte gemacht, das Gefühl totaler Überwältigung und Abhängigkeit entsteht. Das Körperbild wird von außen her verändert, ohne daß zunächst eine Veränderung der Voraussetzungen des Erlebens, also der inneren Gegebenheiten erfolgt.

Der Zugang kann noch am ehesten erfolgen, wenn erst einmal die Fähigkeit, Grenzen herzustellen, und die Fähigkeit zur Abwehr bestätigt wird. Das Gefühl, selbst über das Ausmaß der Veränderung mitbestimmen zu können, wirkt dem vorhandenen Gefühl von Ausgeliefertsein entgegen. Eine vorsichtige Annäherung unter Respektierung des Selbstschutzes wird dann meist möglich. Die Therapie wird damit als nicht mehr ganz so gefährlich erlebt.

Im Rahmen der Behandlung werden jetzt Absprachen möglich; klare Vereinbarungen über Mindestmengen und Anzahl der Mahlzeiten sowie Einschränkungen der körperlichen Aktivität und Gewichtskontrollen sind erforderlich. Wenn sie nicht eingehalten werden, triumphiert die Patientin, sie spürt noch einmal die Autonomie der Verweigerung und bestätigt sich selbst. Aber wenn sie dann wahrnimmt, daß ihre Kontrolle außer Kontrolle geraten ist, daß sie nicht mehr anders kann als eßgestört zu sein, dann kann sich langsam ein Gefühl für die Zweischneidigkeit solcher Triumphe entwickeln. Die Frage danach, was wäre, wenn sie sich wirklich kontrollieren könnte, kann jetzt gestellt werden. Langsam kann an der Wiederherstellung der Faktoren gearbeitet werden, die das Erleben von Autonomie und Abhängigkeit bestimmen. Der Eßvorgang muß von allen Zusatzbedeutungen wie Strafe oder Belohnung, Grenzziehung und Machtmittel, Manipulierungsmöglichkeit und Kontrollmöglichkeit, Autonomie oder Abhängigkeit entkoppelt werden. Essen bedeutet für einen erwachsenen Menschen die Zufuhr von "Lebensmitteln", sonst erst einmal nichts. Der kommunikative Aspekt und andere Bedeutungen können später erarbeitet werden, genau wie die Möglichkeiten einer anderen Lösung des Autonomie-/Abhängigkeitskonfliktes. Denn Eßstörungen dienen der Selbstbestimmung – und bewirken gleichzeitig den Verlust von Selbstbestimmung, von Autonomie im eigenen Körper, und instrumentalisieren ihn, wenn schon sonst wenig Autonomie erreichbar zu sein scheint.

Eßstörungen sind damit erst einmal keine pathologische Reaktion, kein Ausdruck von Willenlosigkeit und Unfähigkeit, sondern Ausdruck für einen sehr aktiven, vitalen Konfliktlösungsversuch, hinter dem allerdings Angst, Not und existenzielle Bedürfnisse sichtbar werden. Sie richten sich nicht gegen Erwachsenwerden und Frau-Sein, wie immer noch in der traditionellen Theoriebildung behauptet wird, sie sind kein infantiler Beharrungsmechanismus, sondern sie richten sich gegen das entstellte Bild von abhängiger definierter Weiblichkeit in dieser

Gesellschaft. Damit sind Eßstörungen ein Versuch, eigene Selbstbestimmung, Kontrolle und die Unabhängigkeit von der Abhängigkeit von Rollenklischees zu erreichen. Sie sind Ausdruck für die Unvereinbarkeit von nicht zu vereinbarenden gesellschaftlichen Bedingungen für Frauen. Dennoch sollen sie von "richtigen" Frauen vereinbart werden, sonst sind sie keine "richtigen" Frauen – ein *double bind* und damit ein Leistungsdruck, der existentiell bedrohlich werden kann. Damit sind Eßstörungen in mehrfacher Hinsicht immer auch Selbstheilungsversuche.

Natürlich stehen dahinter meist unbewußte Prozesse, nicht intellektuelle Erkenntnisse, meist schon gar nicht feministische Motivationen. Es ist genau der Mechanismus, der auch der gesellschaftlichen Position der Frau zugrunde liegt.

Vor allem sind Eßstörungen aber kein individuelles Ungenügen, kein persönliches Versagen, sondern sie zeigen strukturelle Konflikte auf, auch strukturelle Gewalt neben den oft vorhandenen personalen Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte. Sie müssen deshalb unbedingt auch im gesellschaftlichen Kontext gesehen werden, der für Frauen immer noch eine enorme Spannung zwischen Abhängigkeit und Autonomie herstellt.

Eßsucht ist weiblich

Dr. *Kathrin Beyer*

Referentin für Gesundheitsfragen an der Hochschule Hannover, Autorin von Fachbüchern zu Eßstörungen

1. Adipositas / Eßsucht – ein ernährungsmedizinisches Problem?

Obwohl die Symptomatiken Bulimie, Anorexie und Adipositas/Eßsucht als Eßstörungen definiert werden und Gemeinsamkeiten aufweisen, so ist doch der Umgang mit den Betroffenen je nach Symptomatik sehr heterogen.

Während Frauen und weiblichen Jugendlichen, die unter Bulimie oder Magersucht leiden, viel Aufmerksamkeit geschenkt wird und sie Behandlungsmöglichkeiten unterschiedlichster Art vorfinden, durchlebt insbesondere die weibliche Genus-Gruppe mit der Symptomatik Adipositas/Eßsucht häufig Ablehnung und Unverständnis im ärztlichen oder therapeutischen *Setting*. Dies mag zum einen daran liegen, daß viele Fachleute aus medizinischen oder therapeutischen Fachdisziplinen die Adipositas lediglich als eine Form der Überernährung ansehen, die nur ernährungsmedizinisch zu beseitigen ist. Außerdem ist zu beobachten, daß die unzähligen Publikationen zu Fragestellungen eßgestörten Verhaltens primär die Bulimie und Magersucht betreffen und nur selten die Eßsucht mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen.

Auffallend ist zudem, daß Bulimie und Anorexie einerseits und Adipositas/Eßsucht andererseits unterschiedlich klassifiziert werden. In den internationalen klinisch-diagnostischen Leitlinien DSM (*Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders*) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (*American Psychiatric Association*) sowie der *International Classification of Diseases* ICD (Internationaler Diagnose-schlüssel für psychische Störungen) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Adipositas/Eßsucht bislang nicht als psychische Störung klassifiziert, sondern als internistische Störung.

Bisher wird die Symptomatik *Binge Eating Disorder* im Appendix B als Vorschlag in die DSM IV aufgenommen.

Diese Fakten werfen unterschiedliche Fragen auf. Ist es sinnvoll, die Eßsucht wie die beiden anderen Manifestationen Bulimie und Anorexie als psychische Störung zu klassifizieren? Ist es nicht ohnehin mehr als bedenklich, daß der Selbstzwang zur Schlankheit als Norm propagiert und daß der verzweifelte Versuch vieler Frauen, dieser Norm zu entsprechen, als psychiatrische Erkrankung gesehen und behandelt wird? Führt die Forderung zahlreicher Fachleute, die Adipositas als psychische Erkrankung klassifiziert haben wollen, tatsächlich dazu, daß den Betroffenen angemessen geholfen wird? Denn obwohl die zunehmende Prävalenz eßgestörten Verhaltens bei Frauen und weiblichen Jugendlichen von zahlreichen Wissenschaftlerinnen im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen gesehen wird, werden parallel dazu die Diagnosekriterien eßgestörten Verhaltens relativ unkritisch nach DSM und ICD übernommen. Die Festbeschreibung eßgestörter Verhaltensweisen als psychiatrische Erkrankung oder als psychogene Eßstörungen zeigen eine nicht unproblematische Entwicklung in der Behandlung von Frauen auf. So identifizieren sich bereits zahlreiche Frauen mit den pathologischen Krankheitsbildern der Anorexie und der Bulimie, halten sich demzufolge für krank, gestört und unfähig, selbstbestimmt leben und handeln zu können. Die Betroffenen beziehen sogar ihre Identität daraus, daß sie anorektisch oder bulimisch sind.

Andererseits wird – wie oben angeführt – bei Menschen mit Adipositas, die eine Eßstörung aufweisen, die Symptomatik oftmals gar nicht diagnostiziert und demzufolge eine angemessene Behandlung nicht in Betracht gezogen. Wie ist zu erklären, daß Frauen, die sich als eßsüchtig bezeichnen und übergewichtig sind, nicht selten ein Spießrutenlaufen hinter sich haben, bevor ihnen eine angemessene Hilfestellung zuteil wird?

Frauen und weibliche Jugendliche sind derzeit die Zielgruppe therapeutischer und vor allem internistischer Behandlungsmaßnahmen und sind zahlreichen Diskriminierungen ausgesetzt, wenn sie unter Adipositas/Eßsucht leiden.

Es gilt daher zu untersuchen, inwieweit die Adipositas/Eßsucht als Konfliktlösungsstrategie in weiblichen Lebenszusammenhängen verstanden werden kann, welche Behandlungsmethoden für Betroffene sinnvoll erscheinen und wie neuere Untersuchungen die Adipositas/Eßsucht einordnen.

2. Definition von Eßsucht/Adipositas

2.1 Übergewicht und Adipositas

Adipositas gilt in den westlichen Industrienationen als besonders verbreitet und wird allgemein als Zivilisationskrankheit technisch hoch entwickelter Länder angesehen, in denen Nahrungsmittel reichlich vorhanden sind. Die erhobenen Daten weisen nach, daß Adipositas vor allem in der zweiten Lebenshälfte auftritt.

Angaben über die Häufigkeit der Adipositas sind trotz umfangreicher Erhebungen in den letzten Jahren nicht sehr zuverlässig. Seit 1990 schwanken die Werte in verschiedenen Erhebungen zwischen 10 und 25 Prozent. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) geht davon aus, daß ein BMI (*Body-Mass-Index*) von 30 und höher bei etwa 12 oder 18 Prozent der erwachsenen Bevölkerung vorliegt, wobei der Anteil der Frauen gegenüber den Männern geringfügig erhöht ist.

Eine Untergruppe von adipösen Menschen hat eine Eßstörung.

In der gesamten Population wird die Prävalenz von adipösen Menschen mit der Symptomatik *Binge Eating Disorder* auf 5 Prozent, unter Teilnehmern / Teilnehmerinnen eines Programmes zur Gewichtsreduktion aber auf 20 – 45 Prozent geschätzt. Insgesamt gesehen, steigen die Prävalenzraten der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas stetig an. Zudem sind von den überwiegend auf ein gestörtes Essverhalten zurückzuführenden Formen der Adipositas ebenfalls mehrheitlich Frauen betroffen.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) unterteilt adipöse Menschen unter therapeutischen Gesichtspunkten und von der Motivationslage her grob in zwei Gruppen:

Übergewichtige ohne wesentlichen Leidensdruck gehören zur ersten Gruppe. In Anlehnung an die von Shakespeare geschaffene barocke Männerfigur werden sie in der Literatur häufig als "*Fallstafftypus*" bezeichnet. Diese Menschen fühlen sich eingebunden in eine Familientradition und sind häufig schon als Kinder zu dick. Sie bevorzugen kalorienreiche Speisen und Süßigkeiten und essen dabei regelmäßig zu viel, wobei sie selbst ihr Essen oft als normal einschätzen. Der Wunsch nach Behandlung entsteht durch Druck des sozialen Umfelds.

Im Vergleich zur ersten Gruppe besteht bei der zweiten Gruppe ein deutlicher Leidensdruck mit einem ernsthaften Behandlungswunsch. Die Betroffenen haben häufig eine Odyssee frustrierender Abnahmeversuche und zahlreicher Diäten hinter sich – einschließlich des Einsatzes von Laxantien, Diuretika und Appetitzüglern. Oft wechselt ein restriktives Eßverhalten mit Eßanfällen ab, die von diesen Personen als unkontrollierbar erlebt werden. Auf Eßanfälle kann mit Erbrechen reagiert werden.

“Durch das wiederkehrende Erleben der fehlenden Impulskontrolle wird ein Kreislauf von Selbstabwertungen und Schuldgefühlen unterhalten, der noch durch extrem induzierte Schuldgefühle verstärkt wird und die Ablehnung der eigenen Körperlichkeit mit regelrechtem Haß auf den eigenen Körper nach sich ziehen kann.” (DHS 1997, 25 ff.).

2.2 Definition *Binge Eating Disorder*

Seit 1994 wurde *Binge Eating Disorder* (BED) als eine Eßstörung in das internationale diagnostische Manual (*American Psychiatric Association*) im Appendix B aufgenommen.

Diagnosekriterien:

- Wiederholte Episoden von Freßanfällen.
 - (1) Innerhalb einer bestimmten Zeitspanne Aufnahme einer Nahrungsmenge, die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen würden;
 - (2) das Gefühl, das Eßverhalten während des Freßanfalls nicht kontrollieren zu können.
- Mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - (1) Sehr viel schnelleres Essen als normal
 - (2) Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen
 - (3) Aufnahmen großer Nahrungsmengen, obwohl nicht hungrig
 - (4) Alleine essen aus Scham und Peinlichkeit
 - (5) Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach Freßanfällen
- Deutliche Streßbelastung wegen der Freßanfälle
- Durchschnittlich mindestens zwei Freßanfälle pro Woche über mindestens drei Monate
- Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung der Ge-

wichtszunahme durchgeführt. Die Eßstörung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

2.3 Übergewicht nach ICD-10 F. 50.5 (im Zusammenhang mit anderen Störungen)

- A. Übergewicht als Reaktion auf belastende Ereignisse: Traueranfälle, Unfälle, chirurgische Operationen, Geburt eines Kindes und emotional belastende Ereignisse können besonders bei Neigung zu "reaktivem Übergewicht" zu Gewichtszunahme führen.
- B. Übergewicht als Ursache psychologischer Störungen: Übergewicht resultiert in Empfindsamkeit gegenüber Kritik an der äußeren Erscheinung und Mangel an Selbstvertrauen. Die subjektive Bewertung der Körpermitte kann übertrieben sein. Leichtere depressive Symptome (Angst, Unruhe, Schwäche, Reizbarkeit) und seltener schwere Depressionen (Fastendepression) können als Folge von Fasten und Diät auftreten.
- C. Übergewicht als unerwünschte Wirkung einer Langzeitbehandlung mit Neuroleptika oder Antidepressiva (Leibl/Leibl 1996, 38).

Verbreitung und Geschlechtsspezifität

Von Adipositas sind ebenso wie von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vorwiegend Frauen betroffen, wenngleich nach Stahr et al. das Geschlechterverhältnis hier längst nicht so große Unterschiede aufweist. Die Autorinnen beziehen sich hierbei auf eine Studie, die belegt, daß die Prävalenzrate bei Frauen im Vergleich zu Männern zwei- bis dreimal höher ist (Stahr et al. 1995, 35).

Nach Zahlen von 1991 sind in den USA 33 Prozent stark übergewichtig, d. h., jeder dritte Amerikaner. In Deutschland waren 1990 19,3 Prozent der Frauen und 17,2 Prozent der Männer stark übergewichtig, das sind 3,3 Millionen Frauen und 2,8 Millionen Männer.

Frauen mit Adipositas und/oder Eßsucht unterliegen im Vergleich zu den Männern umfangreichsten Erziehungsmaßnahmen zu normgerechtem Essen und Aussehen.

Es erscheint sinnvoll, Eßsucht bei Frauen und Mädchen unter folgenden Aspekten zu verstehen:

1. Als Ausdruck unbefriedigter Lebens- und Arbeitsverhältnisse im weiblichen Lebenszusammenhang, ausgelöst durch den rapiden Wandel der letzten Jahrzehnte.
2. Als Ausdruck individueller Disposition sowie schicht- und geschlechtsspezifischer Sozialisation und der Leit motive (Themen) aus den individuellen Biographien.
3. Als Reaktion auf Grenzüberschreitungen und sexuelle Ausbeutung, häufig aus dem sozialen Nahbereich. Mittel wie Bevorzugung und scheinbare Aufwertungen, Zuwendungen materieller Art, körperliche Gewaltandrohungen, das Verbünden gegen die Mutter oder das Herausstellen des gemeinsamen Geheimnisses setzt der Täter ein, um das Opfer einzuschüchtern (vgl. Olbricht, 1993).
4. Als Antwort auf die gesellschaftliche Stigmatisierung und Diskriminierung des weiblichen "adipösen" Körpers. Der weibliche Körper ist zum Austragungsort der Auseinandersetzung im Ringen um die eigene Identität geworden.
5. Als eine Reaktion auf Lebensumstände und Traumatisierungen, die die Betroffenen nicht zu bewältigen wissen.
6. Als eine typische Form frauenspezifischer Lösungsversuche, die auf dem Hintergrund bestehender Geschlechterverhältnisse dazu beitragen, die bestehenden asymmetrischen Positionen im Bereich der Produktion und Reproduktion aufrechtzuerhalten.

Wenn von den überwiegend auf ein gestörtes Eßverhalten zurückzuführenden Formen der Adipositas mehr Frauen als Männer betroffen sind, wird deutlich, daß Frauen und weibliche Jugendliche mit eßgestörten Verhaltensweisen durch die Teilnahme an herkömmlichen Gewichtsreduktionsgruppen die Symptomatik "Eßsucht" eher aufrecht erhalten und verstärken. So ist davon auszugehen, daß Selbstabwertungen als Folge von gescheiterten Bemühungen zum Erreichen des Wunschgewichtes bei Frauen verstärkt werden.

Des Weiteren ist erforderlich, daß Behandlungsmaßnahmen für weibliche Betroffene die soziokulturellen Entstehungsbedingungen und deren Auswirkungen in weiblichen Lebenszusammenhängen mit berücksichtigen und eßgestörte Verhaltensweisen auch aus kommunikationstheoretischer Perspektive beleuchten. Die Eßsucht wird demzufolge nicht als Ausdruck einer Pathologie verstanden, sondern als eine Reaktion auf unbewältigte Traumatisierungen und Lebensumstände.

Dennoch wird diesem Umstand wenig Rechnung getragen. So thematisieren Untersuchungen an eßsüchtigen "Patientinnen" primär verschiedene Formen der Gewichtsreduktion bzw. deren Scheitern unter eklatanter Vernachlässigung einer psychosomatischen Sichtweise.

Im Hinblick auf die Ergebnisse zahlreicher Studien ist nur schwer eine wissenschaftliche Rechtfertigung dafür zu finden, daß Übergewicht immer noch durch Diäten behandelt wird. Die meisten Patienten nehmen in der Regel die verlorene Pfunde wieder zu. Zudem spricht viel dafür, daß die Aufrechterhaltung eines hohen, jedoch stabilen Gewichts gesünder ist als Gewichtsschwankungen,

"vielleicht sogar gesünder als eine Gewichtsreduktion. Diäten können bei Personen zu "Binge-Eating" führen, die dieses Symptom vor dem Versuch abzunehmen, nicht zeigten; zusätzlich können sie das Entstehen schwerer Eßstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa beschleunigen. Diäten und Gewichtsreduktion können schwere psychische Folgen wie Depression, Angst, sozialer Rückzug und Persönlichkeitsveränderungen haben. Letztendlich können Diäten, die zu wiederholtem zyklischen Ab- und Zunehmen führen, in Wirklichkeit zum Übergewicht beitragen, indem sie die Stoffwechselfähigkeit erhöhen." (Garner & Wooley 1996, 67)

Zusammengefaßt läßt sich die Situation dicker Menschen der weiblichen Genus-Gruppe hierzulande unter Berücksichtigung der dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse so beschreiben: Sie werden derzeit in unserem Kulturkreis entweder pathologisiert und mit flächendeckenden Diätmanien und Körpernormvorstellungen beeinflußt oder andererseits wird eine vorhandene psychische Determination eßsüchtigen Verhaltens im Vergleich zu den Krankheitsbildern der Anorexia nervosa und der Bulimie bagatellisiert.

2.4 Erfahrungen dicker Frauen

Im Folgenden möchte ich die Erfahrungen von Frauen zitieren:

Irmgard: "Ja, dieser Krampf war eben immer, aufzufallen."

Die erste Klientin, ich nenne sie Irmgard, ist zum Zeitpunkt ihrer Erzählungen 53 Jahre. Sie ist geschieden und leitet ein Heim für Suchtkranke. Irmgard hat zwei erwachsene Söhne, die sie nach ihrer Scheidung allein großgezogen hat. Beruflich ist Irmgard erfolgreich, finan-

ziell ist sie sehr gut abgesichert und kann sich viel leisten. Irmgard wiegt über 100 Kilo und hat zahlreiche Diäten hinter sich. Sie leidet von Kindesbeinen an unter ihrem Gewicht und ihrer Größe. Als Frau fällt sie aus dem Rahmen:

“Also für mich war es immer schwierig, mit meinem äußeren Erscheinungsbild umzugehen, weil ich, ich bin 1,81 m, in meiner Generation eine sehr große Person war. Ich war mit 13 Jahren ausgewachsen, ich war also, als ich noch zur Schule ging, schon so groß, wie ich heute bin. Das war ein Problem, weil alle anderen kleiner waren, und ich hatte schon damals in meiner Schulzeit das Attribut, die Größte, Jüngste und Dickste in der Klasse zu sein, und das war also immer für mich Krampf. Und das ist auch Krampf geblieben – bis zum heutigen Tag. Ich kann da zwar jetzt besser mit umgehen, weil ich in der Zwischenzeit die Lebenserfahrung gewonnen habe und mich auch mental mit dieser ganzen Sache auseinandergesetzt habe. Mit Sache meine ich eben Übergewicht, Adipositas, und auch mit dem, ob man selbstbewußt sein kann oder soll. Oder wie man sich also in der Gesellschaft auch verhalten soll, was man für eine Position hat. Aber das ist für mich nach wie vor ein Problem.”

Ich frage Irmgard danach, was dieser Krampf in ihrem Leben bedeutet?

“Ja dieser Krampf war eben, immer aufzufallen (Stimme wird angehoben), nie das graue Mäuschen in der Masse zu sein. ... Immer aus dem Rahmen zu fallen, und da gehört, glaube ich, die Lebenserfahrung und ja, und ein gewisses Alter dazu, um damit fertig zu werden. Als Jugendlicher, als Kind, sage ich jetzt einfach mal, und auch als junge Erwachsene war das Krampf. War das einfach Krampf, weil ich nicht selbstbewußt war. Weil ich nicht sagen konnte: “Ja ich bin eben 1,81 m groß und wiege 100 Kilo, na und”, sondern weil ich gerne klein sein wollte, geduckt in der Masse verschwinden wollte, und nicht, als ich dann verheiratet war und mein Mann nur die Größe hatte, die ich habe, aber schlank war, daß die Leute dann gesagt haben: “Oh Gott, die wird ihm alles wegessen, die ist ja so dick, und der ist ja nur halb so dick wie sie, und wie es da zuhause aussieht, der wird nur die Margarinebrote kriegen, und die ißt die Koteletts”, oder so. Denn das ist

keine Phantasie von mir. Ich weiß, als ich meine Schwiegermutter kennen lernte, dazu muß ich sagen, daß sie in der damaligen DDR eingesperrt war und auch nicht ausreisen durfte, weil sie noch kein Rentenalter hatte. Die hat das wirklich gesagt. Die hat es gesagt (betont). Die hat zu mir gesagt: "Sag mal, ißt du alles auf, daß L. nichts zu essen kriegt? Der ist ja so dünn und du bist so dick." Und das sind schon so einschneidende Erlebnisse in meinem Leben gewesen, die mich auch jahrelang begleitet haben."

Deutlich wird an ihren Äußerungen, daß die Reaktionen ihres Umfeldes auf ihr Übergewicht und ihre Größe Irmgard stark verunsichert haben. Frauen, die groß und dick sind, erregen großen Unmut. Ich frage Irmgard, ob sie glaubt, daß es Männer da leichter haben, wenn sie übergewichtig sind?

"Sicherlich, sicherlich, dann wäre ich ein gestandenes Mannsbild gewesen, was seinen Stand im Beruf und der Gesellschaft gehabt hätte, und man hätte zu mir aufgeschaut, und ich hätte sicherlich frühzeitig eine gehobene Position einnehmen können, weil ich ja schon allein den Habitus gehabt hätte."

Was hat Irmgard gegen ihr hohes Gewicht unternommen?

"Ja, ich habe alles mögliche gemacht, also von der Brigitte-Diät angefangen über 1980 hier an der MHH eine verhaltenstherapeutische Maßnahme bei einem Professor. Das hat auch nur so lange gehalten, wie ich da einmal die Woche hingegangen bin. Als die Abstände dann größer waren, wurde mein Gewicht auch wieder höher. Das geht über Weight Watchers, das geht über Optifast, das geht über alles, was es gibt. Was man machen kann, um weniger zu essen und somit eine Gewichtsreduktion zu erreichen, und alles Ergebnis ist gleich null (betont). Ich habe mich mit meinem Hausarzt erst vor zwei Wochen unterhalten, und der ist also der Meinung, daß es eben ein Konstitution gibt, die einem Menschen mitgegeben wird, und da nicht soviel zu machen ist. Man kann zwar aufpassen, daß man nicht so dick wird wie ein Elefant, aber ich werde nie eine schlanke Person werden, ja ich bin jetzt eigentlich dabei, damit meinen Frieden zu schließen sozusagen, und das also jetzt für mich abzuhaken und zu begreifen, so

wie ich bin, bleibe ich und damit ein erfülltes und vernünftiges Leben zu leben.“

Wie erklärt sich Irmgard denn die hohe Zahl eßgestörter Frauen hierzulande?

“Also, ich denke, daß immer noch in der heutigen Zeit, obwohl viel von Emanzipation gesprochen wird und es ja auch teilweise wirklich Paare schaffen, emanzipiert ihre Familie, ihr Familienleben zu gestalten, daß immer noch von Frauen erwartet wird, insofern zu funktionieren, daß sie Hausfrau sein sollen, Mutter und auch noch zum Familieneinkommen beitragen sollen, und daß es immer noch viele Männer gibt, die dabei nicht helfen, sondern die diese Erwartungen an sie haben, und daß eh 'ne Menge Frauen, die ich kenne, von denen ich gehört habe, direkt oder durch Umwege, daß die mit dieser Situation nicht klarkommen. Und ja, ich denke, daß sie keine andere Möglichkeit haben, daß sie das vielleicht auch gar nicht wissen, was mit ihnen passiert, sondern daß sie eben essen und sich dadurch Bestätigung oder Anerkennung oder was auch immer verschaffen, indem sie sich in dem Moment der Nahrungsaufnahme wohl(betont)fühlen. Daß man es ihnen hinterher ansieht, und daß sie nachher wie eine wandelnde Tonne rumlaufen, ja, das führen sie sicherlich nicht auf ihre persönliche Situation zurück.“

Irmgard sieht die Eßsucht als Versuch von Frauen, mit den an sie gestellten zahlreichen Anforderungen zurechtzukommen. Sie geht nicht davon aus, daß den Frauen diese Hintergründe bewußt sind. Deutlich wird an Irmgards Äußerungen, daß sie mit ihrer Größe und ihrem Gewicht sehr unzufrieden war.

Jana: “Ich hab' immer das Gefühl, ich muß erst mal gegen so'n Malus ankämpfen.“

Jana ist 37 Jahre alt, geschieden und lebt mit einer Frau zusammen. Sie arbeitet als Lehrerin. Jana war schon als Kind zu dick. Als Schwester eines zweieiigen weiblichen Zwillings erinnert sie sich daran, im Alter von etwa sechs Jahren dicker als die anderen Kinder gewesen zu sein.

Ich frage Jana, ob man anders mit ihr umgegangen ist?

„Ich bin schon darauf hingewiesen worden, daß ich zu dick bin, wobei ich mich in diesem frühen Alter nicht daran erinnern kann, ob das in der Familie passiert ist. Ich erinnere mich, daß ich in der Grundschule gehänselt wurde, wobei ich ein relativ „freches“, vielleicht auch damals selbstbewußtes Kind war. Also, ich kann mich zum Beispiel erinnern, daß es einen Jungen gab, der Dicke zu mir gesagt hat – den habe ich also wirklich verprügelt, so verprügelt, daß die Eltern abends erobert bei meinen Eltern angerufen haben, sich beschwert haben. Und da kann ich mich erinnern, daß meine Mutter da sehr zu mir stand und das den Eltern erklärt hat: „Sie brauchen sich gar nicht bei mir beschweren. Jana hat völlig recht gehabt!“ Und das fand ich – also, das ist schon noch so‘ne Erinnerung, die mir, also, was mir so mein Leben lang auch so geblieben ist. Dieses: Ich hab‘ mich da sehr massiv zur Wehr gesetzt und das war richtig. Später, als ich dann älter wurde, war aber auch in der Familie das Dicksein ein ganz großes Thema, ... durchaus auch verknüpft mit Hänseleien. Meine Eltern konnten damit sehr schlecht umgehen. Insgesamt ist es aber auch 'ne dicke Familie. Und ich denk', da bin ich so der Sündenbock gewesen. Weil ich am dicksten (lacht) von allen war, konnte halt darauf gezeigt werden.

In diesem Zitat wird deutlich, daß Jana mit zunehmendem Alter erfährt, daß das Dicksein nicht erwünscht ist. Wird sie zuerst von der Mutter unterstützt, wenn sie sich gegen Kränkungen wehrt, so wird sie zu einem späteren Zeitpunkt zum Sündenbock in der Familie. Jana scheint demzufolge Symptomträgerin der Familie zu sein. Der Blick der Familie auf ihren dicken Körper lenkt vielleicht von anderen Problemen innerhalb des familiären Beziehungsgeflechtes ab. Gleichzeitig entspricht die Resonanz der Familie auf Janas Körperumfang gesellschaftlichen Wertmaßstäben. Glaubt Jana, daß dicke Männer besser akzeptiert werden?

„Also, es hat natürlich 'ne andere Qualität, als Frau dick zu sein, als als Mann dick zu sein. Und für mich bedeutet das schon auf verschiedensten Ebenen (zögert) – ja, mich weniger wert zu fühlen ... Einerseits ... als Frau begehrenswert zu sein, als Frau attraktiv zu sein. Aber auch ... als Mensch ernstgenommen zu werden.

Also, ich hab' zum Beispiel das Gefühl – ich arbeite ja jetzt seit einigen Jahren als Lehrerin – ich hab' immer das Gefühl, ich muß erst mal gegen so'n Malus ankämpfen. Ich muß erst mal – erscheine ich da als die Dicke vorne – viel mehr dafür tun, daß ich akzeptiert werde, daß es den Schülern mit mir Spaß macht. Wobei, das betrifft vielleicht Frauen und Männer gleichermaßen; aber ich, ja (zögert) ... also, ich denke, weil eben Frauen anders angeguckt werden in dieser Gesellschaft."

Was hat Jana unternommen, um ihr Gewicht zu reduzieren?

"Ich habe ganz massive Diäten hinter mir. Ich hab' also mit Anfang 20 mal 'ne Sechs-Wochen-Nulldiät in 'nem Krankenhaus gemacht. ... Das finde ich heute absurd, daß man das mit – ich sag' mal – 'ner relativ jungen Frau macht: sechs Wochen in ein Krankenhaus zu legen. Das war überhaupt kein spezialisiertes Krankenhaus. Das war einfach so eine internistische Abteilung. Neben mir (lacht) lag 'ne Frau mit Herzfehler, mit Krebs, mit, ich weiß nicht, allem möglichen, und ich hab' da sechs Wochen gelegen im Bett und gehungert. Also, ich hab' da ganz grausige Erinnerungen. Ich hab' allerdings natürlich sehr viel abgenommen, aber im darauffolgenden halben Jahr alles wieder zugenommen. Ja, dann habe ich mal 'ne Schrothkur gemacht. Das war wenigstens lustig (lacht). Schrothkur heißt ja mit Wein und Pflaumen in Süddeutschland (lacht herzhaft). Das ist auch von der Krankenkasse bezahlt worden (unter Lachen). Und da hatte ich also wirklich sechs sehr nette Wochen in Oberstaufen. ... Wo ich das jetzt erzähle ..., fällt mir ein, daß ich aber jedes Mal ... – das war dann auch alles so in der Zeit zwischen 20 und 25, wo ich selbst ziemlich orientierungslos war. Und ich bin dann immer zu Ärzten gegangen, und ich bin damals nicht auf die Idee gekommen, da müßte man was ganz anderes machen. Denn ich denke, damals gab's auch schon psychosomatische Kliniken oder so, und ich würde so im Nachhinein sagen, das wäre vielleicht das Richtige gewesen. ... Ich kann heute auch gar nicht nachvollziehen, wie diese verschiedenen Ärzte und Krankenkassen überhaupt auf diese absurden (zögert) Diäten oder Kuren gekommen sind, denn ich hab' immer geschildert, wie meine Situation ist. ... Ich denke, ich hab' schon auch 'ne

Menge dann so über mich erzählt und hatte immer das Gefühl, ich suche Hilfe und ich brauche Hilfe und hab' dann also als Antwort 'ne Schrothkur bekommen, ja. Und ich denke, ich hab mich dadurch eigentlich auch im nachhinein immer ziemlich verarscht gefühlt.

Jana deutet an, daß sie, wenn sie die Ärzte um Hilfe bat, zum Abnehmen geschickt wurde. Sie berichtet von "grausigen Erfahrungen" im Krankenhaus, wo sie als Gesunde unter Kranken lag. Ihre seelische Not wurde dabei nicht berücksichtigt. Trotz ihrer schlechten Erfahrungen im Umgang mit Ärzten lacht Jana ständig, während sie ihre Geschichte erzählt. Hat sie heute genügend Abstand dazu oder handelt es sich um "Galgenhumor?" Kaschiert das Lachen die dahinter stehende Wut und Enttäuschung über die unangemessenen Behandlungen?

Ich frage Jana, ob ihr Leben als schlanke Frau anders verlaufen wäre?

"Ich könnte mir vorstellen, daß ich in manchen Bereichen mehr Lebensqualität gehabt hätte, oder mehr Lebensqualität hätte, das gilt ja auch für meine jetzige Zukunft noch. Und ob sich aufgrund dieses veränderten Lebensgefühls dann andere Entscheidungen für mein Leben ergeben hätten, das kann natürlich wiederum sein. Aber ich hab' da überhaupt kein klares Bild, in welche Richtung das hätte gehen können. Also, weder kann ich sagen: "Ich hätte vermutlich einen ganz anderen Beruf gewählt" (längere Pause). Oder, vielleicht hätte ich's doch getan, vielleicht hätte ich... Denn meine Schwierigkeiten – also, ich hab' gesagt, ich war ein sehr selbstbewußtes Kind in 'nem bestimmten Alter, ... also relativ jung, da hab' ich so das Gefühl, ja, so'n aggressives Kind gewesen zu sein. Ob das jetzt wirklich selbstbewußt ist, ist ja noch mal 'ne andere Frage. Aber auf jeden Fall nach außen hin halt ein aggressiv und selbstbewußt auftretendes Kind. Der allergrößte Einbruch kam dann ja in der Pubertät. Und ich denke mal, so eine Berufsentscheidung, Sprachen zu studieren und Lehrerin werden zu wollen, war einerseits ganz sicherlich so positiv besetzt, weil Sprachen mir immer Spaß gemacht haben, da hatte ich so mein Erfolgserlebnis in der Schule.

Andererseits ist mir damals nicht viel anderes eingefallen, und ich hatte auch das Gefühl, ich kann auch nichts anderes. Und vielleicht, wenn ich damals ein stärkeres Selbstbewußt-

sein gehabt hätte – also, Schule war 'ne Welt, die ich kannte. ... Vielleicht wär' tatsächlich so 'ne Berufsentscheidung anders ausgefallen, wenn ich nicht das Gefühl gehabt hätte, ich hab' keine Wahl, ich weiß (zögert), ich trau' mir wenig andere Möglichkeiten zu. Und das sind dann ja schon ganz entscheidende Lebensperspektiven. Und, wenn ich das noch dazu sagen darf, wenn ich nicht damals – und da seh' ich 'nen ganz deutlichen Bezug auch zum Übergewicht, immer das schwarze Schaf in der Familie gewesen wäre, wenn ich nicht so sehr das Gefühl gehabt hätte, ich müßte es auch meinen Eltern recht machen, nämlich zu studieren. Womit jegliche andere Berufsentscheidung auch schon mal weg war, denn: "Unsere Kinder sollen's ja besser haben."

Jana brauchte viel Sicherheit bei ihrer beruflichen Entscheidung. Wieder erzählt sie von ihrer Kindheit, ihrem selbstbewußten aggressiven Auftreten. Hier ist der Wunsch herauszuhören, daß sie gern in ihrer selbstbewußten Haltung auch als Heranwachsende unterstützt worden wäre. Wann kippte das unterstützende Verhalten der Mutter in eine andere Richtung?

"Also, ich könnte jetzt nicht sagen, wie viele Jahre vor der Pubertät – vielleicht mit zehn, elf oder zwölf; das kann ich schlecht festmachen. Also Pubertät, so frühe Pubertät, vielleicht auch noch davor, daß ich das klarer gesehen oder daß ich es zumindest so empfunden habe, daß sich zum Beispiel meine Eltern für mein Dicksein schämen; also besonders meine Mutter. Daß das ein Thema innerhalb der Familie wurde, daß einerseits, denke ich, sind sie mit dem Kind nicht klargelkommen – dieses Kind, was auch heimlich gegessen hat, das hab' ich in dem Alter dann auch schon (zögert) gemacht. ... Daß ich nicht mehr einfach nur ein kleines dickes Kind war, was durch die Gegend rannte, sondern dann anfing, auch Mädchen sein zu sollen. Ich denke, daß das so die Zeit war (spricht jetzt sehr leise).

Jana drückt aus, daß mit Beginn der Pubertät andere Erwartungen an sie gestellt werden: Dicksein ist jetzt peinlich, noch dazu, wo sie auch weiblichen Geschlechts ist. Schmerzhaft wird ihr bewußt, daß sie ein Mädchen ist, das sich entsprechend zu verhalten hat. Janas Erinnerungen über das unterschiedliche Verhalten ihrer Mutter während ihrer Kindheit und mit Beginn ihrer Pubertät sind auch Ausdruck der

psychosozialen Entwicklung von Mädchen. So belegen Studien, daß sich Mädchen gegen Ende der Kindheit als offen, selbstbewußt, tatkräftig und gewitzt darstellen. Sie setzen sich mit Konflikten ebenso deutlich und heftig auseinander, wie sie ihre Wünsche nach Zuneigung und Anerkennung äußern. Zu Beginn der Adoleszenz, zwischen zehn und zwölf Jahren, tritt jedoch eine deutliche Veränderung bei den Mädchen ein. Dies bedeutet, daß Mädchen immer stärker daran zweifeln, ob der ehrliche Ausdruck eigener Gefühle erlaubt und für andere aushaltbar ist. Heftige Gefühle wie Wut oder Ärger bereiten ihnen jetzt große Angst. Bei den Mädchen führt diese Krise zu einer Abspaltung aller Teile von sich selbst, die zum moralischen Bild der Weiblichkeit nicht passen. Hinzu kommt, daß sich noch vor dem Einsetzen der Menarche die äußerlich sichtbare Körperform verändert. Dadurch erleben Mädchen, daß sie nun nach den Maßstäben des männlichen Begehrens bewertet und auf ein "Dasein für andere" verwiesen werden. Die bisherige Unterstützung der wichtigsten erwachsenen Bezugsperson zur Stärkung des eigenen Selbst der Mädchen verändert sich in dieser Phase.

So ist zu beobachten, daß Mütter, Lehrerinnen und andere Frauen die Mädchen sanft auf die weibliche Vermittlungs- und Verständnisrolle hinweisen; "vor allem aber leben sie ihnen das Beispiel der Konfliktvermeidung und des Verzichts auf eine eigene, klare Stimme vor." (Hagemann-White 1994, 23). Den Verzicht auf die eigene, klare Stimme hat Jana gut beschrieben. Immer wieder kommt in dem Interview zum Ausdruck, wie sehr sie die Unterstützung der Mutter als junge Heranwachsende vermißte, die sie als Kind von ihr erhalten hat. So half sie Jana zu Beginn der Adoleszenz nicht mehr dabei, ihr Selbstbewußtsein zu stärken und sich gegen kränkende Bemerkungen zu wehren.

Zudem verunsicherte Jana ihre Familie durch ihr heimliches Essen und blieb Symptomträgerin der Familie: das "schwarze Schaf". Das Dicksein bewertet sie rückblickend als einen großen Unsicherheitsfaktor, mit der Welt zurechtzukommen.

Alle Aussagen meiner Interviewpartnerinnen zeigen eindrucksvoll, wie sehr das Dicksein die Selbstachtung der Frauen schwächt. Kommentare und Reaktionen von Angehörigen und anderen Menschen verunsicherten diese Frauen zutiefst und hinterließen spürbare Kränkungen.

Deutlich wird auch, daß die Frauen auf der Suche nach Identität nach Vorbildern suchen. Weiblichkeit ist etwas, das mit dem Schönheitsideal zusammenhängt, dem dicke Frauen nicht entsprechen. Ihr Wunsch, in der Masse unterzugehen, verhindert ihr dicker Körper und manchmal, wie bei Irmgard, auch ihre Größe. Frauen, die nicht der Norm entsprechen, fallen aus dem Rahmen. Sie werden gesehen und bewertet, jedoch anders als Männer, deren Dicksein (nach Aussagen der Frauen) mit Stattlichkeit assoziiert wird.

Für alle Interviewpartnerinnen gibt es keinen Zweifel daran, daß ihr Leben als dicker Mann weniger diskriminierend verlaufen wäre.

Damit wird ignoriert, daß auch Männer zunehmend unter Druck geraten, äußerlich attraktiv und schlank zu sein. Auch entspricht es nicht der Realität, daß schlanke Frauen alles erreichen können und wollen.

Hier wird deutlich, wie sehr das Schlanksein mit Attraktivität, Leistung und Durchsetzungsfähigkeit verknüpft wird. Das Dicksein wird dabei als Argument benutzt, nicht erreichte Ziele zu entschuldigen. Dennoch ist nicht zu verkennen, daß bei allen Frauen ein starker Leidensdruck vorhanden ist, der durch die Kommentare und Reaktionen des Umfeldes auf ihren dicken Körper zurückzuführen ist.

Literatur (Auswahl):

- *Beyer, Kathrin: Eßsucht ist weiblich. Über die gesellschaftliche Konstruktion weiblicher Konfliktlösungsstrategien. Hannover 2000*
- *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) Hrsg.: Eß-Störungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Hamm 1997*
- *Garner & Wooley: Verhaltenstherapie und Diät bei der Behandlung von Übergewicht. In: Spies, Gabriele et al. (Hrsg): Verhaltenstherapie und Übergewicht. Hohengehren 1996*

- *Hagemann-White, Carol: Wie (un)gesund ist Weiblichkeit?
In: ifg, Zeitschrift für Frauenforschung, Heft 4/94*
- *Olbricht, Ingrid: Was Frauen krank macht. München 1993*
- *Orbach, Susie: Anti-Diät-Buch I (München 1979) und II (München 1984).*
- *Leibl, Carl/Leibl, Gisliind: Schneewittchens Apfel. Freiburg/Breisgau 1996*
- *Stahr, Ingeborg et. al.: Eßstörungen und die Suche nach Identität.
Weinheim, München 1995*

Herausgeberinnen:

Die Frauenbeauftragte der Landeshauptstadt Kiel /
Referat für Frauen,
Neues Rathaus, Andreas-Gayk-Str. 31, 24103 Kiel,
Tel. 0431 / 901-2057, Fax 901-62059
eMail referat.frauen@lhstadt.kiel.de

Frauenberatungsstelle FRAUENTREFF / Eß-o-Eß e.V.,
Kurt-Schumacher-Platz 5, 24109 Kiel,
Tel. 0431 / 52 42 41, eMail frauentreff-essoess@gmx.de

Redaktion: Susanne Kalweit, Edda Westphalen

Auflage: 1000 Ex.

Kiel, Juli 2002